



A Saúde da Comunidade LGBTQ+ Especificidades e Disparidades nos Cuidados de Saúde

Rita Sofia Tomé Mendes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho

maio de 2022

Dedicatória

À minha mãe, pelo seu sacrifício, amor e apoio incondicional de sempre, e para sempre.

Agradecimentos

Antes de tudo cabe-me agradecer à minha mãe, que não só me criou sozinha, como cultivou em mim todos os sonhos do mundo e nunca me largou a mão enquanto eu os alcançava. Por todo o amor e carinho e por me teres tornado na pessoa que sou hoje, estou-te eternamente agradecida. Serás sempre o meu porto de abrigo.

À minha namorada, Carolina, que prometeu acompanhar-me enquanto eu percorria este caminho e ir-me fazendo parar para cheirar as rosas. Pela promessa cumprida com todo o amor e carinho, espero por muitos mais anos contigo.

Ao meu melhor amigo de sempre e para sempre, Yuri, que foi a inspiração desta tese. Estiveste lá para tudo, desde desgostos amorosos a copos, e foste uma presença inabalável na minha vida. Estarei sempre orgulhosa da pessoa que te tornaste.

Ao meu orientador, o Prof. Doutor José Moutinho, pela sua presença constante, motivação e ajuda ao longo da escrita desta tese, uma orientação exímia tão necessária nesta fase da vida académica.

A todas as organizações LGBTQ+ e ativistas cujos esforços permitiram a uma comunidade, agora mais do que nunca, viver a sua verdade com orgulho. A todos aqueles que não têm, ainda, essa oportunidade.

Às Miguis, a minha segunda família, por todas as festas, cafés, serões, desabafos e dias de estudo ao longo destes 6 anos, e principalmente por estarem sempre lá e me terem ensinado a aproveitar a vida. Cresci convosco.

A tantos outros amigos que tornaram esta experiência fantástica.

À Covilhã, cidade onde fui muito feliz e da qual me despeço.

Prefácio

Uma tentativa de contribuir para a minha comunidade através da Medicina.

“Every gesture is a revolutionary act.”

– **Fernando Pessoa**

Resumo

A comunidade LGBTQ+, por ser uma comunidade historicamente discriminada, tanto de um ponto de vista sociocultural como político-legal, enfrenta ainda hoje desafios específicos, sendo que os cuidados de saúde não são exceção.

O principal objetivo desta investigação foi, neste âmbito, efetuar uma revisão descritiva acerca dos conhecimentos científicos atuais sobre a saúde e a prestação de cuidados de saúde à comunidade LGBTQ+, nomeadamente a respeito das especificidades da saúde, acessibilidade e inclusividade da população LGBTQ+ nos cuidados de saúde.

Na realidade, desigualdades em saúde, comparativamente à população heterossexual e cisgénero, são particularmente notórias no contexto da saúde sexual e reprodutiva, saúde mental e consumo de substâncias. Em intersecção, estas áreas interagem sinergicamente, cada uma exacerbando a vulnerabilidade às outras, o que resulta num impacto adverso na saúde das pessoas LGBTQ+. Em conformidade, esta população apresenta taxas mais elevadas de uma panóplia de problemas de saúde relacionados, como o VIH e as doenças sexualmente transmissíveis, a depressão e o suicídio, e a dependência de tabaco, álcool e substâncias ilícitas. Também as taxas de procura de cuidados preventivos, como a contraceção ou os rastreios, estão diminuídas. A potenciar estas desigualdades está a falta de acesso por parte desta população a cuidados de saúde não discriminatórios, inclusivos, competentes e adaptados às suas necessidades, por sua vez motivados pela falta de formação dos alunos e profissionais de saúde em saúde LGBTQ+, e o ambiente heteronormativo e exclusivo dos serviços de saúde onde estes cuidados são prestados.

Sendo este o panorama atual, é imperativo repensar os serviços de saúde com o objetivo de os tornar mais inclusivos e mais humanos, através da educação e sensibilização dos alunos e profissionais da área da saúde e da reestruturação dos princípios organizativos das instituições de saúde, com vista a dissipar estas desigualdades e a consagrar o direito esta população ao acesso à saúde.

Palavras-chave

LGBTQ+;Saúde LGBTQ+; Disparidades em Saúde;Discriminação em Saúde;Saúde Inclusiva

Abstract

The LGBTQ+ community has historically endured discrimination in sociocultural and political-legal settings and currently still faces specific challenges, with healthcare being no exception to this.

Thus, the main objective of this monograph was to conduct a descriptive review of the most current scientific knowledge regarding LGBTQ+ healthcare while particularly approaching the specificities of LGBTQ+ health and the accessibility and inclusiveness of LGBTQ+ populations in healthcare settings.

As a matter of fact, health inequalities, when compared to the heterosexual and cisgender populations, are particularly notorious regarding sexual and reproductive health, mental health, and substance use. While intersecting one another, these areas interact synergistically, each exacerbating the vulnerability to the others, resulting in an adverse impact on the health status of LGBTQ+ people. Accordingly, this population has higher rates of a panoply of related health problems such as HIV and other sexually transmitted diseases, depression and suicide, and dependence on tobacco, alcohol, and illicit substances. Furthermore, the rates at which this population seeks preventive healthcare, such as contraception or screenings, are decreased. Enhancing these inequalities is the lack of access by this population to non-discriminatory, inclusive, competent healthcare that is adaptable to their needs, which in turn is motivated by the paucity of proper education of students and healthcare professionals regarding LGBTQ+ health, and the heteronormative and exclusive environments where care is provided.

On account of this being the current framework, it is imperative to rethink healthcare services to make them more inclusive and more human, with the intention of dispelling these inequalities and honoring the right of this population to accessible healthcare. Such a goal can be achieved through education and awareness-raising amongst students and health professionals along with the restructuring of the organizational principles of healthcare institutions.

Keywords

LGBTQ+;LGBTQ+ Health;Health Disparities;Healthcare Discrimination;Inclusive Healthcare

Índice

1. Introdução e Contextualização	1
1.1. Terminologia e Conceitos Essenciais	1
1.2. O Contexto LGBTQ+ Português: Evolução Sociocultural e Político-Legal	5
1.3. O Caminho da (Des)patologização	7
2. Objetivos	9
3. Metodologia	11
4. Resultados e Discussão	13
4.1. Especificidades em saúde	13
4.1.1. Saúde Sexual e Reprodutiva	14
4.1.1.1. Planeamento Familiar, Contraceção e Atitudes Preventivas	14
4.1.1.2. O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis	20
4.1.1.3. Patologia Oncológica	23
4.1.1.4. Outras Patologias e Intervenções em Saúde Sexual e Reprodutiva	27
4.1.2. Saúde Mental	28
4.1.3. Consumo de Álcool, Tabaco e Substâncias Ilícitas	33
4.2. A Acessibilidade à Saúde	35
4.2.1. Sobre a Discriminação e a Patologização	36
4.2.2. Sobre a Visibilidade da Orientação Sexual e Identidade de Género	40
4.2.3. Sobre a Evicção e Insatisfação com os Cuidados de Saúde	43
4.3. A Inclusividade LGBTQ+	46
4.3.1. Na Educação Médica	46
4.3.2. Nas Instituições de Saúde	49
4.3.2.1. A Linguagem e a Confidencialidade	50
4.3.2.2. Os Símbolos e o Ambiente	54
5. Conclusões e Perspetivas Futuras	57
6. Referências	61

Lista de Figuras

Figura 1 – A sindemia das desigualdades em saúde

14

Lista de Acrónimos

DGS	Direção Geral de Saúde
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EEE	Espaço Económico Europeu
FTM	Female to Male
GnRH	Hormona Libertadora de Gonadotrofinas
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
ICD	Classificação Internacional de Doenças
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
LGB	Lésbicas, Gays, Bissexuais
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, <i>Queer</i> , Intersexo
LGBTQ+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, <i>Queer</i>
MRSA	Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina
MTF	Male to Female
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSA	Antigénio Específico da Próstata
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
UE	União Europeia
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

1. Introdução e Contextualização

1.1. Terminologia e Conceitos Essenciais

Agénero — Pessoa que não se identifica com nenhum gênero, ou seja, sem gênero. (1)

Assexualidade — Orientação sexual caracterizada pela ausência de atração sexual, o que não invalida que as pessoas assexuais experienciem atração romântica e estabeleçam relações íntimas. (1)

Bissexual — Orientação sexual caracterizada pela atração por dois ou mais gêneros. (2)

Cirurgia de Redesignação Sexual — Cirurgia que tem como objetivo mitigar ou eliminar a disforia de gênero, ao permitir alcançar uma maior coincidência entre os atributos físicos do indivíduo e a sua identidade de gênero. (1) Existem vários tipos de cirurgias de redesignação sexual como, por exemplo, cirurgia de remoção de tecido mamário ou de reconstrução genital, entre outras. (1)

Cisgênero — Identidade de gênero aplicada a pessoas cujo gênero com que se identificam corresponde àquele que lhes foi atribuído à nascença. (2)

Disforia de Gênero — Sentimento de sofrimento ou angústia derivado da incongruência entre o corpo e o gênero com o qual a pessoa se identifica, experienciado maioritariamente por pessoas trans. (1)

FTM (*Female to Male*) — Termo usado para especificar o sentido da mudança de gênero de pessoas trans, de feminino para masculino, equivalente a “homem trans”. (2)

Gay — Orientação sexual aplicada a pessoas do gênero masculino que se atraem por pessoas do mesmo gênero. (2) É, também, usado como sinónimo de “homossexual”. (2)

Gênero — Construção social, decorrente do contexto histórico e cultural, comumente associada à biologia sexual das pessoas. (2) Engloba os conceitos de identidade e expressão de gênero, tradicionalmente numa perspectiva binária de feminino e masculino, em que existem dois conjuntos de características, incluindo normas sociais, comportamentos e

papéis, entre outros, que são considerados exclusivos de cada gênero e diametralmente opostos entre si. (2)

Gênero (Expressão de) — A forma como alguém se apresenta, incluindo o vestuário, os maneirismos, os penteados, entre outros, e que pode ou não corresponder ao socialmente esperado da sua identidade de gênero. (2)

Gênero (Identidade de) — O autoconceito de gênero de cada pessoa, que é uma experiência interna e individual, e que pode ou não corresponder ao sexo atribuído à nascença. (2)

Genderqueer — Conceito sob a alçada do conceito de não-binário, englobando pessoas que não reconhecem a construção social do gênero. (1)

Heterossexual — Orientação sexual aplicada a pessoas que se atraem por pessoas de um gênero diferente do seu, usualmente considerado o gênero “oposto”. (2)

Homem Cis — Pessoa a quem foi atribuído o gênero masculino à nascença e que se identifica com esse gênero. (1)

Homem Trans — Pessoa a quem foi atribuído o gênero feminino à nascença, mas que se identifica com o gênero masculino. (1)

Homofobia — Medo irrealista e irracional ou aversão à homossexualidade e/ou a pessoas homossexuais. (2) Este termo foi cunhado pelo psicólogo George Weinberg no seu livro “A Sociedade e o Homossexual Saudável”, em 1972. (2)

Homofobia e Transfobia Internalizada — Consequência da constante exposição a mensagens negativas, enraizadas na homofobia e transfobia sociais, e que se manifestam nas pessoas LGBTQ+ como confusão, isolamento social, baixa autoestima, dificuldade em estabelecer e manter relações íntimas, repressão de sentimentos, maneirismos ou expressões, ansiedade e depressão crônicas, abuso de substâncias, automutilação, ideação suicida e suicídio, entre outros. (1)

Homossexual — Orientação sexual aplicada a pessoas que se atraem por pessoas do mesmo gênero que o seu. (2)

Intersexo — Pessoa cuja biologia sexual varia dos padrões definidos para homem e mulher, sendo que estas variações podem acontecer a vários níveis: cromossomas, órgãos genitais, gónadas, hormonas, entre outros. (2)

Lésbica — Orientação sexual aplicada a pessoas do género feminino que se atraem por pessoas do mesmo género. (2)

LGBTI — Este acrónimo, que representa a diversidade sexual e de género, refere-se a pessoas lésbicas, gay, bissexuais, trans e intersexo. (1) Existem bastantes variações desta sigla como “LGBT” ou “LGBTQ+”, entre outras. (1) A letra “Q” significa *Queer* e o sinal de “+” representa todos aqueles que não se enquadram na norma heterossexual e cisgénero, nem nas letras presentes na sigla. (1)

MTF (*Male to Female*) — Termo usado para especificar o sentido da mudança de género de pessoas trans, de masculino para feminino, equivalente a “mulher trans”. (2)

Mulher Cis — Pessoa a quem foi atribuído o género feminino à nascença e que se identifica com esse género. (1)

Mulher Trans — Pessoa a quem foi atribuído o género masculino à nascença, mas que se identifica com o género feminino. (1)

Não-binário — O conceito não binário aplica-se às pessoas que não se enquadram na divisão binária de género (homem – mulher). (1) Simultaneamente, também serve de termo “guarda-chuva” para outras formas de perceção de género, como demigénero, género-fluído ou poligénero. (1)

Orientação Sexual — Capacidade intrínseca de cada pessoa de desenvolver uma atração sexual, emocional e/ou afetiva com outras pessoas, independentemente da identidade de género de ambas. (2)

Pansexual — Orientação sexual aplicada a pessoas que se atraem por todos os géneros ou por pessoas, independentemente do seu género. (2)

Queer — A palavra *queer* tem vários significados. (1) É um conceito “guarda-chuva” e uma forma de nomear a identidade de género e/ou orientação sexual, sendo frequentemente utilizada por pessoas que ainda estão a descobrir onde se encaixam dentro do espetro LGBT.

(1) O termo é ocasionalmente usado como sinónimo de comunidade LGBT, sendo que um forte componente de ativismo político lhe está geralmente associado. (2)

Sexo Atribuído à Nascimento — Expressão usada para distinguir o conceito da biologia sexual do conceito de sexo legal binário que os profissionais de saúde atribuem aos recém-nascidos mediante avaliação dos seus órgãos genitais externos, desconsiderando os restantes componentes da biologia sexual humana. (2) O sexo legal, por norma, vem acompanhado de um género que também é, por consequência, atribuído à nascimento, e que influencia o modo como a futura criança é introduzida na sociedade. (2) Este não define a futura identidade ou expressão de género, que é autodeterminada pela pessoa durante o seu desenvolvimento. (2)

Sexo Biológico — Sistema de classificação tendo como base características genotípicas ou fenotípicas de um indivíduo. (2) As pessoas podem ser classificadas, geralmente, como sendo do sexo masculino, feminino ou intersexo mediante os diversos fatores que contribuem para a classificação do sexo biológico: cromossomas (XY, XX ou outras combinações), genitais, gónadas e hormonas, entre outros. (2)

Trans — Termo “guarda-chuva” que designa pessoas que não se identificam com o género que lhes foi atribuído à nascimento, e que podem querer ou não modificar os seus corpos para que estes sejam mais concordantes com a sua verdadeira identificação. (2) Este termo incorpora identidades que variam desde os homens e mulheres trans até identidades que não se enquadram no binário masculino/feminino, como pessoas não-binárias. (2) Previamente, eram habitualmente usados os termos “transexual” e “transgénero”, que tinham uma grande ênfase no aspeto médico, mas estes têm caído em desuso na comunidade. (2)

Transfobia — Ódio, medo ou repulsa irracionais e injustificados contra pessoas trans. (2)

Transição de género — Período durante o qual uma pessoa trans pode decidir passar e durante o qual modifica certos aspetos da sua aparência física e/ou apresentação social, com o objetivo de que estes reflitam melhor a sua identidade de género. (1)

1.2. O Contexto LGBTQ+ Português: Evolução Sociocultural e Político-Legal

De modo a termos um melhor entendimento do contexto LGBTQ+ em Portugal, é imperativo termos presentes as transformações políticas e jurídicas que, em íntima interação com o ambiente sociocultural do país, compõe o paradigma atual. (3)

Apenas assistimos à descriminalização da homossexualidade em 1982. (4) Depois, na década de 90, o movimento LGBTQ+ começou a ganhar força através emergência de múltiplas associações de ativismo LGBTQ+ que se dedicaram, sobretudo, a educar e sensibilizar a população, bem como a lutar pela igualdade plena de direitos. (4) Porém, comparativamente à história do associativismo internacional, o movimento e associativismo português emergiram relativamente tarde. (4) Não obstante, após tal, os avanços no panorama jurídico e legislativo deram-se celeremente. (4)

Em 1995, ano-chave do movimento, celebrou-se pela primeira vez no nosso país o motim de *Stonewall*, evento coberto pelos *media*, e foi fundada a ILGA-Portugal, a associação mais antiga entre todos os coletivos ativos ainda hoje. (3) No que se refere à política nacional, até 1996 não se fez qualquer referência a qualquer assunto LGBTQ+ em debates parlamentares. (3) Tal facto representa a invisibilidade das pessoas LGBTQ+ no contexto da política portuguesa, na ausência de políticos que se comprometessem a representar esta população e a orientar o diálogo para os temas de orientação sexual e identidade de género. (3) Contudo, após o movimento LGBTQ+ ter emergido de uma forma pública, algo começou a mudar nesta conjuntura de taciturnidade política, com discussões parlamentares a fazer uso desta terminologia com crescente frequência. (3)

Testemunhamos, então, em 2001, a aprovação a Lei de Uniões de Facto (Lei n.º 7/2001), que “regula a situação jurídica de duas pessoas, independentemente do sexo, que vivam em união de facto há mais de dois anos”. (4) Em 2004, a Assembleia da República aprova a revisão e atual redação do artigo 13.º n.º 2 da Constituição da República Portuguesa - “ninguém pode ser discriminado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de (...) orientação sexual”. (4) Já em 2010 é aprovado o casamento entre pessoas do mesmo sexo e, em 2016, foi publicada a Lei 2/2016 que “elimina as discriminações no acesso à adoção, apadrinhamento civil e demais relações jurídicas familiares”. (4) Mais recentemente, em 2018, foi promulgado o Decreto n.º 228/XIII relativo ao direito à autodeterminação da identidade e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa, que compreende medidas como a dispensa de relatório médico para maiores de 18 anos que pretendam mudar o sexo e o nome no registo civil, o fim das modificações ao nível do corpo e das características sexuais

da pessoa menor intersexo até que esta manifeste a sua identidade de género, o direito ao nome social na escola, entre outras. (3,5)

No que concerne ao ambiente sociocultural, vários estudos nacionais e europeus procuram averiguar a opinião pública face às pessoas LGBTQ+, e, do mesmo modo, aferir se estas pessoas são alvos de discriminação, e em que moldes esta potencial discriminação se dá. (6)

Efetivamente, o *Eurobarometer on Discrimination 2019* demonstra que apenas 78% dos inquiridos acham que as pessoas LGB devem ter os mesmos direitos que as pessoas heterossexuais. (6) No que toca ao direito das pessoas trans de alterar os seus documentos de identificação, a aceitação baixa para os 72%. (6) Contudo, a respeito da questão das pessoas não-binárias ficamos abaixo da média da UE, com 43% das pessoas a não concordarem com o reconhecimento legal destas identidades. (6)

Também durante o ano de 2019, o Observatório da Discriminação contra Pessoas LGBTI+, da ILGA-Portugal, apontou cerca de 171 denúncias, sendo que todas estas são referentes “a ocorrências resultantes de preconceito, discriminação e violência em função da orientação sexual, identidade de género, expressão de género ou características sexuais, reais ou presumidas, das vítimas.” (7)

O 2º Inquérito LGBTI+ da Agência para os Direitos Fundamentais da União Europeia, publicado em maio de 2020, que recolheu dados também relativamente a Portugal, mostra que 40% dos inquiridos já se sentiram discriminadas em pelo menos um contexto do seu quotidiano, com 20% a apontar especificamente o seu local de trabalho. (7) Já 30% relata que, no passado ano, foi vítima de alguma forma de abuso, com 5% a ter sofrido um ataque nos últimos cinco anos. (7) Em questões de discriminação, Portugal encontra-se, então, dentro daquela que é a média da União Europeia. (7)

O *Rainbow Europe 2021*, uma iniciativa anual da ILGA-Europe, elabora um *ranking* de 49 países europeus numa escala entre 0% (grave violação de direitos humanos, discriminação) e 100% (respeito dos direitos humanos, igualdade plena). (8) Neste, Portugal ocupa a 4º posição com 68%, após 3 anos consecutivos na 7º posição com 66%. (7,8) Critérios não preenchidos têm uma expressão particularmente forte na área da saúde, uma vez que não existe legislação que proíba expressamente a discriminação com base na orientação sexual, identidade de género e características sexuais nos cuidados de saúde. (8) Idem, a terapia de conversão não está banida e não existe reconhecimento das identidades não-binárias. (8) Em adição, Portugal não preenche critérios para ser considerado que tenha havido uma despatologização plena das identidades trans. (8) Neste sentido, as três recomendações que a ILGA-Europe endereça a Portugal compreendem: proibir a terapia de conversão, introduzir políticas públicas e outras medidas relativamente ao asilo que façam menção expressa de todas as orientações sexuais, identidades e expressões de género e

características sexuais e, ainda, assegurar cuidados de saúde acessíveis e adequados para as pessoas trans e com identidades de género diversas. (8)

