

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENVELHECIMENTO HUMANO

WILLIAN ROGER DULLIUS

A CONTINUING DIGITAL EDUCATION IN
LGBT+ CARE FOR HEALTHCARE
PROFESSIONALS USING A M-HEALTH APP

Passo Fundo
2024



UNIVERSITY OF PASSO FUNDO
GRADUATE PROGRAM IN HUMAN AGING

WILLIAN ROGER DULLIUS

A CONTINUING DIGITAL EDUCATION IN
LGBT+ CARE FOR HEALTHCARE
PROFESSIONALS USING A M-HEALTH APP

Passo Fundo
2024



UNIVERSITY OF PASSO FUNDO
HEALTH INSTITUTE
GRADUATE PROGRAM IN HUMAN AGING

WILLIAN ROGER DULLIUS

A CONTINUING DIGITAL EDUCATION IN LGBT+ CARE FOR HEALTHCARE
PROFESSIONALS USING A M-HEALTH APP

Thesis presented as a requirement to obtain the
title of Doctor of in Human Aging, from the Health
Institute, University of Passo Fundo.

Supervisor: Dr. Silvana Alba Scortegagna
Co-supervisor: Dr. Sheila O'Keefe-McCarthy

Passo Fundo
2024

APPROVAL SHEET



ATA DE DEFESA DE TESE

“A CONTINUING DIGITAL EDUCATION IN LGBT+ CARE FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS USING A M-HEALTH APP”

Elaborada por

WILLIAN ROGER DULLIUS

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
“Doutor em Envelhecimento Humano”

Aprovado em: 29/08/2024
Pela Banca Examinadora

Profa. Dra. Silvana Alba Scortegagna
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Profa. Dra. Sheila O’Keefe-McCarthy
Brock University, Canadá
Coorientadora

Profa. Dra. Ana Carolina Bertoletti De Marchi
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH
Avaliadora Interna

Profa. Dra Lynn McCleary
Brock University, Canadá
Avaliadora Externa

Prof. Dr. Daniel Grace
University of Toronto
Avaliador Externo

Profa. Dra. Ana Luisa Sant’Anna Alves
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH
Coordenadora do PPGEH

1. ATA de DEFESA DE TESE - Willian.doc

Documento número #9575ccdb-c2ee-4c08-9cc0-d3d941073d37

Hash do documento original (SHA256): dab1e61e9f1c552420518f75100def1306fd56b4177034db145136940583e178

Assinaturas

✓ **Silvana Alba Scortegagna**
CPF: 426.954.060-53
Assinou em 10 set 2024 às 09:30:19

✓ **Sheila O'Keefe-McCarthy**
Assinou em 10 set 2024 às 10:46:42

✓ **Ana Carolina Bertoletti De Marchi**
CPF: 737.502.200-34
Assinou em 10 set 2024 às 10:41:30

✓ **Lynn McCleary**
Assinou em 11 set 2024 às 10:08:26

✓ **Daniel Grace**
Assinou em 11 set 2024 às 09:13:35

✓ **Ana Luisa Sant Anna Alves**
CPF: 983.767.720-15
Assinou em 10 set 2024 às 10:00:14

Log

10 set 2024, 09:00:56	Operador com email dionice@upf.br na Conta c44b96f0-ca8e-4abe-b87d-0aed928844cd criou este documento número 9575ccdb-c2ee-4c08-9cc0-d3d941073d37. Data limite para assinatura do documento: 24 de setembro de 2024 (08:51). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
10 set 2024, 09:00:58	Operador com email dionice@upf.br na Conta c44b96f0-ca8e-4abe-b87d-0aed928844cd adicionou à Lista de Assinatura: silvanalba@upf.br para assinar, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Silvana Alba Scortegagna.

10 set 2024, 09:00:58	Operador com email dionice@upf.br na Conta c44b96f0-ca8e-4abe-b87d-0aed928844cd adicionou à Lista de Assinatura: sokeefemccarthy@brocku.ca para assinar, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Sheila O'Keefe-McCarthy.
10 set 2024, 09:00:58	Operador com email dionice@upf.br na Conta c44b96f0-ca8e-4abe-b87d-0aed928844cd adicionou à Lista de Assinatura: carolina@upf.br para assinar, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Ana Carolina Bertoletti De Marchi.
10 set 2024, 09:00:58	Operador com email dionice@upf.br na Conta c44b96f0-ca8e-4abe-b87d-0aed928844cd adicionou à Lista de Assinatura: Imccleary@brocku.ca para assinar, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Lynn McCleary.
10 set 2024, 09:00:58	Operador com email dionice@upf.br na Conta c44b96f0-ca8e-4abe-b87d-0aed928844cd adicionou à Lista de Assinatura: daniel.grace@utoronto.ca para assinar, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Daniel Grace.
10 set 2024, 09:00:58	Operador com email dionice@upf.br na Conta c44b96f0-ca8e-4abe-b87d-0aed928844cd adicionou à Lista de Assinatura: alves.als@upf.br para assinar, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Ana Luisa Sant Anna Alves.
10 set 2024, 09:30:19	Silvana Alba Scortegagna assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail silvanalba@upf.br. CPF informado: 426.954.060-53. IP: 200.203.111.156. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude -28.2640293 e longitude -52.3990878. URL para abrir a localização no mapa: https://app.clicksign.com/location . Componente de assinatura versão v1.982.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com .
10 set 2024, 10:00:14	Ana Luisa Sant Anna Alves assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail alves.als@upf.br. CPF informado: 983.767.720-15. IP: 179.232.188.164. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude -28.246016 e longitude -52.396032. URL para abrir a localização no mapa: https://app.clicksign.com/location . Componente de assinatura versão v1.982.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com .
10 set 2024, 10:41:31	Ana Carolina Bertoletti De Marchi assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail carolina@upf.br. CPF informado: 737.502.200-34. IP: 177.10.218.166. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude -28.0625152 e longitude -52.6614528. URL para abrir a localização no mapa: https://app.clicksign.com/location . Componente de assinatura versão v1.982.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com .
10 set 2024, 10:46:42	Sheila O'Keefe-McCarthy assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail sokeefemccarthy@brocku.ca. IP: 139.57.224.23. Componente de assinatura versão v1.982.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com .
11 set 2024, 09:13:35	Daniel Grace assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail daniel.grace@utoronto.ca. IP: 99.225.44.86. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude 43.67171845969514 e longitude -79.4838365844438. URL para abrir a localização no mapa: https://app.clicksign.com/location . Componente de assinatura versão v1.984.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com .

-
- 11 set 2024, 10:08:26 Lynn McCleary assinou. Pontos de autenticação: Token via E-mail lmcclary@brocku.ca. IP: 216.121.184.3. Componente de assinatura versão v1.984.0 disponibilizado em <https://app.clicksign.com>.
- 11 set 2024, 10:08:27 Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número 9575ccdb-c2ee-4c08-9cc0-d3d941073d37.
-



Documento assinado com validade jurídica.

Para conferir a validade, acesse <https://www.clicksign.com/validador> e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo e deve ser considerado parte do documento nº 9575ccdb-c2ee-4c08-9cc0-d3d941073d37, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign, disponível em www.clicksign.com.

CATALOG SHEET

CIP – Cataloging in Publication

D883c Dullius, Willian Roger
A continuing digital education in LGBT+ care for
healthcare professionals using a m-Health App [electronic
resource] / Willian Roger Dullius. – 2024.
7 MB ; PDF.

Advisor: Profa. Dra. Silvana Alba Scortegagna.
Co-advisor: Profa. Dra. Sheila O’Keefe-McCarthy.
Thesis (Doctor in Human Aging) – University of Passo
Fundo, 2024.

1. Aging. 2. Mobile applications. 3. Continuing
education. 4. Telemedicine. 5. Health personnel. 6. Sexual
and Gender minorities. I. Scortegagna, Silvana Alba,
advisor. II. O’Keefe-McCarthy, Sheila, co-advisor. II. Title.

CDU: 613.98

Cataloging: Librarian Jucelei Rodrigues Domingues - CRB 10/1569

DEDICATION

To my mom, Ivoni Dullius, whose unwavering support and teachings have shown me the significance of acquiring education in our lives.

In memory of my father, Valdelírio Dullius, who decided to end his life, leaving behind a reminder that our lives and desires can change when we least expect it.

To Professor Dr. Lynn McCleary, who opened the door to the research area for me as an undergraduate international student in 2014, taught me about research, and whose encouragement has been the cornerstone of my journey through academic life.

To Professor Dr. Sheila O'Keefe-McCarthy, who opened the door to her research group for me as a graduate student and provided mentorship throughout this challenging but rewarding endeavor.

To every Brazilian LGBT+ individual who has been murdered by the Brazilian society and who did not have the right to grow old.

To every Brazilian LGBT+ individual who has been discriminated against in the healthcare environment by healthcare professionals due to heteronormative views and gaps in continuing education within the healthcare system.

ACKNOWLEDGMENTS

I would like to express my deepest gratitude to my mother, Ivoni, whose unwavering love, encouragement, and sacrifices have been the driving force behind my pursuit of higher education. Her boundless support, understanding, and belief in my abilities have sustained me through the challenges and triumphs of this academic journey. I am profoundly grateful to my mother for instilling in me the values of perseverance, dedication, and compassion, which have guided me through the rigors of doctoral studies. This achievement is as much hers as it is mine, and I dedicate this thesis to her with all my love and appreciation.

I am immensely grateful to my PhD supervisor, Dr. Silvana Alba Scortegagna, for her unwavering support, guidance, and mentorship throughout my doctoral research. Her expertise and commitment to excellence have been instrumental in shaping the direction of my thesis and nurturing my growth as a researcher. I am grateful to Professor Scortegagna for her invaluable feedback, encouragement, and constructive criticism, which have challenged me to strive for academic rigor and intellectual curiosity.

I am immensely grateful to my PhD Co-Supervisor, Dr. Sheila O'Keefe-McCarthy, for her unwavering support, guidance, and mentorship throughout my doctoral research. Professor O'Keefe-McCarthy's expertise, patience, and commitment to excellence have been instrumental in shaping the direction of my thesis and development my growth as a researcher. I am indebted to Professor O'Keefe-McCarthy for her invaluable feedback, encouragement, and constructive criticism, which have challenged me to strive for academic rigor and intellectual curiosity. I am deeply appreciative of the opportunities she has provided for me to flourish as a scholar. I am truly fortunate to have had Professor O'Keefe-McCarthy as my mentor, and I will always cherish the insights, guidance, and encouragement she has imparted to me during this transformative journey.

I extend my heartfelt gratitude to the members of my thesis committee, Professor Dr. Lynn McCleary, Professor Dr. Ana Carolina Bertoltti de Marchi, and Professor Dr. Daniel Grace, for their invaluable guidance, expertise, and constructive feedback throughout the development of this thesis. Their diverse perspectives, insightful critiques, and unwavering commitment to academic excellence have significantly enriched the quality of my research and contributed

to its scholarly rigor. I am deeply appreciative of their time, dedication, and willingness to share their expertise, which have played a pivotal role in shaping the intellectual trajectory of this work.

I would like to express my sincere appreciation to my friend Bruna Fávero, who has been a support and shared the positive and negative processes in the last two years of this PhD journey. Your friendship has been a source of solace and joy, and I am deeply grateful for your unwavering support. Thank you for being an integral part of my journey. I am forever grateful for your presence in my life.

I would like to express my sincere appreciation to my colleagues from the PhD program, whose encouragement has been invaluable throughout my doctoral journey. Our moment of reflection, sharing positive and negative situations, giving words of encouragement, and willingness to lend a listening ear during both the triumphs and challenges have been invaluable. Developing this source of friendship during the PhD progress has been a source of solace and joy, and I am deeply grateful for support. To Aline de Oliveira Martins, Karini da Rosa, Milena Uriarte Fauro, Joice Perosa, and Álisson Secchi, thank you for being an integral part of my journey. I am grateful for your presence in my life.

I would like to express my sincere appreciation to the participants of my research study, without whom this thesis would not have been possible. Thank you for your participation.

I would like to express my sincere appreciation to the Grupo Dignidade and Venezianos Pub Café for their support in sharing the invitation to recruit participants during the data collection.

I would like to express my sincere appreciation to the Coordination of Improvement of Higher Education Personnel – Brazil (CAPES), for the financial support to develop this thesis research.

EPIGRAPH

Lonely Fear of Aging
Fear of Lonely Aging
Fear of Aging Alone
Fear of Aging
Aging

(Dullius & O'Keefe-McCarthy, 2023)

RESUMO

DULLIUS, Willian Roger. **Educação continuada digital em cuidados LGBT+ para profissionais de saúde usando um aplicativo m-Health**. 218 f. Tese (Doutorado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul (Brasil), 2024.

Sexualidade e gênero continuam sendo tabus nas sociedades contemporâneas, especialmente dentro de populações cujas identidades não se identificam à heteronormatividade. O envelhecimento ocorre nas interseções daqueles que se identificam como Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT+). A falta de conhecimento específico sobre a assistência ao público LGBT+ contribui para uma assistência em saúde fragmentada e preconceituosa. Diante do exposto, o objetivo geral deste estudo foi desenvolver um curso de educação continuada usando um aplicativo de m-Health para aperfeiçoar a formação de profissionais de saúde sobre o conhecimento específico na assistência à saúde de indivíduos LGBT+. Para responder ao objetivo geral proposto, foram realizados três estudos empíricos. O primeiro estudo científico (capítulo 3) teve como objetivo descrever as percepções da comunidade LGBT+ brasileira sobre seu processo de envelhecimento e suas experiências no acesso à saúde. Além disso, para criar maior conscientização e novos conhecimentos sobre essa percepção, foi realizada uma análise qualitativa suplementar baseada em artes, focada em participantes da comunidade LGBT+ brasileira. A amostra foi composta por 116 adultos. A discriminação generalizada foi vivenciada por indivíduos LGBT+ em vários aspectos da vida. Os participantes não podiam viver autenticamente e se sentiam compelidos a ocultar ou negar sua identidade sexual e de gênero para acessar a saúde de forma equitativa. O segundo estudo científico (capítulo 4) teve como objetivo discutir o desenvolvimento de um curso de educação continuada para profissionais de saúde para fornecer assistência em saúde competente à população LGBT+ brasileira e a implementação desse curso usando uma solução m-Health. O curso de educação continuada, "Ally: Uma Abordagem Holística ao Indivíduo LGBT+" foi desenvolvido com base na taxonomia de Bloom, no Nurses's Health Education for LGBT Seniors (HEALE), no manual "Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals who are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD", na Política Nacional de Saúde Integral LGBT, e outras literaturas complementares. Este curso tem seis módulos e foi oferecido através do aplicativo chamado "Além do Arco-Íris". O terceiro estudo científico (capítulo 5) teve como objetivo determinar o conhecimento adquirido, a aceitabilidade e a usabilidade do aplicativo de m-Health. Este foi um estudo quantitativo, transversal e piloto envolvendo estudantes e profissionais de saúde dos sistemas de saúde privado e público no Brasil. Um total de 42 participantes responderam a todas as perguntas. Apenas 16,7% dos participantes relataram ter recebido educação continuada prévia na área LGBT+. A instrumento de Análise de Necessidades de Treinamento indicou um nível baixo de necessidade de treinamento nesta amostra. Não houve significância estatística entre os resultados dos questionários pré e pós-curso. Em relação ao Questionário de Experiência do Usuário, feedback foi coletado de 29 participantes, que relataram experiências positivas com o aplicativo de m-Health. O curso de educação

continuada utilizando uma solução m-Health apresenta uma oportunidade para preencher a lacuna do conhecimento específico sobre a assistência em saúde a população LGBT+. Ao se engajar na educação continuada os profissionais de saúde podem por meio da ampliação e propagação de conhecimentos, práticas e reflexões sobre o processo de trabalho entender melhor as necessidades e experiências únicas dos indivíduos LGBT+, permitindo-lhes fornecer um atendimento que seja tanto equitativo quanto competente em sua prática diária.

Palavras-chave: Pessoal de Saúde; Educação Continuada; mHealth; Minorias Sexuais e de Gênero; Telemedicina.

ABSTRACT

DULLIUS, Willian Roger. **A continuing digital education in LGBT+ care for healthcare professionals using a m-Health App**. 218 f. Thesis (Doctoral degree in Human Aging) – University of Passo Fundo, Rio Grande do Sul (Brazil: State), 2024.

Sexuality and gender remain taboo in contemporary societies, especially within populations whose identities do not conform to heteronormativity. Aging occurs at the intersections of those who identify as Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite, Transsexual, and Transgender (LGBT+). The lack of specific knowledge about healthcare for the LGBT+ population contributes to fragmented and prejudiced care. Given the above, the general objective of this study was to develop a continuing education course using a m-Health application to enhance the training of healthcare professionals on specific knowledge related to the healthcare of LGBT+ individuals. To answer the general objective proposed, three empirical studies were conducted. The first scientific literature, (chapter 3), aimed to describe the perceptions of the Brazilian LGBT+ community regarding their aging process and experiences accessing healthcare. Additionally, to create heightened awareness and new knowledge of this perception a supplemental qualitative arts-based analysis was conducted that focused on participants from the Brazilian LGBT+ community. The sample was composed of 116 adult individuals. Pervasive discrimination was experienced by LGBT+ individuals across various aspects of life. Participants were unable to live authentically and felt compelled to conceal or deny their sexual and gender identity to access healthcare on an equitable basis. In the second scientific literature, (chapter 4), aimed to discuss the development of a continuing education course for HCP to provide competent healthcare assistance to the Brazilian LGBT+ population and the implementation of this course using a m-Health solution. The continuing education course, "Ally: A Holistic Approach to the LGBT+ Individual" was developed based on Bloom's taxonomy, the "Nurse's Health Education about LGBT Elders (HEALE)", the "Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals who are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD", the National Policy on Integral Health of LGBT People, and other complementary literatures. This course has six modules and was offered via the app called "Over the Rainbow". The third scientific production, (chapter 5), aimed to determine the knowledge gained, the acceptability and usability of the m-Health application. This was a quantitative, cross-sectional, pilot, and usability study involving healthcare students and professionals from both private and public health systems in Brazil. A total of 42 participants answered all questions. Only 16.7% of participants reported having received prior continuing education in the LGBT+ area. The Training Needs Analysis tool indicated a lower level of training needs within this sample. There was no statistical significance between pre- and post-course questionnaire results. Regarding the User Experience Questionnaire, feedback was collected from 29 participants, who reported positive experiences with the m-Health application. The continuing education course using a m-Health solution presents an opportunity to fill the gap in specific knowledge about healthcare for the LGBT+ population. By engaging in continuing education, healthcare professionals can expand and disseminate knowledge, practices, and reflections on the work process, better understanding the unique needs and experiences of

LGBT+ individuals. This enables them to provide care that is both equitable and competent in their daily practice.

Keywords: Health Personnel; Continuing Education; mHealth; Sexual and Gender Minorities; Telemedicine.