Sucintamente, o panorama nacional dos direitos LGBTQ+ sofreu, em anos recentes, mudanças particularmente notáveis. (3) O grande motor destas transformações foi, efetivamente, o ativismo LGBTQ+ que, audaciosamente, ao longo de duas décadas, reivindicou os direitos desta comunidade. (3) Todavia, o tempo das leis não é o tempo das pessoas, e o contexto sociocultural parece ainda não se equiparar ao político-legal. (3)

1.3. O Caminho da (Des)patologização

No que diz respeito à homossexualidade, a primeira edição do DSM da *American Psychiatric Association*, em 1952, incluía a homossexualidade na secção “Desvio Sexual”, na categoria “Distúrbios da Personalidade Sociopática”. (4) Da segunda edição do DSM, de 1968, fazia parte uma secção específica para a homossexualidade, na categoria “Desvios Sexuais”. (4) É meramente em 1973 que assistimos ao início da despatologização da homossexualidade, mediante a retirada da definição da mesma enquanto patologia na segunda edição (6ª impressão) do manual. (4) Ainda assim, foi substituída pela definição de “Distúrbio da Orientação Sexual”, que se aplica a “indivíduos cujos interesses sexuais são dirigidos principalmente a pessoas do mesmo sexo e que estão perturbados por, em conflito com, ou desejam mudar a sua orientação sexual”, incluindo a ressalva de que a categoria “é distinta da homossexualidade, que por si só não constitui uma perturbação psiquiátrica”. (4,9) Esta categoria foi posteriormente excluída do DSM-III-R de 1987, mas, ainda assim, esta questão consta, de forma dissimulada, noutra categoria de nome “Perturbação Sexual Não Especificada”. (4) Na realidade, somente o DMS-IV, publicado em 1994, não contém qualquer referência à homossexualidade. (4) Em 1991, a OMS segue o exemplo e retira a homossexualidade da sua lista de patologias, que previamente definia como uma “disfunção da heterossexualidade”. (4)

Relativamente à despatologização trans, esta é uma questão mais contemporânea e ainda em evolução, visto que as identidades trans no ocidente vieram a ser altamente patologizadas. (10) No ICD-11 as questões trans estão inseridas no diagnóstico “Incongruência de Género” com “Disforia de Género”, sob o capítulo “Condições Relacionadas com Saúde Sexual”. (10) A edição anterior incluía questões trans sob a categoria “Perturbação de Identidade de Género”, no capítulo “Perturbações Mentais e Comportamentais”. (10) Esta mudança notável traduz a despatologização oficial da transexualidade como doença mental, sendo, contudo, considerada uma condição de saúde sexual. (10) O DSM-V, usado pela maioria dos países, insere as questões trans sob o

diagnóstico “Disforia de Género”, anteriormente chamada “Perturbação de Identidade de Género”. (10)

Saindo da esfera da saúde mental, a realização de terapia hormonal requer um relatório médico elaborado por uma equipa multidisciplinar que inclua pelo menos um médico e um psicólogo. (10) Da mesma forma, para a realização de cirurgias de reafirmação de género são necessários dois relatórios médicos por equipas multidisciplinares, bem como um parecer positivo da Ordem dos Médicos. (10) Estas cirurgias são os únicos procedimentos médicos a nível mundial que requerem a aprovação de uma ordem profissional de médicos. (10)

2. Objetivos

O principal objetivo desta investigação foi efetuar uma revisão descritiva acerca dos conhecimentos científicos atuais sobre a saúde e a prestação de cuidados de saúde à comunidade LGBTQ+, especificamente sobre:

1. Especificidades da saúde na população LGBTQ+
 - a. Saúde sexual e reprodutiva, incluindo atitudes preventivas, doenças sexualmente transmissíveis e outras patologias e intervenções neste contexto
 - b. Saúde mental
 - c. Consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas
2. Acessibilidade da população LGBTQ+ aos cuidados de saúde
 - a. Perceção da discriminação e patologização
 - b. Visibilidade da orientação sexual e identidade de género
 - c. Atitudes de procura de cuidados e satisfação com os mesmos
3. A inclusividade da população LGBTQ+ na saúde
 - a. Na formação médica
 - b. Nas instituições de saúde

3. Metodologia

A propósito da elaboração desta monografia foi efetuada uma pesquisa bibliográfica e revisão da literatura científica, de setembro a outubro de 2021, mediante o uso da plataforma *Pubmed*. Os termos de pesquisa utilizados incluem: “*LGBTQ+*”, “*LGBTQ+ Health*”, “*Health Disparities*”, “*Healthcare Discrimination*” e “*Inclusive Healthcare*”. Para além disso, a esta amostra bibliográfica foram adicionadas normas de orientação da Direção Geral de Saúde e informação pertinente recolhida de *websites* certificados.

A consequente seleção dos artigos foi feita tendo em consideração a pertinência do seu conteúdo e relevância atual, sendo que foram selecionados artigos dos últimos 10 anos e escritos em inglês ou português. Artigos que sejam publicados posteriormente a outubro de 2021 não serão incluídos na presente monografia e artigos fora deste limite temporal foram incluídos apenas para fins de contextualização histórica.

4. Resultados e Discussão

4.1. Especificidades em Saúde

As mulheres lésbicas e bissexuais, bem como os homens gays e bissexuais, experienciam desigualdades em saúde desproporcionalmente quando comparadas à população geral. (11) Efetivamente, num estudo que contou com 27,497 pessoas LGB, estes indivíduos reportaram mais frequentemente uma má saúde geral comparativamente às mulheres e homens heterossexuais. (11,12) Dentro da comunidade LGB, as pessoas bissexuais acarretam uma ainda maior proporção destas desigualdades em saúde, o que se deve principalmente ao *stress* de minoria associado à bifobia proveniente tanto da comunidade heterossexual/cisgénero como da comunidade LGBTQ+. (13)

De igual modo, as pessoas trans experienciam desigualdades em saúde significativas face às pessoas cisgénero, tanto heterossexuais como não heterossexuais. (11) Contudo, os dados epidemiológicos de larga escala existentes sobre a carga global de doença das pessoas trans são muito limitados. (11) Pesquisa adicional é necessária para que melhor possamos entender o perfil de saúde geral das pessoas trans, bem como o impacto que a transição tem neste. (11)

Estima-se que as pessoas com variação intersexo sejam entre 1,7% e 4% da população em geral. (14) Conceptualizações da variação intersexo beneficiam de uma compreensão não binária do sexo, enquadrando-o como um espectro, o que torna visível as muitas formas de variância intersexo que existem. (14) Existe, à semelhança da restante comunidade LGBTQ+, uma grande escassez de pesquisa sobre as desigualdades e experiências em saúde das pessoas intersexo, sendo que a literatura existente tem tendência a concentrar-se no aspeto biomédico, perdendo-se a dimensão biopsicossocial. (11) Mais pesquisa é necessária para melhor compreender a medicalização excessiva das pessoas intersexo, bem como a sua saúde. (11)

Fica claro, assim, que as minorias sexuais e de género experienciam desigualdades em saúde, sendo que estas são particularmente evidentes nas áreas da saúde sexual, saúde mental e abuso de substâncias. (13) Em conjunto, como visualmente ilustrado na figura 1, estas áreas formam uma sindemia, ou seja, interagem sinergicamente, cada uma exacerbando a vulnerabilidade à outra, o que resulta num impacto adverso na saúde destas populações. (13)

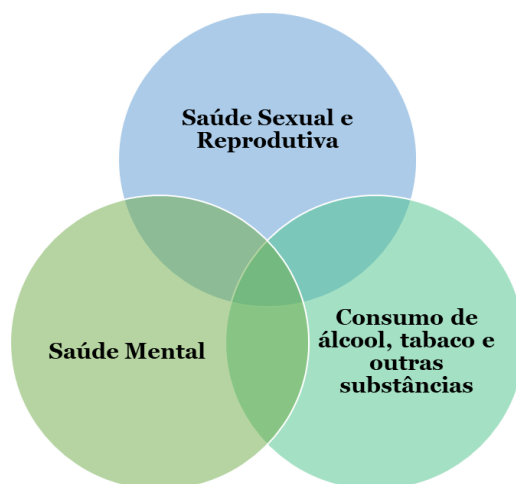


Figura 1 A sindemia das desigualdades em saúde (11)

4.1.1. Saúde Sexual e Reprodutiva

4.1.1.1. Planeamento Familiar, Contraceção e Atitudes Preventivas

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde sexual e reprodutiva é um aspeto integral da saúde em geral, afetando o bem-estar físico, mental e social. (15) Ainda persistem muitas disparidades nesta área, principalmente no que diz respeito às pessoas que se identificam como LGBTQ+. (15) Da mesma forma, os indivíduos que estão a questionar a sua identidade e aqueles que têm parceiros sexuais do mesmo sexo, mas que não se identificam como LGB, têm também um risco acrescido para problemas de saúde do foro sexual e reprodutivo. (15)

Estas disparidades, que são transversais a toda a comunidade LGBTQ+, devem-se, provavelmente, não só a diferenças de comportamento individual, mas também a outros fatores, incluindo estigma sociocultural e diferenças na forma como os prestadores oferecem cuidados a estes utentes, que, ultimamente, constituem barreiras à obtenção de cuidados de saúde seguros e inclusivos. (15,16) Muitos artigos destacam a preponderância da heteronormatividade nos contextos de saúde em que se realiza o planeamento familiar e onde se concretizam outros aspetos da saúde sexual e reprodutiva o que fazia, conseqüentemente, os utentes LGBTQ+ sentirem que não estão convidados à discussão destes cuidados. (17) Para além da inadequação dos serviços de saúde, a educação sexual nas escolas é, em geral, escassa e muitas vezes não contém informação dirigida para indivíduos LGBTQ+, ou reconhece a sua existência. (17) Conseqüentemente, os pares (amigos, parceiros românticos e comunidades online) tornaram-se uma grande fonte de

educação sexual para as pessoas LGBTQ+, principalmente adolescentes, quer a informação seja fiável ou não. (17)

A interação dos fatores referidos tem como consequência a conclusão de vários estudos que descobriram uma diminuição da perceção dos riscos de saúde sexual e reprodutiva entre as mulheres de minorias sexuais. (18) Estas não acreditavam que eram tão suscetíveis às doenças sexualmente transmissíveis, à gravidez ou ao cancro do colo do útero como as mulheres heterossexuais, o que está associado ao uso menos frequente de serviços de saúde sexual e reprodutiva. (18) Neste contexto, e em comparação com as mulheres heterossexuais, as mulheres de minorias sexuais têm menos acesso a serviços preventivos neste âmbito, como citologias cervicais, mamografias e rastreio de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. (16–19) De facto, a literatura demonstra extensivamente que estas subutilizam os serviços de rastreio do cancro do colo do útero, com taxas deste rastreio estimadas entre 43 e 71%, em comparação com 73% na população feminina em geral. (19) Contudo, não foram detetadas diferenças na prevalência de citologias cervicais anormais entre identidades sexuais. (18) Esta não participação em rastreios é prejudicial para a saúde destas mulheres na medida em que a falta de rastreio pode resultar na deteção e tratamento tardios de neoplasias ginecológicas, com impacto prognóstico. (19)

Os contextos em que ocorre o aconselhamento contraceutivo, bem como os profissionais de saúde que o asseguram, estão orientados para as necessidades contraceptivas heterossexuais, deixando assim a mulheres de minorias sexuais a sentir-se excluídas, e consequentemente a não participar ou colher benefícios da educação sobre e utilização de contraceptivos. (17) De facto, a sociedade heteronormativa não percebe estas mulheres como utilizadoras de contraceptivos. (20) Algumas mulheres interiorizaram esta ideia, não pensando em si mesmas nestes termos, mesmo quando se envolvem em situações sexuais que poderiam resultar em gravidez. (20) Efetivamente, pressupostos incorretos sobre as necessidades contraceptivas dos indivíduos LGBTQ+ são generalizados apesar das evidências de que, a título de exemplo, as mulheres LGBTQ+ têm relações sexuais com pessoas com pénis. (17) Um grande estudo populacional revelou que, nos últimos 12 meses, 82% das mulheres bissexuais e 17% das mulheres lésbicas tiveram relações sexuais com pessoas com pénis. (17) Estas estatísticas salientam que as mulheres pertencentes a minorias sexuais podem necessitar e devem receber aconselhamento sobre prevenção da gravidez e contraceção adequada, precisando tanto deste aconselhamento como as mulheres heterossexuais. (15,17) Portanto, os profissionais não devem assumir que um utente não requer contraceção apenas com base na sua orientação sexual, sendo que as preferências e comportamentos sexuais devem ser discutidos para determinar quais as opções contraceptivas adequadas a cada um. (17)

Apesar destes factos, é precisamente o contrário que se verifica, com as mulheres de minorias sexuais menos propensas do que as mulheres heterossexuais a receber aconselhamento sobre métodos contraceptivos. (20) Em um estudo conduzido por Everett et al., apenas 24% das mulheres lésbicas relataram ter sido aconselhadas sobre o uso de preservativo durante um rastreio de DST, em comparação com 49% das mulheres heterossexuais. (18) Noutros contextos clínicos, apenas 22% das lésbicas relataram ter recebido aconselhamento contraceptivo aquando da realização de um teste de gravidez e 34% após uma citologia cervical ou exame pélvico, em comparação com 48% das mulheres heterossexuais em ambas as ocasiões. (18) Neste estudo, não só as mulheres lésbicas relataram uma menor prevalência de aconselhamento sobre contraceção como também uma menor prevalência de prescrições de contraceptivos, em comparação com mulheres heterossexuais. (18) Em concordância com estes achados, os dados indicam que as taxas de uso de contraceptivos ao longo da vida são muito mais baixas nas mulheres de minorias sexuais do que na população geral. (16) Além disto, o uso de contraceptivos menos eficazes como contraceptivos orais, preservativos, coito interrompido e contraceção de emergência, bem como o seu uso inconsistente, foram frequentemente relatados pelas mulheres pertencentes a minorias sexuais. (17) Da mesma forma, tanto os contraceptivos em sentido lato como os contraceptivos reversíveis de longa duração (dispositivos intrauterinos, implante) são subutilizados neste grupo. (17)

Os estudos propõem várias explicações possíveis para a ausência de uso ou uso inconsistente de contraceptivos. (21) Como referido, os prestadores de cuidados de saúde podem fazer suposições com base na identidade sexual de um indivíduo e não avaliar especificamente comportamentos sexuais, e assim não aconselhar sobre ou oferecer contraceção adequada. (16) Algumas utentes pertencentes a minorias sexuais podem não se considerar em risco gravidar. (16) Os currículos dominantes de educação sexual normalmente equiparam este e outros riscos com a prática de sexo penetrativo, e muitas vezes excluem informações sobre práticas sexuais seguras relevantes para as minorias sexuais. (16) Uma menor expectativa de ou relações sexuais que possam resultar em gravidez menos frequentes também foi apontada como motivo. (21) O estudo de Higgins et al. refere que relações sexuais com pessoas com pénis menos frequentes significam que algumas mulheres usam preservativos ou coito interrompido em vez de métodos contraceptivos mais eficazes ou duradouros, que poderiam parecer "um exagero". (20) Assim, as mulheres poderiam estar comparativamente menos protegidas contra a gravidez indesejada quando a relação sexual ocorreu, quer porque estavam a usar métodos menos eficazes, quer porque estavam menos motivadas a usar os métodos "perfeitamente". (20) Além de destacar preservativos e o coito interrompido, as inquiridas indicaram que a

contraceção de emergência é uma ferramenta contraceptiva comum para mulheres *queer*. (20)

Este estudo aponta, também, que esta série de barreiras à contraceção ajudam a explicar, pelo menos em parte, o risco elevado de gravidez indesejada entre as mulheres *queer*. (20) Efetivamente, as mulheres pertencentes a minorias sexuais têm gravidezes não intencionais a taxas mais elevadas do que os seus pares exclusivamente heterossexuais. (16,21) Esta tendência verifica-se já durante o período da adolescência, com numerosos estudos escolares e comunitários a demonstrarem um risco acrescido de gravidez na adolescência em jovens que se identificam como uma minoria sexual. (15,16,20) De acordo com a revisão de M. Leonardi et al., este risco pode ser entre 2 e 10 vezes superior, em comparação com a juventude heterossexual. (15)

A maioria das explicações para este risco excessivo centraram-se nas minorias sexuais jovens. (16) Neste sentido, a prevalência de fatores de risco relacionados com a gravidez não intencional mostrou-se mais elevada entre os jovens LGB e jovens sem rótulos de orientação sexual do que entre os jovens heterossexuais. (15) Estes fatores incluem o aumento do envolvimento em atos sexuais heterossexuais como forma de gerir o estigma, a falta de educação sexual que é relevante para esta população, e taxas mais elevadas de comportamentos tradicionalmente associados à gravidez não intencional, incluindo o uso de substâncias ou uma história de abuso sexual. (16) Conclusões comuns e recorrentes nestes estudos incluíam, também, disparidades na idade da primeira relação sexual, taxas superiores de abuso sexual e um número de parceiros sexuais mais elevado entre os jovens que se identificavam como uma minoria sexual, em comparação com os seus homólogos heterossexuais. (15,17) As mulheres jovens têm relações de duração semelhante, independentemente da sua sexualidade, mas a maioria das mulheres de minorias sexuais têm mais relacionamentos e passam menos semanas sem um parceiro. (21) Ainda, mantêm relações sexuais numa proporção mais elevada de semanas, uso contraceptivo numa proporção mais baixa de semanas sexualmente ativas, menos uso de um método duplo contraceptivo, e mais falhas de continuidade contraceptiva enquanto sexualmente ativas. (21)

Compreender a intenção de gravidez e as diferenças na intenção de gravidez para as mulheres de minorias sexuais é importante, uma vez que as gravidezes não intencionais têm sido associadas a piores resultados obstétricos e neonatais, tais como pré-eclampsia, baixo peso no nascimento, rutura prematura das membranas e parto prematuro. (16) Embora as taxas de gravidez não intencional sejam mais altas entre mulheres pertencentes a minorias sexuais do que entre mulheres heterossexuais, nem todas estas mulheres desejam evitar a gravidez e a conceção bem-sucedida pode exigir considerações especiais. (16)

Relativamente à saúde sexual e reprodutiva das pessoas trans e não binárias, é claro que, devido às insuficiências da investigação existente, há muito que desconhecemos sobre

as necessidades e experiências desta população. (22) Lacunas relativas às necessidades de saúde e cuidados de saúde de pessoas trans e não binárias incluem a adesão aos rastreios, as preferências de métodos contraceptivos, a influência dos tratamentos hormonais na fertilidade, os desejos e experiências com a gravidez e o aborto, bem como uma série de outros aspetos fundamentais da saúde sexual e reprodutiva. (22)

Começando com a prevenção, estudos indicam que as pessoas trans/*genderqueer* com sexo feminino atribuído à nascença são significativamente menos propensas a ter os seus rastreios ginecológicos em dia, em comparação com as mulheres cisgénero. (23) O inquérito americano *Transgender Survey*, de 2015, revelou que 27% dos participantes trans/*genderqueer* que têm um colo do útero reportaram uma citologia cervical no ano prévio, em comparação com 43% das mulheres cisgénero. (23) Citologias cervicais regulares podem ser mais difíceis de realizar nesta população uma vez que a terapia hormonal pode causar atrofia vaginal e tornar a citologia dolorosa, bem como dificultar a conclusão do teste com sucesso. (23) Em comparação com as mulheres cisgénero, as pessoas transgénero/*genderqueer* têm mais de 10 vezes mais probabilidade de ter uma citologia inadequada, definida como amostras que não podem ser analisadas em laboratório devido a um número insuficiente de células ou a uma elevada quantidade de sangue. (23)

Relativamente aos métodos contraceptivos e à influência dos tratamentos hormonais na fertilidade, embora a testosterona possa ser eficaz na supressão da menstruação, não inibe a ovulação de forma fiável e a gravidez pode ocorrer em indivíduos trans amenorreicos, especialmente se houver lapsos na adesão às injeções semanais ou aplicação tópica diária de testosterona. (24) Embora alguns profissionais de saúde assumam que tomar testosterona irá prevenir a gravidez, há relatos de casos de gravidez entre pessoas que tomam testosterona ou que tenham parado recentemente a testosterona. (25) Ao cuidar destes utentes, os profissionais devem enfatizar informações baseadas em evidência sobre testosterona e contraceção, nomeadamente que a testosterona é teratogénica e não é um contraceptivo eficaz. (24) Além dos indivíduos a tomar testosterona, aqueles que já tiveram a menarca e se encontram a realizar terapia com agonistas da GnRH também devem ser educados sobre o seu potencial para engravidar. (24) Embora a ovulação seja improvável se as gonadotrofinas forem consistentemente suprimidas, não existem estudos que avaliem a eficácia contraceptiva dos agonistas da GnRH em humanos. (24) Os homens trans e pessoas não-binárias/*genderqueer* que realizam terapia hormonal relatam não ter a certeza sobre as suas necessidades contraceptivas ou que simplesmente usam a testosterona para este propósito. (17) Além disso, existe a preocupação sobre a potencial interação entre os contraceptivos e a testosterona. (17) Todavia, os contraceptivos hormonais são seguros e eficazes quando utilizados com testosterona. (17) Logo, prevenção da gravidez deve ser discutida com todos os indivíduos a realizar terapia hormonal com testosterona, e devem

ser disponibilizadas formas eficazes de contraceção a todos. (24) Isto é particularmente importante tendo em consideração que os jovens trans têm uma probabilidade acrescida de gravidez na adolescência e de exposição a fatores de risco para gravidezes indesejadas, em comparação com os jovens cisgénero. (15) Os benefícios do ponto de vista da disforia de género dos métodos contraceptivos também devem ser enfatizados, visto que muitos métodos contraceptivos hormonais também possibilitam a supressão eficaz da menstruação e a menstruação indesejada pode ser uma grande fonte de angústia e disforia de género para alguns indivíduos trans. (17,24)