LIST OF TABLES

Table 1 - Manuscript-based Thesis Structure and Content.....	30
--	----

LIST OF ABBREVIATIONS

ABELE	Arts-based embodied layered exploration
ABM	Arts-Based Methods
AI	Artificial intelligence
APP	Application
CAAE	Certificate of Presentation for Ethical Appreciation
CAPES	Coordination of Improvement of Higher Education Personnel
CI	Confidence Interval
Coren	Regional Nursing Council
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CRM	Regional Council of Medicine
CRP	Regional Council of Psychology
DSD	Disorders of Sex Development
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
e.g.	For example
ECMO	Extracorporeal Membrane Oxygenation
FICT	Free and Informed Consent Term
GPI	General Priority Index
HCP	Healthcare Professional
HCPs	Healthcare Professionals
HEALE	Nurse's Health Education for LGBT Seniors
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD-10	International Classification of Diseases, 10 th Revision
ILPIs	Institutional Long-Term Care Facilities
INPI	National Institute of Industrial Property
IQR	Interquartile Range
IT	Information Technology
LGBT	Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender
LGBT+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and other sexual orientations and gender identities
LGBTQ2+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Two-Spirit, and other sexual orientations and gender identities

LTCI	Long-Term Care Institution
MSc	Master of Sciences
MSM	Men who have Sex with Men
PR	Paraná
RS	Rio Grande do Sul
SOGI	Sexual Orientation and Gender Identity
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
TNA	Training Needs Analysis
UEQ	User Experience Questionnaire
USA	United States of America

LIST OF ACRONYMS

P	Participant
WHO	World Health Organization

LIST OF SYMBOLS

n	Number
%	Percent
α	Alpha
>	Greater than
<	Less than
-	Negative
+	Positive
\geq	Greater than or equal to
\leq	Less than or equal to
*	Asterisk
μ	Mean
σ	Standard deviation
ρ	ρ de Person
p	Statistical significance index

SUMMARY

1 INTRODUCTION.....	23
1.1 RESEARCH PROBLEM.....	23
1.2 GUIDING THEORETICAL FRAMEWORKS.....	25
1.2.1 THE INTERSECTIONALITY THEORY.....	25
1.2.2 THE CULTURAL AND HUMILITY COMPETENCE THEORY.....	27
1.3 PURPOSE OF THE THESIS.....	28
1.4 ANTICIPATED SIGNIFICANCE OF THESIS.....	32
2 LITERATURE REVIEW.....	34
2.1 LGBT+ INDIVIDUALS AND HEALTHCARE.....	36
2.2 CONTINUING EDUCATION IN HEALTHCARE FOR LGBT+ INDIVIDUALS.....	41
2.3 DIGITAL HEALTH STRATEGY.....	47
3 SCIENTIFIC PRODUCTION I – Living a “Non-Life” as an LGBTQ2+2+ person.....	51
4 SCIENTIFIC PRODUCTION II – Continuing education with a holistic approach to the Brazilian LGBT+ population through use of the m-Health app.....	52
5 SCIENTIFIC PRODUCTION III – Conducting a continuing education course for healthcare professionals on LGBTQ2+ healthcare assistance using a m-Health solution: a pilot study.....	53
6 IMPLICATIONS.....	54
7 FINAL CONSIDERATIONS.....	56
REFERENCES.....	60
APPENDIX.....	70
Appendix A. Continuing Education Course “Ally: uma abordagem holística ao indivíduo LGBT+”.....	71
Appendix B. Research Ethics Committee Approval.....	134

1 INTRODUCTION

The purpose of this thesis was to develop a continuing digital education course using a m-Health application to improve the training of healthcare professionals on specific knowledge related to assisting LGBT+ individuals. The introduction orients the reader to the research problem, the two theoretical frameworks guiding this mixed methods research, the general and specific objectives, and the structure for this manuscript-based thesis.

1.1 RESEARCH PROBLEM

Issues related to sexuality and gender remain among the taboos in societies, a fact that intensifies negative stereotypes and fragmented healthcare in the human aging process of LGBT+ populations. The new sociodemographic situation shows that population aging is consolidated as an irrevocable, multidetermined and multifaceted phenomenon, which is consistent with the current understanding that aging is inexorable to life, but old age is unpredictable (Araújo; Silva, 2020). In this context, the discussions revolve around the understanding that a dominant representation of old age is hegemonic in popular discourse and calls for the development of studies that cover topics still little explored in Gerontology, i.e., the understanding of different old age experiences of heteronormativity or the "LGBT Old Age", aiming to rescue this population from marginalization and lack of healthcare.

There is still a long way to an effective implementation of public policies to holistically meet the specific demands of the aging Brazilian LGBT+ population (Chapman *et al.*, 2011; Crenitte, 2021; Silva Junior *et al.*, 2021; Araújo *et al.*, 2020; Carvalho; Philippi, 2014). The preparation of Brazilian healthcare professionals (HCPs) for care is still focused mostly on heteronormative individuals (Silva Junior *et al.*, 2021; Carvalho; Philippi, 2014), which shows a limited and prejudiced assistance. As a way to modify healthcare for LGBT+ individuals, it is necessary to provide specific knowledge through health education courses to offer continuous and updated learning to HCPs so that they can acquire new skills that may be essential in ethical and humane professional

practice, promoting conduct aligned with the needs of sexual and gender minorities (Wilson; Stinchcombe; Regalado, 2021; Cesnik-Geest, 2016).

This unwelcoming scenario with numerous barriers in the Brazilian health system, such as LGBTphobic reactions and negligent behaviors, drives the resistance of LGBT+ individuals to seek healthcare (Crenitte, 2021; Silva Junior *et al.*, 2021; Moe; Sparkman, 2015; Rondahl *et al.*, 2004). In addition, many people end up not revealing their sexual identity for fear of not receiving appropriate care (Silva Junior *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2018; Rondahl *et al.*, 2004).

These factors inhibit the demand for care by LGBT+ individuals, added to the restriction on investment in continuing education that meets the qualification needs of professionals and the user's specificities related to their sexuality, and are aggravating when linked to the context of homosexuality (Raimondi *et al.*, 2021; Costa; Coelho, 2013; Rondahl *et al.*, 2004), which would need to be demonstrated through studies not as a fixed category, but as an orientation that must be respected (Nascimento *et al.*, 2015). Therefore, courses in continuing education are needed to qualify healthcare professionals, so that they can provide unbiased assistance and humanized care (Aisner; Zappas; Marks, 2020; Rivers; Swank, 2017).

One way to minimize the existing gaps in this scenario is to combine educational interventions with digital health, using m-Health applications. m-Health solutions are mobile electronic media (smartphones and tablets) that provide applications such as, for example, for a mental health intervention. These m-Health solutions are part of the larger set of e-Health solutions. e-Health is a broader concept, designating different digital solutions whose main goal is to improve the health and quality of life of individuals, e.g., the use of a platform for online care (Moss; Süle; Kohl, 2019).

From this perspective of integrating education and digital health, North American projects have developed research on courses or educational toolkits for healthcare professionals through e-Health interventions (websites). For example, one of the courses aimed to develop cultural humility for nurses to provide a comprehensive and dignified healthcare to LGBT+ individuals (Ziegler; Carroll; Shortall, 2020); another course demonstrated the resources of

educational tools to be used in academic or professional contexts, enabling professionals to provide healthcare to LGBT+ individuals without discrimination (Luctkar-Flude *et al.*, 2020).

Facing this Brazilian and international panorama, it is understood that the restriction of knowledge of healthcare professionals in this field, notably in Brazil, triggers a fragmented assistance to LGBT+ individuals in all areas of care: primary, secondary and tertiary. In order for information barriers and inadequate care to no longer be part of daily life, the training of healthcare professionals in this area can be a contributing resource in this process. It is in this scenario that at least two guiding questions surround this project: 1 - What is the perception of LGBT+ individuals about the healthcare received in the human aging process? 2 - What are the contributions of a continuing education program using a m-Health application to fill the gap in professional training regarding specific knowledge about healthcare for the LGBT+ population?

1.2 GUIDING THEORETICAL FRAMEWORKS

Two theoretical frameworks guided this thesis. The Intersectionality Theory and the Cultural Competency Theory.

1.2.1 THE INTERSECTIONALITY THEORY

The term "intersectionality" was first used in Black feminist literature, predating Kimberlé Crenshaw's more widely recognized use of the term to highlight inequalities affecting Black women due to the intersection of sexism and racism. For example, the Combahee River Collective, a Black lesbian socialist feminist organization, published "A Black Feminist Statement" in 1977, which is often cited as one of the earliest expressions of intersectionality (Cole, 2009).

Loden and Rosener (1990) developed a framework for understanding the various dimensions of diversity within individuals and institutions, known as the diversity wheel. This framework is a valuable tool for considering how different characteristics intersect with systems and structures to shape a person's experience.

In 1989, Kimberlé Crenshaw, highlights how oppressed social groups live on the margins of society, experiencing unequal access to resources and opportunities. It explores how various social identities intersect and interact to shape individuals' experiences and opportunities. The theory emphasizes that systems of oppression, such as racism, sexism, classism, ableism, and LGBTphobia are interconnected and cannot be understood in isolation (Ivanov, 2024; Fehrenbacher; Patel, 2020; Crenshaw, 1989). It argues that these individual identities overlap, intersect, and reflect macro-level forms of oppression and privilege (Kelly *et al.*, 2021; Crenshaw, 1991).

According to Bowleg (2012), the intersectionality theory is summarized in three principles: i) social identities are not independent but multiple and interconnecting; ii) individuals from historically oppressed and marginalized groups are the focal point; and iii) intersectionality can help reveal disparate health outcomes. Intersectional approaches reveal and address these multiple identities, exposing the different types of discrimination and disadvantages that occur as a consequence of the combination of identities. This approach aims to address how ethnicity, patriarchy, class oppression, and other systems of discrimination create inequalities that structure the relative situations of marginalized people. It takes into account historical, social, and political contexts and recognizes unique individual experiences resulting from the convergence of different types of identity (D'elio, 2015).

Addressing human rights violations against LGBT+ people through an intersectional perspective on any relevant subject will help move towards meaningful and comprehensive advances. It demonstrates the various ways that intersectionality can be used and how it has the potential to reveal interlocking relationships of oppression and privilege, exposing how experiences of LGBT+ people vary due to the intersections of gender, ethnicity, class, religion, birthplace, politics, and other societal contexts (D'elio, 2015).

For example, researcher Martinez (2017) explored the intersectionality of gender, sexuality, and disability among LGBT+ individuals in accessing healthcare services. Their research shed light on the compounded barriers faced by LGBT+ individuals with disabilities, including discrimination, lack of provider knowledge, and physical accessibility issues within healthcare settings. The

study underscored the urgent need to enhance training for healthcare providers and improve accessibility features in healthcare facilities to ensure equitable access to care for all individuals, irrespective of their identities. Indeed, the results from the research emphasized the need for building inclusive healthcare policies and practices aimed at addressing the unique needs of the LGBT+ community.

In the context of the thesis topic, understanding the perception of Brazilian LGBT+ individuals about the healthcare they receive throughout their lifespan, the intersectionality theory provides a framework for examining how societal aspects and healthcare delivery impact the lives of this group directly and indirectly, and identifies aspects that could be developed to improve the healthcare of this marginalized group.

1.2.2 THE CULTURAL AND HUMILITY COMPETENCE THEORY

When discussing cultural competence, it is characterized as a skill that can be taught, trained, and achieved. It is often described as a necessary and sufficient condition for effectively working with diverse patients. The underlying assumption of this approach is that the greater one's knowledge about another culture, the more competent they are in practice (Stubbe, 2020). In healthcare delivery, cultural competence involves understanding how social and cultural factors influence patients' health beliefs and behaviors, considering interactions between these factors and various aspects of the healthcare system, and developing healthcare interventions with these interactions in mind (Reeves *et al.*, 2023; Betancourt *et al.*, 2003).

In addition to cultural competence, cultural humility contributes to improving the quality of assistance provided by HCPs. Cultural humility is defined as an approach to healthcare in which a HCP commits to lifelong engagement in self-reflection and knowledge-building, gives weight to patients' knowledge about their own experiences and health, and remains open to identifying and addressing differences in power between themselves and a patient (Reeves *et al.*, 2023; Lekas *et al.*, 2020).

Negative attitudes, cognitive biases, and resulting behaviors of HCPs toward stigmatized or marginalized people can negatively impact the quality of

care these individuals receive (Reeves *et al.*, 2023). Considering the LGBT+ population, they encounter numerous barriers when seeking quality healthcare services, including ineffective communication and negative relationships with their providers, as well as a lack of provider competence (including knowledge, training, and experience) and humility (engagement in the process of self-reflection and self-critique) in providing care to the LGBT+ population (Reeves *et al.*, 2023; Stubbe, 2020).

The need for every HCP to acknowledge and “step outside” their own health beliefs to ascertain and assess culturally relevant information from or about the patient is widely acknowledged (Cox; Simpson, 2020). Consequently, one way to create a more trusting patient-HCP relationship is through increasing cultural competence and humility (Reeves *et al.*, 2023). Continuing professional development is an essential component of professional practice for HCP to maintain and enhance knowledge, skills, and abilities. There are many topics that HCPs may pursue relevant to their practice environment, and providing culturally safe and respectful practice is an emerging area of need (Cox; Simpson, 2020). The use of the Cultural and Humility Competence Theory for this thesis ensured that the essential elements needed to achieve a quality decision were included in the continuing education course developed and implemented.

1.3 PURPOSE OF THE THESIS

The purpose of this research was to develop a continuing digital education course using a m-Health app to improve the training of healthcare professionals on specific knowledge related to assisting LGBT+ individuals. The goal of this continuing education course was to provide basic knowledge to HCPs so that they may enhance their understanding in clinical practice and adjust their behaviors when delivering healthcare to LGBT+ individuals. Additionally, the course aimed to contribute to the daily activities of HCPs, helping them avoid discriminatory healthcare practices and prejudice towards LGBT+ individuals. By fostering improved trust between HCPs and LGBT+ individuals, it would facilitate the process of health promotion and prevention, ultimately resulting in an enhanced better quality of life for the LGBT+ individual. This mix-methods research thesis aimed at addressing the following objectives:

Objective 1. Identify the sociodemographic characteristics of the Brazilian LGBT+ population.

Objective 2. Assess the perception of the Brazilian LGBT+ individual about the assistance received from healthcare professionals.

Objective 3. Develop an m-Health application for healthcare professionals to access health education program participation.

Objective 4. Offer a continuing education course using m-Health aimed at healthcare professionals.

Objective 5. Verify the potential of a continuing education course, in the remote modality, with an m-Health device, to fill gaps in the professional training regarding specific knowledge about healthcare for the LGBT+ individuals.

Objective 6. Assess the experience of healthcare professionals in using m-Health application.

Objective 7. Identify the sociodemographic profile of the specific users of the app.

Objective 8. Assess the knowledge of healthcare professionals regarding care for LGBT+ populations.

Objective 9. Generate information and disseminate knowledge about the use of the m-Health application to provide health education that enables managers and civil society to promote actions aimed at ensuring a better quality of healthcare services provided to the LGBT+ population.

The content and structure for this manuscript-based thesis is outlined in Table 1. To begin, a literature review is presented the perspective of LGBT+ individuals regarding healthcare in Brazil, the deficit in continuing education for healthcare providers in LGBT+ healthcare, concluding with a discussion of Brazil's digital health strategy. Next, the first scientific production is presented, it describes the perceptions and expectations about aging, among Brazilian LGBT+ young and middle-aged adults, in accessing healthcare, and to create heightened awareness and new knowledge of this perception, presented in an artistic way to evoke meaningful and deeper understanding of the experience (Objectives 1 and 2). Following, the second scientific production is presented, it describes the

development and implementation of a m-Health app for a continuing education course (Appendix A) for health professionals to improve healthcare assistance to the Brazilian LGBT+ population (Objectives 3 and 4). After, the third scientific production, it determines the acceptability and usability of the m-Health application – “Ally: A Holistic Approach to LGBT+ Individuals” – and describe its preliminary effectiveness in knowledge acquisition (Objectives 5, 6, 7, 8, and 9). Finally, the implications for practice and final considerations about this manuscript-based thesis and suggestions for future studies.

Table 1- Manuscript-based Thesis Structure and Content.

Part	Title	Objective	Study Design	Manuscript (with citation if applicable)
1	Introduction	To describe the research problem, research objectives, guiding theoretical frameworks, and the structure for this manuscript-based thesis.	-	-
2	Literature Review	To describe: i) the perspective of LGBT+ individuals regarding healthcare in Brazil, ii) the gaps in continuing education for healthcare providers in LGBT+ healthcare, and iii) discussion of Brazil's digital health strategy.	-	-
3	Scientific Production I	To describe the perceptions and expectations about aging, among Brazilian LGBT+ young and middle-aged adults, in accessing healthcare, and to create heightened awareness and new knowledge of this perception, presented	Secondary qualitative arts-based analysis.	Manuscript prepared for submission to Journal of LGBT Youth

		in an artistic way to evoke meaningful and deeper understanding of the experience.		
4	Scientific Production II	To describe the development and implementation of a m-Health app for a continuing education course for health professionals to improve healthcare assistance to the Brazilian LGBT+ population.	Digital Course Development	Published: DULLIUS, Willian Roger; O'KEEFE-McCARTHY, Sheila; McCLEARY, Lynn; SCORTEGAGNA, Silvana Alba. Continuing education with a holistic approach to the Brazilian LGBT+ population through use of the m-Health App. Nurse Education in Practice , [S.l.], v. 71, p. 103693, aug. 2023. doi: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103693
5	Scientific Production III	To conduct a pilot implementation of the course "Ally: A Holistic Approach to LGBT+ Individuals" using a m-Health application to deliver the course to HCPs.	Quantitative, pilot, and usability study	Manuscript prepared for submission to Journal of Homosexuality
6	Implications	To provide the implications for practice for healthcare professionals, education, and potential policy development.	-	-
7	Final Considerations	To provide an overview of the results obtained and contribution to the science of existing knowledge.	-	-
8	References	-	-	-
9	Appendix A	The continuing education course "Ally:	-	The development of this continuing education course

A Holistic Approach to
LGBT+ Individuals”

was described in the
article: DULLIUS,
William Roger;
O’KEEFE-
McCARTHY, Sheila;
McCLEARY, Lynn;
SCORTEGAGNA,
Silvana Alba.

Continuing
education with a
holistic approach to
the Brazilian LGBT+
population through
use of the m-Health
App. **Nurse
Education in
Practice**, [S.l], v.
71, p. 103693, aug.
2023. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103693>

93

Source: Own preparation.

1.4 ANTICIPATED SIGNIFICANCE OF THESIS

This thesis anticipated both direct and indirect impacts. Regarding the continuing education course for HCPs, as they acquire knowledge about LGBT+ healthcare assistance, it is expected to enhance their cultural competency, fostering cultural sensitivity, and leading to more respectful and tailored care. The use of a m-Health application may further facilitate the delivery of continuing education, providing opportunities for HCPs to learn during their daily activities.

The course may also employ effective communication strategies and inclusive practices, creating safe spaces. This approach can lead to a reduction in health disparities as increased knowledge and sensitivity among HCPs are likely to improve health outcomes for this population. As the relationship between patients and HCPs strengthens, the level of trust may rise, allowing LGBT+ individuals to receive more accurate health assessments as they age.

Thus, the continuing education course may promote ongoing professional development and interdisciplinary collaboration, ensuring and emphasizing the importance of comprehensive care. Moreover, these educational initiatives could

lead to public awareness campaigns, educating the general population about LGBT+ health issues and the significance of inclusive healthcare. Campaigns promoting safe spaces and resources where LGBT+ individuals can access health information and support services without fear of discrimination are essential. By implementing these strategies, both HCPs and society can better understand and address the healthcare needs of the LGBT+ community, ultimately leading to improved health outcomes and a more inclusive and equitable healthcare system.

2 LITERATURE REVIEW

The term homosexuality refers to the sexual and affective practice between individuals of the same sex. The term was created in 1869 by Karl-Maria Kertbeny and, in 1886, was re-appropriated by the psychiatrist Richard von Krafft-Ebing, a fact that provided the pathological view of this term in the medical context, later being inserted into the DSM and ICD-10 (Costa *et al.*, 2020; Herek, 2009). Consequently, measures for "treatment" and "cure" of people who were designated homosexuals were employed, such as, for example, electric shock treatment and hormone treatments, in addition to persecution, violence committed and prejudices factors that ended up and are still played by society (Costa *et al.*, 2020).

Aiming at the different prejudices and stigmas perpetrated by society, Herek (2000) described the term "sexual prejudice" to elucidate the negative attitudes aimed at individuals because of their sexual orientation. In this regard, the term homophobia is replaced by the term sexual prejudice because this term does not convey assumptions about the motivations underlying negative attitudes, locates the study of attitudes, converts sexual orientation within the broader context of social psychological research on prejudice, and avoids value judgments about such attitudes.

Micro-aggressions present in the daily lives of individuals and healthcare professionals are also considered. Micro-aggressions are described as behaviors that arise from implicit biases and occur on an interpersonal level, negatively impacting the physical and mental aspects and well-being of the individual. Over time, micro-aggressions have expanded further to describe everyday verbal, behavioral, environmental, indignities (intentional or unintentional), expression in a hostile and derogatory manner, and insults toward the target person or group (Feaster; Mckinley-Grant; Mcmichael, 2021; Williams; Skinta; Martin-Willett, 2021).