A discussão dos objetivos atuais e futuros de constituir família é um elemento-chave dos cuidados de saúde sexual e reprodutiva para jovens trans. (24) Os profissionais devem evitar pressupostos sobre a orientação sexual, comportamentos sexuais ou intenções reprodutivas dos jovens com base na sua identidade de género. (24) Os jovens de minorias de género são confrontados com decisões médicas que podem afetar a capacidade reprodutiva futura numa altura em que podem ser incertos dos desejos da parentalidade. (15) Como tal, é crucial que se melhore o aconselhamento em relação à fertilidade antes de iniciar medicamentos ou realizar cirurgias de afirmação de género. (15) O aconselhamento sobre a fertilidade e opções reprodutivas é recomendado antes do início dos bloqueadores da puberdade ou hormonas de afirmação de género porque tanto as terapias feminizantes como as terapias masculinizantes podem prejudicar irreversivelmente a fertilidade. (24,25) Ou seja, podem estar disponíveis opções de preservação da fertilidade, mas estas têm de ser realizadas após a puberdade e antes de iniciar o tratamento hormonal. (24,25) Estudos de adultos trans demonstram que cerca de metade deseja ter filhos, e relatam que teriam seriamente considerado a preservação dos gâmetas se isso lhes estivesse disponível na altura. (24) Apesar disso, a utilização dos serviços de preservação da fertilidade por jovens e adultos trans continua a ser baixa. (24) Assim sendo, é igualmente importante compreender por que razão existe uma discrepância entre a proporção de jovens de minorias de género que expressam interesse na parentalidade e a proporção que realmente procede para a preservação da fertilidade, e ponderar se existem obstáculos que poderiam ser facilmente resolvidos para tornar este tipo de cuidados mais acessíveis. (15) Na realidade, existem inúmeros fatores que podem colocar entraves ao acesso a estes serviços, incluindo disforia relacionada com os procedimentos, o facto de os procedimentos serem invasivos, os custos e falta de cobertura destes serviços por parte das seguradoras, as preocupações sobre o atrasar ou interromper dos cuidados de afirmação de género, e a falta de prestadores de serviços e instalações que ofereçam preservação da fertilidade. (24) A decisão de se ou quando prosseguir a preservação da fertilidade é complexa e merece discussão e exploração com cada jovem (e no caso dos menores, com a família do jovem) antes e durante as intervenções de afirmação de género. (24)

4.1.1.2. O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis

Globalmente, as infeções sexualmente transmissíveis estão a aumentar e representam uma ameaça para a saúde pública internacional. (26) De acordo com os dados do *Youth Risk Behavioral Surveillance*, em comparação com a juventude heterossexual, os jovens LGBT são mais propensos a serem sexualmente ativos, a terem a primeira relação sexual mais precocemente (antes dos 13 anos), e a já terem tido 4 ou mais parceiros sexuais. (25) Os jovens LGBT tinham também cerca de metade da probabilidade de terem usado um preservativo na sua última relação sexual (35,8% vs. 65,5%). (25) Estes comportamentos podem explicar em parte porque é que, embora as taxas globais de incidência de gonorreia, clamídia e sífilis tenham diminuído entre os jovens nos últimos 15 anos, estas têm aumentado entre os jovens LGBT, que também são desproporcionalmente afetados pelo VIH. (25)

Em Portugal, relatórios oficiais recentes documentaram um aumento substancial do número de casos de IST a serem notificados. (26) Durante um período de 3 anos (2015-2017), foram reportados 4819 casos de clamídia, gonorreia e sífilis, representando 15,3%, 33,2% e 51,5% das notificações, respetivamente. (26) Apesar de a forma mais comum de aquisição de IST ter sido por contacto heterossexual, os maiores aumentos foram vistos entre pessoas LGB. (26) Foi observado um aumento de 162% nas notificações de clamídia entre homossexuais/bissexuais contra um aumento de 94% em populações heterossexuais, um aumento de 88% na gonorreia contra um aumento de 15% e um aumento de 27% na sífilis contra um aumento de 16%. (26)

Estas tendências mantêm-se relativamente ao VIH/SIDA. (27) No relatório conjunto da DGS e do INSA, de 2020, sobre a infeção VIH e SIDA em Portugal, com informação epidemiológica referente ao ano 2019, constatou-se uma taxa de novos diagnósticos de 7,6 casos por 10⁵ habitantes, com uma idade média à data do diagnóstico de 38,0 anos. (27) Os casos relativos a homens que têm sexo com outros homens (HSH), apresentaram uma média de idades 13 anos inferior à dos casos via transmissão heterossexual, padrão este semelhante ao de anos recentes. (27) Em 57,8% dos casos a transmissão ocorreu por contacto heterossexual, em 39,5% por relações sexuais entre homens e em 2,1% foi associada ao consumo de drogas injetadas. (27) Já à escala europeia, e de acordo com o *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2020*, em 2019 foram registados 24 801 novos diagnósticos de VIH em 30 países da UE/EEE, com uma taxa de 5,4 por 100 000. (28) Também nesta análise a idade média no diagnóstico foi menor para homens que fazem sexo com homens (36,4 anos) do que na transmissão heterossexual (38,9 nas mulheres e 43,4 nos homens). (28) O sexo entre homens continua a ser o modo mais comum de transmissão

do VIH relatado na UE/EEE, representando 38,7% de todos os novos diagnósticos. (28) O sexo entre homens e mulheres é o segundo modo de transmissão mais relatado na UE/EEE, com 33%. (28) Contudo, a transmissão heterossexual é o modo de transmissão mais comumente reportado em nove países da UE/EEE, nos quais se inclui Portugal. (28)

Neste contexto epidemiológico, a DGS recomenda o rastreio laboratorial da infeção por VIH com periodicidade definida em certas subpopulações, sendo uma delas os homens que têm sexo com homens, nos quais está recomendado o rastreio anual ou mais frequente se apresentarem um quadro clínico compatível com infeção primária ou se mantiverem risco elevado de exposição ao VIH. (29) A profilaxia pré-exposição (PrEP) está recomendada em homens VIH-negativos que fazem sexo com homens e indivíduos trans quando os preservativos não são usados consistentemente com parceiros casuais ou com parceiros seropositivos que não estão se encontram a realizar tratamento. (30) Pode ser considerado em mulheres e homens heterossexuais negativos para o VIH que são inconsistentes no seu uso de preservativo e têm múltiplos parceiros sexuais, onde alguns dos quais são suscetíveis de ter infeção pelo VIH e não estar a receber tratamento. (30)

Para além do VIH/SIDA, os homens que fazem sexo com homens têm maior risco do que os homens que fazem sexo com mulheres de certas doenças infecciosas, incluindo sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, sarcoma de Kaposi, hepatites virais, infeções cutâneas por MRSA e doença meningocócica invasiva. (31) Os HSH incorrem também num risco acrescido de aquisição e transmissão de hepatite A e hepatite B. (32) Embora os HSH possam adquirir hepatite C através de meios sexuais, a prevalência desta infeção entre indivíduos que não partilham agulhas, ou que têm outras exposições parentéricas, permanece relativamente baixa (0,5%), embora superior à população em geral. (32)

Vemos, assim, que os HSH estão desproporcionalmente em risco de infeções sexualmente transmissíveis. (13,25) Os fatores para a vulnerabilidade às DST são complexos. (13,25) A anatomia e imunologia da mucosa rectal resultam numa maior suscetibilidade biológica às DST, inclusive o VIH. (13,25) Em comparação com os homens que fazem sexo exclusivamente com mulheres, os HSH reportam um maior número de parceiros sexuais e são mais propensos a ter vários parceiros sexuais em simultâneo. (13,25) Embora uma má saúde sexual, saúde mental e o consumo de substâncias se sobreponham em todas as populações, observou-se uma maior interação entre estes três domínios em HSH em comparação com homens que fazem sexo exclusivamente com mulheres. (13,25) As razões para os comportamentos de risco são complexas e, em muitos casos, problemas psicossociais concomitantes, como a depressão, podem predispor os HSH a mais comportamentos de risco de IST. (32) Frequentemente, estes comportamentos são em resposta à intolerância social e familiar da homossexualidade. (32)

Anteriormente consideradas de baixo risco para o VIH e outras DST, as mulheres que fazem sexo com mulheres também estão em risco de as adquirir de parceiros sexuais atuais e anteriores. (31) As mulheres de minorias sexuais, especialmente as lésbicas, subestimam frequentemente o seu risco de adquirir ou ser capazes de transmitir DST, uma vez que consideram que isso é mais provável que ocorra em relações sexuais com parceiros masculinos ou relações heterossexuais, pelo que poucas empregam práticas sexuais seguras. (19,31) Com efeito, há uma tendência a acreditar que o sexo entre mulheres é inerentemente seguro devido à troca minimizada de fluidos corporais. (19,33) As próprias campanhas sobre sexo seguro muitas vezes excluem a minorias sexuais, o que cria confusão sobre o risco de transmissão de DST e uma dissonância cognitiva relativamente às mensagens de promoção de sexo seguro, pois estas são muitas vezes percebidas como aplicando-se somente às pessoas heterossexuais. (19,33) Esta ideia não só tem sido auto-perpetuada dentro da comunidade lésbica como explicitamente promovida por profissionais de saúde, pelo que estas mulheres enfrentam historicamente barreiras aos rastreios e tratamentos de DST devido à percepção de que são inerentemente um grupo de baixo risco. (19) No entanto, a percepção de que as mulheres de minorias sexuais são um grupo de baixo risco para as DST é inerentemente problemática, uma vez que a transmissão de várias infeções sexualmente transmissíveis, incluindo VIH, HPV, herpes, sífilis, clamídia, vírus da hepatite A, tricomoníase, vaginose bacteriana e cândida têm sido documentadas. (19,31) De notar, as mulheres que fazem sexo com homens e mulheres têm taxas de DST mais altas do que as mulheres que fazem sexo apenas com homens ou apenas com mulheres. (31)

Apesar da elevada prevalência da infeção pelo HPV, uma revisão de literatura por Waterman & Voss indicou que apenas 25% das mulheres que fazem sexo com mulheres sentiram que estavam em risco. (33) Poucas acreditavam que o HPV é transmitido pelo contacto sexual entre mulheres. (33) Apesar disto, todas as mulheres, incluindo as mulheres pertencentes a minorias sexuais, estão em risco de infeção por HPV e doenças cervicais relacionadas. (34) Estudos descobriram que a mulheres não heterossexuais tem uma prevalência semelhante ou maior de infeção por HPV do que as mulheres heterossexuais, com estimativas de infeção por estirpes de HPV oncogénicas que variam entre os 9 e os 37%. (31,34) Além disso, as evidências existentes sugerem que mais de um quarto das mulheres lésbicas e bissexuais relatam uma história de anormalidades cervicais. (31,34) Apesar disso, a adesão ao rastreio do cancro do colo do útero é significativamente menor nestas mulheres, o que é preocupante e garante uma ação de saúde pública (13)

Ainda, embora existam poucos estudos em mulheres que fazem sexo com mulheres, a vaginose bacteriana parece ser altamente prevalente (25% a 50%) nesta população. (13,25,35) Na realidade, a vaginose bacteriana tem sido demonstrada por vários estudos ter

uma prevalência significativamente maior em mulheres lésbicas e bissexuais e está associada a um risco aumentado de VIH, DST e complicações de gravidez. (13,25,35)

Também nas minorias de género as taxas de infeção por DST e VIH são desproporcionalmente elevadas, com a maioria da investigação a focar-se em mulheres trans (MTF). (11,13,23) Uma revisão sistemática por MacCarthy et al. demonstrou que as populações trans tinham taxas mais elevadas de VIH e DST em comparação com as pessoas cisgénero, uma constatação consistente com as mais recentes revisões sistemáticas e meta análises sobre saúde trans. (36) Estas taxas são marcadamente mais altas em mulheres trans do que em homens trans, com uma análise de estudos a estimar uma prevalência de VIH em mulheres trans quase 50 vezes maior do que a da população adulta geral. (24,25)

As elevadas taxas de VIH e infeções sexualmente transmissíveis entre indivíduos trans são consideradas o resultado de taxas mais elevadas de comportamentos de alto risco, sendo que estudos têm relatado taxas mais elevadas de sexo anal passivo sem preservativo e um maior número de parceiros sexuais, bem como taxas relativamente altas de uso de drogas injetáveis. (13,24) Biologicamente, a atrofia vaginal causada pelo uso de testosterona pode tornar os homens trans mais suscetíveis à aquisição do VIH. (13) Estes e outros fatores de risco comportamentais individuais por sua vez acreditam-se ser impulsionados pelos elevados níveis de problemas de saúde psicossocial na população trans, como a situação de sem-abrigo, o sexo transacional, a doença mental, o uso de substâncias, o abuso, a violência e a falta de acesso a cuidados adequados. (13,24)

Ao fornecer cuidados de saúde sexual e reprodutiva a um indivíduo trans, é particularmente importante ter uma compreensão das partes anatómicas que têm e quais as partes que eles e os seus parceiros estão a usar na sua atividade sexual, a fim de realizar os exames físicos e os rastreios adequadamente, uma vez que são uma população de alto risco. (24)

4.1.1.3. Patologia Oncológica

Considerando a patologia neoplásica, Saunders et al. usou dados de 796.594 inquiridos no *English General Practice Patient Survey* para explorar a prevalência de diagnósticos auto-relatados de cancro nos últimos 5 anos entre minorias sexuais, em comparação com a população heterossexual. (37) Os homens gays/bissexuais tinham maior probabilidade de ter tido cancro nos últimos 5 anos do que homens heterossexuais da mesma idade, embora não houvesse evidência de uma diferença na prevalência de cancro entre mulheres heterossexuais e lésbicas/bissexuais. (37) Para a maioria dos tipos de neoplasia incluídos no questionário a orientação sexual não se relacionou com a prevalência do diagnóstico, particularmente os cancros mais comuns, como o cancro da mama e da

próstata. (37) No entanto, houve diferenças notáveis relativamente a alguns câncros associados à infecção por HPV e/ou VIH, que foram aqueles com maior grau de variação entre a proporção de pessoas heterossexuais e minorias sexuais. (37)

No que concerne aos câncros com maiores taxas de variação entre homens gays/bissexuais e homens heterossexuais, as taxas de carcinoma anal em nesta população são muito superiores à taxa de 2 por 100 000 observada na população geral, com relatórios recentes que sugerem taxas até 35 por 100 000 e tendências de aumento destas taxas, estando os HSH seropositivos em maior risco. (32) Efetivamente, homens gays e bissexuais são duas vezes mais propensos a relatar um diagnóstico de cancro anal. (11,38) As taxas de cancro anal em homens gays e bissexuais são semelhantes à prevalência do cancro do colo do útero na população feminina em geral antes da introdução de programas de rastreio do cancro do colo do útero, o que faz sentido considerando que o HPV é a principal fonte de carcinoma anal entre HSH. (32,38) Esta evidência apoia a necessidade de programas de rastreio de cancro anal direcionados para homens gays e bissexuais. (38) Para além do cancro anal, os homens gays ou bissexuais são relativamente mais frequentemente representados entre os homens com o sarcoma de Kaposi e cancro do pênis. (37)

No que diz respeito ao cancro da próstata, os estudos disponíveis não são plenamente concordantes. (39) Um estudo que compara homens com cancro da próstata com um grupo de homens controlados para a idade e raça constatou que o grupo com cancro da próstata era mais propenso a relatar parceiros homossexuais. (39) Um segundo estudo determinou que a orientação sexual e a história de sexo homossexual ou de sexo anal não estavam associadas a um risco acrescido. (39) Um terceiro estudo revelou que nem a história de DST nem a orientação sexual estavam significativamente associadas a maior risco. (39) No único estudo sobre o rastreio com o teste do antígeno específico da próstata (PSA), os homens gays e bissexuais tinha menor probabilidade de ter um teste atualizado do que os heterossexuais. (39) É, claramente, necessária mais investigação relativamente ao cancro da próstata em HSH. (39)

Sabe-se, contudo, que existem desafios específicos no tratamento do cancro da próstata para estes homens. (39) Enquanto o cancro da próstata afeta homens gays/bissexuais em muitas das mesmas maneiras que os homens heterossexuais, os sobreviventes gays/bissexuais enfrentam desafios únicos, incluindo a perda da próstata como local de prazer sexual em sexo recetivo, perda da ejaculação, irritação retal persistente ou dor impeditiva de sexo anal recetivo, e ereções demasiado fracas para sexo anal insertivo. (39) Uma revisão da literatura por Rosser et al. relatou que a maioria (59%) dos homens gays e bissexuais reportou alterações no sexo anal após o tratamento e quase metade (46%) deixou de o fazer. (39) Ereções fracas podem, do mesmo modo, impedir que estes indivíduos usem preservativos, aumentando o risco de transmissão do VIH e outras DST. (39)

Relativamente às disparidades entre mulheres lésbicas/bissexuais e mulheres heterossexuais, estudos mostram de forma consistente que as mulheres lésbicas e bissexuais têm uma maior prevalência de fatores de risco para cancro da mama, tais como a nuliparidade, menor uso de pílulas contraceptivas orais, o consumo de álcool, o tabagismo e a obesidade. (40,41) Apesar do aumento dos fatores de risco, não foi identificada de forma clara uma taxa de incidência ou prevalência superior de cancro da mama em mulheres de minorias sexuais. (11,40) Em uma análise levada a cabo por Williams et al., a prevalência do cancro da mama foi semelhante entre mulheres não heterossexuais e heterossexuais (4,7% vs. 5,0%), e o estado de minoria sexual não foi associado ao diagnóstico do cancro da mama. (42) Ainda que não tenham sido encontradas diferenças na prevalência do cancro da mama entre mulheres heterossexuais e não-heterossexuais, há evidência de diferenças na utilização dos rastreios do cancro da mama, que são menos utilizados por mulheres não-heterossexuais. (42) Investigação futura deve abordar formalmente se a elevada prevalência de fatores de risco de cancro da mama se traduz realmente numa maior incidência e prevalência deste cancro em mulheres lésbicas e bissexuais. (41) São também necessários mais estudos e estudos com amostras mais significativas sobre as características (incluindo subtipo e estadió), tratamento e sobrevivência do cancro da mama nas mulheres de minorias sexuais. (11,42)

No estudo de Saunders et al. também não foi verificado que as mulheres lésbicas/bissexuais estivessem sub-representadas entre as mulheres com cancro do colo do útero. (37) Aliás, outros estudos apontam que as taxas de cancro do colo do útero são mais elevadas nas mulheres bissexuais do que em mulheres heterossexuais. (13,43) Apesar de, no passado, terem surgido mensagens inconsistentes sobre se as mulheres de minorias sexuais precisavam ou não de frequentar programas de rastreio do cancro do colo do útero, os dados não sugerem qualquer necessidade reduzida. (37) Contudo, apenas metade das mulheres lésbicas e bissexuais numa amostra acompanhavam os rastreios por citologia cervical, devido à perceção de que não precisavam de ser examinadas; colocando-as em maior risco de desenvolver cancro do colo do útero. (11)

Ainda, as mulheres lésbicas/bissexuais estão mais frequentemente representadas entre as mulheres com cancro da orofaringe e cancro do endométrio, e menos frequentemente representadas no cancro anal, vulvar e vaginal. (37) Verifica-se igualmente uma taxa mais baixa de cancro do endométrio em mulheres lésbicas do que mulheres heterossexuais, mas nenhuma diferença nas mulheres bissexuais. (43)

Quanto às pessoas trans, existe uma falta evidente de investigação internacional de alta qualidade sobre a carga de doença oncológica e necessidades relacionadas das mesmas. (11) Uma questão importante é se a terapia hormonal induz um aumento do risco de cancro nos órgãos reprodutivos masculinos em mulheres trans. (44) Como as mulheres trans usam

estrogénio como parte da sua terapia hormonal, uma das principais preocupações é o aumento do risco de cancro da mama. (44) Estudos anteriores mostraram um baixo número de casos de cancro da mama, levando à opinião de que o risco de cancro da mama destas mulheres era comparável ao risco dos homens cisgénero. (44) Mais recentemente, porém, um estudo por De Blok et al. avaliou o risco de cancro da mama em pessoas trans que recebem tratamento hormonal, contando com a participação de 2260 mulheres trans e 1229 homens trans. (45) Este estudo mostrou um risco aumentado de cancro da mama em mulheres trans em comparação com homens cisgénero. (45) Nas mulheres trans, o risco de cancro da mama aumentou durante uma duração relativamente curta do tratamento hormonal e as características do cancro da mama assemelharam-se a um padrão mais feminino. (45) Estes resultados sugerem que as diretrizes de rastreio do cancro da mama para pessoas cisgénero são suficientes para pessoas trans que fazem tratamento hormonal. (45)

A próstata é preservada em mulheres trans, pelo que estas podem ainda estar em risco de cancro da próstata, principalmente se o tratamento hormonal for iniciado após os 50 anos. (41,44) Apenas um estudo fornece dados sobre a incidência de cancro da próstata em mulheres trans, e reportou um caso em 2306. (44) Uma revisão da literatura recente descreveu 10 casos de cancro da próstata em mulheres trans em todo o mundo. (44) Isto indica que o risco de cancro da próstata em mulheres trans é menor do que nos homens cisgénero. (44) O rastreio do cancro da próstata deve ser fortemente considerado, e os riscos e benefícios devem ser discutidos com estas pessoas. (41) Não foram realizados estudos de incidência sobre o cancro testicular em mulheres trans, na verdade, apenas um caso foi descrito na literatura. (44) Não foram relatados casos de cancro do pénis em mulheres trans. (44)

Tal como nos cancros do aparelho reprodutivo masculino, a questão é se o tratamento com testosterona aumenta o risco de cancro nos órgãos reprodutivos femininos em homens trans. (44) Em homens trans, existe potencial para o desenvolvimento do cancro da mama, especialmente entre aqueles que não são submetidos a mastectomia, mas o risco de cancro da mama é menor em comparação com as mulheres cisgénero. (41,45) Alterações mínimas da histologia cervical foram descritas em homens trans, e a displasia cervical foi rara num estudo. (44) No entanto, foram descritos 3 casos de homens trans com cancro do colo do útero. (44) Apenas um caso de cancro da vagina num homem trans, que não recebeu terapia hormonal, foi descrito. (44) Há poucas evidências de uma relação entre o tratamento com testosterona e o cancro do ovário, sendo que até à data foram publicados 6 casos de homens trans com cancro do ovário. (44) Num estudo, a atrofia endometrial foi observada em 45% dos casos investigados, mas não foram observados casos de cancro

uterino. (44) Na literatura, apenas um caso de cancro endometrial num homem trans foi descrito. (44)

Em resumo, a terapia hormonal em pessoas trans pode afetar o risco de cancro relacionado com hormonas sexuais, mas os dados epidemiológicos fiáveis são escassos. (44) Os dados disponíveis não mostram um risco acrescido de cancro nas pessoas trans e, mais importante ainda, os riscos observados não excedem os riscos observados na população cisgénero em geral. (44) No entanto, as pessoas trans podem desenvolver cancro em órgãos relacionados com o seu sexo atribuído à nascença, bem como em órgãos recém-formados. (44) É recomendado o rastreio do cancro de acordo com as diretrizes em vigor para todos os órgãos que estejam presentes. (44)

4.1.1.4. Outras Patologias e Intervenções em Saúde Sexual e Reprodutiva

Relativamente à patologia não neoplásica, uma revisão sistemática e meta-análise exploratória por Robinson et al. destaca dois estudos sobre dor pélvica crónica que reportaram taxas mais elevadas em mulheres bissexuais em comparação com as mulheres heterossexuais (38,5 vs. 28,2% e 18,6 vs. 6,4%). (43) Por outro lado, as meta-análises não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na síndrome dos ovários poliquísticos, na endometriose e na leiomiomatose uterina. (43) Outro estudo indica que as mulheres lésbicas têm uma taxa mais elevada de ovários poliquísticos em comparação com as mulheres heterossexuais (80 vs. 32%), pelo que esta área requer mais estudos para conclusões definitivas. (38)

Numa revisão sistemática sobre as desigualdades em saúde das pessoas intersexo, Zeeman & Aranda demonstraram que as pessoas com variação intersexo estão sistematicamente expostas a intervenções biomédicas, incluindo tratamento hormonal ou cirurgia para “alinhar” os seus corpos com as características sexuais tipicamente associadas ao masculino/feminino, em idades muito jovens, sem consentimento informado. (11,14) Estas intervenções podem ter consequências ao longo da vida devido a cicatrizes cirúrgicas, a continuação da cirurgia na idade adulta ou os efeitos do trauma ligado à cirurgia. (14) Num estudo de 57 pessoas intersexo que foram submetidas a cirurgia genital, 47% estavam descontentes com o resultado da cirurgia, 44% experimentaram ansiedade sexual prolongada, 70% têm problemas com o desejo sexual e 56% descreveram sintomas de dispareunia. (11) Cerca de 62% dos participantes relataram problemas sexuais devido à sua condição intersexo. (11)

As preocupações éticas persistem nos cuidados de saúde, nomeadamente em torno da falta de informação adequada e de consentimento informado para práticas que vão desde

a fotografia anatómica até à cirurgia genital "normalizadora" em menores. (14) Estudos concluem que a cirurgia deve ser evitada à nascença, e a gonadectomia só deve ocorrer quando existe o risco de malignidade. (11) A intervenção cirúrgica não urgente deve, então, ser reduzida ao mínimo e só deve ser efetuada com o consentimento informado de acordo com as necessidades da pessoa, de preferência na puberdade ou na idade adulta. (11,14) São necessários mais investimentos para respeitar e promover os direitos fundamentais das pessoas intersexo a nível global, tais como o direito à integridade física e à autodeterminação, combinado com o direito de recusar intervenções biomédicas sempre que assim o preferirem. (14)

Num estudo português focado em pessoas trans descobriu-se que, dos indivíduos que realizam terapia hormonal, 1,8% não realiza controlo e 22,8% realiza-o sem cumprir as recomendações. (46) Alguns participantes obtiveram terapia hormonal sem prescrição, por amigos/familiares (15,8%) ou desconhecidos (12,3%). (46) A necessidade de tentar obter terapia hormonal por estas fontes alternativas, bem como a não realização de um controlo laboratorial adequado, aumentam logicamente os riscos associados ao tratamento hormonal. (46)

A *World Professional Association for Transgender Health* recomenda que as pessoas trans adotem, pelo menos durante 12 meses, o papel de género com que se identificam, antes de realizarem qualquer processo cirúrgico. (46) Não obstante, o que se constata é que, na maioria das vezes, este período é consideravelmente mais prolongado, o que se pode atribuir à complexidade do processo exigido e às listas de espera para consultas das várias especialidades. (46) Por exemplo, em Portugal, a média dos tempos de espera para a primeira consulta de cirurgia é de $10,92 \pm 12,51$ meses, e para a efetiva realização do procedimento cirúrgico é de $11,45 \pm 11,50$ meses. (46) Isto é relevante na medida em que longos tempos de espera para aceder ao tratamento de afirmação de género têm um impacto comprovadamente negativo no bem-estar emocional e na saúde mental destas pessoas. (11)

4.1.2. Saúde Mental

A saúde mental é fundamental para estabelecer processos psicológicos apropriados e relações interpessoais saudáveis, para a perceção da qualidade de vida e para uma boa saúde em geral. (47) Devido a múltiplos níveis de marginalização, muitas pessoas LGBTI podem experimentar discriminação e estigmatização. (48) Consequentemente, a incidência de problemas de saúde mental parece ser muito maior nesta população em comparação com a população em geral. (48) No entanto, muita literatura cinzenta dos Estados-Membros da União Europeia destacou a falta de serviços especializados de saúde mental e aconselhamento para as pessoas LGBTI, grupo no qual Portugal se inclui. (48)

A teoria do *stress* das minorias de Meyer forneceu um quadro conceptual para a compreensão das disparidades de saúde mental da população LGBTQ+. (49) Esta hipótese pressupõe que as pessoas LGBTQ+ experimentam fatores de *stress* crónicos relacionados diretamente com as suas identidades estigmatizadas, como a vitimização, preconceito e discriminação, bem como menor apoio social. (47,49) Exemplos de estigma incluem a não aceitação familiar, *bullying*, discriminação no emprego ou na habitação, criminalização das identidades e comportamentos LGBT, necessidade de ocultação de identidade baseada na realidade e/ou antecipação de rejeição e exposição a leis, políticas e normas sociais discriminatórias. (50) Estas experiências distintas, para além dos fatores de *stress* quotidianos ou universais, comprometem desproporcionalmente a saúde mental e o bem-estar das pessoas LGBTQ+. (38,49) De um modo geral, Meyer indica três processos de *stress*, desde o distal ao proximal: fatores de *stress* objetivos ou externos, que incluem discriminação estrutural ou institucionalizada e interações interpessoais diretas de vitimização ou preconceito; a expectativa de que ocorra vitimização ou rejeição e a vigilância relacionada com essa expectativa; e a internalização de atitudes sociais negativas (homofobia internalizada). (49) Embora a teoria de *stress* das minorias esteja focada na saúde mental, existem algumas evidências que apoiam o alargamento do modelo à saúde física. (16)

Como referido, a comunidade LGBTQ+ está em risco aumentado para uma série de problemas de saúde mental e problemas sociais, em comparação com a população em geral. (48,50) Este risco aumentado está presente em todas as fases do desenvolvimento. (49) Estudos com amostras de adultos indicam taxas elevadas de depressão e transtornos do humor, perturbações de ansiedade, transtorno de *stress* pós-traumático, uso e abuso de álcool, distúrbios alimentares, ideação suicida e suicídio, bem como comorbilidade psiquiátrica. (49–51) Efetivamente, até 14 vezes mais tentativas de suicídio foram relatadas entre as pessoas LGBTI, e as taxas de depressão foram mais de cinco vezes mais altas entre as pessoas trans e 3,5 vezes mais altas entre as pessoas LGB do que na população em geral. (47) Estudos em adolescentes mostram que as origens destas disparidades de saúde mental nos adultos remetem para os anos adolescentes: múltiplos estudos demonstram que taxas desproporcionais de *distress* emocional, sintomatologia de e comportamentos relacionados com estas perturbações estão presentes entre os jovens LGBTQ+ antes da idade adulta, incluindo um risco duas a quatro vezes superior para ideação suicida e suicídio quando comparados com a juventude heterossexual. (49,50) As relações parentais e familiares positivas são cruciais para o bem-estar dos jovens, mas muitos jovens LGBT temem assumir-se aos pais e podem sofrer rejeição familiar pela sua identidade. (49) Embora nem todos os jovens sejam rejeitados pela família, aqueles que o são estão em maior risco para sintomas de depressão, ansiedade e tentativas de suicídio. (49) Tanto nos jovens como nos

adultos, estas perturbações são fontes significativas de morbidade e mortalidade e um preditor fundamental de uma série de disparidades de saúde comportamental evidentes entre esta população, como o VIH, outras DST e o uso, abuso e dependência de substâncias e consequências relacionadas. (49,50)

Fazendo referência em específico aos homens gays e bissexuais, estes têm uma pior saúde mental em comparação com os homens heterossexuais. (11) Um estudo recente mostrou que 21,3% dos homens gays e bissexuais estavam deprimidos e 17,1% reportaram ansiedade. (11) A pesquisa também revelou que homens gays e bissexuais têm o dobro do risco de ter tido uma tentativa de suicídio no ano anterior, quatro vezes maior risco de tentativa de suicídio ao longo da vida e taxas desproporcionalmente mais elevadas de suicídio consumado em comparação com a população em geral. (11,13)

Uma revisão da literatura por McClain & Peebles mostrou que as minorias sexuais têm uma maior insatisfação corporal, e mais frequentemente relatam incorrer em práticas de controlo de peso perigosas, como o vômito induzido, o uso de comprimidos de dieta ou laxantes e o exercício excessivo. (52) Também mais frequentemente têm comportamentos associados a distúrbios alimentares e um diagnóstico de distúrbio alimentar. (52) Dentro deste grupo, os homens que fazem sexo com homens são os mais afetados e vulneráveis. (52)

A violência doméstica/no relacionamento refere-se a danos físicos, sexuais e psicológicos por parte de um parceiro ou ex-parceiro ou cônjuge atual ou antigo, e pode ocorrer em relações LGBT. (53) Esta é mais predominante em homens gays do que na população geral e menos predominante nas mulheres lésbicas do que na população geral. (54) No geral, os profissionais de saúde são piores em reconhecer uma dinâmica abusiva de poder e controlo quando o agressor não é um homem e a vítima não é uma mulher. (54) Na verdade, a violência doméstica/no relacionamento é um desafio único para as pessoas LGBT por vários motivos. (54) Além dos métodos geralmente descritos que um abusador usa para manter o poder e o controlo, a divulgação forçada — revelar publicamente a orientação sexual ou identidade de género de alguém — pode resultar em violência psicológica e adicionais. (54) As vítimas deste tipo de violência muitas vezes consideram que a obtenção de ajuda através dos sistemas policiais, judiciais e de serviços sociais é um desafio. (54) Efetivamente, as vítimas podem ser obrigadas a divulgar a sua orientação sexual ou identidade de género como parte da apresentação de um relatório ou ordem judicial para obter proteção do abusador. (54) Muitos sobreviventes homens e trans são incapazes de aceder a abrigos tradicionais e as sobreviventes podem descobrir que as suas abusadoras do mesmo sexo têm o mesmo acesso a recursos e abrigos que elas têm. (53)

Quanto às mulheres lésbicas e bissexuais, estas têm uma maior probabilidade de ter problemas de saúde mental e recorrem significativamente mais aos serviços de saúde

mental do que as mulheres heterossexuais. (47) Uma meta-análise mostrou que as mulheres lésbicas e bissexuais têm 1,82 vezes maior risco de tentativas de suicídio em comparação com as mulheres heterossexuais. (11) Numa amostra de 6.178 mulheres lésbicas e bissexuais, 5% tinham-se tentado suicidar no passado ano e 20% automutilaram-se deliberadamente durante o mesmo período. (11) Vários estudos indicam que as mulheres de minorias sexuais podem estar em maior risco de depressão pós-parto. (19) Ainda, as mulheres de minorias sexuais podem estar mais suscetíveis ao excesso de peso e à obesidade em comparação com as mulheres heterossexuais. (11,52)

Entre as minorias sexuais há indícios consistentes de que os bissexuais são os que correm maior risco de problemas de saúde mental, tanto na adolescência como na idade adulta. (49) De facto, apesar de o estatuto de minoria sexual ter sido associado à história ao longo da vida de depressão e perturbações de uso de substâncias, um estudo de Mann et al. concluiu que estas taxas são mais elevadas em bissexuais do que nos gays/lésbicas e heterossexuais. (55) Os participantes bissexuais deste estudo apresentaram as maiores taxas de depressão (46,87%), seguidos pelos gays/lésbicas (39,39%), a questionar (29,87%) e heterossexuais (21,59%). (55) Este padrão manteve-se para as taxas de perturbações de uso de substâncias (35,48%, 29,45%, 17,35% e 11,71%, respetivamente). (55)

Na análise de Elliott et al., 15% dos homens bissexuais e 18,8% das mulheres bissexuais relataram algum problema de saúde mental duradouro, contra 10,9% dos homens gays e 12,3% das mulheres lésbicas. (11,12) Os números eram mais baixos para as mulheres e homens heterossexuais, com 6% e 5,2%, respetivamente. (11,12) Numa amostra de 937 mulheres bissexuais e 4.769 lésbicas, as mulheres bissexuais relataram uma pior saúde mental e mais *distress* psicológico do que as mulheres lésbicas. (11) As mulheres bissexuais eram mais propensas a relatar um problema alimentar, a se terem automutilado, a terem-se sentido tristes/miseráveis ou deprimidas, e a terem-se sentido ansiosas ou nervosas no último ano, em comparação com as mulheres lésbicas. (11)

Entre as minorias sexuais, os bissexuais parecem ser os que estão em maior risco de automutilação como por exemplo cortar-se, queimar-se, arranhar-se, bater contra superfícies ou bater em si próprio. (55) Por grupo de orientação sexual, as proporções nas quais ocorreu a automutilação num estudo foram: 13,7% nos bissexuais, 8,9% nos que estão a questionar a sua orientação sexual, 3,9% nos gays/lésbicas e 1,9% nos heterossexuais. (55)

No que concerne às minorias de género, a investigação realizada indica, globalmente, taxas consideravelmente mais elevadas de problemas de saúde mental entre pessoas trans em comparação com pessoas cis. (11) Em conjunto, as descobertas denotam que os jovens trans têm um risco elevado de resultados negativos em saúde mental, provavelmente devido à sua vivência de vários fatores de risco psicossociais como, por exemplo, a falta de apoio social, a vitimização e a violência física e sexual. (56) Em

conformidade, as pessoas trans recebem menos apoio da família e amigos e participam menos em atividades sociais do que as pessoas cisgênero, com uma maior percentagem de pessoas que se sentem isoladas e discriminadas quando procuram emprego. (57) As pessoas trans têm igualmente um risco acrescido de ser vítimas de violência física e psicológica, bem como de *bullying* e *ciberbullying*. (57)

Com base nas elevadas taxas de vitimização, abuso sexual e outras experiências traumáticas, não é de estranhar que os jovens trans relatem altas taxas de problemas de saúde mental e uso de substâncias. (56) Consistente com trabalhos anteriores, as análises de Newcomb et al. revelaram taxas muito elevadas de depressão e suicídio, e na maioria dos casos estas taxas foram significativamente mais elevadas entre os jovens trans em comparação com as minorias sexuais cisgênero e substancialmente mais altas do que na população geral. (56) Um outro estudo com 351 pessoas trans descobriu que as taxas de sintomas depressivos (51,4% nas mulheres trans; 48,3% nos homens trans) e ansiedade (40,4% nas mulheres trans; 47,5% nos homens trans) eram substancialmente mais elevadas do que as da população geral. (11) Estudos realizados na Europa, nos EUA e no Canadá indicam um aumento significativo dos níveis de ideação suicida e tentativas de suicídio em populações trans, com 22-43 % das pessoas trans a relatar ter um histórico de tentativas de suicídio. (11) Por sua vez, um estudo de mulheres trans identificou uma taxa de ideação suicida superior a 50 %. (51)

Os principais fatores de risco identificados para a ideação suicida e tentativas de suicídio em pessoas trans incluíam a disforia de género, confusão/negação sobre o género, medos em torno da transição, atrasos e recusas no tratamento de afirmação de género e o estigma social. (11) Uma constatação chave do *Trans Mental Health Study*, foi que a transição foi demonstrada como tendo reduzido consideravelmente as taxas de ideação suicida e tentativa de suicídio. (11) Entre uma amostra de 889 participantes trans, 67% dos inquiridos afirmaram ter pensado em suicídio antes da transição, com 3% a relatar os mesmos pensamentos após a transição. (11)

Entre os jovens trans, a restrição alimentar e os comportamentos alimentares compensatórios podem funcionar como forma de lidar com a disforia de género, empregada para prevenir ou interromper as alterações da puberdade, como método de supressão das características do seu sexo biológico e, para alguns, de alcançar certos aspetos do género desejado, na ausência de acesso a intervenções médicas afirmativas de género. (52,58) Assim sendo, faz sentido que esteja documentado que os jovens trans têm taxas mais elevadas de distúrbios alimentares e sintomas relacionados do que a juventude cisgênero. (58) O acesso aos cuidados de afirmação de género foi destacado como essencial para a redução ou resolução dos sintomas de distúrbios alimentares nos jovens trans, e as barreiras a estes cuidados foram associadas à exacerbação da sintomatologia, *distress* psicológico e

ideação suicida. (58) Estas conclusões demonstraram a importância do acesso oportuno ao tratamento de afirmação de gênero, e que a transição tem um impacto positivo na saúde mental e no bem-estar geral. (11)

Outra constatação particularmente importante é que as pessoas não binárias/*genderqueer*, particularmente aquelas com o sexo masculino atribuído à nascença, muitas vezes têm taxas mais elevadas de índices negativos em saúde e comportamentos de risco relacionados, em comparação às pessoas cisgênero, mulheres trans e homens trans. (56) Os indivíduos não binários/*genderqueer* são mais propensos a relatar uma história familiar de doenças mentais e uma história pessoal de problemas de saúde mental do que as pessoas cisgênero. (59) Quando comparados com indivíduos cisgênero, as pessoas não-binárias/*genderqueer* têm um maior risco de sofrer violência e discriminação laboral, são mais isoladas e infelizes, reportam menos apoio familiar e social, têm mais problemas psicológicos e maiores percentagens de ideação suicida e suicídio. (59) Da mesma forma, estas pessoas reportam taxas significativamente mais elevadas de automutilação, incongruência de gênero e insatisfação corporal. (59)

A investigação que explora as necessidades de saúde mental das pessoas intersexo parece ser relativamente limitada e há necessidade de investigação em larga escala sobre o bem-estar psicológico e emocional das pessoas intersexo, bem como o impacto a longo prazo dos tratamentos de "normalização". (11) Um inquérito australiano de 272 pessoas intersexo revelou que ser diagnosticado com "distúrbios/diferenças do desenvolvimento sexual" e a intervenção médica relacionada teve uma série de efeitos físicos e psicológicos, com as pessoas a experienciar isolamento devido ao estigma, *bullying*, discriminação e rejeição de familiares e dos pares. (11,14) Consequentemente, 26% das pessoas intersexo já se tinham automutilado, e cerca de 60% já tinham considerado suicídio, comparado com menos de 3% da população em geral. (11,14) Mais, a incidência de tentativas de suicídio foi de 19%. (11,14)