In healthcare, micro-aggressions and implicit biases can be found during healthcare workers' training activities, in interpersonal interactions with colleagues and superiors, with patients, and with patients' families. Some examples of micro-aggressions can be triggered in humiliating comments, in expressions of disrespect expressed in non-verbal behavior, in generalizations of

social identity, in questionings regarding status, function, or credentials, in manifestations denoting conduct of care-rejection, and in other inquiries regarding racial/ethnic origin (Feaster; Mckinley-Grant; McMichael, 2021; Williams; Skinta; Martin-Willett, 2021).

People with homosexual or bisexual orientation have long been stigmatized (Herek, 2000). Structural stigmas can be configured as a risk indicator for the physical and mental health of individuals who do not identify as heterosexual (Costa *et al.*, 2020; Cicero *et al.*, 2019; Stinchcombe *et al.*, 2018; Hatzenbuehler, 2014). Sexual and gender minority populations need continuous monitoring by professionals in healthcare, considering the higher risk for morbidities and health complications due to the sexual prejudice that exists in society. However, the fear of being victims of prejudiced attitudes, stigmas and sexual discrimination found in the assistance of healthcare professionals ends up reflecting directly in the restriction of access to the healthcare system for this public (Wilson; Stinchcombe; Regalado, 2021; Wilson; Kortes-Miller; Stinchcombe, 2018).

The restriction of comprehensive healthcare today reaffirms that human sexuality is still a topic with little coverage in the health education of professionals, which shows that the socio-historical context is still supported by concepts and debates that date back to antiquity. It is observed that the binary heterosexual matrix still becomes a regulatory system of sexuality and subjectivity (Costa *et al.*, 2016a; Chapman *et al.*, 2011), in addition to the greater emphasis on male homosexuality due to the macho culture present in Brazilian society (Santos *et al.*, 2015), factors that influence the provision of training on this topic.

Consequently, in Brazil, clinical practice, most of the time, is guided by the psychiatrization of homosexuality and transsexuality in adherence to the model in which the professional assumes the condition of who knows what is the best thing to be provided to the patient, disregarding them as the subject of their own choices and reinforcing their condition of object (Moscheta; Souza; Santos, 2016).

In this perspective of assistance, the diagnosis of gender identity disorder, which was the product of a medical-legal requirement, can be considered a vector of pathologization and stigma. By attributing a pathology to the patient, without

questioning the historical, political and subjective issues of this psychiatrization, a sex and gender normative system is reproduced that does not match the modes of subjectivation or the diversity of the forms of gender construction in transsexuality (Wilson; Stinchcombe, 2019; Arán; Murta; Lionço, 2009).

For prejudice, violence and dehumanized healthcare assistance to LGBT+ individuals to cease existing, it is necessary to review concepts in the Brazilian culture and provide training and/or courses to professionals involved in this practice of care. Therefore, besides filling the national gap of specific courses for the health education of professionals, it is necessary to advance in the offer of devices destined to this purpose, considering contemporary technological advances.

2.1 LGBT+ INDIVIDUALS AND HEALTHCARE

Understanding the challenges posed by various forms of power, privilege, and oppression in social life, and their impact on healthcare across individuals' lifespans, is imperative. The intersectionality theory sheds light on the complex layers of oppression faced by gender minorities in the United States (Sekoni; Jolly; Gale, 2022; Crenshaw, 1989). Crenshaw argued that oppression operates synergistically, going beyond mere summation of its components (such as gender and race), emphasizing the necessity of considering how all facets of identity interact and reinforce each other. Over the past 30 years, Crenshaw's intersectionality theory has been refined and expanded to encompass diverse aspects of identity beyond gender and race, as well as to address unique historical and geographical contexts (Sekoni; Jolly; Gale, 2022). This theory inherent ambiguity has been seen as a strength, being both compelling and complex, appealing to both empirical researchers and theorists alike. It serves as a valuable tool for grappling with the intricacies of oppression in academic discourse (Sekoni; Jolly; Gale, 2022; Davis, 2008). In this perspective, the intersectionality theory provides insights into the multifaceted barriers and oppressions experienced by LGBT+ individuals throughout their lives due to the interplay of various forms of power, privilege, and oppression, significantly influencing their healthcare experiences.

In Brazil, many people have prejudices and are uncomfortable sharing hospital spaces with transvestite individuals, particularly when it involves undressing in their presence (Moscheta; Souza; Santos, 2016). From the point of view of HCPs, in the Brazilian study of Rondahl and colleagues (2004) described that HCPs prefer to refrain from providing care to homosexual patients, and that sexual orientation, behavior and manner of dressing are a taboo (Moscheta; Souza; Santos, 2016).

A Brazilian study with healthcare professionals highlighted sexual and gender diversity discrimination, indicating that the spheres of the individual and the professional should be investigated and confronted (Costa *et al.*, 2016a). Other national research has linked the demographic and working characteristics of healthcare professionals to patient care. For example, Costa *et al.* (2016a) and Chapman *et al.* (2011) found that men have greater biases in serving LGBT+ audiences compared to women and that cultural diversity and religious beliefs play barriers in providing humanized healthcare services (Crenitte, 2021; Araújo *et al.*, 2020; Travers *et al.*, 2010; Rondahl *et al.*, 2004).

The study conducted by Carvalho and Philippi (2014) demonstrated the perception of the Brazilian LGBT+ public when seeking healthcare services. The participants described situations such as: unpreparedness of professionals to deal with the gay public; use of jokes and debauchery; impact on the discriminatory look; startle by practices among lesbians; discriminatory precarious gynecological care; lack of adequate professional training; lack of attention to the needs of the LGBT+ population, among others. These prejudiced behaviors promote acts of avoiding the search for healthcare by LGBT+ individuals (Crenitte, 2021).

In accordance with part of these data, in a previous study from Brazil, individuals who identify as transgender (Costa *et al.*, 2018) and lesbian (Silveira; Cerqueira-Santos, 2021) reported that they avoided seeking the help of a healthcare professional due to the prejudices expressed by professionals (Silveira; Cerqueira-Santos, 2021; Costa *et al.*, 2018). Remarkably, a relationship is observed in the explicit behavior between avoiding seeking healthcare assistance from LGBT+ individuals and the prejudice established by healthcare professionals in various contexts.

Different negative effects on the health and healthcare of LGBT+ individuals were found, considering the statistical data resulting from the pandemic of COVID-19. LGBT+ individuals reported financial compromises and degradations of physical and mental health, factors that were aggravated by the emergence of feelings of distress, insecurity, fear of daily life, depression, and suicidal ideation. One of the complicating factors mentioned was the fact that the Brazilian LGBT+ individuals remain at home, respecting quarantine, with their unreceptive families, resulting in increased rates of physical and emotional aggression, domestic violence, and mental health damage (Kamal *et al.*, 2021; Linhares *et al.*, 2021; Santana; Melo, 2021; Suen; Chan; Wong, 2020).

As a way to fully assist the Brazilian LGBT+ patients and prevent the harmful effects of the pandemic, it is essential that healthcare professionals have a welcoming, caring, ethical and respectful attitude towards the suffering of these individuals (Moore *et al.*, 2021). It is emphasized here that comprehensive healthcare should be offered to sexual minorities who access physical and mental healthcare services, respecting the ethical principles of confidentiality and privacy (Kamal *et al.*, 2021).

When verifying the quality of care received, North American LGBT+ older adults living in a Long-Term Care Institution for the old people (LTCI) reported fear of homophobia, stigma and discrimination from healthcare professionals working in this context (Wilson; Kortes-Miller; Stinchcombe, 2018) and of receiving restrictive care for having undergone vaginoplasty (Wilson *et al.*, 2019), factors that had repercussions on the process of full inclusion in the healthcare system of this public. Along with these negative factors, discriminatory religious issues existing in the ILPIs potentiated the insecurity of the old people and increased their fears about the quality of care to be received. The reports of LGBT+ old people, that healthcare professionals assumed an automatic position regarding the hetero-normativity of people, led to difficulties in the assistance provided by the institution. Added to other factors is the fear of the older individual to remain free according to their desires, driving them to "go back to the closet" as a form of self-defense to live in the institutionalized environment (Wilson; Kortes-Miller; Stinchcombe, 2018).

Another issue that deserves to be highlighted are the experiences of LGBT+ older people of invisibility in the eyes of society, which brings damage or aggravation to their health conditions. The focus on the invisibility of LGBT+ older individuals within the healthcare system highlights the harmful political and social neglect in upholding the right to healthcare access, which is a fundamental principle of human dignity. In contrast, the expressions of support and the support received from the LGBT+ community positively impact their well-being, the development of interpersonal relationships, and the formation of affective bonds (Dullius; Gonçalves; Scortegagna, 2022; Wilson *et al.*, 2019) that are fundamental to healthy aging in the lives of these people.

To address these and other discriminatory issues, a second action plan of the WHO Global Strategy on Ageing and Health, building on the United Nations Madrid International Plan of Action on Ageing (Bennet; Ruggero; Sever, 2020) and aligned with the timeline of the United Nations 2030 Agenda on Sustainable Development (Pan American Health Organization, 2020), was launched in November 2021. One of the pillars of the plan for a Decade of Healthy Ageing (2020-2030), which will consist of ten years of combined, catalytic and sustained collaboration and will bring together governments, civil society, international agencies, practitioners, academia, media and private sectors to improve people's lives, provides for equity actions regarding healthy ageing. In that perspective, it aims to provide a new opportunity to address gendered power relations, the ways they influence the health and well-being of older women and men, and the intersectional associations between gender and age.

Added to these issues of gender and negative or prejudiced judgment are the needs of transgender individuals, the intersection of identities and homophobia in service agencies, as reported in several studies. When questioning patients about how they felt about having a dialogue with a healthcare professional about their sexuality, 62.1% of individuals reported feeling uncomfortable (Travers *et al.*, 2010). When asked about their willingness to teach the Brazilian HCP about their needs as a transgender person, 30.3% of participants responded that they were available to do so and 32.4% said that they might instruct him or her (Costa *et al.*, 2018). Feelings of comfort from the LGBT+ individual were recognized when caregivers did not express negative attitudes or

derogatory judgment, were receptive to participants' requests, and demonstrated a desire to perform the requested service (Grigorovich, 2016).

A USA study looked at the differences between sexual orientation and race/ethnicity among American women when getting mammograms. The study showed that white, bisexual women had significantly lower chances of getting a mammogram compared to white, heterosexual women. When checking the incidence of the exam in black and lesbian women, it was noticed that these women had lower chances of getting mammograms compared to black and heterosexual women. For lesbian Latina women, the same restriction in performing the exam occurred (Agénor *et al.*, 2020). The study highlighted that socioeconomic factor mitigated the disparity between white bisexual and heterosexual women, emphasizing the gaps in healthcare for the former, a factor related to their sexual orientation and fears of receiving fragmented and biased care.

The resistance of Brazilian LGBT+ individuals to seek help regarding care in healthcare services is due to encountering homophobic and neglectful reactions, in addition to the fatal health risk consequences (Moe; Sparkman, 2015; Rondahl *et al.*, 2004). Many of these people are reluctant to disclose their sexual identity for fear of not getting appropriate care (Costa *et al.*, 2018; Rondahl *et al.*, 2004).

A Brazilian study, developed in Porto Alegre (RS), conducted an online training with healthcare professionals (Costa *et al.*, 2016b). Among the main results, it was found that professionals lack basic knowledge to identify discrimination, including discrimination that perpetuated by themselves. Based on these findings, healthcare professionals implemented pioneering actions in their workplaces, such as positive visibility campaigns and improvements in welcoming LGBT+ people.

Taking into account the limited Brazilian research exploring the needs of healthcare services, certain aspects require consideration. Thus, we highlight the need to: train professionals to serve the LGBT+ population (Dullius; Scortegagna, 2021) in transgender hormonal and surgical care; participate in campaigns to promote the use of the social name and the correct pronoun; ask about the

patient's sex life during the consultation (Costa *et al.*, 2018; Grigorovich, 2016; Moe; Sparkman, 2015; Travers *et al.*, 2010; Rondahl *et al.*, 2004).

Professional responsibility to provide holistic care to patients on sexual health topics and develop skills to provide sexual health guidance can be achieved through continuing education and has the potential to impact the confidence and comfort of professionals to act on sexual topics, as signaled by research findings (Wilson *et al.*, 2019; Cesnik-Geest, 2016; Quinn; Happell; Welch, 2013; Post *et al.*, 2008). The Brazilian LGBT+ population needs welcoming and empathetic listening in the healthcare setting, and professionals must be trained to provide the assistance requested by these individuals (Carvalho; Philippi, 2014).

Therefore, healthcare education and training of professionals for a humanized care (Wilson; Kortes-Miller; Stinchcombe, 2018; Moscheta; Souza; Santos, 2016; Carvalho; Philippi, 2014), to foster their understanding of LGBT+ populations (Chapman *et al.*, 2011), are essential for effective professional practices in care (Mayer *et al.*, 2008). Regarding the ILPIs, the following methods can be cited as methods to make the environment more inclusive: I) the training of healthcare professionals to assist LGBT+ populations; II) the creation of institution policies for this public; III) the inclusion of symbols (e.g.: flag, images of homosexual couples) in the residential environment and IV) the opportunity for volunteers who are engaged in this issue to work in these environments (Dullius; Gonçalves; Scortegagna, 2022; Wilson *et al.*, 2019; Stinchcombe *et al.*, 2017). These are simple actions that are performed by the professionals and managers of the institutions, but that, for the residents, end up greatly impacting their care received.

2.2 CONTINUING EDUCATION IN HEALTHCARE FOR LGBT+ INDIVIDUALS

Cultural competence refers to the proficiency of a student or healthcare professional in delivering culturally appropriate and specifically tailored care to patient populations with diverse values, beliefs, and behaviors (Castillo, 2022; Nair; Adetayo, 2019). Health outcomes are influenced by myriad factors beyond the conventional healthcare environment, encompassing social determinants

such as education, housing quality, and access to foods. Present-day healthcare models continue to grapple with challenges related to cultural competency, as well as racial, gender, and ethnic disparities. These groups often face unfavorable social determinants of health, exacerbating their limited access to healthcare (Nair; Adetayo, 2019). Studies have demonstrated that minorities experience reduced access to preventive care and treatment for chronic conditions, leading to heightened rates of emergency room visits, poorer health outcomes, and increased susceptibility to cardiovascular disease, diabetes, cancer, and mental illness (Nair; Adetayo, 2019; Kutalek, 2012; Castilho; Guo, 2011).

The evolution of cultural competency within medical education has been surprisingly rapid, driven by identified gaps in student training and skills recognized by educators, clinicians, care providers, and accrediting bodies. The development of cultural competencies among healthcare professionals encompasses an interest in learning about diverse cultures, acquiring knowledge about different cultures, engaging effectively with individuals from various cultural backgrounds, and possessing the skills to address the health needs of diverse populations (Castillo, 2022). In order to effectively serve the needs of diverse communities, it is crucial for the healthcare system to implement strategies to enhance cultural competence, as well as promote racial and ethnic diversity. Initiatives aimed at improving cultural competence and ethnic diversity are pivotal in mitigating healthcare disparities and enhancing healthcare outcomes for these patient populations.

At the trainee level, efforts to educate healthcare professionals and students through national conferences and institutional continuing education courses are vital in fostering culturally appropriate health education and enhancing cultural competency (Nair; Adetayo, 2019). Cultural competence is indispensable for ensuring safe, high-quality healthcare, and comprehensive preparation is essential for delivering culturally congruent care (Castillo, 2022).

In 2007, the Ministry of Health published Ordinance No. 1996/07 (Brasil, 2009), which provides for the implementation of the National Policy of Continuing Education in Health. One of the goals of this policy is to have a guiding instrument for the states, Federal District and municipalities, culminating in the

transformation of professional practices and the organization of work itself. In this teaching perspective, three guiding aspects stand out: I) the network professionals, II) the service users, and III) the teaching network. The communication among them provides adjustments so that there are educational actions that have a positive impact on healthcare.

Continuing education in health is aimed at developing potential for a change in attitudes and behaviors in the cognitive, affective, and psychomotor areas of the human being with the perspective of transforming his practice. The change in attitudes and behaviors was described in Bloom's Taxonomy (Bloom, 1956) as the individual's teaching-learning process in three major subcategories that permeate the domain of cognitive, affective, and psychomotor development of the person. The cognitive domain relates to the learning process and the knowledge domain; the affective domain relates to the feelings and attitudes that the person has when facing a certain situation or subject; and the psychomotor domain relates to the physical and specific abilities of the individual. In this study, it is expected that the results can reveal positive changes towards a better understanding of healthcare professionals regarding the theme LGBTQ+ and aging in the cognitive and knowledge domains and in the affective domain.

Even though there are instructional documents for the orientation of healthcare professionals on the proper assistance provided to diverse publics, it is verified that there is a gap in their permanent health education when it comes to LGBTQ+ populations. The Brazilian university environment itself reproduces a conservative, masculinist, and heteronormative medical ideology, which privileges heterosexuality, treating LGBTQ+ people with invisibility in curricula and in social relations (Dullius; Scortegagna, 2021; Raimondi *et al.*, 2021; Moretti-Pires, 2017; Costa *et al.*, 2015).

Global evidence points to gaps in the undergraduate teaching of healthcare professionals about assisting patients' sexuality and their unpreparedness in practical performance, especially in populations that present identities that do not fit hetero-normativity (Costa; Coelho, 2013). Nursing courses often report limits on the knowledge and confidence needed to teach LGBTQ+ healthcare (McCann; Brown, 2018). For example, studies revealed that 57% of nursing students did not obtain subjects during their undergraduate

education on sexual and gender education (Raimondi *et al.*, 2021; Shortall, 2019; Sung; Lin, 2013), even though these topics are essential in university training and continuing education (Paranhos; Willerding; Lapolli, 2021; Shortall, 2019; Brêtas; Ohara; Querino, 2008). These findings demonstrate the need to include, in academic training curricula (theoretical and practical), disciplines that address the assistance to health users in their sexuality (Raimondi *et al.*, 2021; Shortall, 2019; Tsai *et al.*, 2013), topics on sexual orientation and gender identity (Cesnik; Zerbini, 2017; Gaspodini, 2016; Carvalho; Philippi, 2014).

Training programs in these themes - sexuality, aging, and aging of sexual and gender minorities - can enable healthcare professionals to develop a better qualified performance in assisting sexual plurality (Paranhos; Willerding; Lapolli, 2021; Costa; Coelho, 2013) and to improve attitudes to deal with personal discomfort in patient sexual healthcare (Aisner; Zappas; Marks, 2020; Sung; Lin, 2013). Some research efforts show the proposition of specific instruments for training nursing professionals on appropriate assistance when addressing patients' doubts about sexuality (Luctkar-Flude *et al.*, 2020; Ziegler; Carroll; Shortall, 2020; Sung; Lin, 2013; Tsai *et al.*, 2013; Quinn; Happell; Welch, 2013).

An instrument available in Brazil, developed by Costa *et al.* (2020), called minority stress model, identifies specific stressors that lead lesbian, gay and bisexual people to a position of greater social vulnerability. This tool can guide healthcare professionals in healthcare for these individuals, but it will not train and qualify the professional in this area, keeping a gap if the professional does not have domain in this area of care.

The tool is based on the Minority Stress Model theory, as described by Meyer (1995). This theory explains the conflict between individuals and their experiences in society, particularly emphasizing that when individuals belong to minority groups (e.g., sexual minorities) in a society that stigmatizes and discriminates against them, the conflict between the individual and the dominant culture can be costly and result in significant stress (Costa *et al.*, 2020; Meyer, 1995). The theory also highlights key aspects such as internalized homophobia, perceived stigma, discrimination, and violence, which are relevant to this research thesis. These factors significantly impact the sample's experiences within the healthcare system, interactions with HCPs, and across their lifespan.

Regarding an instrument to verify the need for training of healthcare professionals concerning assistance to the LGBT+ individual, we highlight the Measure of Training Needs for Health Care Assistance to the LGBT+ Public, built and validated by Dullius and Martins (2020), a specific tool for the analysis of training needs concerning the provision of assistance to LGBT+ individuals. The instrument is composed of 39 items that assess different dimensions of the healthcare professional's performance, from the approach to the LGBT+ individual, the approach to being a professional, the relationships with colleagues about the theme to the insertion of the LGBT+ individual in the community.