4.1.3. Consumo de Álcool, Tabaco e Substâncias Ilícitas

A investigação científica relacionou fiavelmente o *stress* das minorias às elevadas taxas de uso e abuso de substâncias entre as pessoas de minorias sexuais e de gênero, sendo estes frequentemente descritos na investigação como uma forma de gerir este tipo de *stress*. (11,60) As experiências de discriminação das minorias sexuais e de gênero contribuem, então, para grandes disparidades nas taxas de consumo de tabaco, álcool e substâncias ilícitas, no uso indevido de medicamentos sujeitos a prescrição médica e na prevalência das perturbações por uso dessas substâncias. (60)

Estas disparidades verificam-se ao longo de todo o ciclo de vida. (60) Os dados do *Youth Risk Behaviour Survey* e de trabalhos semelhantes indicam que os adolescentes das minorias sexuais e de gênero têm um risco consideravelmente mais elevado de consumo de tabaco, álcool e substâncias ilícitas, em comparação com os adolescentes cisgênero e heterossexuais. (56,60,61) Tal constitui um problema significativo de saúde pública, sendo as disparidades evidentes ao longo do espectro de utilização de substâncias, desde a vontade de utilizar substâncias, idades mais precoces de início e consumos de maiores quantidades até às suas consequências. (61) Em comparação com os pares que não sofreram a rejeição familiar, uma falta de apoio familiar tem sido associada a uma probabilidade 3,4 vezes maior de consumir substâncias ilícitas, bem como ao tabagismo, alcoolismo e ao abuso de medicamentos sujeitos a receita médica, nas minorias sexuais e de gênero. (60) Embora as perturbações por uso de substâncias tendam a diminuir em prevalência com a idade na população geral, esta tendência é menos acentuada entre as pessoas LGBT, pelo que as pessoas LGBT mais velhas também têm maiores consumos destas substâncias. (51)

A prevalência das perturbações por uso de substâncias é aproximadamente duas vezes superior entre pessoas LGB do que entre pessoas heterossexuais. (51) Boyd et al., que no seu estudo avalia a incidência e severidade das perturbações relacionadas ao consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas, objetivou que a incidência e severidade de todos estes distúrbios foi maior entre as minorias sexuais do que entre os inquiridos heterossexuais. (62) A incidência de perturbações do consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas de qualquer gravidade entre as minorias sexuais foi, respetivamente, de 21,5%, 23,6% e 7,7%, comparativamente com 12,8%, 17% e 3,8% entre pessoas heterossexuais. (62) Da mesma forma, a incidência de perturbações do consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas severas entre minorias sexuais foram mais elevadas relativamente às pessoas heterossexuais, com 7,2%, 8,1% e 2% vs. 2,9%, 4,6% e 1,1%, respetivamente. (62)

Homens gays e bissexuais têm 2,4 vezes maior risco de desenvolver dependência de substâncias em comparação com os seus homólogos heterossexuais. (11) Numa amostra, as mulheres lésbicas e bissexuais tinham um risco três vezes maior de desenvolver alcoolismo e toxicod dependência em comparação com as mulheres em geral. (11) Os resultados de Schuler & Collins indicam que as mulheres bissexuais têm taxas significativamente mais elevadas, em relação às mulheres lésbicas, de consumo e abuso de múltiplas substâncias como álcool, marijuana, e drogas ilícitas. (63) Em contraste, em relação aos homens gays, os homens bissexuais relataram um consumo mais acentuado apenas de charutos. (63) Portanto, as diferenças entre indivíduos bissexuais e gays/lésbicas parecem ser mais pronunciadas entre as mulheres. (63) Efetivamente, as mulheres bissexuais aparentam ter um risco particularmente elevado para o consumo e dependência de substâncias comparativamente tanto às mulheres lésbicas como às mulheres heterossexuais. (11,60)

Verificou-se que estas mulheres têm duas vezes maior probabilidade de beber em excesso e duas a três vezes maior probabilidade de consumir tabaco, marijuana e outras substâncias ilícitas, quando comparadas às mulheres heterossexuais. (60) Pelo contrário, o *PRIDE study*, por B. T. Barger et al., é o primeiro a indicar que os indivíduos assexuais podem ter menor risco de reportar uso ou abuso do álcool ou outras substâncias, em comparação com outros grupos de minorias sexuais. (64)

J.K. Day et al., que comparou os consumos de substâncias dos jovens trans e cis, concluiu que os jovens trans tinham uma prevalência marcadamente maior destes consumos. (65) Especificamente, a prevalência de consumo de álcool ao longo da vida dos jovens trans foi 1,5 vezes maior (56,32% vs. 38,31%), o consumo de cigarros foi 2,7 vezes maior (34,75% vs. 12,95%), e o consumo de marijuana foi 1,91% maior (40,42% vs. 21,12%) do que a dos jovens cis. (65) O uso de substâncias também foi notavelmente elevado na amostra Newcomb et al., particularmente entre as mulheres trans e jovens não binários com o sexo masculino atribuído à nascença, incluindo o consumo problemático de álcool (24,1% e 42,8%, respetivamente), o consumo perigoso de marijuana (34,5% e 39,3%, respetivamente), o tabagismo atual (41,4% e 21,4%, respetivamente) e o uso de drogas estimulantes nos últimos seis meses (20,7% e 14,3%, respetivamente). (56) Na maioria dos casos, estas taxas são substancialmente mais altas do que as reportadas por grandes estudos baseados na população tanto de jovens como de adultos. (56) As pessoas trans são, portanto, mais propensas ao consumo de álcool, cigarros, opióides e outros analgésicos, inalantes e outras drogas (por exemplo, cocaína) do que pessoas cisgénero. (61) Estudos especificamente sobre o uso de substâncias em jovens não-binários são escassos, mas um estudo descobriu que eles têm um maior risco para o uso de substâncias que as pessoas cis, as mulheres e os homens trans. (61)

4.2. A Acessibilidade à Saúde

O acesso aos cuidados de saúde pode definir-se como uma série de oportunidades para “identificar necessidades de saúde, procurar serviços de saúde, chegar aos recursos de saúde, obter ou utilizar serviços de saúde, e ser efetivamente oferecido serviços adequados às necessidades de saúde”. (66) O acesso à saúde é um direito fundamental de todos os seres humanos, estando legitimado em vários tratados internacionais, como a Constituição da OMS, que decreta que “desfrutar do mais elevado nível de saúde alcançável é um dos direitos fundamentais de cada ser humano sem distinção de raça, religião, crença política, condição económica ou social”. (67,68) Também documentos nacionais, como o artigo 64º da Constituição da República, são claros nesta mensagem, consagrando que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”. (67,68) Deste modo,

qualquer identidade do espectro LGBTQ+ não pode representar, por si só, uma barreira no acesso aos cuidados de saúde. (67,68) No entanto, os estudos e investigações mais recentes nesta área demonstram, com clareza, que este ideal não corresponde à realidade vivida por esta população. (67,68) Deste modo, é essencial caracterizar as especificidades e as disparidades com que as pessoas LGBTQ+ se confrontam no contexto dos cuidados de saúde, bem como implementar políticas e legislações que procurem ativamente cultivar e permanentemente estabelecer uma conjuntura de igualdade em questões de saúde. (67)

Como visto anteriormente, as pessoas LGBTQ+ vivenciam numerosas disparidades de saúde (por exemplo, VIH, saúde mental, uso de substâncias) em relação às pessoas heterossexuais e cisgénero. (69) A redução destas desigualdades é um objetivo fundamental de saúde pública e é considerado pela União Europeia como um dos mais importantes desafios de saúde pública que os seus Estados-Membros enfrentam. (38) Os potenciais contribuidores para estas disparidades incluem a falta de acesso e a baixa utilização dos cuidados de saúde por parte dos indivíduos LGBTQ+, uma vez que a discriminação percebida e real em contextos de saúde dificulta comportamentos de procura de saúde. (69) Na realidade, a exclusão social, a estigmatização e a discriminação vivida pelas pessoas LGBTQ+ persistem em muitos contextos de cuidados de saúde. (38,67) Esta não é apenas uma questão de justiça social, mas evidências crescentes ligam estas experiências e o *stress* das minorias relacionadas com as desigualdades em saúde, mostrando que o comportamento discriminatório dos profissionais de saúde pode ter um impacto negativo tanto na saúde mental como na saúde física desta população, ou seja, ser determinantes de saúde das pessoas LGBTQ+. (38,67)

Muitos constrangimentos provêm de práticas clínicas que não são específicas para as suas necessidades e da falta de, ou não aplicação, das leis existentes. (68) Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde têm uma instrução deficiente em questões LGBTQ+, nomeadamente, quando se trata de formação avançada em competência cultural, uma área em extrema necessidade de investimento. (68) Os dados do Conselho da Europa identificaram quatro principais obstáculos expressos pelas pessoas LGBTQ+ no acesso aos cuidados de saúde: (1) elevado nível de suspeita para com os profissionais de saúde; (2) atitudes preconceituosas por parte dos profissionais de saúde; (3) falta de direitos de visita e falta de participação nas decisões clínicas; e (4) a ligação dos homens gays e bissexuais à VIH/SIDA. (68)

4.2.1. Sobre a Discriminação e a Patologização

As atitudes dos profissionais de saúde são um dos principais problemas que as minorias sexuais e de género enfrentam em contextos de saúde, sendo que também as

peças LGBTQ+ portuguesas reportam evidências claras de heterossexismo e heteronormatividade, com os médicos e enfermeiros a ser percecionados como uma classe homofóbica/transfóbica. (68,70) Experiências discriminatórias em contextos clínicos vão desde a dificuldade dos profissionais com o contacto visual, a falta de conforto com parceiros do mesmo sexo, a suposição da heterossexualidade, questões inadequadas ou inapropriadas, até insultos, recusa de serviços ou comentários homofóbicos/transfóbicos. (18,19) Estas experiências podem criar um ambiente pouco acolhedor para as peças LGBTQ+ e resultar numa menor probabilidade de estes procurarem cuidados no futuro. (71) Dentro da comunidade LGBTQ+, as peças trans e não binárias são as mais propensas a sofrer discriminação e maus-tratos em contexto dos cuidados de saúde, e a serem negativamente afetadas por conhecimentos clínicos limitados ou pela recusa de prestação de cuidados. (22)

O relatório Saúde em Igualdade, da ILGA Portugal, reflete isto mesmo, ao indicar que 72% dos inquiridos já consultou um profissional de saúde que pressupôs que este se identificava como heterossexual. (67) A presunção de que todas as peças são heterossexuais reforça a invisibilidade das peças LGB, e pode criar barreiras na comunicação entre estas e os profissionais de saúde. (11) Para além disso, um total de 7% dos participantes já tinha sido alvo de discriminação ou tratamento desadequado ao recorrer aos cuidados de saúde, sendo que estes episódios se deram mais frequentemente nas especialidades de medicina geral e familiar e ginecologia/obstetrícia. (67)

Um estudo a nível nacional sobre a discriminação e barreiras ao acesso ao SNS percecionados por peças trans averiguou que 50% dos inquiridos referiram ter sido discriminados, sendo que estes episódios ocorreram mais frequentemente no serviço de urgência. (46) As instâncias de discriminação mais frequentes foram o “uso de linguagem preconceituosa ou insultuosa” (27,9%), a “negação da identidade de género” (20,6%) e o “desencorajamento da exploração da identidade de género” (19,1%). (46)

Numa revisão sistemática por Ayhan Balik et al., em 9 dos 16 estudos revistos, a taxa de discriminação reportada variou entre 2% e 41,8%. (70) Os tipos de comportamento discriminatório encontrados por indivíduos de minorias sexuais e de género foram muitas vezes a recusa da medicação necessária e atitudes discriminatórias. (70) Num estudo que comparou as atitudes dos médicos e enfermeiros quanto à comunidade LGBTQ+, os enfermeiros tiveram uma atitude mais positiva do que os médicos. (70) Além disso, os prestadores de cuidados de saúde tinham atitudes mais negativas em relação às minorias de género do que às minorias sexuais. (70) As evidências obtidas a partir desta revisão sistemática demonstraram claramente que as minorias sexuais e de género estão sujeitas a discriminação em contextos dos cuidados de saúde. (70)

Um estudo centrado nas desigualdades em saúde enfrentadas pelas pessoas LGBTI, pela comissão europeia, reportou que as pessoas LGBTQ+ experienciam comumente homofobia, bifobia e transfobia no contexto dos cuidados de saúde. (11) Os resultados dessa investigação sugerem que as pessoas LGB têm 1,5 vezes mais probabilidade de relatar experiências desfavoráveis nos cuidados de saúde primários em comparação com a população em geral. (11) Nos contextos em que as pessoas LGBTI acedem aos serviços de saúde, os profissionais muitas vezes assumem que são heterossexuais e cisgénero, usando a linguagem em conformidade com esta ideia. (11) Mais, metade das pessoas trans que recorreram aos serviços de urgência apresentando-se como o género com que se identificam tiveram experiências negativas, incluindo a recusa de cuidados ou de realizar o exame físico, uso de linguagem ofensiva ou insultuosa e atitudes de menosprezo ou ridicularização, entre outros. (11)

No que diz respeito aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, as instâncias de discriminação podem ser agravadas pelos ambientes que dão grande destaque ao género em que as pessoas geralmente obtêm cuidados de saúde relacionados com a contraceção, o aborto, a gravidez e o nascimento, entre outros — cuidados que são amplamente conceptualizados como serviços de saúde “da mulher”. (22) Os danos causados pela linguagem e representação exclusiva do género podem ser particularmente pronunciados em consultórios de ginecologistas/ obstetras, centros de planeamento familiar e outros contextos de saúde sexual e reprodutiva. (22) Por exemplo, entrar numa clínica onde o letreiro anuncia “Saúde da Mulher”, onde as paredes e cadeiras são cor-de-rosa, onde imagens de apenas mulheres cisgénero figuram na sala de espera e consultórios, onde panfletos educacionais usam linguagem relevante apenas para mulheres cisgénero, e onde a casa de banho dos utentes é rotulada como uma casa de banho “para mulheres” pode ser estigmatizante e isolante para uma pessoa que não é uma mulher. (22) Da mesma forma, ser rotulado erroneamente com o género errado por parte do pessoal da instituição de saúde, como uma rececionista que se refere a um homem como “Senhora” ou “Ela”, ou a experiência de ser atendido por um prestador de cuidados de saúde que não tem conhecimentos sobre a prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva a doentes trans— ou que se recusa a prestar cuidados a doentes trans — pode traumatizar os utentes e impedi-los de procurar cuidados de saúde no futuro. (22)

Um estudo chamou a atenção para a forma como a documentação e os protocolos utilizados pelos profissionais de saúde tinham sido claramente desenvolvidos em torno da heterossexualidade e da cisgeneridade e, portanto, não estavam orientados para as necessidades das pessoas LGBTQ+ nem passavam mensagens claras de inclusividade. (11) As pessoas trans e intersexo podem levantar questões muito particulares no que diz respeito ao registo de informações demográficas e registos de saúde. (11) Por exemplo, num registo

de saúde em que um homem trans é registado como homem, a plataforma eletrónica não irá normalmente alertar para citologias cervicais ou outros rastreios em falta, ou terá opções para registar um histórico obstétrico. (22) Ademais, um clínico pode verificar que códigos específicos são inconsistentes com o sexo registados ou que a plataforma não apresenta as caixas de verificação adequadas para documentar um exame da próstata a uma mulher trans que está registada como mulher, ou para um homem de trans que está a ser submetido a colocação de dispositivo intrauterino. (22) Outro desafio com alguns sistemas de registo eletrónico é a comunicação de valores laboratoriais usando valores de referência “normais” baseados em pessoas cisgénero, o que significa que um utente pode ter o seu resultado sinalizado como “anormal” mesmo quando é normal com base nos medicamentos ou hormonas que toma ou nas cirurgias que fez. (22)

Para além dos vários tipos de discriminação, também a patologização é um problema importante para esta população. (68) Todas as identidades do espectro LGBTQ+ seguiram um curso semelhante em termos de patologização e subsequente contestação desse enquadramento biomédico. (68) Por exemplo, a homossexualidade era considerada uma doença mental, as identidades trans eram enquadradas sob disforia de género e a assexualidade como desordem de desejo hipoaetivo, com todas as implicações sociais e políticas subsequentes. (68) Ao longo do tempo, a OMS reviu e removeu classificações e códigos patologizantes associados às minorias sexuais e de género da Classificação Internacional das Doenças. (68) Apesar deste progresso, e tendo em consideração o quão recente este passado de patologização realmente é, ainda está bem assente o impacto da história na prática médica atual. (67) Objetivamente, as consequências ressentem-se nos profissionais de saúde que, hoje em dia, ainda sugerem a utentes que a sua orientação sexual pode ser “curada”. (67) De notar, num estudo português, 11% dos atendimentos na área da saúde mental resultaram no profissional de saúde a sugerir ao utente que a homossexualidade é uma doença e que é, portanto, passível de ser “curada”. (67)

Enquanto isto, as classificações associadas às variações intersexuais permanecem patologizadas. (72) Em vez de acabar com a patologização desnecessária de todas as populações LGBTI, a ICD-11 adiciona novas camadas de linguagem patologizante em cima da linguagem existente, como “pseudo-hermafrodita”, que tem sido frequentemente criticada como pejorativa. (72) O novo diagnóstico de “disforia de género” na quinta edição da DSM define intersexo, renomeado “distúrbio/diferença do desenvolvimento sexual”, como um especificador de disforia de género. (73) Com esta formulação, o estatuto do intersexo afasta-se do de edições anteriores, especialmente da quarta edição, que definia ser intersexo como um critério de exclusão para a “perturbação de identidade de género”. (73) Os esforços continuam para desmedicalizar e despatologizar as pessoas com variação

intersexo, particularmente quando estes termos são incongruentes com a forma como as pessoas se identificam. (14)

O potencial de patologização da assexualidade é, de igual forma, particularmente saliente, considerando que a falta de interesse ou desejo sexual tem sido estudado em relação à depressão, aos antidepressivos e ao hipotireoidismo. (74) Flanagan & Peters, num estudo sobre as interações de adultos assexuais com os cuidados de saúde, concluíram que entre um quarto e metade dos participantes foram diagnosticados com uma perturbação mental, física ou sexual devido a fatores relacionados com a sua identidade sexual, tais como a falta de desejo sexual, atividade ou impulso, ou tiveram estes fatores atribuídos a um diagnóstico existente. (74) A vasta maioria destes participantes relatou que não sentia que o diagnóstico fosse apropriado. (74) Estes resultados apoiam as preocupações dos indivíduos assexuais sobre a patologização da sua sexualidade por parte dos profissionais de saúde. (74)

Em relação à terapia de conversão, os pressupostos dos profissionais de saúde que enquadram as identidades LGBT como “perturbações ou distúrbios” basearam-se nos diagnósticos antigos previamente referidos e entretanto removidos dos sistemas de diagnóstico e classificação (DSM e ICD), e nos diagnósticos ainda em vigor. (48) Logo, a terapia de conversão baseia-se em pressupostos de que a homossexualidade, a bissexualidade e/ou as identidades trans são uma perturbação mental, ou questionáveis com base em crenças religiosas e devem ser “curadas”. (48) Esta prática amplamente condenada persiste em alguns Estados-Membros europeus (Bulgária, República Checa, França, Grécia, Malta, Polónia, **Portugal**, Roménia, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Reino Unido). (48)

4.2.2. Sobre a Visibilidade da Orientação Sexual e Identidade de Género

Barreiras únicas desta população no acesso aos cuidados de saúde incluem o medo de divulgar a orientação sexual ou o género devido à discriminação percebida, a falta de conhecimento dos profissionais de saúde e as suas potenciais opiniões negativas sobre pessoas LGBTQ+. (75) Alguns indivíduos optam por não divulgar a sua orientação sexual ou identidade de género aos prestadores de cuidados de saúde como uma decisão lógica, dada a elevada frequência de experiências negativas, por formas evidentes e/ou dissimuladas de discriminação, constatada anteriormente. (75) Muitos indivíduos do LGBTQ+ relatam ansiedade intensa relacionada com a divulgação da orientação sexual em ambientes de saúde, temendo que tal divulgação os torne vulneráveis a maus-tratos e negação de cuidados. (75)

Num inquérito dirigido a pessoas LGBT portuguesas, uma percentagem significativa dos participantes, 47% e 17%, indicaram que o médico geral e familiar ou o profissional de saúde mental que os acompanha, respetivamente, desconhece a sua orientação sexual ou comportamentos sexuais. (67) A maioria dos participantes já se sentiu desconfortável numa consulta por incerteza sobre a potencial reação do profissional à sua orientação sexual ou comportamentos sexuais, 37% já omitiu esta informação numa situação em que teria sido importante divulgá-la, e 31% já mentiu propositadamente sobre a mesma em contexto de consulta. (67) As dificuldades descritas estendem-se, também, à família das pessoas LGBT, em particular aos filhos menores. (67) Deveras, dos participantes que têm filhos, 25% indicou que o pediatra dos filhos não tem conhecimento da sua orientação sexual ou composição familiar e 13% referiu que a família já foi discriminada ou desadequadamente tratada em instituições de saúde por este motivo. (67)

Num estudo realizado com indivíduos LGB, a prevalência da divulgação aos profissionais de saúde entre as minorias sexuais e de género variou entre 17% e 75%. (70) Outros trabalhos apontam que mais de um terço dos adultos LGB evita a divulgação e que também em adolescentes a não divulgação não é incomum, com apenas 35% dos inquiridos adolescentes a revelar a sua identidade ao seu prestador de cuidados de saúde, com os adolescentes bissexuais a fazê-lo a taxas mais baixas. (71)