Among the continuing education courses available on the LGBT+ issue, the North American program, created by Hardacker *et al.* (2014), called Nurses' Health Education about LGBT Elders (HEALE), is cited. The North American course is designed to improve and develop the skills of nurses and other healthcare professionals to provide and affirm care and cultural competencies for LGBT+ older individuals. The course is available to professionals in online and face-to-face modes and organized into six modules, addressing six themes: 1 - An introduction to the LGBT community; 2 - Barriers to care and health disparities; 3 - Sex and sexuality of the LGBT older person; 4 - Legal concerns for the LGBT older person; 5 - An introduction to the transgender community; and 6 - HIV and aging.

To complement this approach when training healthcare professionals in residential care facilities, another study developed by Streed *et al.* (2021) organized a course with an online training module for professionals working in a residential care facility for older persons. The course covered the following topics: terminologies relevant to LGBT+ individuals; relevant facts in the history of LGBT+ individuals; understanding the relationship structures of LGBT+ people; and recognizing support for LGBT+ people. As a result, it was verified that the course improved the professionals' knowledge and their performance with LGBT+ older people, a fact that mitigates the existing gap in the area until this theme is implemented in the undergraduate curriculum of health areas.

In light of the gaps in providing discipline and training for future Nursing professionals regarding the health of the LGBT+ population, authors Sherman *et al.* (2020) elaborated with a pragmatic interdisciplinary approach to the Nursing

curriculum, focusing on integrating the health of LGBT+ individuals. The model called the XSON LHI Logic Model addresses three main goals: education and training, curriculum and repository, and sustainment and assessment. These goals consider everything from the theoretical issues of terminologies, available materials to provide continuing education and support to professionals, and monitoring the program and its actions to individuals.

In following up with a look at available continuing education courses, another North American study developed an educational program for Nursing students at the undergraduate level to improve cultural competencies in caring for LGBT individuals (McEwing, 2020). The intervention occurred in the classroom and addressed the following topics: I) terminologies related to gender and orientation; II) determinants and health disparities; III) foci in the clinic for members of the LGBT community; IV) theories and strategies for prevention/harm reduction in the LGBT community; and V) the supportive role of public health nursing in caring for the LGBT individual.

The Canadian authors Ziegler *et al.* (2021) developed and implemented an online educational tool called "SOGI Nursing" (available at www.soginursing.ca) to meet the demand for education regarding the concept of cultural humility and its application to consultation and healthcare for LGBT+ individuals. Comprised of an online educational toolkit that includes virtual simulation games and selected resources, this course can be used to promote professional development for nurses and other healthcare professionals in the care of LGBT+ individuals.

The preponderance of training courses offered internationally, in online or in-person modalities, for training healthcare professionals, drives the need to develop innovative Brazilian courses with m-Health apps (Dullius; Scortegagna, 2021). Other Brazilian apps have been developed with the goal of instructing and educating men who have sex with men (MSM) to combat the continuing HIV epidemic in young MSM men using m-Health devices. The app named MyPEEPS has gained good user acceptance, functionality, and an option for applicability to improve HIV prevention and reduction in MSM (Cordoba *et al.*, 2021). The m-Health modality may be a measure to facilitate the provision and delivery of continuing education courses to healthcare professionals.

A Brazilian study evaluated the effectiveness of a multidimensional (educational, affective-behavioral) web-based intervention to change healthcare professionals' attitudes related to the LGBT+ population and the gender and sexual prejudice (GenSex) of these professionals who attended the intervention course (Costa *et al.*, 2016b). In this study, professionals reported that, before the course, they had restricted knowledge about transgender people and the context of transition and, also, the incorrect use of terminology was a factor evidenced at the beginning of the course, reinforcing the discrimination of healthcare professionals to this public. The study highlighted that interventions should be carried out with healthcare professionals to minimize the existing knowledge and assistance gaps in this area.

Facing the international and Brazilian panoramas, it is understood that the restriction of knowledge of healthcare professionals in this field, notably in Brazil, unleashes a lack of preparation for the comprehensive care of the LGBT+ individual and reinforces inequity in all areas of care: primary, secondary and tertiary. To minimize these gaps in healthcare and qualify the training of healthcare professionals, one should invest in health education supported by digital health to develop courses and offer training to expand and enhance humanized and bias-free care.

2.3 DIGITAL HEALTH STRATEGY

Access to technologies, from the teaching-learning process to the approach to assisting the user of the health system, the Digital Health Action Plan for Brazil 2020-2018 (Brasil, 2020), provides a set of activities to be carried out, in addition to the resources needed to implement the digital health vision. The plan presents seven priorities in the context of digital health:

I.governance and leadership for the digital health strategy, encompassing the Ministry of Health and collaborators for the applicability of the digital context;

II.governance and leadership for the digital health strategy, encompassing the Ministry of Health and collaborators for the applicability of the digital context;

III.support the improvement of healthcare, providing advances in clinical practice with the use of technology, for example, with the use of telehealth and applications;

IV.the user as the protagonist - to promote the user's engagement in the promotion of healthy habits and the management of his health, family and community, as well as to help in the construction of the information system that will be used;

V.the user as the protagonist - to promote the user's engagement in the promotion of healthy habits and the management of his health, family and community, as well as to help in the construction of the information system that will be used;

VI.interconnectivity environment - enable the national health data network to foster collaborative work across all health sectors so that technologies, concepts, standards, service models, policies, and regulations can be put into practice;

VII.innovation ecosystem - ensuring an innovation ecosystem that takes advantage of the interconnectivity environment in health, establishing itself as a large open innovation laboratory.

Of these seven priorities described, we emphasize the third priority designated for improving healthcare with the use of technology such as telehealth and applications. The use of these devices can assist the professional in the care of the user and/or facilitate the accessibility of users to the healthcare service through teleconsultations. Also, the use of technology should be mentioned for the area of teaching healthcare professionals for continuing education, ranging from realistic simulations to the improvement of content in the implementation of m-Health application.

In the same direction, the plan for the Decade of Healthy Aging 2020-2030 (Pan American Health Organization, 2020) aims to empower digital health. The document highlights the opportunity to access and master technologies and their benefits for the population from the physical health sphere to the mental health approach.

To achieve these goals and enhance performance in delivering continuing education to healthcare professionals while improving the healthcare system and

assistance, leveraging m-Health presents a promising possibility. m-Health, which refers to the use of mobile devices such as smartphones and tablets to deliver healthcare services and information remotely, encompasses a broad spectrum of applications including health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, and monitoring. It has the potential to enhance the healthcare user experience by offering convenient, accessible, and personalized care. Despite its rapid emergence, the benefits and limitations of m-Health for healthcare are not yet fully understood. In developing countries, decreasing costs and increasing network coverage offer numerous opportunities for applications utilizing mobile phones and other telecommunication technologies (Istepanian, 2022).

m-Health holds the potential to bridge gaps in healthcare access and improve the overall user experience. The integration of m-Health technologies into healthcare can enhance the affordability of interventions, amplify health education and disease prevention initiatives, and elevate the overall user experience. By harnessing mobile communication technologies, m-Health can transcend geographical barriers and extend its reach to individuals in remote areas with limited access to healthcare services. This extension can significantly enhance the healthcare user experience by furnishing timely and pertinent information, connecting individuals with healthcare professionals through telemedicine or virtual consultations, and supporting self-management of health conditions through mobile apps and wearable devices. Additionally, m-Health can enrich the healthcare user experience through its capacity to deliver personalized and tailored interventions (Istepanian, 2022; Aranda-Jan; Mohutsiwa-Dibe; Loukanova, 2014).

By aggregating individual health data and employing AI algorithms, m-Health can provide personalized recommendations, reminders, and feedback to users, empowering them to better manage their health and make informed decisions. In essence, m-Health harbors the potential to revolutionize healthcare by enhancing accessibility, affordability, and personalization of care. Furthermore, the utilization of m-Health technologies can bridge gaps in healthcare access and extend its reach to individuals in remote areas where access to healthcare services may be restricted. This utilization can bolster the affordability of

interventions, amplify health education and disease prevention efforts, and enrich the overall user experience (Istepanian, 2022).

3 SCIENTIFIC PRODUCTION I

Living a “Non-Life” as an LGBTQ2+ Person

Scientific literature submitted for publication

**Continuing education with a holistic approach to the Brazilian
LGBT+ population through use of the m-Health app**

Published: DULLIUS, Willian Roger; O'KEEFE-McCARTHY, Sheila; McCLEARY, Lynn; SCORTEGAGNA, Silvana Alba. Continuing education with a holistic approach to the Brazilian LGBT+ population through use of the m-Health App. **Nurse Education in Practice**, [S.l], v. 71, p. 103693, aug. 2023. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103693>

5 SCIENTIFIC PRODUCTION III

Conducting a continuing education course for healthcare professionals on LGBTQ2+ healthcare assistance using an m-Health solution: a pilot study

Scientific literature submitted for publication

6 IMPLICATIONS

The results of this thesis may have some implications for nursing and other HCPs in practice, education, research and potential policy development. Related to the enhancement of cultural competence, this continuing education course can improve cultural competency among HCPs, fostering cultural sensitivity and leading to more respectful and tailored care. Since cultural competence is a skill that can be taught, trained, and achieved, the greater one's knowledge about another culture, the more competent they become in practice (Stubbe, 2020). Actions that involve understanding how social and cultural factors influence patients' health beliefs and behaviors, considering interactions between these factors and various aspects of the healthcare system, and developing healthcare interventions with these interactions in mind (Reeves *et al.*, 2023; Betancourt *et al.*, 2003) can enhance patient trust and communication. Actions that may impact the health process include developing initiatives to promote prevention and health promotion throughout the individual's lifespan. Indeed, HCPs can employ effective communication strategies and inclusive practices, generating safe spaces. The use of m-Health applications may facilitate the delivery of continuing education and provide opportunities for HCPs to learn during their daily activities.

Reeves and colleagues (2023) highlighted that cultural competence can guide clinical practice and facilitate positive communication and productive relationships between providers and the LGBT+ population. This accomplishment can lead to a decrease in health disparities as enhanced knowledge and sensitizing HCPs can improve outcomes for this population. As the relationship between patients and HCPs improves, the level of trust increases, allowing LGBT+ individuals to receive more accurate health assessments throughout their senescence.

Thus, the continuing education course may promote continuing professional development and interdisciplinary collaboration, ensuring, intensifying, and highlighting the importance of comprehensive care. This development enables HCPs to deliver best practices in LGBT+ healthcare and address emerging issues in the health system. Brazilian studies by Caetano *et al.* (2023) and Torres *et al.* (2021) emphasize the need for healthcare professionals to be trained to provide services without discrimination based on

gender identity or sexual orientation, guiding person-centered best practices in primary healthcare and promoting high-acceptance settings for sexual minorities.

There is an urgent need for social change within our global systems, educational institutions, and structures. This work highlights the imperative to challenge and dismantle discrimination as a means of oppression against fellow human beings. Caetano *et al.* (2023) highlights the creation and/or modification of public health and education policies regarding the inclusion of the LGBT+ community in society. HCPs can further advocate for and support LGBT+ healthcare, ensuring that LGBT+ patients receive equitable care within the healthcare system. By integrating these implications into practice, HCPs can significantly enhance the quality of care provided to the LGBT+ population, leading to better health outcomes and a more inclusive healthcare system. Additionally, these educational actions may lead to public awareness campaigns, educating the general population about LGBT+ health issues and the importance of inclusive healthcare. Campaigns that promote safe spaces and resources where LGBT+ individuals can access health information and support services without fear of discrimination are essential.

Another important aspect is the integration of LGBT+ care into health course curricula. For example, a study by Xavier and colleagues (2024) examined the inclusion of LGBT+ care in 63 health course curricula from public universities in Brazil. They found that only nine curricula included a mandatory course on LGBT+ healthcare. It is essential to review health course curricula to incorporate LGBT+ healthcare topics, covering physical, mental, and social health aspects. This integration can help healthcare students develop cultural competency early in their education. Furthermore, increasing research on LGBT+ health issues can build a robust evidence base that informs policy, education, and clinical practice. Ensuring data collection efforts include sexual orientation and gender identity can accurately reflect health disparities and needs. By implementing these strategies, both HCPs and society can better understand and address the healthcare needs of the LGBT+ community, leading to improved health outcomes and a more inclusive and equitable healthcare system.

7 FINAL CONSIDERATIONS

The commitment of this thesis was to develop a continuing education course utilizing m-Health technology to enhance the training of HCPs in caring for LGBT+ individuals. The m-Health solution provided an accessible platform for delivering the course to HCPs, enabling them to engage with it at various points throughout their daily routines. Furthermore, the course aimed to fill the gap in specific knowledge related to LGBT+ healthcare. As a result, HCPs who participate in the course may expand and disseminate knowledge, improve practices, and reflect on the work process. This will enable them to better understand the unique needs and experiences of LGBT+ individuals, potentially influencing their behavior towards providing more humanized and non-discriminatory healthcare.

By addressing discriminatory practices and fostering an inclusive environment, this initiative holds the promise of enhancing the health outcomes and trust relationships between HCPs and LGBT+ individuals. Breaking down the barriers between these parties may ultimately lead to improved health outcomes across the lifespan, facilitating better health knowledge and the prevention of health disparities.

In the first contribution to the scientific literature explored the perceptions of healthcare assistance among LGBT+ individuals during their aging process, findings revealed the reality that LGBT+ individuals face pervasive discrimination across all facets of their lives. This discrimination, both external and internal, manifests in various forms, often perpetuated even within their own communities. Participants in the study shared experiences of being unable to live authentically, feeling compelled to conceal or deny their sexual and gender identities in order to access healthcare on an equitable basis.

These revelations serve as a critical call to action for all of us. It underscores the urgent need to catalyze social change within our global systems, educational institutions, and societal structures. We must actively disrupt and reject discrimination as a tool of oppression, thereby fostering environments where all individuals, regardless of sexual orientation or gender identity, can access healthcare with dignity and respect.

The second contribution to the scientific literature introduced a comprehensive solution integrating m-Health technology and a continuing education course designed to empower HCPs with knowledge, so enhancing the quality of healthcare delivery and reducing discriminatory behaviors during patient care. The m-Health, named "Over the Rainbow," along with the continuing education course named "Ally: A Holistic Approach to LGBT+ Individuals," were developed for this purpose. The "Ally" course was meticulously structured into six modules, each addressing crucial aspects of LGBT+ healthcare: 1) Human sexuality; 2) Equitable care and appropriate terminology; 3) Public health policies concerning the LGBT+ population in Brazil; 4) Cultural competency for healthcare providers; 5) Aging and healthcare considerations for the LGBT+ population; and, 6) Mental health among LGBT+ individuals. Utilizing m-Health technology offers a convenient and accessible means of delivering the continuing education course to HCPs. By completing the "Ally" course, healthcare professionals had the opportunity to improve their practice, fostering a more inclusive and equitable healthcare environment for LGBT+ individuals.

The third contribution to the scientific literature aimed to assess the acceptability, usability, and preliminary effectiveness of the m-Health platform "Over the Rainbow" in conjunction with the course "Ally: A Holistic Approach to LGBT+ Individuals" among HCPs. While the majority of participants were nursing students and nursing technicians from the South of Brazil, it's important to note that these findings could not be generalizable to all Brazilian populations.

The first study revealed a significant gap in continuing education related to LGBT+ healthcare among participants. However, the TNA tool indicated a lower level of training needs for this sample. This suggests a potential disparity between HCPs' perceptions of their competency in LGBT+ healthcare and the actual needs perceived by LGBT+ individuals, as highlighted in the first scientific literature.

Furthermore, while the comparison of pre- and post-course questionnaire percentages showed an increase in incorrect answers for five post-test questions, statistical significance was not achieved. However, participants reported positive experiences with the m-Health application, as evidenced by the results of the UEQ.

The continuing education course "Ally: A Holistic Approach to LGBT+ Individuals," combined with an m-Health solution, presents a promising opportunity to improve competency in caring for LGBT+ individuals among healthcare providers. By disseminating knowledge and promoting better clinical practices, this approach contributes to addressing the specific needs of the LGBT+ community and reducing healthcare disparities.

The results outlined in the thesis suggests several paths for future research: i) conducting an in-depth qualitative arts-based study with a diverse sample of LGBT+ individuals to explore the complex intersections of individual and structural barriers within the healthcare system; ii) reviewing and revising the continuing education course to make it less theoretical and extensive, and instead, making it more interactive to enhance participant engagement. By incorporating interactive elements, such as case studies, role-playing scenarios, or interactive modules, the course can better provide to the diverse learning styles and preferences of HCPs; and iii) replicating the utilization of continuing education courses integrated with m-Health solutions with a larger and more diverse sample of HCPs across various healthcare fields.

This would allow for a more comprehensive understanding of the effectiveness and feasibility of such interventions in different healthcare settings and contexts; and, iv) revising the questionnaires used in the study to reduce the number of questions, as a high volume of questions may discourage participants from engaging with the course. Restructuring the questionnaires will help maintain participant interest and ensure more meaningful responses. These suggestions aim to build upon the findings of the thesis and further advance research efforts in addressing healthcare disparities and promoting equitable assistance for LGBT+ individuals within the healthcare system.

Building on this program of research, future research is warranted. Related to healthcare assistance for LGBT+ individuals, an in-depth qualitative arts-based study is suggested to examine the intersections of individual and structural barriers within the healthcare system. This study could be extended to other regions of Brazil, providing comparative insights as each region has different cultural aspects. Another point to consider is the impact of knowledge mobilization through arts and poems on HCPs. Understanding how this promotes

reflection and potentially changes daily practices is crucial. This approach is offered in different regions of Brazil to analyze how cultural differences affect healthcare delivery. Future studies connected to the continuing education course and the m-Health solution could enhance the course to be more interactive by adding videos and photos, thus reducing the amount of reading required. Moreover, the course is offered to a larger group of HCPs (not limited to the nursing field), across different regions of Brazil and in different areas of healthcare delivery such as primary care, private care, and hospitals. This would provide diverse HCPs' perceptions and reflections on healthcare delivery. These suggestions for future studies may improve our understanding of how a lack of knowledge among HCPs contributes to fragmented healthcare assistance and negatively impacts LGBT+ individuals' health throughout their lifespan. Additionally, the course and knowledge mobilization efforts might encourage HCPs to reflect on their daily practices, contributing to a more equitable and humanized healthcare system.

The Brazilian LGBT+ population faces a multitude of barriers when seeking healthcare, including both internal and external discrimination, ineffective communication, and strained relationships with HCPs. These barriers directly impact the quality of health experienced by LGBT+ individuals throughout their lives. To address these challenges and mitigate negative outcomes, proactive measures must be taken to transform the healthcare environment and delivery of care. Knowledge mobilization, encompassing diverse forms of expression such as art, poetry, and education, can serve as powerful tools in fostering understanding of LGBT+ experiences and dismantling obstacles within the healthcare system.

It is imperative for every HCP to recognize the importance of stepping outside their own health beliefs and biases to gather and evaluate culturally relevant information from and about their patients. Continuing education plays a crucial role in this process, enabling HCPs to continuously enhance their knowledge, skills, and abilities in order to provide equitable and competent care in their daily practice. By prioritizing ongoing education and embracing diverse perspectives, HCPs can work towards creating a more welcoming and supportive environment for LGBT+ individuals seeking healthcare services.