Flanagan & Peters, no seu estudo com adultos assexuais, constataram que, dos participantes que consultaram um profissional de saúde mental, 55,3% revelaram a sua identidade assexual e a maioria destes sentiu necessidade de o fazer porque a sua identidade era relevante para a sua terapia. (74) Dos participantes que consultaram um profissional de saúde não ligado à saúde mental, 28,0% revelaram a sua identidade assexual. (74) As razões mais comuns para a divulgação incluíram a necessidade de explicar porque não eram sexualmente ativos, e defender as suas próprias escolhas de cuidados de saúde sexual e reprodutiva, porque o médico assumiu que estavam a mentir sobre a sua falta de atividade sexual. (74) Embora nenhum dado indique qual a proporção de profissionais de saúde que estejam cientes da assexualidade, algumas pesquisas sugerem que quando os indivíduos assexuais mencionam a sua identidade a um profissional de saúde, o mesmo não tem conhecimento do termo e não sabe o que significa. (74) Além disso, os indivíduos assexuais tendem a esperar preconceito e patologização por parte dos praticantes, antecipam uma falta de conhecimento ou compreensão e, conseqüentemente, optam por não divulgar as suas identidades. (74) Infelizmente, esta escolha significa que as conversas sobre a assexualidade raramente ocorrem em ambientes de saúde, o que por sua vez perpetua a invisibilidade da assexualidade como orientação sexual. (74)

Numa revisão sistemática de Brooks et al. sobre a divulgação da orientação sexual nos cuidados de saúde, vários motivos foram enumerados pelos participantes para a não

divulgação. (76) Muitos citaram preocupações sobre a violação da confidencialidade, o que levaria pessoal não clínico, a sua família e amigos, ou a comunidade em geral a descobrir a sua sexualidade, como razão para não divulgar. (76) Estas preocupações de segurança, privacidade e confidencialidade são, inclusivamente, transversais a várias pesquisas, e incluíram o medo de que os profissionais informassem as suas famílias ou de ser encaminhados para um especialista de saúde mental sem o seu consentimento. (11,70) O medo de discriminação, de receber cuidados de má qualidade ou desiguais, de uma reação negativa do profissional de saúde ou de sentir constrangimento ou humilhação foram todos citados, também, como razões para não divulgar. (76) Os cuidados de saúde primários foram vistos como o contexto de saúde onde mais dificilmente divulgariam a sua orientação sexual. (76) Cenários militares e religiosos eram vistos como impeditivos da divulgação, assim como ambientes de grupo. (76) Por outro lado, sete estudos comentaram a importância das pistas visuais, como o símbolo arco-íris, panfletos ou cartazes, como facilitadores da divulgação. (76) Símbolos ou ícones religiosos foram vistos como barreiras. (76) Apesar disto, há uma falta generalizada de documentação relevante como folhetos, panfletos, cartazes, materiais de marketing e processos para registar a informação dos utentes que sejam adequados para utentes LGBTQ+. (11) O emprego de perguntas diretas para explorar a orientação e comportamentos sexuais dos utentes foi apreciada pelos mesmos, que acharam que esta era uma boa maneira de facilitar a comunicação aberta entre o utente e o profissional de saúde. (76) Os fatores de comunicação, tais como a utilização da linguagem inclusiva e a linguagem corporal aberta e acolhedora foram vistos como facilitadores à divulgação, enquanto os opostos, ou seja, uma linguagem corporal fechada e linguagem verbal heteronormativa, eram vistos como barreiras. (76)

Rossman et al., que relatou as experiências de divulgação ou não divulgação da identidade LGBTQ+ dos jovens adultos aos prestadores de cuidados de saúde, listou vários aspetos destas experiências que contribuiriam para a não divulgação. (71) A razão mais comum para a não divulgação foi que os profissionais não perguntaram. (71) Este facto está de acordo com os achados de outro inquérito, em que em apenas 17% das situações os profissionais de saúde questionaram os utentes sobre a sua orientação e comportamentos sexuais. (67) Outra razão está relacionada com os profissionais fazerem suposições sobre a sexualidade/género e os participantes não sentirem motivação para os corrigir, o que criou uma barreira à divulgação. (71) Enumeraram, ainda, o medo de ser tratado de forma diferente e o medo da reação ou do que os profissionais poderiam dizer. (71) Além disso, os fatores pessoais têm demonstrado influenciar a divulgação, tais como a crença dos utentes de que a orientação sexual é um assunto privado, de que a identidade não está relacionada com a saúde, e a homofobia internalizada. (71) Os participantes indicaram que não divulgavam as suas identidades aos prestadores porque entendiam que estas não tinham

qualquer relevância no contexto dos cuidados de saúde. (71) Tais declarações vão de encontro ao já descrito noutros estudos e revisões e refletem um desconhecimento entre algumas pessoas LGBTQ+ sobre as disparidades de saúde que afetam a sua comunidade. (11,71) Dado que alguns utentes podem não ver uma ligação entre identidade LGBTQ+ e saúde, fornecer educação a esta população sobre as ligações entre a identidade sexual e de género e o estado de saúde pode ser essencial para criar uma motivação intrínseca para que os indivíduos LGBTQ+ divulguem as suas identidades aos profissionais. (71)

Efetivamente, quando as pessoas LGBT divulgavam a sua identidade de género ou orientação sexual em ambientes de saúde sem consequências negativas, a sua visibilidade correlacionava-se com uma melhor relação com os profissionais de saúde. (11,38) Neste sentido, tem sido relatado que os profissionais que incentivam as minorias a divulgar a sua orientação sexual ou identidade de género melhoram a qualidade dos serviços de saúde para estas pessoas. (70) A divulgação resulta numa maior satisfação com os prestadores de cuidados de saúde, numa maior adesão aos rastreios preventivos de rotina e é, no geral, amplamente considerada como tendo um impacto positivo na saúde dos indivíduos LGBTQ+. (75)

Por sua parte, o medo de divulgar a orientação sexual pode impedir o acesso a cuidados de saúde e informação e levar a questões e diagnósticos inadequados com base em informações parciais. (11,13) Isto é dizer que, em questões de saúde, a não divulgação da orientação sexual e dos comportamentos sexuais pode ter consequências particularmente graves. (67) No entanto, a pesquisa demonstra uniformemente que, no contexto dos serviços de saúde, as situações em que esta divulgação acontece são significativamente escassas em comparação, e que os profissionais de saúde são tendencialmente um fator de agravamento deste problema, erguendo barreiras ao acesso à saúde. (67) Empreender esforços para superar esta invisibilidade, tanto perante as instituições de saúde como perante a investigação, é uma iniciativa fundamental à minimização das disparidades no acesso à saúde da comunidade LGBTQ+. (47)

4.2.3. Sobre a Evisão e Insatisfação com os Cuidados de Saúde

Os dois aspetos discutidos anteriormente, nomeadamente a invisibilidade que incide sobre a comunidade LGBTQ+ e a discriminação e/ou patologização sentida ou esperada, quando conjugados, resultam num ainda inferior acesso aos cuidados de saúde, ou seja, as pessoas LGBTQ+ evitam, adiam e, em alguns casos, deixam de recorrer aos profissionais e serviços de saúde. (67) Mais, quando efetivamente os procuram, ficam muitas vezes insatisfeitos com os cuidados que lhes são prestados. (67)

Quanto à evicção dos sistemas de saúde, em todos os estudos examinados, as consequências para as minorias sexuais e de gênero das experiências de discriminação prévias nos cuidados de saúde foram o adiamento excessivo da procura de cuidados de saúde, o medo de vir a necessitar de serviços de saúde e a tentativa de evitar os mesmos. (70) Mais uma vez fazendo referência ao questionário do relatório Saúde em Igualdade, 32% dos participantes indicaram que já repensaram a sua necessidade de recorrer a uma instituição ou profissional de saúde, e 36% já procurou tentar substituir estes por outros meios de informação, como a *internet*. (67) De forma relacionada, 39% já procurou previamente obter informações sobre profissionais ou serviços de saúde através de outras pessoas ou associações LGBTQ+ com o intuito de minimizar o risco de discriminação ou tratamento inapropriado, e 31% prefere recorrer aos serviços de saúde privados para poder escolher o profissional pelo qual será atendido. (67)

De um modo geral, os adultos LGBTQ+ são mais propensos a evitar ou atrasar a procura de cuidados de saúde em comparação com os heterossexuais, resultando em tratamentos atrasados e piores resultados em saúde. (75) Neste aspeto a destacar as pessoas trans, em que o medo de discriminação subtil ou assumida e o eventual desconforto existente no contacto com os sistemas de saúde, pode levar a uma diminuição da procura dos mesmos particularmente acentuada, constituindo uma barreira ao seu acesso, seja em cuidados primários, especializados ou episódios de urgência. (22,46) As pessoas não-binárias/*genderqueer* também admitem evitar cuidados relacionados com o gênero e outros por medo antecipado de se depararem com um enviesamento trans binário. (77) Dado o estatuto de risco desta comunidade, a remoção destas barreiras é imperativa para melhorar o bem-estar dos indivíduos LGBTQ+. (75)

Relativamente à insatisfação, foi determinado que os indivíduos LGBTQ+ sentem insatisfação com os cuidados de saúde, recebem menos benefícios destes serviços e têm uma comunicação tendencialmente mais negativa com os profissionais de saúde. (70) Na verdade, a investigação com jovens adultos LGBTQ+ indica que eles mais frequentemente têm as suas necessidades de saúde insatisfeitas, em comparação com pessoas heterossexuais e cisgénero. (69) A falta de conhecimento dos profissionais sobre as necessidades dos indivíduos LGBTQ+ é largamente apontada como um motivo desta insatisfação. (75) Em conformidade, 32,4% dos participantes trans do estudo de Rodrigues et al. reportaram que o profissional de saúde pelo qual foram atendidos admitiu não ter conhecimento suficiente acerca de saúde trans para os aconselhar, e 69,1% teve a necessidade de educar ou informar um profissional de saúde sobre questões de saúde trans pelo menos uma vez. (46) Vêm-se, assim, a demonstrar que o conhecimento, por parte dos profissionais, é entendido como insuficiente pela comunidade LGBTQ+ uma vez que, consistentemente, têm de ser os próprios a facultar informação sobre as especificidades da

sua saúde e sobre as *guidelines* em vigor, e também pela ocorrência habitual de não serem devidamente atendidos e orientados, por incompetência dos profissionais nesta área. (11,46,77) Estas circunstâncias podem determinar que estas pessoas tenham a necessidade de recorrer à automedicação ou a serviços não certificados, como vem descrito em alguma literatura, e que, em última análise, não podem substituir os cuidados de saúde necessários. (11,46,77)

Numa investigação com base em entrevistas por Lykens et al., constatou-se que quase todos os participantes não-binários/*genderqueer* se depararam com profissionais de saúde que tentaram reformular as suas necessidades em termos de uma narrativa binária de cuidados trans o que, por vezes, se refletia na oferta de prescrições de hormonas ou cartas de apoio para cirurgias de afirmação de género que os participantes não solicitavam ou desejavam. (77) Os participantes estavam cientes do poder de reivindicar uma identidade trans binária em termos de acesso a cuidados de saúde, ou seja, ao emprestarem linguagem trans binária conseguiram contornar o sistema para obter os cuidados de saúde de que precisavam. (77) Neste contexto, modificaram frequentemente o tratamento de afirmação de género que lhes foi prescrito com base no seu empréstimo do rótulo “mulher/homem trans”, porque consideravam estas prescrições como não ajustadas às suas identidades. (77) Estas alterações do tratamento prescrito ilustram que as pessoas não binárias/*genderqueer* frequentemente têm a necessidade de tomar decisões médicas importantes sozinhas, o que introduziu potenciais riscos para a saúde relacionados com não tomar os medicamentos como estes foram prescritos. (77) Outros participantes acabaram por evitar os cuidados de afirmação de género por completo. (77) Em resposta ao binário de género que permeia os cuidados de saúde trans, as pessoas não-binárias/*genderqueer* muitas vezes sentem-se incompreendidas, desrespeitadas e insatisfeitas à medida que procuram e recebem cuidados de saúde. (77)

As evidências sugerem que também as pessoas com variação intersexo são mais propensas do que a população em geral a relatar experiências desfavoráveis no acesso a cuidados de saúde, incluindo má comunicação por parte dos profissionais de saúde e insatisfação com o tratamento e cuidados recebidos. (14)

Romanelli & Hudson descrevem que a falta de acesso aos serviços de saúde tem, naturalmente, consequências. (66) Os participantes deste estudo descreveram abdicar de testes para o VIH, cuidados preventivos, ginecológicos e mentais, bem como a falta a consultas e dificuldades na gestão da medicação. (66) De acordo com os participantes, as barreiras e os cuidados renunciados resultaram em maus resultados de saúde entre membros da comunidade, tais como VIH, DST e depressão. (66) Neste contexto, o apoio por parte das redes de cuidados informais é especialmente importante entre as pessoas LGBTQ+ que não conseguem aceder a configurações formais de cuidados. (66) Estas

descobertas estão em conformidade com a literatura prévia que identificou o uso de opções de não profissionais, família e redes sociais como estratégias adaptativas para pessoas LGBTQ+ que não conseguiram aceder a serviços de saúde formais. (66) Como este estudo e pesquisas anteriores descobriram, estas estratégias adaptativas, embora refletindo a força individual e comunitária, nem sempre têm resultados positivos. (66)

4.3. A Inclusividade LGBTQ+

A existência de uma Estratégia de Saúde para pessoas LGBTI, publicada em 2019 pela DGS, reflete progressos manifestados na forma de políticas e normas de orientação que têm como objetivo concretizar valores defendidos pelo SNS: o direito ao acesso e a equidade dos cuidados de saúde, e também a eliminação do preconceito e discriminação nas instituições de saúde portuguesas. (46) Com efeito, os profissionais de saúde têm uma responsabilidade ética e o dever de prestar serviços de saúde de alta qualidade, independentemente da orientação sexual, identidade de género ou características sexuais dos seus utentes. (11) Impeditivo a isto são as potenciais barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde ao prestar cuidados às pessoas LGBTI, que incluem a incerteza sobre o uso da linguagem ou da terminologia adequada, e não saber se as pessoas são LGBTI ou não. (38) Os profissionais de saúde nem sempre estão conscientes das principais necessidades de saúde das pessoas LGBTI nem das suas condições de saúde específicas, e podem ser involuntariamente insensíveis. (38) Outros desafios incluem normas culturais e sociais negativas que se tornaram enraizadas ao longo do tempo e o seu próprio desconforto e inquietação em abordar o género e a sexualidade nas conversas com os seus utentes. (11) Todos estes componentes reforçam, então, a importância de garantir que a educação curricular dos estudantes das áreas da saúde e a formação dos profissionais de saúde inclua o mais recente conhecimento científico baseado na evidência sobre saúde LGBTQ+, bem como métodos de comunicação culturalmente sensíveis que venham auxiliar a fomentação de melhores relações entre os profissionais de saúde e os membros desta comunidade. (67)

4.3.1. Na Educação Médica

A formação pode ajudar os profissionais de saúde a compreender as vidas e eventos históricos que podem ter marginalizado as pessoas LGBTI, para melhorar o acesso a práticas seguras e de apoio que são sensíveis ao medo ou ansiedade que as pessoas LGBTI têm aquando do acesso aos cuidados de saúde. (48) Com competências e formação adequadas, todos os profissionais de saúde podem ajudar na comunicação aberta com as

peças LGBTI, usando linguagem inclusiva e não-normativa, evitando a assumir a sexualidade ou género. (48) Quando são criadas oportunidades para que este grupo de pessoas divulguem a sua identidade via comunicação com profissionais de saúde que defendem valores de respeito mútuo, poder-se-á criar uma atmosfera onde estas se sentem mais confortáveis para aceder aos cuidados e discutir as suas necessidades específicas de saúde. (48) Apesar dos óbvios benefícios, existem oportunidades limitadas de educação e formação disponíveis para os profissionais de saúde para responder às necessidades específicas de saúde das pessoas LGBTI nos Estados-Membros, bem como no mundo. (48)

Educar os profissionais de saúde sobre questões LGBT é considerada a forma mais eficaz de melhorar o envolvimento dos utentes LGBT nos cuidados de saúde. (18,78) Apesar de várias recomendações e relatórios que sugerem que vários tópicos de saúde sexual devem ser abordados durante a formação médica, os currículos de educação médica muitas vezes não incluem uma educação abrangente sobre a orientação sexual, nem em outros tópicos relevantes à comunidade LGBTQ+. (79) Quando é incluído, o tempo dedicado ao ensino específico sobre esta temática em todas as escolas médicas é limitado. (79) Um inquérito americano realizado em 132 escolas médicas concluiu que o tempo mediano dedicado ao ensino sobre saúde LGBT foi de cinco horas em todo o currículo. (79) Assim, nos cursos da área da saúde, como enfermagem e medicina, bem como na formação profissional avançada subsequente, as oportunidades pedagógicas em questões LGBTQI+ são escassas, recentes, e algumas estão restritas aos que têm uma instrução específica e recursos financeiros. (68)

Em conformidade, estudos, principalmente da América do Norte e da Europa Ocidental, mostram que os estudantes de medicina não têm conhecimento das necessidades de saúde LGBT, que não se sentem totalmente preparados para cuidar destes utentes e que estão menos confortáveis a colher uma história sexual e discutir práticas sexuais com estes utentes, sendo a formação inadequada relatada como a principal barreira. (80) Como consequência, literatura recente informa que os profissionais de saúde não se sentem preparados para fornecer cuidados de saúde de qualidade a utentes LGBTQ+ e reportam tanto desconforto como conhecimento reduzido sobre as especificidades desta população. (78) Isto é o resultado da ausência de uma educação especializada em diversidade sexual e de género que, juntamente com a falta de contacto interpessoal com as pessoas LGBTQI+, está diretamente relacionada com atitudes negativas em relação a esta população por parte da comunidade médica. (68)

Greene et al. comparou a preparação dos estudantes de medicina, medicina dentária e enfermagem para abordar a saúde LGBTQ+. (81) Os inquiridos relataram, modo geral, atitudes positivas em relação à saúde LGBTQ+, com 86% dos inquiridos a concordar que se sentiam confortáveis em tratar utentes LGB. (81) Por outro lado, menos inquiridos, 66%, concordaram que se sentiam confortáveis em tratar doentes trans, e 29% dos inquiridos

concordaram que discutir saúde sexual com utentes LGBTQ+ é mais difícil do que com utentes heterossexuais e cisgénero. (81) Significativamente menos estudantes de medicina dentária (52%) concordaram que se sentiam confortáveis em discutir saúde sexual com utentes LGBTQ+ do que os estudantes de medicina (79%) e os estudantes de enfermagem (76%). (81) Apesar de bons níveis de conforto e atitudes positivas em relação à saúde LGBTQ+, a maioria dos inquiridos não reportou uma preparação formal adequada. (81) Houve algumas divergências significativas entre áreas, mas existem lacunas significativas na formação em todas elas. (81) Realmente, apenas 13% dos estudantes de medicina dentária concordaram que o seu currículo tinha incorporado conteúdo relacionado com saúde LGBTQ+, em comparação com 58% e 55% dos estudantes de medicina e enfermagem, respetivamente. (81) A perceção dos alunos sobre a competência dos seus tutores em saúde LGBTQ+ também foi baixa, com apenas 48% dos alunos a relatar que os seus tutores demonstraram competências nesta área. (81) No total, 71-81% dos estudantes reportaram interesse em receber educação formal em saúde LGBTQ+, embora os estudantes de medicina dentária tenham significativamente menos probabilidades de reportar esse interesse. (81)

A nível nacional, um estudo de Lopes L. et al., explorou os conhecimentos e atitudes de estudantes de medicina portugueses face à comunidade LGB. (78) Foi verificada, entre os estudantes de medicina, a existência de preconceito contra utentes LGB, apesar de 59,7% nunca terem tido qualquer contacto com utentes LGB. (78) Os estudantes de género masculino, mais religiosos e que têm menos contacto com a comunidade LGB apresentaram atitudes mais negativas e discriminatórias para com e menos conhecimento sobre a mesma. (78) Contudo, no geral, os estudantes de medicina mostraram um conhecimento razoável sobre a comunidade LGB, com maiores níveis de conhecimento associados à progressão no curso, ao contacto com utentes e amigos LGB, e à baixa religiosidade. (78) Importante referir, no questionário aplicado sobre temas LGB neste estudo, as questões relacionadas com a saúde mostraram o menor número de respostas corretas, representando o porquê da importância destes assuntos serem incluídos no currículo médico. (78)

Uma investigação de Arthur et al., direcionado a estudantes de medicina no Reino Unido, concluiu que as atitudes dos estudantes de medicina em relação aos utentes LGBT eram positivas, mas a consciência das questões de saúde LGBT e a confiança no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde a esta comunidade eram variáveis. (79) A maioria dos participantes reportou um défice claro na quantidade de formação em saúde LGBT que recebeu e manifestou interesse em receber mais. (79) Os cuidados de saúde trans pareceram ser uma área especialmente negligenciada. (79)