REFERENCES

- AGÉNOR, Madina, *et al.* Sexual Orientation Identity Disparities in Mammography among White, Black, and Latina U.S. Women. **LGBT Health**, v. 7, n. 6, p. 312–320, 2020. Available in: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0039> Access in: 10 Nov. 2023.
- AISNER, Adam; ZAPPAS, Michelle; MARKS, Adrienne. Primary Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer/Questioning (LGBTQ) Patients. **Journal for Nurse Practitioners**, v. 16, n. 4, p. 281–285, Aug. 2020. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.12.011> Access in: 10 Nov. 2023.
- ARÁN, Marcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil TT - Transsexuality and public health in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 1141–1149, Aug. 2009. Available in: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020> Access in: 20 Oct. 2023.
- ARANDA-JAN, Clara; MOHUTSIWA-DIBE, Neo; LOUKANOVA, Svetla. Systematic review on what works, what does not work and why of implementation of mobile health (mHealth) projects in Africa. **BMC Public Health**, v. 14, p. 1-15, Feb. 2014. Available in: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-188> Access in: 10 Aug. 2023.
- ARAÚJO, Clara; BELTRAMI, Marina; TORRES, Renata; MANSO, Maria. A (in) visibilidade do envelhecimento LGBT. **Revista Longeviver**, n. 6, p. 107–110, Apr./May/Jun., 2020. Available in: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/835/892> Access in: 10 Aug. 2023.
- ARAÚJO, Ludgleydson; SILVA, Henrique. **Envelhecimento e Velhice LGBT: práticas e perspectivas biopsicossociais**. 1 ed. Campinas: Alínea, 2020. 214 p.
- BENNETT, Charles; RUGGERO, Camilo; SEVER, Anna; YANOURI, Lamia. eHealth to redress psychotherapy access barriers both new and old: A review of reviews and meta-analyses. **Journal of Psychotherapy Integration**, v. 30, n. 2, p. 188-207, 2020. Available in: <https://doi.org/10.1037/int0000217> Access in: 20 Mar. 2023.
- BETANCOURT, Joseph; GREEN, Alexander; CARRILLO, J. Emilio; ANANEH-FIREMPONG, Owusu. Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. **Public Health Reports**, v. 118, n. 4, p. 293-302, 2003. Available in: [https://doi.org/10.1016/s0033-3549\(04\)50253-4](https://doi.org/10.1016/s0033-3549(04)50253-4) Access in: 20 Mar. 2024.
- BLOOM, Benjamin. **Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals**. 1 ed. New York: D. McKay, 1956. 403p.
- BOWLEG, Lisa. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality—an important theoretical framework for public health. **Am J Public Health**, v. 102, n. 7, p. 1267-1273, 2012. Available in: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>. Access in: 10 Jan. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília. 1. ed., 2009. Available in:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf Access in: 20 May 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Estratégia de saúde digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília. 1. ed., 2020. Available in: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf Access in: 12 Sep. 2023

BRÊTAS, José; OHARA, Conceição; QUERINO, Isis. Orientação sobre sexualidade para estudantes de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 568- 574, 2008. Available in: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400006> Access in: 12 Sep. 2023

CAETANO, Bianca Borges Romeiro; OLIVEIRA, Diógenes Dias; RAMOS, Tiago Schaffer; BAVARESCO, Caren Serra; BUSATO, Adair Luiz Stefanello; VINHOLES, Julia Itzel Acosta Moreno; MOURA, Flávio Renato Reis de. LGBTQIA+ vc the Brazilian unified health system: Basic health unit use and associated factors. **Journal of Homosexuality**, [S.l.], v. 21, p. 1-19, Dec. 2023. Available in: <https://doi.org/10.1080/00918369.2023.2295331> Access in: 30 may 2024.

CARVALHO, Laudelize; PHILIPPI, Miriam. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 11, n. 2, p. 83-92, 2014. Available in: <https://10512/UCS.V11I2.1837> Access in: 12 Sep. 2023

CASTILLO, José. Cultural competence in medical and health education: an approach to the topic. **Seminars in Medical Writing and Education**, v. 1, n. 13, p. 1-6, 2022. Available in: <https://doi.org/10.56294/mw202213> Access in: 12 Sep. 2023

CASTILLO, Richard; GUO, Kristina. A framework for cultural competence in health care organizations. **Health Care Manag (Frederick)**, v. 30, p. 205–214, Jul-Sep. 2011. Available in: <https://10.1097/HCM.0b013e318225dfe6> Access in: 20 Aug. 2023.

CESNIK-GEEST, Vanessa. **Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade**. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, p. 358. 2016.

CESNIK, Vanessa; ZERBINI, Thaís. Sexuality education for health professionals: A literature review. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 34, n.1, p. 161-172, Jan-Mar. 2017. Available in: <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000100016> Access in: 20 Nov. 2023.

CHAPMAN, Rose; WATKINS, Rochelle; ZAPPIA, Tess; NICOL, Pam; SHIELDS, Linda. Nursing and medical students' attitude, knowledge and beliefs regarding lesbian, gay, bisexual, and transgender parents seeking health care for their children. **J Clin. Nurs**, v. 21, n.7-8, p. 938–945, Apr. 2011. Available in: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03892.x> Access in: 10 Sep. 2023.

CICERO, Ethan; REISNER, Sari; SILVA, Susan; MERWIN, Elizabeth; HUMPHREYS, Janice. Health Care Experiences of Transgender Adults: An Integrated Mixed Research Literature Review. **Advances in Nursing Science**,

v. 42, n. 2, p. 123–138, Apr.-Jun. 2019. Available in: <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000256> Access in: 10 Oct. 2023.

COLE, Elizabeth. Intersectionality and research in psychology. **American Psychologist**, [S.l.], v. 64, n. 3, p. 170-180, 2009. Available in: <https://doi.org/10.1037/a0014564> Access in: 7 sep. 2024.

CORDOBA, Evette *et al.* Examining the Information Systems Success (ISS) of a mobile sexual health app (MyPEEPS Mobile) from the perspective of very young men who have sex with men (YMSM). **International Journal of Medical Informatics**, v. 153, p. e104529, Jul. 2021. Available in: <https://doi.org/10.1016%2Fj.ijmedinf.2021.104529> Access in: 20 Sep. 2023.

COSTA, Angelo *et al.* Effectiveness of a multidimensional web-based intervention program to change Brazilian health practitioners' attitudes toward the lesbian, gay, bisexual and transgender population. **Journal of Health Psychology**, v. 21, n. 3, p. 356-368, Mar. 2016b. Available in: <https://doi.org/10.1177/1359105316628748> Access in: 9 Sep. 2023.

COSTA, Angelo *et al.* Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. **Journal Immigrant Minority Health**, v. 20, n. 1, p. 115-123, Feb. 2018. Available in: <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7> Access in: 9 Sep. 2023.

COSTA, Angelo *et al.* Prejudice Toward Gender and Sexual Diversity in a Brazilian Public University: Prevalence, Awareness, and the Effects of Education. **Sexuality Research and Social Policy**, v. 12, n. 4, p. 261–272, May. 2015. Available in: <http://dx.doi.org/10.1007/s13178-015-0191-z> Access in: 10 Sep. 2023.

COSTA, Angelo *et al.* Protocolo para Avaliar o Estresse de Minoria em Lésbicas, Gays e Bissexuais. **Psico-USF**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 207–222, Apr.-Jun. 2020. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250201> Access in: 29 Sep. 2023.

COSTA, Angelo; MACHADO, Wagner; BANDEIRA, Denise; NARDI, Henrique. Validation study of the revised version of the scale of prejudice against sexual and gender diversity in Brazil. **Journal of Homosexuality**, v. 63, n. 11, p. 1446-1463, Nov. 2016a. Available in: <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1222829> Access in: 10 Oct. 2023.

COSTA, Lucia; COELHO, Edméia. Sexualidade e a interseção com o cuidado na prática profissional de enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, São Paulo, v. 66, n. 4, p. 493-500, Jul.-Aug. 2013. Available in: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YkJpXWVjnL33fqyTLmCgKcL/?format=pdf&lang=pt> Access in: 10 Sep. 2023.

COX, Jennifer; SIMPSON, Maree. A proposed model for a continuing professional development program. **Cultural Humility: Pharmacy**, Basel, v. 8, n. 4, p. 1-9, 2020. Available in: <https://doi.org/10.3390/pharmacy8040214> Access in: 10 Feb. 2024.

CRENITTE, M. R. F. Acesso à saúde. *In*: REBELLATO, C.; GOMES, M. C. A.; CRENITTE, M. R. F. (org). **Introdução às velhices LGBTI+**. 1 ed. Rio de Janeiro: SBGG-RJ, 2021. p. 72-76.

CRENSHAW, Kimberle. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. **University of Chicago: Legal Forum**, v. 8, n. 1, p.139–67, 1989. Available in: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf> Access in: 20 Feb. 2024.

CRENSHAW, Kimberle. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Rev**, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, 1991. Available in: <https://doi.org/10.2307/1229039> Access in: 10 Jan. 2024.

D'ELIO, Fernando. Intersectionality in LGBTI advocacy. **State-Sponsored Homophobia**, May, p. 18-22, 2015. Available in: <https://www.sexualrightsinitiative.org/sites/default/files/resources/files/2019-04/Intersectionality%20in%20LGBTI%20Advocacy.pdf> Access in: 20 Jan. 2024

DAVIS, Kathy. Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful. **Feminist theory**, v. 9, n. 1, p. 67-85, 2008. Available in: <https://doi.org/10.1177/1464700108086364> Access in: 20 Feb. 2024.

DULLIUS, Willian; GONÇALVES, Daniel; SCORTEGAGNA, Silvana. Assistência dos profissionais de saúde no envelhecimento dos indivíduos LGBT+. *In*: SCORTEGAGNA, Silvana; SCORTEGAGNA, Helenice; FIOREZE, Cristina (org.). **Envelhecimento Humano: Saúde, Inovação e Desenvolvimento Sustentável**. Passo Fundo: Editora UPF, 2022, Chap. 9, p. 140-156. Available in: <https://www.upf.br/uploads/Conteudo/ppgeh/Envelhecimento%20humano-%20sa%C3%BAde%20-envelhecimento%20humano%20-v9.pdf> Access in: 10 Mar. 2024.

DULLIUS, Willian; MARTINS, Lara. Training Needs Measure for Health Care of the LGBT+ Public. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 30, p. e3034, 2020. Available in: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3034> Access in: 20 Nov. 2023.

DULLIUS, Willian; O'KEEFE-MCCARTHY, Sheila; McCLEARY, Lynn; SCORTEGAGNA, Silvana. Continuing education with a holistic approach to the Brazilian LGBT+ population through use of the m-Health App. **Nurse Education in Practice**, v. 71, p. e103693, 2023. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103693> Access in: 10 Apr. 2024.

DULLIUS, Willian; SCORTEGAGNA, Silvana. Educação continuada dos profissionais de saúde e assistência ao indivíduo LGBT+ no envelhecimento. *In*: CAVALLI, Adriana *et al.* (Ed.). **Novas diretrizes frente ao envelhecimento: diversidades, cuidados, inclusão e visibilidade**. Campina Grande: Realize editora, 2021, p. 773-790. Available in: <https://10.46943/VIII.CIEH.2021.01.041> Access in: 10 Oct. 2023.

FEASTER, Brittany; McKINLEY-GRANT, Lynn; McMICHAEL, Amy. Microaggressions in Medicine. **MEDGE**, v. 105, n. 5, p. 235-237, May. 2021. Available in: <https://doi.org/10.12788/cutis.0249> Access in: 10 Feb. 2024.

FEHRENBACHER, Anne; PATEL, Dhara. Translating the theory of intersectionality into quantitative and mixed methods for empirical gender transformative research on health. **Culture, Health & Sexuality**, v. 22, (S. 1), p.

145-160, 2020. Available in: <https://10.1080/13691058.2019.1671494> Access in: 5 Dec. 2023.

GASPODINI, Icaro. **Preconceito contra diversidade sexual e de gênero e pratica clinica em psicologia**. – São Leopoldo, 2016. 111f. + Anexos + Apêndices. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, 2016.

GRIGOROVICH, Alisa. The meaning of quality of care in home care settings: Older lesbian and bisexual women's perspectives. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 30, n. 1, p. 108-116, Mar. 2016. Available in: <https://doi.org/10.1111/scs.12228> Access in: 10 Jul. 2023.

HARDACKER, Cecilia; RUBINSTEIN, Betsy; HOTTON, Anna; HOULBERG, Magda. Adding silver to the rainbow: The development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum. **Journal of Nursing Management**, n. 22, v. 2, p. 257-266, Mar. 2014. Available in: <https://doi.org/10.1111/jonm.12125> Access in: 20 Nov. 2023.

HATZENBUEHLER, Mark. Structural stigma and the health of lesbian, gay, and bisexual populations. **Current Directions in Psychological Science**, v. 23, n. 2, p. 127–132, 2014. Available in: <https://doi.org/10.1177/0963721414523775> Access in: 20 Nov. 2023.

HEREK, Gregory. Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: a conceptual framework. *In*: HOPE, Debora. (Ed.) **Contemporary perspectives on lesbian, gay & bisexual identities: The 54th Nebraska symposium on motivation**. New York: Springer, 2009. p. 65-111.

HEREK, Gregory. The psychology of sexual prejudice. **Current Directions in Psychological Science**, v. 9, n. 1, p. 19-22, 2000. Available in: <https://awspntest.apa.org/doi/10.1111/1467-8721.00051> Access in: 10 Jun. 2023.

ISTEPANIAN, Robert. Mobile health (m-Health) in retrospect: the known unknowns. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 7, p. 1-24, Mar. 2022. Available in: <https://doi.org/10.3390/ijerph19073747> Access in: 23 May 2023.

IVANOV, Bondarenko. Intersectionality of gender, race, class, sexuality, disability and other social identities in shaping the experiences and opportunities of marginalized groups in Ukraine, **International Journal of Gender Studies**, v. 9, n. 1, p. 61-74, 2024. Available in: <https://doi.org/10.47604/ijgs.2357> Access in: 20 Feb. 2024.

KAMAL, Kanika; LI, Jason; HAHM, Hyeouk; Liu, Cindy. Psychiatric impacts of the COVID-19 global pandemic on U.S. sexual and gender minority young adults. **Psychiatry Research**, v. 299, p. 1–6, May. 2021. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113855> Access in: 23 May 2023.

KELLY, Christine, *et al.* 'Doing' or 'using' intersenctionality? Opportunities and challenges in incorporating intersectionality into knowledge translation theory and practice. **International Journal for Equity in Health**, v. 20, n. 187, p. 1-7, 2021. Available in: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01509-z> Access in: 15 Jan. 2024.

KUTALEK, Ruth. Diversity competence in medicine: equity, culture and practice. **Cent Eur J Med**, v. 124, (S.3), p. 3-9, Nov. 2012. Available in: <https://doi.org/10.1007/s00508-012-0247-5> Access in: 10 Sep. 2023.

LEKAS, Helen-Maria; PAHL, Kerstin; FULLER LEWIS, Crystal. Rethinking cultural competence: Shifting to cultural humility. **Health Serv Insights**, v. 13, p. 1-4, dec. 2020. Available in: <https://doi.org/10.1177/1178632920970580> Access in: 20 Mar. 2024.

LINHARES, Emilly; ANDRADE, Jenyfer; MENESES, Renata; OLIVEIRA, Halley; AZEVEDO, Maria. Angústia, insegurança e medo na população LGBTQIA+: Comprometimento da saúde mental na pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e43810817136, Jul. 2021. Available in: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17136> Access in: 20 Nov. 2023.

LODEN, Marilyn; ROSENER, Judy. *Workforce America! Managing Employee Diversity as a Vital Resource*. 1 ed. Nova York: McGraw-Hill Professional Publishing, 1990.

LUCTKAR-FLUDE, Marian; TYERMAN, Jane; ZIEGLER, Erin; CARROLL, Benjamin; SHORTALL, Chris; CHUMBLEY, Lily; TREGUNNO, Deborah. Developing a sexual orientation and gender identity nursing education toolkit. **Journal of Continuing Education in Nursing**, v. 51, n. 9, p. 412–419, Sep. 2020. Available in: <https://doi.org/10.3928/00220124-20200812-06> Access in: 25 Nov. 2023.

MARTINS, Catia; LUZIO, Cristina. Política HumanizaSUS: Ancorar um navio no espaço. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 60, p. 13–22, Jan-Mar. 2017. Available in: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0614> Access in: 30 Aug. 2023.

MAYER, Kenneth; BRADFORD, Judith; MAKADON, Harvey; STALL, Ron; GOLDHAMMER, Hilary; LANDERS, Stewart. Sexual gender minority health: what we know and what needs to be done. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 6, p. 989–995, Jun. 2008. Available in: <https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2007.127811> Access in: 12 Dec. 2023.

McCANN, Edward; BROWN, Michael. The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes: A systematic review. **Nurse Education Today**, v. 64, p. 204–214, May. 2018. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.028> Access in: 10 Apr. 2023.

McEWING, Evan. Delivering culturally competent care to the lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) population: Education for nursing students. **Nurse Education Today**, v. 94, n. May, p. 104573, Nov. 2020. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104573> Access in: 20 May 2023.

MEYER, Ilan. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, [S.l.], v. 36, n. 1, p. 38-56, 1995. Available in: <https://doi.org/10.2307/2137286> Access in: 7 sep. 2024.

MOE, Jeffry; SPARKMAN, Narketta. Assessing service providers at LGBTQ-affirming community agencies on their perceptions of training needs and barriers to service. **Journal of Gay and Lesbian Social Services**, n. 27, n. 3, p. 350-

370, Jul. 2015. Available in: <http://dx.doi.org/10.1080/10538720.2015.1051687>
Access in: 22 Nov. 2023.

MOORE, Scott; WIERENGA, Kelly; PRINCE, Dana; GILLANI, Braveheart; MINTZ, Laura. Disproportionate impact of the COVID-19 pandemic on perceived social support, mental health and somatic symptoms in sexual and gender minority populations. **Journal of Homosexuality**, v. 68, n. 4, p. 577–591, Mar. 2021. Available in: <https://doi.org/10.1080/00918369.2020.1868184> Access in: 22 Dec. 2023.

MORRETTI-PIRES, R. O. **Domesticando corpos, construindo médicos: das relações de gênero a uma sociologia das profissões**. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política). Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 189. 2017.

MOSCHETA, Murilo; SOUZA, Laura; SANTOS, Manoel. Health care provision in Brazil: A dialogue between health professionals and lesbian, gay, bisexual and transgender service users. **Journal of Health Psychology**, v. 21, n. 3, p. 369–378, 2016. Available in: <https://doi.org/10.1177/1359105316628749> Access in: 15 Oct. 2023.

MOSS, Robert; SÜLE, András; KOHL, Stephanie. eHealth and mHealth. **European Journal of Hospital Pharmacy**, v. 26, n. 1, p. 57–58, Jan. 2019. Available in: <https://doi.org/10.1136%2Fejhpharm-2018-001819> Access in: 12 Feb. 2023.

NAIR, Lakshmi; ADETAYO, Oluwaseun. Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. **PRS Global Open**, v. 7, n. 5, p. 1-13, May. 2019. Available in: <https://doi.org/10.1097%2FGOX.0000000000002219> Access in: 20 Feb. 2024.

NASCIMENTO, Geysa; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; FONTAINE, Anne; SANTOS, Manoel. Relacionamentos amorosos e homossexualidade: revisão integrativa da literatura. **Temas em Psicologia**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 547–563, Sep. 2015. Available in: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2015.3-03> Access in: 12 Aug. 2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Decade of healthy ageing 2020-2030**. p. 1-29, 2020. Available in: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030> Access in: 12 Mar. 2022.

PARANHOS, William; WILLERDING, Inara; LAPOLLI, Édis. Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. 1–14, 2021. Available in: <https://doi.org/10.1590/interface.200684> Access in: 20 Nov. 2023.

POST, Marcel; GIANOTTEN, William; HEIJNEN, Lily; LAMBERS, Erik. Sexological competence of different rehabilitation disciplines and effects of a discipline-specific sexological training. **Sexuality and Disability**, v. 26, n. 1, p. 3–14, Mar. 2008. Available in: <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-007-9068-2> Access in: 12 Dec. 2023.

QUINN, Chris; HAPPELL, Brenda; WELCH, Anthony. Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change. **International Journal of**

Mental Health Nursing, v. 22, n. 3, p. 231–240, Jun. 2013. Available in: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00865.x> Access in: 12 Dec. 2023.

RAIMONDI, Gustavo; HERCOWITZ, Andrea; CIASCA, Saulo; LOPES JUNIOR, Ademir. Ensino da saúde de diversidades sexuais. In: CIASCA, Saulo; HERCOWITZ, Andrea; LOPES JUNIOR, Ademir. (Ed.). **Saúde LGBTQIA+**: Práticas de cuidado transdisciplinar. 1 ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p. 513-519.

REEVES, Karli; JOB, Sarah; BLACKWELL, Christopher; SANCHEZ, Kyle; CARTER, Shannon; TALIAFERRO, Lindsay. Provider cultural competence and humility in healthcare interactions with transgender and nonbinary young adults. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 56, n. 1, p. 18-30, 2023. Available in: <https://doi.org/10.1111/jnu.12903> Access in 15 Feb. 2024.

RIVERS, Brittany; SWANK, Jacqueline. LGBT ally training and counselor competency: A mixed-methods study. **Journal of LGBT Issues in Counseling**, v. 11, n. 1, p. 18–35, Jan. 2017. Available in: <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2017.1273162> Access in: 14 Sep. 2023.

RONDAHL, Gerd; INNALA, Sune; CARLSSON, Marianne. Nursing staff and nursing students' emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed. **Scand Journal Caring Sciences**, v. 18, n. 1, p. 19-26, Mar. 2004. Available in: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00263.x> Access in: 20 Sep. 2023.

SANTANA, Alef; MELO, Lucas. Pandemia de covis-19 e população LGBTI+. (In)visibilidade dos impactos sociais. **Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro. n. 37, e21202, 2021. Available in: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21202a> Access in: 20 Sep. 2023.

SANTOS, Adilson; SANTOS, Rose; SOUZA, Marcos; BOERY, Rita.; SENA, Edite; YARID, Sérgio. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 400-408, 2015. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232078> Access in: 20 Sep. 2023.

SEKONI, A.; JOLLY, K.; GALE, N. Hidden healthcare populations: using intersectionality to theorize the experiences of LGBT+ people in Nigeria, Africa. **Global Public Health**, v. 17, n. 1, p. 134-149, 2022. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232078> Access in: 12 Dec. 2023.

SHORTALL, Chris. Teaching and Evaluation/Assessment Requirements for LGBTQI2S+ Health and Wellness: A Call to Include LGBTQI2S+ Content in Canadian English Baccalaureate Nursing Curricula. **Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière**, v. 5, n. 1, Apr. 2019. Available in: <http://dx.doi.org/10.17483/2368-6669.1169> Access in: 10 Aug. 2023.

SILVA JUNIOR, Jumar; FRANÇA, Letícia; ROSA, Anderson; NEVES, Vanessa; SIQUEIRA, Lucíola. Assistência à saúde de residentes LGBTI+ em instituições de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN**, v. 74, suppl. 2, e20200403, 2021. Available in: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0403> Access in: 15 Oct. 2023.

SILVEIRA, Aline; CERQUEIRA-SANTOS, Elder. Fatores associados à prevenção sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas. **Revista Subjetividades**, v. 21, n. 3, e11404, Jan. 2021. Available in: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v21i3.e11404> Access in: 15 Oct. 2023.

STINCHCOMBE, Arne; SMALLBONE, Jeffrey; WILSON, Kimberley; KORTES-MILLER, Katherine. Healthcare and end-of-life needs of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults: A scoping review. **Geriatrics**, v. 2, n. 1, p. 1-13, Mar. 2017. Available in: <https://doi.org/10.3390%2Fgeriatrics2010013> Access in: 10 May 2023.

STINCHCOMBE, Arne; WILSON, Kimberley; KORTES-MILLER, Katharine; CHAMBERS, Lori; WEAVER, Bruce. Physical and mental health inequalities among aging lesbian, gay, and bisexual Canadians: cross-sectional results from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). **Canadian Journal of Public Health**, v. 109, n. 5–6, p. 833–844, Dec. 2018. Available in: <https://doi.org/10.17269%2Fs41997-018-0100-3> Access in: 12 Jul. 2023.

STREED, Carl; GOUSKOVA, Natalia; RICE, Mandi; PAASCHE-ORLOW, Sara. Pilot study of senior care organization staff knowledge about sexual and gender minority older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 69, n. 7, p. E17–E19, Jul. 2021. Available in: <https://doi.org/10.1111/jgs.17229> Access in: 20 Feb. 2023.

STUBBE, Dorothy. Practicing cultural competence and cultural humility in the care of diverse patients. **The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 49-51, Jan. 2020. Available in: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190041> Access in: 20 Mar. 2024.

SUEN, Yiu; CHAN, Randolph; WONG, Eliz. Effects of general and sexual minority-specific COVID-19-related stressors on the mental health of lesbian, gay, and bisexual people in Hong Kong. **Psychiatry Research**, v. 292, p. e113365, Oct. 2020. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113365> Access in: 14 Oct. 2023.

SUNG, Su-Ching; LIN, Yen-Chin. Effectiveness of the sexual healthcare education in nursing students' knowledge, attitude, and self-efficacy on sexual healthcare. **Nurse Education Today**, v. 33, n. 5, p. 498–503, May. 2013. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.06.019> Access in: 12 Oct. 2023.

TORRES, Juliana Lustosa; GONÇALVES, Gabriela Persio; PINHO, Adriana de Araújo; SOUZA, Maria Helena do Nascimento. The Brazilian LGBT+ health survey: methodology and descriptive results. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 9, p. e00069521, 2021. Available in: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069521> Access in: 20 may 2024.

TRIVERS, Robb *et al.* Service provider views on issues and needs for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. **Canadian Journal of Human Sexuality**, v. 19, n. 4, p. 191–198, Jan. 2010. Available in: <https://flicker.blog.yorku.ca/files/2013/02/FINAL2traversCORRECTMar10.pdf> Access in: 12 Oct. 2023.

TAI, Li-Ya; HUANG, Cheng-Yi; LIAO, Wen-Chun; TSENG, Tsui-Hwa; LAI, Te-Jen. Assessing student nurses' learning needs for addressing patients' sexual health concerns in Taiwan. **Nurse Education Today**, v. 33, n. 2, p. 152–159,

Feb. 2013. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.05.014> Access in: 20 Oct. 2023.

WILLIAMS, Monnica; SKINTA, Matthew; MARTIN-WILLETT, Renée. After pierce and sue: A revised racial microaggressions taxonomy. **APS – Association for Psychological Science**, v. 16, n. 5, p. 991-1007, Sep. 2021. Available in: <https://doi.org/10.1177/1745691621994247> Access in: 10 Aug. 2023.

WILSON, Kimberley; KORTES-MILLER, Katherine; STINCHCOMBE, Arne. Staying out of the closet: LGBT older adults' hopes and fears in considering end-of-life. **Canadian Journal on Aging**, v. 37, n. 1, p. 22-31, Mar. 2018. Available in: <https://doi.org/10.1017/s0714980817000514> Access in: 10 Aug. 2023.

WILSON, Kimberley; STINCHCOMBE, Arne; ISMAIL, Mariam; KORTES-MILLER, Katherine. LGBTQ2+ aging in Canada: Building the evidence and informing action. **The Canadian Journal of Human Sexuality**, v. 28, n. 3, p. 257-260, May. 2019. Available in: <http://dx.doi.org/10.3138/cjhs.2018-0049> Access in: 12 Apr. 2023.

WILSON, Kimberley; STINCHCOMBE, Arne; REGALADO, Sophie. LGBTQ+ aging research in Canada: A 30-year scoping review of the literature. **Geriatrics (Switzerland)**, v. 6, n. 2, p. 1–21, Jun. 2021. Available in: <https://doi.org/10.3390/geriatrics6020060> Access in: 24 Nov. 2023.

WILSON, Kimberley; STINCHCOMBE, Arne. Policy legacies and forgotten histories: Health impacts on LGBTQ2 older adults. **For the House of Commons Standing Committee on Health (HESA)**, n. 623, p. 1-6, 2019. Available in: <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Brief/BR10449325/br-external/WilsonKimberley-e.pdf> Access in: 12 Jan. 2023.

XAVIER, Beatriz Ferreira; REIS, Cesar Henrique Rodrigues; CECÍLIO, Hellen Pollyanna Mantelo; ODA, Juliano Yasuo; MACHADO, Alex Martins. Saúde da população LGBTQIA+ na formação de enfermeiros em instituições públicas brasileiras. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 24, n. 48, p. e14555, 2024. Available in: <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14555> Access in: 22 may 2024.

ZIEGLER, Erin; CARROLL, Benjamin; SHORTALL, Chris. Design thinking in nursing education to improve care for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex and two-spirit people. **Creative Nursing**, v. 26, n. 2, p. 118–124, May. 2020. Available in: <https://doi.org/10.1891/cnr-d-20-00003> Access in: 10 Mar. 2023.

ZIEGLER, Erin; LUCTKAR-FLUDE, Marian; CARROLL, Benjamin; TYERMAN, Jane; CHUMBLEY, Lillian; SHORTALL, Chris. Development of an online educational toolkit for sexual orientation and gender identity minority nursing care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, p. e3470, Aug. 2021. Available in: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4712.3470> Access in: 10 Feb. 2023.

APPENDIX

Appendix A. Continuing Education Course “Ally: uma abordagem holística ao indivíduo LGBTQ+”

Ally: uma abordagem holística ao indivíduo LGBT+

Caro profissional de saúde,

Seja bem-vindo, é uma satisfação recebê-lo no curso **“Ally: uma abordagem holística ao indivíduo LGBT+”**. O curso tem como objetivo incrementar seu conhecimento sobre a temática LGBT+¹, o que poderá repercutir positivamente tanto na sua prática como profissional da saúde quanto na sua vida pessoal e, com isso, impactar positivamente na assistência em saúde prestada ao público brasileiro. O curso é composto por seis módulos que abordam as seguintes temáticas: 1- Sexualidade humana; 2 – Cuidado equitativo e as terminologias apropriadas; 3 - Política de saúde para a população LGBT+; 4 - Competências culturais aos profissionais de saúde; 5- O envelhecimento da população LGBT+; 6- Saúde mental e o indivíduo LGBT+.

Ao término do curso você receberá um certificado de 60 horas.

Bons estudos!

¹ Neste curso, a sigla LGBT+ foi adotada, embora existam outras siglas como GLS, LBGT, LBGTQ, LBGTTSQ, LBGTQIA+ e LBGTTTIS, que incluem e designam outros grupos como simpatizantes, intersexos, bissexuais, transexuais, travestis, transgêneros, queers, assexuais, sinal + para todas as formas de gênero e orientação sexual que se encontrem dentro ou fora dos aspectos anteriores.

Módulo 1 – Sexualidade humana

Objetivo:

- Definir sexualidade;
- Conhecer a história da sexualidade humana, o processo de patologização e despatologização e a vulnerabilidade construída historicamente para o público LGBTQ+;
- Compreender a LGBTQ fobia existente no ambiente de saúde e suas repercussões.

Sexualidade

A sexualidade abrange corpo, sexo, identidades, papéis e expressões de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Ela é vivenciada e expressada por pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, relacionamentos e relações de poder; também, ela é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, históricos, religiosos e espirituais. Aspectos que são configurados de modos diversos em diferentes contextos sociais e períodos históricos (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JÚNIOR, 2021; CIASCA; POUGET, 2021; SILVA; ROSA; GAGLIOTTI, 2021; RIBEIRO, 2005).

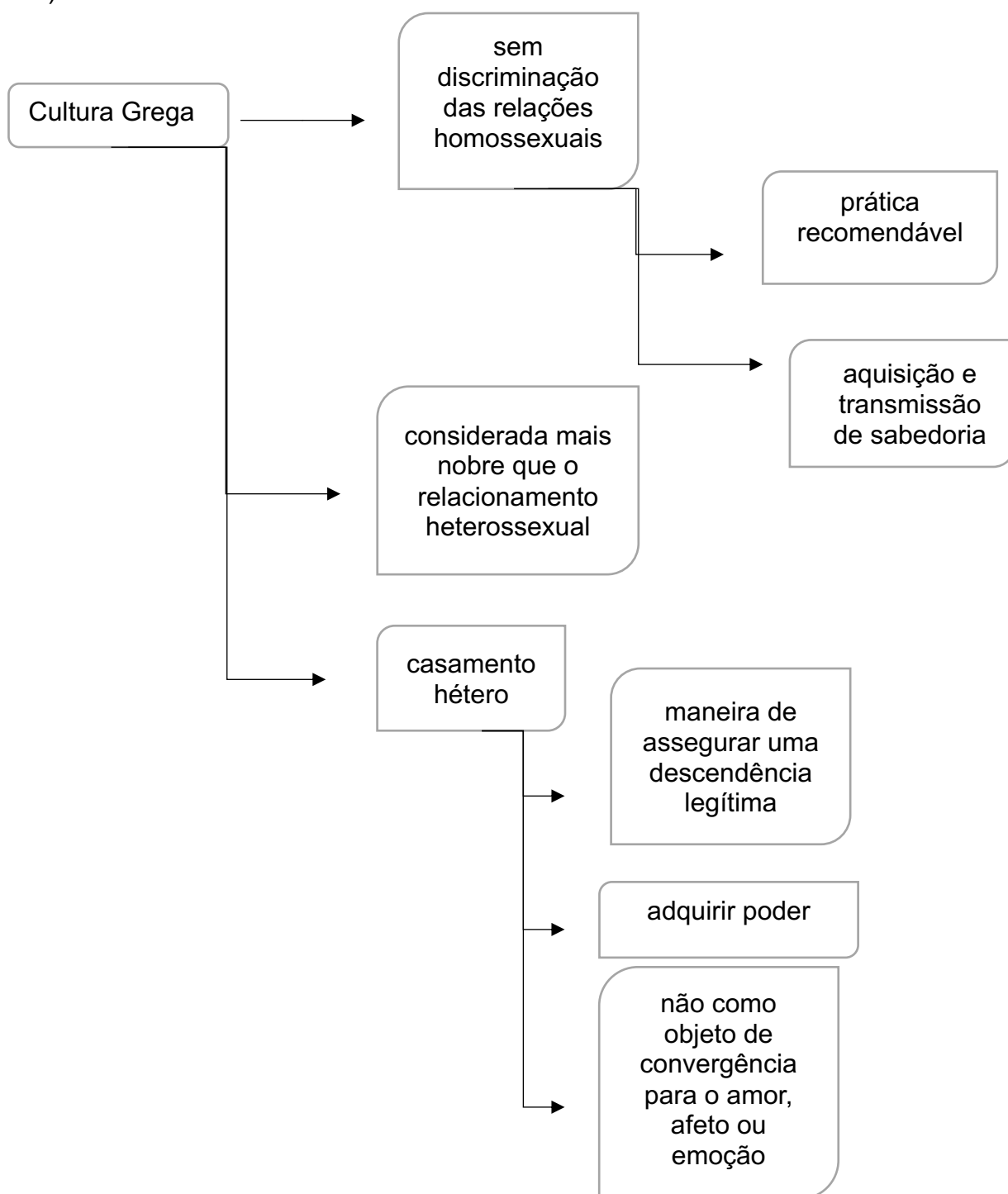
A OMS (2006) define a saúde sexual como “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é meramente a ausência de doença, disfunção ou debilidade. Requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e dos relacionamentos sexuais e afetivos, bem como da possibilidade de vivenciar experiências sexuais prazerosas e seguras, isentas de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem respeitados, protegidos e atendidos.”

Ainda, devemos lembrar que o ato sexual tem diferentes significados a depender da cultura e da época. Deve-se compreender o ato sexual como uma forma de comunicação, em que cada pessoa, parceira ou grupo sintam-se livre para escolher suas próprias formas de dar e receber prazer, com uma gama maior de possibilidades.

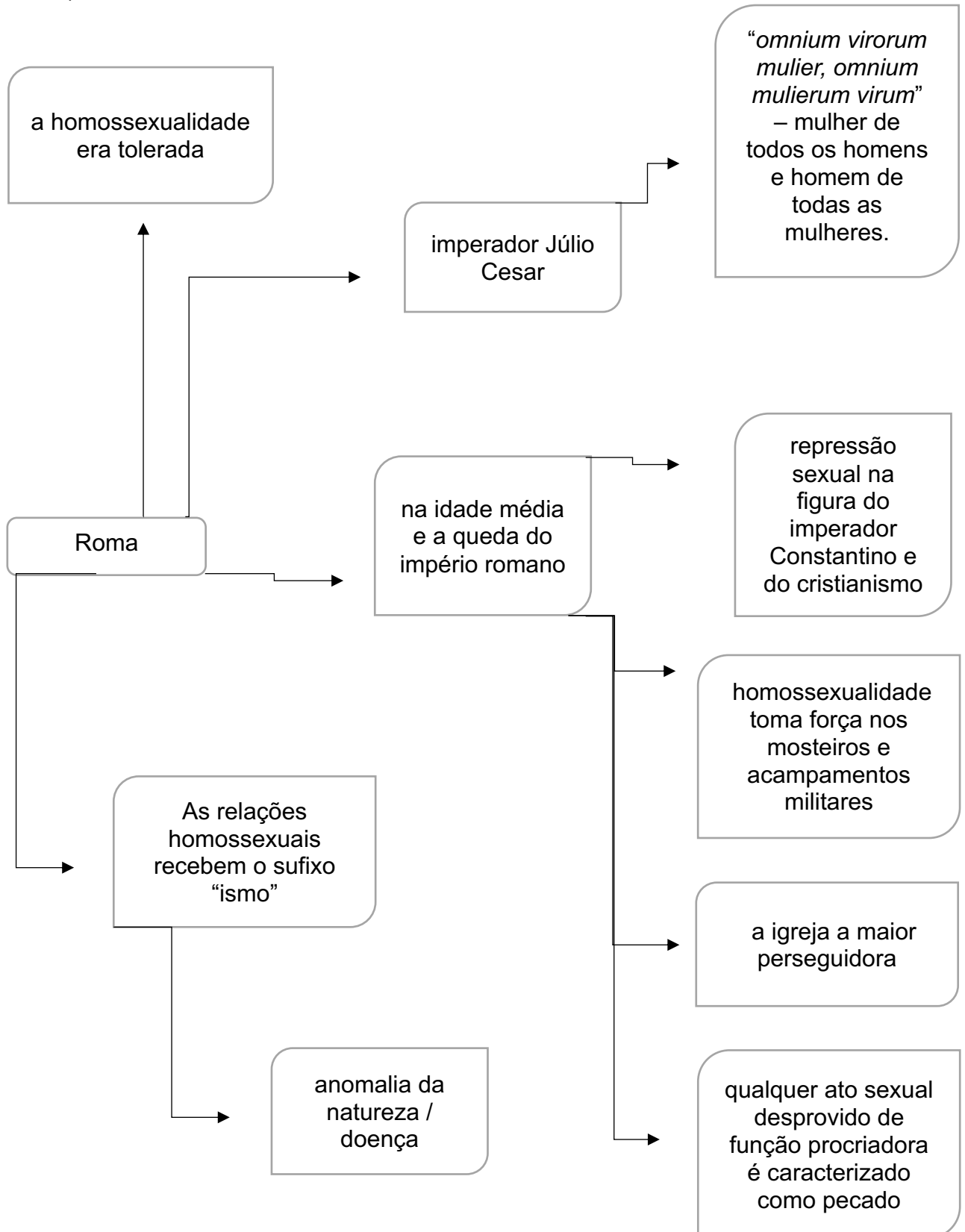
O contexto histórico cultural

Ao olharmos para a história e a sua construção quanto aos aspectos da sexualidade humana, temos na pré-história informações de que as relações homossexuais eram permitidas, desempenhando um papel importante nos rituais de passagem masculinos. Já a bissexualidade dos homens era naturalmente aceita nesse período, no entanto, a homossexualidade passiva deixava-os incomodados (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JÚNIOR, 2021; CIASCA; POUGET, 2021; RIBEIRO, 2005).

O mapa mental a seguir descreve aspectos da cultura grega (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JÚNIOR, 2021; CIASCA; POUGET, 2021; RIBEIRO, 2005):



O mapa mental a seguir descreve aspectos da cultura romana (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JÚNIOR, 2021; CIASCA; POUGET, 2021; RIBEIRO, 2005):



Dentre outras imposições, determinava que o sexo só deveria acontecer dentro do casamento e com o único objetivo de procriação. Não poderia haver demonstração de paixão entre os cônjuges e ainda, determinaram os pecados contra o corpo: prostituição, adultério, homossexualidade e autoerotismo. A culpa é instalada no imaginário popular, assim como o medo do Inferno. Ainda assim, as práticas sexuais continuam fazendo parte do cotidiano amoroso de homens e mulheres, pois não era possível de um momento para o outro neutralizar costumes em vigência há séculos (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JÚNIOR, 2021; CIASCA; POUGET, 2021; RIBEIRO, 2005).

O século XIX tornou-se o palco ideal para a repressão sexual, baseada em padrões e normas negativistas e restritivas, que sustentavam o controle sexual pregado pela moral médica: católicos, protestantes, médicos, educadores, todos se aliavam para normatizar as atitudes e comportamentos sexuais através de postulados pseudocientíficos e família. É na medicina que a sexualidade termina por ser unificada como instinto biológico voltado para a reprodução da espécie e que todos os demais atributos ligados ao erotismo, desde sempre tidos como sexuais, passaram a ser submetidos a essa exigência primordial. A sexualidade é assim identificada com genitalidade e heterossexualidade (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JÚNIOR, 2021; CIASCA; POUGET, 2021; RIBEIRO, 2005).