Uma estratégia importante para melhorar o conhecimento sobre e as atitudes quanto às pessoas LGBT entre os profissionais de saúde é formar e treinar estudantes de

medicina, de modo a permitir-lhes sentirem-se mais confortáveis ao cuidarem destes utentes e prestarem cuidados mais adequados. (80) Resta, então, incluir este tipo de formação nos currículos dos cursos de medicina, enfermagem e outras áreas da saúde. (48) Com isto em vista, as universidades com cursos na área da saúde devem desenvolver conteúdo formal sobre a saúde LGBTQ+ e utilizar este conteúdo como uma oportunidade para a formação interprofissional. (81) A utilização do currículo de educação médica para sensibilizar os futuros profissionais de saúde para as necessidades dos utentes LGBT tem o potencial de melhorar os resultados em saúde desta população vulnerável ao melhorar a qualidade das interações médico-utente, facilitar a divulgação da orientação sexual e identidade de género dos utentes nos cuidados de saúde e aumentar a qualidade dos cuidados de saúde para esta população. (79,80)

Uma intervenção mostrou que uma palestra de apenas uma hora pode melhorar o conhecimento e as atitudes em relação às pessoas LGBT entre estudantes de medicina. (80) Com efeito, a palestra obrigatória de uma hora sobre orientação sexual e identidade de género levou a uma melhoria significativa na pontuação no questionário sobre saúde LGBT aplicado antes e um mês após esta intervenção. (80) Os esforços futuros devem, então, considerar o aumento das horas de contato com utentes LGBT e das horas de educação formal LGBT de modo a melhorar a competência cultural dos estudantes. (82) Recomendações para aumentar as horas curriculares de saúde LGBT e a exposição a utentes LGBT incluem casos clínicos e simulações, debates e palestras com participação de pessoas LGBT, conferências com oradores convidados, seminários e aulas, módulos *online*, a integração dos estudantes em ambientes clínicos de saúde LGBT e a promoção institucional de espaços seguros para utentes LGBT. (78,82)

4.3.2. Nas Instituições de Saúde

A formação de profissionais de saúde em questões LGBT é fundamental de forma a promover a prestação de cuidados adequados, competentes e não discriminatórios, mas tal poderá não ser suficiente: é necessário implementar políticas públicas e estratégias orientadas para a promoção da confiança das pessoas LGBTQ+ nos serviços e profissionais de saúde. (67)

Um estudo de Quinn et al. sobre as perceções e experiências nos cuidados de saúde mostra que um número estatisticamente significativo de participantes relatou que se sentia mais confiante e mais seguro para divulgar informações quando havia sinais e símbolos de igualdade visíveis pelas instituições de saúde. (75) Além disso, procuraram linguagem neutra de género nos formulários e documentos para aumentar esta sensação de segurança e decidir se a instituição é inclusiva. (75) Assim, percebemos que o uso adequado da

linguagem e dos símbolos, bem como a garantia de confidencialidade, é absolutamente essencial para esta população cuja história de estigmatização e discriminação fez com que estes indivíduos se sentissem inseguros e oprimidos. (75)

4.3.2.1. A Linguagem e a Confidencialidade

Usar palavras que ajudam a estabelecer uma relação de confiança e evitar palavras que constroem barreiras aos cuidados é, assim, um primeiro passo importantíssimo. (83) A escolha da linguagem e da palavra é fundamental não só no encontro clínico, mas também em toda a comunicação entre médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e todos os outros funcionários. (83) Garantir que os utentes se sentem seguros e incluídos também significa manter uma mente aberta sobre diferentes comportamentos, identidades e expressões. (84) É importante evitar mostrar desaprovação ou surpresa e proceder periodicamente à verificação da linguagem corporal e expressões faciais para certificar de que não se estão a enviar mensagens não intencionais. (84) Muitos jovens LGBT podem esperar ser julgados dadas as suas experiências passadas com outros prestadores de cuidados de saúde e figuras de autoridade, pelo que é útil lembrá-los que não serão julgados. (25) Igualmente benéfico é perguntar aos utentes como preferem ser chamados, no caso dos jovens com e sem os pais na sala. (25) Por último, deve-se transmitir que só lhes serão dadas informações honestas e precisas. (25)

Erros comuns na vertente da linguagem por parte dos profissionais de saúde incluem mencionar o “estilo de vida homossexual”, chamar a orientação sexual de “preferência”, e evitar a terminologia LGBTQ+. (54,83) Estes termos são altamente suscetíveis a ser interpretados como hostis. (54,83) Da mesma forma, evitar a palavra "gay" quando o utente se identifica como gay, ou usar um termo diferente como “homossexual”, pode facilmente ser interpretado como desinteresse ou rejeição. (54,83) Outro exemplo é quando uma mulher se refere à sua “esposa”, o profissional deve referir-se a ela como “a sua esposa” e não qualquer outra coisa, como por exemplo “a sua amiga”. (84) Normalmente é eficaz usar os mesmos termos que as pessoas usam para se descreverem a si mesmos ou aos seus parceiros. (54,83) Atitudes óbvias a não ter incluem o uso de qualquer linguagem desrespeitosa ou pejorativa, olhar prolongadamente para ou expressar surpresa com a aparência de alguém, ou coscuvilhar sobre a aparência ou comportamento de um utente. (84) As pessoas às vezes são curiosas sobre as pessoas LGBT e as suas vidas, o que pode levá-las a querer aprender mais fazendo perguntas aos utentes. (84) No entanto, como todos os outros, as pessoas LGBTQ+ querem manter as suas vidas médicas e pessoais privadas. (84) Antes de fazer perguntas pessoais, é pertinente questionarmo-nos se pergunta é

necessária para os cuidados do utente, ou se estamos a perguntar para satisfazer a nossa própria curiosidade. (84) Se é por curiosidade, não é apropriado perguntar. (84)

Aconselha-se, via de regra, colocar perguntas abertas sobre o nome e pronomes preferidos, identidade de género, orientação sexual e comportamentos sexuais. (83) O nome legal de um utente trans nos registos pode ser diferente do nome preferido se este não tiver alterado os seus documentos legais de identidade, mas as pessoas trans têm uma melhor experiência quando são referidas pelo seu nome e pronomes preferidos. (85) Igualmente, o género listado reflete frequentemente o sexo atribuído a um utente à nascença, e poderá até incluir fotos antigas do utente. (83) Os hospitais podem considerar a abordagem utilizada pelo *Cincinnati Children's Hospital* que incluiu uma bandeira nos registos médicos eletrónicos dos utentes para especificar como cada um prefere ser tratado, bem como para fornecer outras informações pertinentes. (85)

Quando se contacta com um utente LGBTQ+, é benéfico ter em consideração que, muito provavelmente, não é o primeiro contacto com os cuidados de saúde que este indivíduo já teve. (84) Se o utente tiver sofrido insensibilidade ou discriminação pode estar já defensivo, esperando um confronto semelhante. (84) Assim, não é surpreendente que um lapso não intencional resulte numa reação emocional negativa. (84) Pedir desculpa pelos erros, ou corrigir colegas de trabalho quando os cometem, pode ajudar a desarmar uma situação difícil e restabelecer um diálogo construtivo. (84) Ou seja, considerando que até os profissionais experientes às vezes cometem erros com nomes e pronomes, é preciso estar preparado para os corrigir de forma respeitosa quando ocorrerem, visto que um simples pedido de desculpas pode ir longe. (83,84) Se se cometer um lapso, pode-se dizer algo como: “Peço desculpa por usar o pronome/nome/termos errados. Eu não pretendi desrespeitá-lo.”. (84) Acrescenta-se que não se deve ter medo de corrigir educadamente os colegas se estes usarem os nomes e/ou pronomes errados, ou se fizerem comentários insensíveis. (84) A criação de um ambiente de responsabilização e respeito exige que todos trabalhem em conjunto. (84)

Na perspetiva da linguagem escrita, ou seja, numa vertente administrativa e de manutenção de registos clínicos e plataformas médicas, estes devem permitir a diferenciação entre o sexo atribuído à nascença e identidade de género atual, ao incluir campos não só para “masculino” ou “feminino”, mas também “homem trans”, “mulher trans”, “não-binário” ou outros, conforme apropriado. (54,83) Isto inclui garantir que qualquer documentação fornecida ao utente utiliza linguagem neutra ou inclusiva de género. (86) Sendo que o obstáculo mais significativo à divulgação da identidade sexual e de género foi o facto de os profissionais não perguntarem, como referido anteriormente, esta barreira pode ser abordada também aqui. (71) A inclusão das identidades LGBTQ+ nos processos e nos registos médicos eletrónicos é um passo essencial para abordar as

disparidades de saúde para os utentes LGBTQ+ e diminuir o fardo para os utentes de terem de divulgar em várias ocasiões. (71)

Aquando da colheira de uma história clínica, ou primeira interação com um utente, não se devem usar palavras que assumam que as pessoas têm um parceiro ou cônjuge do sexo oposto, ou que têm dois pais do sexo oposto, iniciando-se a conversa com perguntas não presuntivas. (54,83,84) Por exemplo, em vez de: “Tem esposa/marido?” ou “Tem namorado/a?” perguntar “Está numa relação?” e, para utentes mais novos, em vez de “Vives com o teu pai e a tua mãe?” perguntar “Com quem vives?” ou “Quem toma conta de ti?”. (54,83,84) Quando parceiros do mesmo sexo estão a criar filhos, é preferível perguntar qual é a mãe ou o pai biológico. (54) No entanto, tal como acontece com os casais de sexo oposto, não se deve presumir que um dos dois pais esteja biologicamente relacionado a criança. (54)

O pessoal médico e não médico deve entender que as famílias têm muitas formas diferentes e, quando interagem com os utentes, a sua linguagem deve transmitir esta compreensão. (54) A técnica de entrevista deve refletir, também, o entendimento de que a orientação sexual, o comportamento sexual e a identidade de género não podem ser “adivinhados” pela aparência ou maneirismos dos utentes, nem presumidos com base noutros aspetos. (54) De um modo geral, é essencial abordar o utente com sensibilidade e consciência. (86) Para tal, é necessário evitar impor uma visão binária da identidade de género, orientação sexual, desenvolvimento sexual ou expressão de género e estar ciente de que as intervenções para mudar estas identidades são altamente antiéticas. (86) Assim se cria uma relação terapêutica e se desenvolve confiança, ao tratar todos os utentes com empatia, respeito e dignidade. (86)

É da responsabilidade do prestador de cuidados de saúde discutir abertamente questões de saúde sexual, incluindo orientação sexual, comportamento sexual e identidade de género, com os utentes. (25) Se não o fizerem, arriscam-se a perder oportunidades valiosas, tanto de proporcionar um ambiente seguro para estes utentes, em particular os jovens, expressarem preocupações e questões como de intervirem em situações de crise. (25) Os profissionais de saúde podem ter um impacto crítico na vida dos utentes LGBTQ+ ao fornecer serviços de saúde sexual centrados no género e na sexualidade, e começar assim a mitigar muitas das desigualdades de cuidados de saúde enfrentadas pelas pessoas LGBTQ+. (25)

Um dos primeiros passos para servir este objetivo é desenvolver uma boa capacidade de colher uma história sexual. (24) Quando a colher uma história sexual, deve-se usar uma linguagem que seja inclusiva e perguntas abertas. (24) Por exemplo, perguntar a um utente qual a linguagem que usam para se referir aos seus genitais e menstruação, e espelhar essa linguagem, pode ajudar o profissional a evitar o uso de palavras que possam desencadear uma reação negativa no utente. (24) Do mesmo modo, usar linguagem neutra em termos de

gênero quando se pergunta sobre potenciais parceiros. (25) A identidade sexual e o comportamento sexual não são sinónimos, e os profissionais devem ter cuidado para não fazer suposições de que a identidade prevê o comportamento. (25) Neste sentido, o *National LGBT Health Education Center* recomenda o rastreio do comportamento sexual em vez da orientação sexual com perguntas como “Tem sido sexualmente ativo no último ano? Têm relações sexuais com alguém com pênis, vagina? Com quantas pessoas teve relações sexuais no ano passado?” e prosseguir com o aconselhamento individualizado com base nas respostas. (17) Os profissionais devem usar uma linguagem inclusiva e explicar a relevância clínica das perguntas que colocam. Por exemplo, “O sexo pode significar muitas coisas diferentes para pessoas diferentes, para saber que tipo de testes de rastreio lhe deva oferecer, posso fazer-lhe algumas perguntas sobre o tipo de sexo que tem? É sexualmente ativo? Como identificam o(s) seu(s) parceiro(s) o seu género ou orientação sexual? Que partes do corpo usa sexualmente? Que partes do corpo o(s) seu(s) parceiro(s) usa(m)? Que partes tocam em quais?”. (24,53) Sem embargo, é preciso estar ciente de que as pessoas LGBTQ+ podem ter tido interações adversas prévias nos cuidados de saúde e podem não se sentir imediatamente confortáveis em divulgar informações sensíveis. (83) No início de cada história social e sexual, pode-se afirmar: “Com a sua permissão, gostaria de lhe fazer algumas perguntas que faço a todos os meus utentes.” (83) Estudos mostram que as minorias sexuais se sentem mais confortáveis em divulgar a sua sexualidade e história sexual se, após consideração, percecionarem um profissional ou ambiente como "seguro". (17) Os profissionais devem perguntar sobre a atividade sexual de uma forma simples e não heteronormativa, e explicar o motivo de a informação ser importante. (17)

Também a prática clínica em si tem de ser individualizada. (54) Os profissionais de saúde devem saber fornecer conselhos e informações sobre sexo seguro independentemente da orientação sexual e comportamentos sexuais de um utente, bem como entender e explicar opções de planeamento familiar para casais do mesmo sexo ou pessoas trans. (54) Devem estar informados sobre os riscos acrescidos desta comunidade e outras disparidades de saúde que enfrentam, e proporcionar rastreios, prevenção e tratamento adequados. (54) Essencial também é saber discernir aquelas que são questões médicas dentro do âmbito de prática clínica de cada profissional, e não colocar questões ou examinar os utentes para satisfação de curiosidade pessoal ou, muito menos, recusar fornecer cuidados sem motivo clínico expresso. (54)

Para além da entrevista e aconselhamentos, também o exame físico tem aspetos específicos, particularmente nas pessoas trans, visto que a maioria dos utentes trans ainda tem os seus órgãos sexuais natais, o que pode ser uma grande fonte de disforia e desconforto. (25) Portanto, ao realizar exames físicos e genitais nestes utentes, os clínicos têm de ter a noção de que esta experiência pode ser particularmente traumática. (25) É

importante preparar sempre o utente ao descrever exatamente o que se vai fazer e o motivo de tal. (25) Deve-se dar aos utentes um nível de controlo sobre a situação, informando-os de que se suspenderá o exame em qualquer momento, se assim o desejarem. (25) Ao manter um comportamento calmo e respeitoso, afirmando a identidade de género dos utentes, fornecendo apoio e informação precisa, e tomando medidas para ajudar os utentes a manter um sentido de dignidade e controlo, os profissionais podem aumentar o acesso das pessoas trans a cuidados de alta qualidade, evitar causar traumas e ajudá-los a viver uma vida sexual e reprodutiva saudável. (24)

Focando no aspeto da confidencialidade, devem ser feitos todos os esforços para a manter em todos os níveis de cuidados, desde o pessoal da receção até ao acesso dos pais a informações protegidas. (25) É necessário discutir sempre a confidencialidade e garanti-la verbalmente a todos os utentes. (83) Se um jovem vem à consulta ou está acompanhado com os pais/tutores legais, é preciso garantir sempre um tempo privado e confidencial. (83) Os médicos devem familiarizar-se com as leis e estatutos da sua região relativamente ao acesso a serviços confidenciais e estar preparados para os discutir com utentes e familiares. (25) Manter uma comunicação aberta com esta promessa de confidencialidade é de extrema importância. (86) Não assumir que os utentes estão prontos para revelar a sua identidade aos membros da família e à comunidade traduz-se num esforço por minimizar as ameaças à confidencialidade. (86)

4.3.2.2. Os Símbolos e o Ambiente

Por último, também os símbolos e o ambiente do atendimento se revestem de particular importância nesta comunidade, e há uma vasta lista de medidas que podem ser postas em prática para tornar os cuidados de saúde num contexto mais seguro e acolhedor às pessoas LGBTQ+, um aspeto imperativo para aumentar as taxas de rastreio e a procura de cuidados por esta comunidade. (54,75) O fornecimento de espaços físicos inclusivos, por exemplo, através da exibição de panfletos, cartazes e revistas que ilustrem vidas e símbolos LGBTQ+, pode ajudar os utentes a sentirem-se bem-vindos. (86) É necessário certificar de que o site e os materiais da organização por exemplo, em salas de espera, refletem visualmente utentes e famílias LGBTQ+. (85)

A bandeira arco-íris tem sido usada pela comunidade LGBTQ+ como símbolo dos movimentos sociais desta comunidade. (54) O símbolo do arco-íris é frequentemente usado em desfiles e marchas de direitos civis LGBTQ+ e é reconhecido em todo o mundo. (54) Autocolantes arco-íris podem ser colocados nos crachás dos funcionários e profissionais de saúde para que sejam convenientemente exibidos aos utentes com quem estes interagem, e outros formatos exibindo esta e outras simbologias, como cartazes ou bandeiras, podem ser

colocados visivelmente em vários espaços estratégicos, como em portas ou nas receções, para promover um ambiente confortável para utentes LGBTQ+. (54,85) Deve-se implementar e divulgar uma política de não discriminação que deve ser visível, incluir a orientação sexual e identidade de género e ser respeitada em todos os momentos por todo o *staff*. (54,86) Também visíveis e acessíveis devem estar alguns materiais educativos que são inclusivos da comunidade LGBTQ+ ou especificamente dirigidos a esta. (54,86)

Afigura-se importante que os clínicos estabeleçam um ambiente seguro também para os utentes trans, com ênfase no estabelecimento e manutenção da relação médico-doente, considerando que é esta população que apresenta mais contactos adversos com os serviços de saúde. (86) Na criação de um ambiente convidativo para utentes trans há vários aspetos específicos a ter em conta como, por exemplo, estabelecer casas de banho com neutralidade de género e, no geral, evitar nomenclaturas e sinais que pareçam referir-se a apenas um género. (53) Ademais, podem-se criar formulários iniciais de admissão que recolhem informações sobre o nome preferido, pronomes, identidade de género, sexo atribuído à nascença, parceiro(s) e outros membros da família, e proceder-se à adaptação dos programas eletrónicos de registo para que permitam a recolha da identidade de género e do sexo natal, e incluam um inventário anatómico e sinalização de rastreios adequada. (53) Sabendo que, em Portugal, as alas dos serviços de internamento estão frequentemente divididas em “Ala das mulheres” e “Ala dos homens”, será uma boa política desenvolver protocolos para a atribuição de camas proactivamente, em vez de esperar até que um doente trans seja admitido. (85)

Outro aspeto fundamental de uma instituição de saúde é a sua declaração de missão. (83) Quer uma instituição sirva a população LGBTQ+ ou a população em geral, deve explicitamente afirmar que é acolhedora, inclusiva e afirmativa de todos no que diz respeito à orientação sexual, expressão e identidade de género. (83) A enumeração de “saúde LGBTQ+” entre os interesses clínicos nos sites ou diretórios dos prestadores, ou nas descrições das missões dos hospitais/clínicas, servirá esse propósito. (54,85) Várias associações LGBTQ+, também em Portugal, costumam manter um diretório para listar profissionais e instituições de saúde reconhecidos por prestarem cuidados não discriminatórios, bem como comentários de utentes sobre estes. (54,85)

Os médicos, em todos os níveis de cuidados, muito provavelmente encontrarão utentes LGBTQ+ na sua prática e, conseqüentemente, devem ser capazes de prestar cuidados informados, apropriados e culturalmente sensíveis. (53) Assim, surge a necessidade de promover uma melhor formação sobre inclusividade, sensibilidade cultural e não discriminação para todos os níveis de pessoal. (75) Ademais, é imperativo responsabilizar todo o *staff* por criar um ambiente acolhedor para as pessoas LGBTQ+, começando na receção e prosseguindo por todo o restante serviço. (83) Trabalhar para

melhorar a qualidade dos cuidados de saúde fornecidos, tornando a criação e manutenção deste ambiente uma prioridade, e discutindo isto aberta e frequentemente com todos os envolvidos será a melhor forma de melhorar as experiências que esta população tem com os cuidados de saúde. (83)

5. Conclusões e Perspetivas Futuras

A comunidade LGBTQ+ é uma comunidade que, tanto historicamente como atualmente, é alvo de intolerância e discriminação em várias esferas das suas vidas, sendo que os cuidados de saúde não estão isentos de contribuir para essas vivências. Neste contexto, e devido a uma complexa interação de fatores, constata-se que as pessoas LGBTQ+ experienciam desigualdades em saúde, sendo estas particularmente evidentes nas áreas da saúde sexual e reprodutiva, saúde mental e consumo de substâncias, que estão intimamente relacionadas. Tais desigualdades são evidentes tanto quando em comparação com a população heterossexual e cisgénero, como entre os vários subgrupos de minorias sexuais e minorias de género.