A medicina elaborou o conceito de “perversão sexual”, que correspondia a um desvio por parte de um indivíduo ou grupo, de comportamentos considerados “normais” para determinada época ou local. Qualquer comportamento anormal, disfuncional ou estranho era considerado uma doença mental. Com buscas de etiologias para as doenças foram propostas explicações como “extravagância”, “onanismo”, “insatisfações” e “fraudes contra a procriação”. Culminado na definição das normas do desenvolvimento sexual da infância à terceira idade, categorizando todos os desvios possíveis e criando controle pedagógico e tratamento médico para os “desviantes”. Estabeleceu-se por fim uma sexualidade centrada na genitalidade, com ênfase nos órgãos genitais. Nascia uma série de identidades “desviantes”: os exibicionistas de Lasègue, os fetichistas de Binet, os zoófilos e zooerastia de Krafft-Ebing, os automonossexualistas de Rohleder, os mixoscopófilos, ginecomastos

presbiófilos, etc (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JÚNIOR, 2021; CIASCA; POUGET, 2021; RIBEIRO, 2005).

Desde o século XIX era comum o encarceramento de pessoas LGBTQ+ em manicômios, onde sofriam várias violações com os antigos tratamentos executados. Já no século XX, tratamento de reversão de “homossexualismo” foram tentados, mas falharam, permanecendo até hoje uma conduta praticada em alguns países. No ano de 1969, em uma noite na cidade de Nova Iorque, a polícia invadiu o *Stonewall Inn* (um bar onde pessoas LGBTQ+ se encontravam) para realizar represália nesta população, todavia nesta noite, as pessoas se revoltaram. Iniciando com resistência verbal e seguindo para uma manifestação, motivado pelas trans Sylvia Rivera e Marsha P. Johnson – manifestação conhecida como a Revolta de Stonewall.

No Brasil e em outras culturas as pessoas trans foram teoricamente estigmatizadas, marginalizadas e perseguidas devido à crença na sua anormalidade, abjeção e patologia. Ressalta-se que em 2013, na publicação do DSM-V, foi removida a transexualidade do manual, não sendo mais considerado o fenômeno como uma doença (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JÚNIOR, 2021; CIASCA; POUGET, 2021; RIBEIRO, 2005).

O termo homossexualismo foi cunhado pelo discurso médico como a classificação de uma doença. O termo “homossexualismo” carrega um estigma que enxerga pessoas homossexuais como doentes ou desviantes, enquanto a palavra homossexualidade remete à ideia de que ela é apenas mais uma expressão da sexualidade ou da identidade humana. Vale lembrar que o uso do termo “homossexualismo” é considerado homofóbico e acaba fragmentando a assistência à saúde. Em 1973, o item “homossexualismo” foi retirado do DMS-II e em 1985 o Conselho Federal de Medicina retirou a homossexualidade da lista de patologias, já no CID-10, a homossexualidade deixou de ser uma doença, mas permanece como diagnóstico relacionado na categoria transtornos psicológicos e comportamentais (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JÚNIOR, 2021; CIASCA; POUGET, 2021; RIBEIRO, 2005).

Na década de 1980, a epidemia do HIV/Aids colocou em xeque discursos sobre comportamentos sexuais e saúde pública, notadamente marcados por ideologias homotransfóbicas e discriminatórias. Epidemia que evidenciou contradições sociais em diversos países, além de expor atitudes governamentais

discriminatórias; também, expôs estigmas relacionados à população de gays, travestis e transexuais, novas relações com os corpos e a necessidade da imposição de limites na relação sexual. O homem homossexual, as travestis e pessoas trans voltaram a ser culpabilizadas pelo seu comportamento e discursos e o respeito da cura gay ganharam força (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JÚNIOR, 2021; CIASCA; POUGET, 2021; RIBEIRO, 2005).

Em abril de 2001, na Holanda, entra em vigor, pela primeira vez na modernidade, a legislação de abertura do casamento a pares do mesmo sexo. Dentre as alterações passa vigorar o Código Civil em seu art. 30 que diz “o matrimônio pode ser celebrado por duas pessoas de diferente sexo ou do mesmo sexo”. No Brasil em agosto de 2006, com a Lei Maria da Penha, e seu art. 2º descreve que “independente de orientação sexual, etnia, classe, toda mulher goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.” Ainda com base em seu art. 5º percebe-se que a lei, em determinadas circunstâncias, pode, por analogia, aplicar-se a Travestis e Transexuais, abrangendo toda e qualquer violência doméstica independente da sexualidade dos integrantes da família (CIASCA; HERCOWITZ; LOPES JÚNIOR, 2021; CIASCA; POUGET, 2021; RIBEIRO, 2005).

Em maio de 2011, o STF reconhece união estável para casais do mesmo sexo e cria jurisprudência inédita pressionando o Legislativo Brasileiro a quebrar seu silêncio frente às relações homoafetivas. No final do mesmo ano foi instituído a portaria nº 2.836, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).

Em maio de 2013, foi publicado a Resolução nº 175 do Conselho Nacional de Justiça que obriga os cartórios a realizarem a cerimônia de Casamento em igualdade de condições aos casais homoafetivos, com base nos princípios de liberdade, igualdade e promoção do bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, previstos na Constituição Federal.

E em março de 2018, o STF determinou a retificação do registro civil, no tocante a mulheres trans, travestis e homens trans, deve-se dar de modo desburocratizado, nos próprios cartórios, por meio de autodeclaração –, sem limite de idade (respeitando a maioridade civil e a representação dos

responsáveis no caso das pessoas menores de idade), não sendo necessária tanto a apresentação de laudos psicológicos e psiquiátricos quanto a cirurgia de readequação sexual.

A sexualidade, na história da sociedade e da medicina, é marcada por diversos momentos paradigmáticos, desde a sua formação enquanto ciência até a sua autoafirmação enquanto detentora de “verdades naturais”. No sentido da autoafirmação da pessoa LGBTQ+ em contraste ao discurso médico, o começo do século XXI testemunhou o surgimento de comunidades brasileiras em defesa e pela visibilidade das minorias sexuais e de gênero. Diversas conquistas foram obtidas, fato que reitera os direitos, garantindo equidade e diminuindo desigualdades sociais em meio a uma sociedade heteronormativa, mas muito ainda deve ser batalhado para que haja princípios dignos na sociedade.

A LGBTQfobia institucional

A LGBTQfobia institucional pode ser definida como qualquer situação de violação de direitos humanos, intencional ou não, exposta ou velada, verbal ou física, na qual o indivíduo LGBTQ+, ou qualquer pessoa percebida como tal pelos outros, se sinta diminuída, discriminado, constrangido, insultado, ofendido, assustado; ou quando de alguma maneira essa pessoa evita frequentar um determinado local por medo de represália ou de vivenciar situações constrangedoras (SILVA; ROSA; GAGLIOTTI, 2021).

As situações de discriminação e a falta de acesso da população LGBTQ+ a serviços de assistência à saúde e instituições de formação profissional interferem no processo saúde-doença de forma direta e indireta. Na medida em que essas instituições não sistematizam estratégias para identificar e eliminar comportamentos e ações discriminatórias contra a população LGBTQ+, contribuem para a perpetuação dessas situações e a manutenção das graves repercussões no processo saúde-doença-cuidado (usuários, profissionais, estudantes e professores da área da saúde) (SILVA; ROSA; GAGLIOTTI, 2021).

Infelizmente a violência dirigida à comunidade LGBTQ+ continua a ser um problema na assistência à saúde. Algumas demandas específicas dessa população, como câncer de mama e colo de útero nas mulheres lésbicas, dentre outras situações, fazem com que não haja acolhimento adequado do usuário, além do despreparo profissional promover o afastamento dos usuários ao

serviço e o agravamento do quadro clínico existente no usuário (SILVA; ROSA; GAGLIOTTI, 2021).

O preparo ineficaz do profissional promove o distanciamento do usuário para que haja assistência em saúde adequada, além de que os profissionais continuarem carregados de comportamentos estereotipados, tabus, mitos sociais construídos dentro de uma sociedade que coloca a cisheterossexualidade como moral e universal (SILVA; ROSA; GAGLIOTTI, 2021).

Outro exemplo a ser mencionado é a violência institucional, aquela direcionado ao profissional de saúde LGBTQ+. Piadas LGBTQófobas, dificuldades de contratação e ausência de profissionais de saúde que se declaram LGBTQ+ em cargos de liderança são uma das faces dessa violência. Também podemos citar a dificuldade para aprovar candidatos trans em seleções de emprego.

Nesta perspectiva mencionada, acrescenta-se a LGBTQfobia no ambiente de ensino, principalmente na área da saúde. Os docentes e preceptores que deveriam ser modelos de atuação profissional e ter formação docente na perspectiva da ética e da humanização, também são agentes de violência.

É imprescindível que os gestores dos serviços de saúde e de instituições de ensino se comprometam na formulação de políticas institucionais e na implementação de ações que minimizem a vulnerabilidade programática direcionada à população LGBTQ+. Outras estratégias são: abordagem da temática LGBTQ+ na educação permanente dos docentes, gestores e coordenadores; punição aos que perpetuam algum ato de violência; implantação de modelos de tutoria para auxiliar os funcionários com a temática; instruir e esclarecer tópicos que descrevam o que é e o que configura violência no ambiente, assédio moral e sexual.

Referências

CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JÚNIOR, A. Definições da sexualidade humana. *In*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JÚNIOR, A. (Org.). **Saúde LGBTQIA+: Práticas de Cuidado Transdisciplinar**. 1 ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p.12-17.

CIASCA, S. V.; POUGET, F. Aspectos históricos da sexualidade humana e desafios para a despatologização. *In*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES

JÚNIOR, A. (Org.). **Saúde LGBTQIA+: Práticas de Cuidado Transdisciplinar**. 1 ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p.18-27.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Sexual Health**. 2006. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1 Acesso em 20 abr. 2022.

RIBEIRO, P. R. M.. A sexualidade também tem história: comportamentos e atitudes sexuais através dos tempos. *In*: BORTOLOZZI, A. C.; MAIA, A. F. (Org). **Sexualidade e infância**. Bauru: FC/CECEMCA; Brasília: MEC/SEF, 2005, p.17-32.

SILVA, A. T. C.; ROSA, C. A. P.; GAGLIOTTI, D. A. M. LGBTQIA+fobia institucional na área da saúde. *In*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JÚNIOR, A. (Org.). **Saúde LGBTQIA+: Práticas de Cuidado Transdisciplinar**. 1 ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p.100-106.

Sugestões

Livro - História da sexualidade - Michel Foucault (1976).
Homofobia: história e crítica de um preconceito - Daniel Borrillo (2010)
Filme – Boy erased: uma verdade anulada (2018).
Série – Pose (2018).

Módulo 2 – Cuidado equitativo e as terminologias apropriadas

Objetivos:

- Compreender as principais terminologias utilizadas no ambiente LGBTQ+;
- Diferenciar a orientação sexual da orientação de gênero.

Este módulo apresenta uma lista das principais terminologias relacionadas à comunidade LGBTQ+. O intuito é ajudar e facilitar o entendimento e compartilhamento de uma assistência com equidade, diversidade, inclusão e conscientização sobre a temática.

Considerando que a linguagem está sempre em constante evolução, atualizar-se periodicamente é fundamental para refletir as mudanças em andamento nos termos e expressões que a comunidade utiliza.

As terminologias apresentadas a seguir são baseadas no material de Fenway Institute (2020) e The 519 Space For Change (2020):

Afirmção de gênero - um adjetivo usado para se referir a comportamentos ou intervenções que afirmam a identidade de gênero de uma pessoa trans. Por exemplo, o uso de hormônios do sexo cruzado para uma pessoa trans pode ser chamado de intervenção de afirmação de gênero. O uso do pronome com gênero correto também pode ser um comportamento de afirmação de gênero.

Agênero – pessoa que não se identifica ou não se sente pertencente a nenhum gênero – nem masculino nem feminino.

Aliado (Ally) - uma pessoa que procura ativamente a criação de um ambiente confortável e trabalha para minimizar formas de opressão que lhe dão privilégios. Os aliados ouvem e são guiados por comunidades e indivíduos afetados pela opressão. As formas de opressão incluem: preconceito de idade, audição, classismo, bifobia, homofobia, transfobia, racismo, sexismo e outros.

Andrógeno – quem tem aparência de homem e mulher, traços relacionados ao masculino e ao feminino. Para algumas pessoas pode ser confuso saber se é uma pessoa que se identifica como masculino ou feminino. Devemos lembrar que cada pessoa é como quer ser. Não deve ocorrer julgamentos.

Antirracismo - crenças, ações, políticas e movimentos desenvolvidos para identificar e eliminar ativamente o preconceito, estereótipos e discriminações com base na raça.

Assédio - um curso de comentários ou ações, como atenção indesejada, piadas, ameaças, comentários, xingamentos, toques ou outros comportamentos que são conhecidos, ou deveriam ser razoavelmente conhecidos, como indesejáveis, ofensivos, constrangedoras, humilhantes ou degradantes. O assédio segundo a legislação de direitos humanos é baseado em motivos proibidos / protegidos.

Assexuado - uma pessoa que sente pouca ou nenhuma atração sexual por pessoas de qualquer gênero.

Bifobia - atitudes negativas, sentimentos ou aversão irracional a, medo ou ódio de pessoas bissexuais e suas comunidades, ou de comportamentos estereotipados como bissexuais, levando à discriminação, assédio ou violência contra pessoas bissexuais.

Binário de gênero - um sistema social em que se pensa que as pessoas têm um de dois gêneros: "homem" ou "mulher". Espera-se que esses gêneros correspondam ao sexo de nascimento: masculino ou feminino. No sistema binário de gênero, não há espaço para viver entre os gêneros ou para transcender o binário de gênero. O sistema binário de gênero é rígido e restritivo para muitas pessoas cujo sexo atribuído no nascimento não corresponde ao seu gênero, ou cujo gênero é fluido e não fixo.

Bissexual - uma pessoa que se sente atraída por pessoas de mais de um gênero.

Cis / Cisgênero - uma pessoa cuja identidade de gênero está alinhada com o sexo que lhe foi atribuído no nascimento.

Cisnormatividade - refere-se à suposição comum de que todas as pessoas são cisgênero e que todos aceitam isso como "a norma". O termo cisnormatividade é usado para descrever o preconceito sistêmico contra pessoas trans. Essa forma de preconceito sistêmico pode não ser reconhecida pelas pessoas ou organizações responsáveis.

Cissexismo - um sistema de opressão que considera as pessoas cis superiores às pessoas trans. Inclui crenças prejudiciais de que é "normal" ser cis e "anormal" ser trans. Os exemplos incluem examinar mais os gêneros das

peças trans do que os das peças cis ou definir a beleza com base na aparência das peças cis.

Cirurgia de afirmação de gênero ("Cirurgia de redesignação sexual")

- Cirurgias médicas usadas para modificar o corpo de alguém, ser mais congruente com sua identidade de gênero.

Comportamento sexual - os atos sexuais praticados pelos humanos. Os comportamentos sexuais de um indivíduo podem não refletir a orientação sexual ou identidade sexual dessa pessoa.

Crime de ódio - atos criminosos que promovem o ódio contra grupos identificáveis de pessoas, motivados por preconceito ou ódio. Embora indivíduos e grupos que promovem esta forma destrutiva de discriminação baseada nos direitos humanos muitas vezes defendem seu direito à "liberdade de expressão", é crime disseminar propaganda de ódio e / ou cometer crimes de ódio.

Cross-dresser – homem que se veste com roupas de mulher, mas não é necessariamente homossexual ou transgênero. São homens que usam esporadicamente roupas, maquiagem e acessórios femininos e se identificam como homens heterossexuais.

Determinantes sociais da saúde - são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Direitos humanos - o direito universal de que todas as pessoas devem ter acesso à liberdade, justiça e proteção contra discriminação e assédio, e que as pessoas devem ter acesso igual a uma atmosfera que preserva a dignidade e o valor de indivíduos e grupos.

Discordância de gênero - uma incompatibilidade entre sexo biológico e identidade de gênero sentida. Por exemplo, quando um indivíduo com corpo masculino se identifica como mulher.

Discriminação - qualquer forma de tratamento desigual com base em fundamento amparado pela legislação de direitos humanos, que resulte em desvantagem, seja impondo ônus extras ou negando benefícios. A discriminação pode ser intencional ou não intencional; e pode ocorrer em nível individual ou sistêmico. Pode incluir ações diretas ou aspectos mais sutis de regras, práticas e procedimentos que limitam ou impedem o acesso a oportunidades, benefícios ou vantagens que estão disponíveis para terceiros.

Disforia de gênero - sofrimento interno subjetivo significativo decorrente de uma incompatibilidade entre o sexo biológico e o senso pessoal de identidade de gênero que leva um indivíduo a desejar alguma forma de transição de gênero por meios sociais, hormonais e / ou cirúrgicos. Por exemplo, quando um adolescente se identifica como feminino, mas possui um corpo masculino. A disforia de gênero também se refere à classificação diagnóstica dessa experiência no Manual Diagnóstico e Estatístico, composta por diversos critérios dentro de duas subcategorias de desenvolvimento distintas: Infância e Adolescência / Adulto.

Disfunção Sexual - a experiência, por um indivíduo ou casal, de dificuldade com a sexualidade. A disfunção pode incluir, por exemplo, desconforto e / ou dificuldades com desejo, excitação, orgasmo.

Dois-espíritos (Two-Spirit) - um termo que se refere a uma pessoa que possui um espírito de homem e um espírito de mulher, este termo é usado apenas para descrever os povos indígenas.

Drag Queen – homem que se veste com roupas femininas para fins artísticos apenas e que não se trataria de identidade. A drag queen normalmente é conhecida por fazer apresentações artísticas com expressão, maquiagem e roupas femininas.

Drag King – mulheres que se vestem com roupas masculinas para fins artísticos apenas e que não se trataria de identidade.

Equidade - a prática de assegurar um tratamento justo, inclusivo e respeitoso para todas as pessoas, levando em consideração as diversidades individuais e grupais. O acesso a serviços, apoios e oportunidades e a obtenção de justiça econômica, política e social não podem ser alcançados tratando os indivíduos exatamente da mesma maneira. A equidade honra e acomoda as necessidades específicas de indivíduos / grupos.

Espectro de gênero - a representação do gênero como um continuum, em oposição a um conceito binário.

Etnia - uma categoria socialmente definida ou associação de pessoas que podem compartilhar uma nacionalidade, herança, idioma, cultura e/ou religião.

Expressão de gênero - como uma pessoa expressa ou apresenta publicamente seu gênero. Isso pode incluir comportamento e aparência externa, como vestido, cabelo, maquiagem, linguagem corporal e voz. O nome e o

pronome escolhidos por uma pessoa também são formas comuns de expressar o gênero. Todas as pessoas, independentemente de sua identidade de gênero, têm uma expressão de gênero e podem expressá-la de várias maneiras.

Furtividade (Stealth) - quando uma pessoa trans não quer ser trans em seus círculos sociais (com amigos, empregadores, colegas). Existem muitos níveis diferentes de ser furtivo, mas em alguns casos uma pessoa trans pode precisar encerrar o contato com aqueles que antes os conheciam como seu sexo de nascimento designado, mudar para novos locais ou conseguir um novo emprego. Essas mudanças são significativas e podem ser decorrentes de motivos pessoais ou de segurança física, cognitiva e/ou emocional.

Gay - uma pessoa que se sente atraída por pessoas do mesmo sexo.

Genderqueer (ou não binário) - indivíduos que não seguem estereótipos de gênero com base no sexo que foram designados no nascimento. Eles podem se identificar e se expressar como "homens femininos" ou "mulheres masculinas" ou como andróginos, fora das categorias "menino / homem" e "menina / mulher". Pessoas que não são binárias podem ou não se identificar como trans.

Gênero - o gênero pode se referir à experiência individual e / ou social de ser homem, mulher ou nenhum dos dois. As normas sociais, expectativas e papéis relacionados ao gênero variam ao longo do tempo, espaço, cultura e indivíduos.