No que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, desigualdades são passíveis de serem verificadas nas atitudes preventivas, como o planeamento familiar e a contraceção, nas taxas de infeção por VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis, bem como em outras patologias do foro sexual e reprodutivo, tanto neoplásicas como não neoplásicas. Efetivamente, esta população adere com considerável menor frequência aos rastreios, reporta menores taxas de uso de contraceptivos e de uso dos serviços de planeamento familiar e, em consequência, tem taxas mais elevadas de gravidez indesejada, VIH e outras DST e, ainda, certas neoplasias, entre outras afeções específicas de alguns subgrupos.

Relativamente à saúde mental, também nesta componente da saúde se objetivam iniquidades, com maior prevalência de depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático, perturbações alimentares, automutilação, tentativas de suicídio e suicídio consumado nesta população, em todas as fases do desenvolvimento. Coincidentemente, as taxas de uso, abuso e dependência de várias substâncias, como o tabaco, o álcool, substâncias ilegais e medicamentos psicotrópicos sujeitos a receita médica são mais elevadas nesta população, com os consumos a iniciarem-se em idades consideravelmente inferiores. Assim, percebe-se a maior vulnerabilidade desta população às consequências sociais, legais e económicas da patologia mental e dos consumos de substâncias.

Estas desigualdades no que concerne aos resultados em saúde da população LGBTQ+ podem ser, em parte, atribuídos às disparidades no acesso aos cuidados de saúde a que estes indivíduos estão sujeitos. De facto, episódios de discriminação e patologização, como o uso de linguagem ofensiva, a recusa de prestação de serviços ou a insinuação que a orientação sexual ou de género é uma “doença” a ser “curada”, contra esta população no contexto dos cuidados de saúde, desde a medicina geral e familiar ao serviço de urgência, foram extensivamente reportados. Além disso, foi verificada uma falta de conhecimento entre a comunidade médica sobre questões de saúde LGBTQ+, e consequentemente uma incapacidade de prestar cuidados adequados. A experiência destes episódios, aliada à

perceção das pessoas LGBTQ+ que os profissionais não estão capacitados para atender às suas necessidades de saúde levam à sua relutância em divulgar a sua orientação sexual ou identidade de género, à diminuição da procura de cuidados de saúde e ao aumento da insatisfação, trazendo consequências sérias para o estado de saúde da comunidade.

Afigura-se fácil de compreender estas atitudes e os défices no conhecimento dos profissionais de saúde à luz da sua falta de formação em questões LGBTQ+. Os estudantes de medicina e de outras áreas da saúde não reportam uma formação minimamente adequada, o que se traduz em falta de preparação, apesar da sua vontade em ter mais conhecimento sobre estes tópicos. Também as instituições em que os profissionais de saúde se formam e em que exercem não se encontram preparadas para receber pessoas LGBTQ+, o que se torna óbvio pelo uso habitual de linguagem heteronormativa e exclusiva, pela organização das plataformas de registo em vigor, e pelos espaços desprovidos de símbolos ou qualquer indicação que possa tranquilizar estas pessoas de que serão aceites e bem cuidadas.

Considerando o exposto, é possível afirmar que a comunidade LGBTQ+ é mais suscetível a um largo espectro de patologias comparativamente à comunidade heterossexual e/ou cisgénero pelo que, como população vulnerável, deveria merecer uma atenção mais prioritária por parte dos sistemas de saúde. Contudo, perante sistemas de saúde de estrutura rígida e pouco permeável às diferenças, não é isto que se verifica. Não existe a flexibilidade e adaptabilidade necessárias à prestação de cuidados a todos os grupos que fogem da “norma”, incluindo a comunidade LGBTQ+, na medida em que os serviços de saúde são largamente conceptualizados como “*one-size-fits-all*”, em que ainda são os indivíduos a ter de se encaixar no “molde” fornecido, e não os serviços a tomar medidas para serem capazes de personalizar os cuidados de saúde fornecidos, à medida das necessidades individuais de todos os utentes. Tal merece uma mudança no sentido de os tornar mais inclusivos, sendo que esta atuação deveria passar pela “humanização” dos profissionais de saúde e pela revisão dos princípios organizativos das instituições.

Assim, perspetivas futuras prendem-se com a necessidade de incluir a saúde LGBTQ+ nos currículos formais das escolas médicas, de modo a capacitar os futuros profissionais de saúde com informação sobre as especificidades e necessidades desta população, bem como possibilitar-lhes mais tempo de contacto clínico com pessoas LGBTQ+. Também aos profissionais de saúde já formados, e todos os outros envolvidos nestes cuidados, deve ser disponibilizada formação sobre como prestar cuidados culturalmente sensíveis a estes indivíduos. Em relação às instituições de saúde, esforços devem ser empregues na criação e manutenção de um ambiente inclusivo e seguro para as pessoas LGBTQ+, que promovam as suas atitudes de procura de cuidados de saúde. Isto inclui ter em consideração aspetos como a linguagem verbal, tanto oral como escrita, e a

linguagem não verbal, que deve ser inclusiva e não presuntiva da orientação sexual ou identidade de género dos utentes. Mais, também os símbolos e o ambiente mostraram ter um grande impacto na confiança que esta população tem nas instituições, pelo que a exibição de símbolos arco-íris ou de representações visuais de pessoas e famílias LGBTQ+ nestes contextos pode ser de extrema utilidade.

É imperativo um investimento organizado e em larga escala com o objetivo de melhorar o acesso desta população a cuidados de saúde inclusivos, competentes e adaptados às suas necessidades, com vista a reduzir as desigualdades que se verificam atualmente, consagrando o direito desta comunidade ao melhor estado de saúde possível, que é um direito fundamental de todos os seres humanos, sem exceção.

6. Referências

1. Terminologia - SAFE TO BE - Portugal [Internet]. [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://safetobe.eu/pt/fact-checking/>
2. rede ex aequo - associação de jovens lgbti e apoiantes [Internet]. 2019 [cited 2021 Sep 13]. Available from: <https://www.rea.pt/glossario-lgbt/>
3. Santos AC. Luta Lgbtq Em Portugal: Duas Décadas De Histórias, Memórias E Resistências. *Rev TransVersos*. 2018;(14):36–51.
4. Bota PHC, Melo M. Evolução e configuração atual do preconceito face a lésbicas e a gays : Um estudo comparativo. 2017;
5. Assembleia da República. Lei nº38/2018 - Direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa. *Diário da República* [Internet]. 2018;1ª Série(151):3922–4. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/115933863>
6. European Parliament. Eurobarometer on Discrimination 2019: The social acceptance of LGBTI people in the EU. *Spec Eurobarom 493*. 2019;(October 2014):613–5.
7. ILGA Portugal. Discriminação contra pessoas LGBTI+. 2020;
8. Rainbow Europe [Internet]. [cited 2021 Sep 15]. Available from: <https://www.rainbow-europe.org/#8654/0/0>
9. Spitzer RL. Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance : Proposed Change in DSM-II , 6th Printing , page 44. *Apa*. 1973;(730008).
10. Rodrigues I. Guia sobre Saúde e Leis Trans em Portugal : Recursos e Procedimentos.
11. Zeeman L, Sherriff N, Browne K, McGlynn N, Aujean S, Pinto N, et al. State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people: State-of-the-Art Synthesis Report (SSR). 2017 [cited 2021 Oct 24]; Available from: <https://mural.maynoothuniversity.ie/12026/>
12. Elliott MN, Kanouse DE, Burkhart Q, Abel GA, Lyrtatzopoulos G, Beckett MK, et al. Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *J Gen Intern Med*. 2015 Jan 1;30(1):9–16.
13. Hegazi A, Pakianathan M. LGBT sexual health. *Med (United Kingdom)* [Internet]. 2018;46(5):300–3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.02.004>
14. Zeeman L, Aranda K. A systematic review of the health and healthcare inequalities for people with intersex variance. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):1–18.

15. Leonardi M, Frecker H, Scheim AI, Kives S. Reproductive Health Considerations in Sexual and/or Gender Minority Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2019;32(1):15–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.09.010>
16. Stoffel C, Carpenter E, Everett B, Higgins J, Haider S. Family Planning for Sexual Minority Women. *Semin Reprod Med*. 2017;35(5):460–8.
17. Hudson GM. Factors Influencing Contraception Use in Sexual Minority Women: A Systematic Literature Review [Internet]. *Cornerstone: A Collection of Scholarly and Creative Works for Minnesota State University, Mankato*. Minnesota State University, Mankato; 2021. Available from: <https://cornerstone.lib.mnsu.edu/etds/1091/>
18. Everett BG, Higgins JA, Haider S, Carpenter E. Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling? *J Women's Heal*. 2019;28(1):53–62.
19. Baptiste-Roberts K, Oranuba E, Werts N, Edwards L V. Addressing Healthcare Disparities among Sexual Minorities. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017;44(1):71–80.
20. Higgins JA, Carpenter E, Everett BG, Greene MZ, Haider S, Emily Hendrick C. Sexual minority women and contraceptive use: Complex pathways between sexual orientation and health outcomes. *Am J Public Health*. 2019;109(12):1680–6.
21. Ela EJ, Budnick J. Non-Heterosexuality, Relationships, and Young Women's Contraceptive Behavior. *Demography*. 2017;54(3):887–909.
22. Moseson H, Zazanis N, Goldberg E, Fix L, Durden M, Stoeffler A, et al. The Imperative for Transgender and Gender Nonbinary Inclusion: Beyond Women's Health. *Obstet Gynecol*. 2020;135(5):1059–68.
23. Harb CYW, Pass LE, De Soriano IC, Zwick A, Gilbert PA. Motivators and Barriers to Accessing Sexual Health Care Services for Transgender/Genderqueer Individuals Assigned Female Sex at Birth. *Transgender Heal*. 2019;4(1):58–67.
24. Mehringer J, Dowshen NL. Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2019;49(9):1–12.
25. Wood SM, Salas-Humara C, Dowshen NL. Human Immunodeficiency Virus, Other Sexually Transmitted Infections, and Sexual and Reproductive Health in Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender Youth. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63(6):1027–55.
26. Jardim Santos C, Gomes B, Ribeiro AI. Mapping Geographical Patterns and High Rate Areas for Sexually Transmitted Infections in Portugal: A Retrospective Study Based on the National Epidemiological Surveillance System. *Sex Transm Dis*. 2020;47(4):261–8.

27. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infecção VIH e SIDA em Portugal - 2020. DGS/INSA. 2020.
28. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2020 - 2019 data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
29. Direção Geral da Saúde. Diagnóstico e rastreio laboratorial da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Norma N.º 058/2011, de 10/12/2014.
30. EACS Guidelines version 10.1. 2020;
31. Yeung H, Luk KM, Chen SC, Ginsberg BA KK. Dermatologic care for lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Epidemiology, screening, and disease prevention. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(3):591–602.
32. Mayer KH. Sexually transmitted diseases in men who have sex with men. *Clin Infect Dis.* 2011;53(SUPPL. 3):79–83.
33. Waterman BL, Voss J. HPV, cervical cancer risks, and barriers to care for lesbian women. *Nurse Pract.* 2015;40(1):46–53.
34. Bustamante G, Reiter PL, McRee AL. Cervical cancer screening among sexual minority women: findings from a national survey. *Cancer Causes Control [Internet].* 2021;32(8):911–7. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10552-021-01442-0>
35. Takemoto MLS, De Oliveira Menezes M, Polido CBA, De Souza Santos D, Leonello VM, Magalhães CG, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: Systematic review and recommendations to improve care. *Cad Saude Publica.* 2019;35(3):1–17.
36. MacCarthy S, Poteat T, Xia Z, Roque NL, Kim A (Hyun J, Baral S, et al. Current research gaps: a global systematic review of HIV and sexually transmissible infections among transgender populations. *Sex Heal.* 2017;14(5):456–68.
37. Saunders CL, Meads C, Abel GA, Lyrtzopoulos G. Associations between sexual orientation and overall and site-specific diagnosis of cancer: Evidence from two national patient surveys in England. *J Clin Oncol.* 2017;35(32):3654–61.
38. Zeeman L, Sherriff N, Browne K, McGlynn N, Mirandola M, Gios L, et al. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *Eur J Public Health.* 2019;29(5):974–80.
39. Rosser BRS, Hunt SL, Capistrant BD, Kohli N, Konety BR, Mitteldorf D, et al. Understanding Prostate Cancer in Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men and Transgender Women A Review of the Literature. *Curr Sex Heal Reports.* 2019;11(4):430–41.

40. Mattingly AE, Kiluk J V., Catherine Lee M. Clinical considerations of risk, incidence, and outcomes of breast cancer in sexual minorities. *Cancer Control*. 2016;23(4):373–82.
41. Quinn GP, Sanchez JA, Sutton SK, Vadaparampil ST, Nguyen GT, Green BL, et al. Cancer and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual, and Queer/Questioning Populations (LGBTQ). *A Cancer J Clin*. 2015;65(5):384–400.
42. Williams AD, Bleicher RJ, Ciocca RM. Breast Cancer Risk, Screening, and Prevalence Among Sexual Minority Women: An Analysis of the National Health Interview Survey. *LGBT Heal*. 2020;7(2):109–18.
43. Robinson K, Galloway KY, Bewley S, Meads C. Lesbian and bisexual women’s gynaecological conditions: a systematic review and exploratory meta-analysis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2017;124(3):381–92.
44. de Blok CJM, Dreijerink KMA, den Heijer M. Cancer Risk in Transgender People. *Endocrinol Metab Clin North Am* [Internet]. 2019;48(2):441–52. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.02.005>
45. De Blok CJM, Wiepjes CM, Nota NM, Van Engelen K, Adank MA, Dreijerink KMA, et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: Nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ*. 2019;365.
46. Rodrigues J, Lemos C, Figueiredo Z. Discriminação e Barreiras ao Acesso ao Serviço Nacional de Saúde Percecionados por Pessoas Trans. *Rev Port Psiquiatr e Saúde Ment*. 2020;6(3):98–108.
47. Moagi MM, van Der Wath AE, Jiyane PM, Rikhotso RS. Mental health challenges of Lesbian, gay, bisexual and transgender people: An integrated literature review. *Heal SA Gesondheid*. 2021;26:1–12.
48. Sherriff N, Zeeman L, McGlynn N, Pinto N, Hugendubel K, Mirandola M, et al. Co-producing knowledge of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health-care inequalities via rapid reviews of grey literature in 27 EU Member States. *Heal Expect*. 2019;22(4):688–700.
49. Russell ST, Fish JN. Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:465–487.
50. Lothwell LE, Libby N, Adelson SL. Mental Health Care for LGBT Youths. *Focus (Madison)*. 2020;18(3).
51. Yarns BC, Abrams JM, Meeks TW, Sewell DD. The Mental Health of Older LGBT Adults. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2016;18(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0697-y>
52. McClain Z, Peebles R. Body Image and Eating Disorders Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatr Clin North Am*. 2016;63(6):1079–90.

53. Mcnamara MC, Ng H. Best practices in LGBT care: A guide for primary care physicians. *Cleve Clin J Med*. 2016;83(7):531–41.
54. Brigham and Women’s Hospital. LGBT Welcoming Toolkit for Primary Care Practices. 2016;
55. Mann AJ, Patel TA, Elbogen EB, Calhoun PS, Nathan A, Wilson SM, et al. Sexual orientation, attraction and risk for deliberate self-harm: Findings from a nationally representative sample. *Psychiatry Res*. 2021;
56. Newcomb ME, Hill R, Buehler K, Ryan DT, Whitton SW, Mustanski B. High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. *Arch Sex Behav*. 2020;49(2):645–59.
57. Aparicio-García ME, Díaz-Ramiro EM, Rubio-Valdehita S, López-Núñez MI, García-Nieto I. Health and well-being of cisgender, transgender and non-binary young people. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10).
58. Coelho JS, Suen J, Clark BA, Marshall SK, Geller J, Lam PY. Eating Disorder Diagnoses and Symptom Presentation in Transgender Youth: a Scoping Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(11).
59. Scandurra C, Mezza F, Maldonato NM, Bottone M, Bochicchio V, Valerio P, et al. Health of non-binary and genderqueer people: A systematic review. *Front Psychol*. 2019;10(June).
60. Parent MC, Arriaga A, Gobble T, Wille L. Stress and substance use among sexual and gender minority individuals across the lifespan. *Neurobiol Stress* [Internet]. 2019;10(December 2018):100146. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.100146>
61. Mereish EH. Substance Use and Misuse among Sexual and Gender Minority Youth. *Curr Opin Psychol*. 2019;30:123–7.
62. Boyd CJ, Veliz PT, Stephenson R, Hughes TL, McCabe SE. Severity of Alcohol, Tobacco, and Drug Use Disorders among Sexual Minority Individuals and Their “not Sure” Counterparts. *LGBT Heal*. 2019;6(1):15–22.
63. Schuler MS, Collins RL. Sexual minority substance use disparities: Bisexual women at elevated risk relative to other sexual minority groups. *Drug Alcohol Depend*. 2020;
64. Barger BT, Obedin-Maliver J, Capriotti MR, Lunn MR, Flentje A. Characterization of substance use among underrepresented sexual and gender minority participants. *Subst Abus*. 2021;42(1):104–15.

65. Day JK, Fish JN, Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Russell ST. Transgender Youth Substance Use Disparities: Results From a Population-Based Sample. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2017;61(6):729–35. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.024>
66. Romanelli M, Hudson KD. Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *Am J Orthopsychiatry*. 2017;87(6):714–28.
67. Associação ILGA. Saúde em Igualdade. Pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans [Internet]. 2014. Available from: <http://igualdadenaude.ilga-portugal.pt/>
68. Alcaire R. LGBTQI+ Healthcare (in)Equalities in Portugal: What Can We Learn from Asexuality. *Healthcare*. 2021;9(5):583.
69. Macapagal K, Bhatia R, Greene GJ. Differences in Healthcare Access, Use, and Experiences Within a Community Sample of Racially Diverse Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Emerging Adults. *LGBT Heal*. 2016;3(6):434–42.
70. Ayhan CHB, Bilgin H, Uluman OT, Sukut O, Yilmaz S, Buzlu S. A Systematic Review of the Discrimination Against Sexual and Gender Minority in Health Care Settings. *Int J Heal Serv*. 2020;50(1):44–61.
71. Rossman K, Salamanca P, Macapagal K. “The doctor said I didn’t look gay”: Young adults’ experiences of disclosure and non-disclosure of LGBTQ identity to healthcare providers. *J Homosex*. 2017;64(10):1390–410.
72. Carpenter M. Intersex variations, human rights, and the international classification of diseases. *Health Hum Rights*. 2018;20(2):205–14.
73. Kraus C. Classifying Intersex in DSM-5: Critical Reflections on Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav*. 2015;44(5):1147–63.
74. Flanagan SK, Peters HJ. Asexual-Identified Adults: Interactions with Health-Care Practitioners. *Arch Sex Behav*. 2020;49:1631–43.
75. Quinn GP, Sutton SK, Winfield B, Breen S, Canales J, Shetty G, et al. Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/Questioning (LGBTQ) Perceptions and Health Care Experiences. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2015;27(2):246–61.
76. Brooks H, Llewellyn CD, Nadarzynski T, Pelloso FC, De Souza Guilherme F, Pollard A, et al. Sexual orientation disclosure in health care: A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2018;68(668):e187–96.
77. Lykens JE, Leblanc AJ, Bockting WO. Healthcare experiences among young adults who identify as genderqueer or nonbinary. *LGBT Heal*. 2018;5(3):191–6.

78. Lopes L, Gato J, Esteves M. Conhecimentos e Atitudes de Estudantes de Medicina Portugueses Face à Homossexualidade. *Acta Med Port.* 2016;29(11):684–93.
79. Arthur S, Jamieson A, Cross H, Nambiar K, Llewellyn CD. Medical students' awareness of health issues, attitudes, and confidence about caring for lesbian, gay, bisexual and transgender patients: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ.* 2021;21(1):1–8.
80. Wahlen R, Bize R, Wang J, Merglen A, Ambresin AE. Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. *PLoS One.* 2020;15(7 July):1–13.
81. Chen KD, Wu A, Yehia BR, Greene MZ, France K, Kreider EF, et al. Comparing medical, dental, and nursing students' preparedness to address lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer health. *PLoS One.* 2018;13(9):71–81.
82. Nowaskie DZ, Patel AU, Fang RC. A multicenter, multidisciplinary evaluation of 1701 healthcare professional students' LGBT cultural competency: Comparisons between dental, medical, occupational therapy, pharmacy, physical therapy, physician assistant, and social work students. *PLoS One [Internet].* 2020;15(8 August):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0237670>
83. Hadland SE, Yehia BR, Makadon HJ. Caring for Lgbtq Youth in Inclusive and Affirmative Environments *Hhs. Pediatr Clin North Am [Internet].* 2016;63(6):955–69. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5119916/pdf/nihms804313.pdf>
84. National LGBT Health Education Center. Providing Welcoming Services and Care for LGBT People: A learning guide for Health Care Staff. 2015;(January):1–29.
85. Comerford J, Wallace C. Strategies for delivering LGBT-inclusive care. *Patient Saf Qual Healthc [Internet].* 2016;(July/August):29–35. Available from: https://www.ecri.org/Resources/In_the_News/PSQH_Strategies_for_Delivering_LGBT_Inclusive_Care_ECRI_Institute_Byline.pdf
86. Klein DA, Paradise SL, Goodwin ET. Caring for transgender and gender-diverse persons: What clinicians should know. *Am Fam Physician.* 2018;98(11):645–53.