Gênero fluido – pessoa que não se identifica com uma única identidade de gênero. A pessoa pode transitar entre o masculino, feminino e agênero; também, a pessoa pode se identificar com mais de um gênero ao mesmo tempo.

Grupo dominante - um grupo considerado mais poderoso e privilegiado em uma sociedade ou contexto específico e que tem poder e influência sobre os outros.

Hermafrodita - um termo desatualizado e ofensivo para uma pessoa intersexual.

Heteronormatividade - refere-se à suposição comum de que todas as pessoas são heterossexuais e que todos aceitam isso como "a norma". O termo heteronormatividade é usado para descrever o preconceito contra pessoas que não são heterossexuais, e é menos aberto ou direto e mais difundido ou sistêmico na sociedade, organizações e instituições. Essa forma de preconceito

sistêmico pode até ser não intencional e não reconhecida pelas pessoas ou organizações responsáveis.

Heterossexismo - a suposição de que todos são heterossexuais e que a heterossexualidade é superior e preferível. O resultado é uma discriminação menos aberta contra bissexuais, lésbicas e gays e que pode ser não intencional e não reconhecida pela pessoa ou organização responsável.

HIVfobia - medo ou ódio irracional de pessoas vivendo com HIV / AIDS.

Homem para mulher (MtF) - geralmente se refere a uma pessoa trans que foi identificada como homem no nascimento, mas que se identifica como mulher em termos de sua identidade de gênero.

Homem trans - uma pessoa que foi designada do sexo feminino ao nascer e se identifica como um homem.

Homofobia - atitudes negativas, sentimentos ou aversão irracional ao medo ou ódio de gays, lésbicas ou bissexuais e comunidades, ou de comportamentos estereotipados como "homossexuais". É usado para significar um estado psicológico hostil que leva à discriminação, assédio ou violência contra gays, lésbicas ou pessoas.

Homossexual - uma pessoa emocionalmente, fisicamente e / ou sexualmente atraído por membros do mesmo sexo.

Humildade cultural - capacidade de manter uma postura interpessoal orientada para a perspectiva de outra pessoa. Envolve a reflexão consciente sobre a própria perspectiva e preconceitos, bem como a abertura para a perspectiva de outra pessoa, a fim de comunicar-se efetivamente através da diferença.

Identidade de gênero - a experiência interna e individual de gênero de uma pessoa. É a sensação de uma pessoa ser mulher, homem, ambos, nenhum ou em qualquer lugar ao longo do espectro de gênero. A identidade de gênero de uma pessoa pode ser igual ou diferente de sua atribuição de sexo no nascimento.

Identidade sexual - como as pessoas pensam sobre si mesmas ou sobre os outros em termos de atrações românticas e sexuais. A identidade sexual de uma pessoa pode não corresponder à orientação sexual e / ou comportamentos sexuais dessa pessoa.

Igualdade - a prática de garantir tratamento igual a todas as pessoas, sem levar em consideração as diversidades individuais e de grupo.

Inclusão - uma abordagem que visa alcançar e incluir todas as pessoas, honrando a diversidade e a singularidade, talento, crenças, experiências, capacidades e modos de vida de indivíduos e grupos.

Interseccionalidade - um termo cunhado pela acadêmica jurídica feminista negra Dra. Kimberlé Crenshaw para descrever as maneiras pelas quais nossas identidades (como raça, gênero, classe, habilidade, etc.) se cruzam para criar sistemas sobrepostos e interdependentes de discriminação ou desvantagem.

Intersexo - uma pessoa nascida com características sexuais (cromossomos, gônadas, hormônios sexuais ou genitais) que não se enquadram nas definições médicas típicas de corpos masculinos ou femininos.

Justiça social - um conceito baseado em uma visão de sociedade em que a distribuição de recursos é equitativa e indivíduos e grupos têm oportunidades iguais, justiça, liberdades civis e participação nos direitos, liberdades e responsabilidades valorizados pela sociedade.

LGBTfobia – preconceito, crime, ódio, repulsa, medo, aversão a tudo que não segue os padrões e conceitos determinados como heterossexuais. É o ato de praticar, induzir ou incitar a discriminação ou preconceito em razão de orientação sexual ou identidade de gênero.

LGBTfobia internalizada - é quando a própria pessoa LGBTQ+ assimila os valores negativos predominantes na sociedade acerca deste tópico e se percebe sob essa ótica. Esse comportamento pode levá-la a adotar atitudes preconceituosas ou até violentas contra outras pessoas LGBTQ+.

Lésbica - uma mulher que se sente atraída por mulheres.

Metrossexual - primeiro usado em 1994 pelo jornalista britânico Mark Simpson, que cunhou o termo para se referir a um homem urbano heterossexual com um forte senso estético que gasta muito tempo e dinheiro em sua aparência e estilo de vida. Este termo pode ser percebido como depreciativo porque reforça os estereótipos que todos os homens gays são conscientes da moda e materialistas.

Microagressão - discriminação sutil e contínua na forma de desrespeitos e indignidades verbais, comportamentais e ambientais.

Misoginia - o ódio e a difamação das mulheres e características consideradas femininas.

MSM - homens que fazem sexo com homens.

Mudança de sexo - historicamente usada para referir-se quando uma pessoa trans realizou o que agora chamamos de procedimentos de afirmação de gênero; esse termo não é utilizado mais, hoje em dia utiliza-se a expressão “afirmação de gênero”.

Mulher para homem (FtM / F2M) - geralmente se refere a uma pessoa trans que foi identificada como mulher no nascimento, mas que se identifica como homem em termos de sua identidade de gênero.

Mulher trans - uma pessoa que foi designada do sexo masculino ao nascer e se identifica como mulher.

Não binário - um termo genérico para identidades de gênero que estão fora do binário homem-mulher.

Normas de gênero - o binário de gênero influencia o que a sociedade considera comportamento, vestimenta, aparência e papéis “normais” ou aceitáveis para mulheres e homens. As normas de gênero são uma força predominante em nossa vida cotidiana. Força, ação e dominância são vistas estereotipadamente como traços “masculinos”, enquanto vulnerabilidade, passividade e receptividade são vistas estereotipicamente como traços “femininos”. Uma mulher que expressa traços masculinos pode ser punida como "excessivamente agressiva", enquanto um homem que expressa traços "femininos" pode ser rotulado como "fraco". As normas de gênero podem contribuir para desequilíbrios de poder e igualdade de gênero no lar, no trabalho e nas comunidades.

Opressão - as maneiras óbvias e sutis pelas quais os grupos dominantes injustamente mantêm status, privilégios e poder sobre os outros, usando ameaças ou força física, psicológica, social ou econômica. Frequentemente, uma ideologia explícita é usada para sancionar a subjugação injusta de um indivíduo ou grupo por um indivíduo ou grupo mais poderoso, o que causa injustiças nas interações cotidianas entre grupos marginalizados e o grupo dominante.

Opressão internalizada - quando os membros de um grupo marginalizado aceitam aspectos negativos dos estereótipos atribuídos a eles

pelo grupo dominante e começam a acreditar que são inferiores. A incorporação por indivíduos dentro de um grupo oprimido de preconceitos contra eles dentro da sociedade dominante pode resultar em ódio a si mesmo, autodissimulação, medo da violência, sentimentos de inferioridade, resignação, isolamento e impotência. É um mecanismo dentro de um sistema opressor para perpetuar o desequilíbrio de poder.

Orientação sexual - a inclinação de um indivíduo para sentir atração sexual ou excitação por um tipo de corpo ou identidade particular. Formas relativamente comuns de orientação sexual incluem heterossexualidade (atração por sexo oposto), homossexualidade (atração pelo mesmo sexo) ou bissexualidade (atração por pessoas do sexo oposto, juntamente com atração por pessoas que são mesmo sexo ou gênero).

Pansexual – considera-se que a pansexualidade é uma orientação sexual, assim como a heterossexualidade ou a homossexualidade. O prefixo *pan* vem do grego e se traduz como “tudo”. Significa que as pessoas pansexuais podem desenvolver atração física, amor e desejo sexual por outras pessoas, independente de sua identidade de gênero ou sexo biológico. A pansexualidade é uma orientação que rejeita especificamente a noção de dois gêneros e até de orientação sexual específica.

Papel de gênero - as expectativas e restrições cultural e historicamente específicas que são impostas a uma pessoa com base no fato de ela ser designada do sexo feminino ou masculino ao nascer. Pode ser fortalecedor, opressor ou neutro.

Passagem - a experiência de ser visto como algo por outras pessoas em um determinado contexto. O significado varia dependendo do contexto em que é usado. Pessoas trans usam a palavra "passar" para significar serem percebidas por outras pessoas como o gênero que elas se identificam e / ou apresentam. Uma pessoa com deficiência que não está usando um dispositivo de mobilidade pode experimentar "passar" por um incapaz. Um homem gay que parece estereotipado como masculino pode ter a experiência de "passar" por heterossexual, apesar de não se identificar dessa forma.

Poliamor - a prática, estado ou capacidade de ter mais de um relacionamento íntimo, sexual e / ou romântico ao mesmo tempo.

Positivo em relação ao sexo - uma atitude que promove e acolhe a diversidade da sexualidade humana, com enfoque; defendendo uma cultura orientada para o consentimento, conscientização sobre sexo seguro e educação sexual abrangente que incorpore métodos imparciais em sua abordagem.

Poz - abreviatura que se refere a uma pessoa HIV positiva.

Queer - um termo genérico usado e reivindicado por alguns cujas orientações sexuais e / ou identidades de gênero estão fora das normas cisgênero / heterossexuais.

Questionando - período em que uma pessoa explora sua própria identidade sexual, orientação e / ou gênero.

Raça - divisões culturalmente ou socialmente construídas da humanidade, com base em características distintas que podem ser baseadas em: fisicalidade, cultura, história, crenças e práticas, idioma, origem, etc.

Sexo biológico - a classificação das pessoas como masculinas, femininas ou intersexuais. O sexo geralmente é atribuído ao nascimento e é baseado em uma avaliação dos sistemas reprodutivos, hormônios, cromossomos e outras características físicas de uma pessoa.

Sexualidade – é o conjunto de todas as nossas características. Passa pela biologia, morfologia e fisiologia de cada indivíduo. É toda a construção interna e externa que cada um desenvolve no decorrer de sua vida.

Straight - uma pessoa que se sente atraída por pessoas do sexo oposto.

Supressão da puberdade - uma prática médica que usa análogos do GnRH para suprimir reversivelmente a puberdade em adolescentes mais jovens com disfunção de gênero para permitir uma maior exploração de questões de identidade de gênero, minimizando o potencial de agravamento da sintomatologia psiquiátrica antes de considerar intervenções mais irreversíveis que podem incluir hormônios de sexo cruzado e / ou cirurgias de afirmação de gênero.

Terapia reparativa - uma abordagem de tratamento proibida em alguns países, em que o resultado desejado era tornar uma pessoa heterossexual.

Tokenismo - a prática de fazer um esforço simbólico para envolver um grupo sub-representado de indivíduos sob o disfarce de inclusão ou igualdade, e é frequentemente visto dentro de um grupo, comitê, organização ou local de trabalho. A ação em si ou o tipo de envolvimento do sub-representado é limitado,

e a falsa aparência de inclusão ou igualdade pode então ser usada para promover uma falsa aparência que oculta questões sistêmicas mais profundas dentro da organização.

Trans - um termo genérico que se refere a pessoas cujas identidades de gênero diferem do sexo que lhes foi atribuído no nascimento. “Trans” pode significar transcender além, existir entre, ou cruzar o espectro de gênero. Inclui, mas não está limitado a pessoas que se identificam como transgêneros, transexuais, não binários ou não conformes de gênero (variante de gênero ou gênero).

Transexual - uma pessoa cuja identidade de gênero difere do sexo atribuído no nascimento. Eles podem ou não ser submetidos a tratamentos de suporte médico para alinhar seus corpos com sua identidade de gênero, como terapia hormonal, cirurgia de redesignação de sexo ou outros procedimentos ou mudanças. Este termo está desatualizado e pode ser considerado ofensivo se alguém não o usar para se referir a si mesmo.

Transfobia - atitudes e sentimentos negativos e a aversão, medo ou ódio ou intolerância de pessoas e comunidades trans. Como outros preconceitos, é baseado em estereótipos e equívocos que são usados para justificar a discriminação, o assédio e a violência contra pessoas trans ou aquelas que são percebidas como trans.

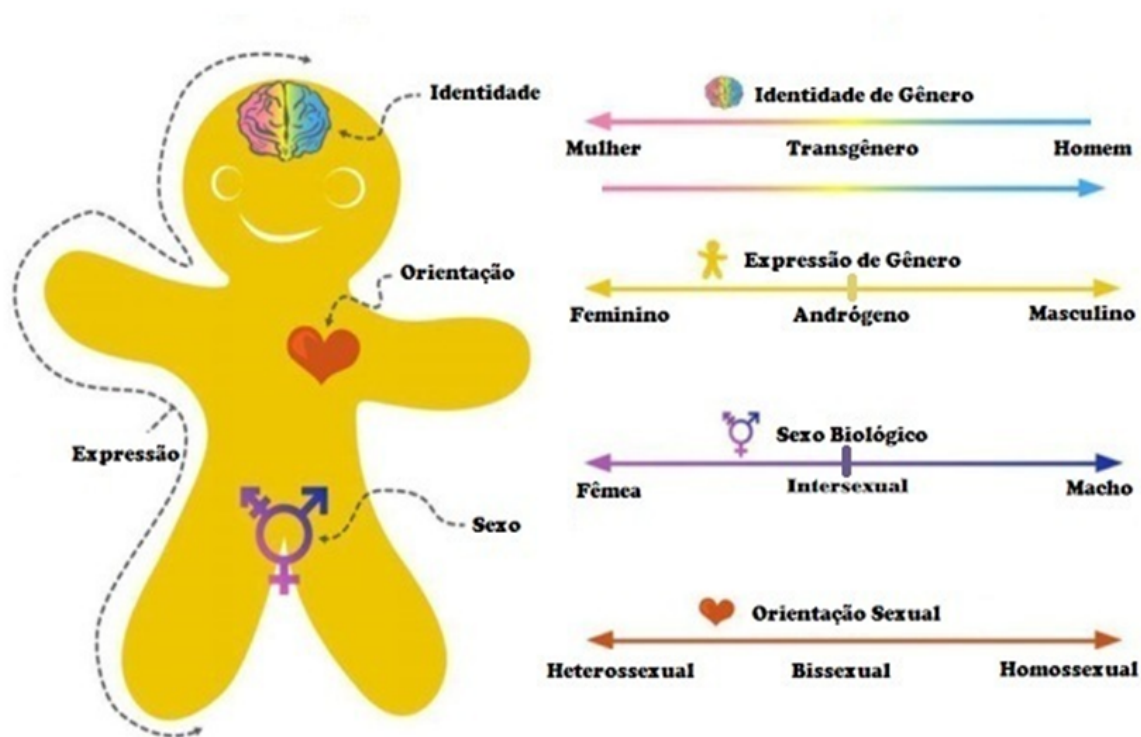
Transição - refere-se a uma série de mudanças sociais, legais e médicas que algumas pessoas trans podem buscar para afirmar sua identidade de gênero.

Transmisoginia - atitudes negativas, expressas por meio de ódio cultural, violência individual e estatal e discriminação dirigida às mulheres trans e pessoas trans e não conforme o gênero na extremidade feminina do espectro de gênero.

Travesti – indivíduo que nasceu com genitália masculina, mas se identifica e se entende como feminino. Se veste como mulher, se comporta como mulher e se sente mulher. Na sociedade, as travestis ainda são vítimas de muito preconceito e violência.

Variante de gênero - uma pessoa que, por natureza ou por opção, não está em conformidade às expectativas de gênero da sociedade (por exemplo, transgênero, transexual, intersexo, genderqueer, cross-dresser, etc.).

WSW - mulheres que fazem sexo com mulheres.



Fonte: <https://tomandolugar.wordpress.com>

Referências

FENWAY INSTITUTE. National LGBT Health Education Center. **Glossary of LGBT Terms**. 2020. Disponível em: <https://www.lgbthealtheducation.org/publication/lgbt-glossary/> Acesso em: 07 jan. 2022.

THE 519 SPACE FOR CHANGE. LGBTQ2S. **Glossary of Terms**. 2020. Disponível em: <https://www.the519.org/education-training/glossary> Acesso em 07 jan. 2022.

Módulo 3 – Política de saúde para a população LGBT+

Objetivo:

- Conhecer os objetivos e diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral a População LGBT vigente no Brasil.

A portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (BRASIL, 2013), institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).

A política é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil é um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade; também é um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade.

Lembramos que a visibilidade das questões de saúde da população LGBT+ ocorreu na década de 1980, com a epidemia de HIV/Aids, logo, o ministério da saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia.

Enfatiza-se que na Constituição Federal de 1988 já descreve que a garantia ao atendimento à saúde é uma prerrogativa de todo cidadão e cidadã brasileiros, respeitando-se suas especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas e sexuais. Corroborando com a descrição da constituição, a Política LGBT traz o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT+. As bases reforçam as mudanças na determinação social da saúde, com intuito da redução das desigualdades relacionadas à saúde deste grupo social, além do respeito sem preconceito e sem discriminação como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde (BRASIL, 2013).

O objetivo geral da política é promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Dentre os objetivos específicos da política temos (BRASIL, 2013):

- i) promover mecanismos de gestão para maior equidade no SUS, com olhar especial na atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT+;
- ii) promover o acesso da população LGBT+ aos serviços de saúde do SUS;
- iii) qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT+;
- iv) monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT+;
- v) assegurar o acesso ao processo transexualizador na rede do SUS;
- vi) promover ações à redução de riscos e ofertar atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;
- vii) promover a redução de danos à saúde da população LGBT+ devido ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos;
- viii) promover estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;
- ix) promover a oferta da atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que fazem parte da população LGBT+;
- x) ofertar assistência integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT+ nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;
- xi) promover ações para a prevenção de novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;
- xii) promover ações para a prevenção de novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;
- xiii) garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT+ no âmbito do SUS;
- xiv) promover ações para a eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT+ nos serviços de saúde;
- xv) garantir o uso do nome social de travestis e transexuais;

- xvi) promover a participação de representações da população LGBTQ+ nos Conselhos e Conferências de Saúde;
- xvii) promover o respeito à população LGBTQ+ em todos os serviços do SUS;
- xviii) promover ações, na prevenção, promoção e recuperação da saúde, para reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais;
- xix) promover a inclusão de ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;
- xx) incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;
- xxi) promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador; e,
- xxii) promover estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBTQ+.

A política dispõe de diretrizes para orientar os gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, são elas (BRASIL, 2013):

- i) respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;
- ii) contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBTQ+ por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho e segurança;
- iii) inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos

- específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;
- iv) eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT+ no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;
 - v) implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis;
 - vi) difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;
 - vii) inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;
 - viii) produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT+; e,
 - ix) fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT+ nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social.

Por fim, a política traz informações sobre as competências de cada esfera de gestão, a federal, a estadual e municipal. Vamos dar uma olhada nas competências municipais conforme a política (BRASIL, 2013).

- i) implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;
- ii) identificar as necessidades de saúde da população LGBT+ no Município;
- iii) promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;

- iv) estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;
- v) articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT+, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;
- vi) incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT+, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;
- vii) implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e,
- viii) apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT+ nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos.

Por mais que haja a legislação vigente desde 2011, a qual dispõe sobre objetivos gerais e específicos, além de competências da atuação de cada esfera de governo voltado para o público LGBT+, ainda há muitas barreiras no sistema para a implementação da portaria, uma vez que muitos gestores não possuem conhecimento sobre a portaria ou não preconizam abordar a mesma e proporcionar educação continuada aos profissionais de saúde sobre essa temática. Maiores ações e atitudes devem ser tomadas pelos gestores e profissionais de saúde para que haja um atendimento equitativo e humanizado.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 1. ed., 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf Acesso em: 03 jan. 2022.

Sugestões

Artigo - Política Nacional De Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais de saúde (2019). Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p463-470>

Artigo - A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios (2017). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>

Artigo - Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2017). Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1923>

Módulo 4 – Competências culturais aos profissionais de saúde

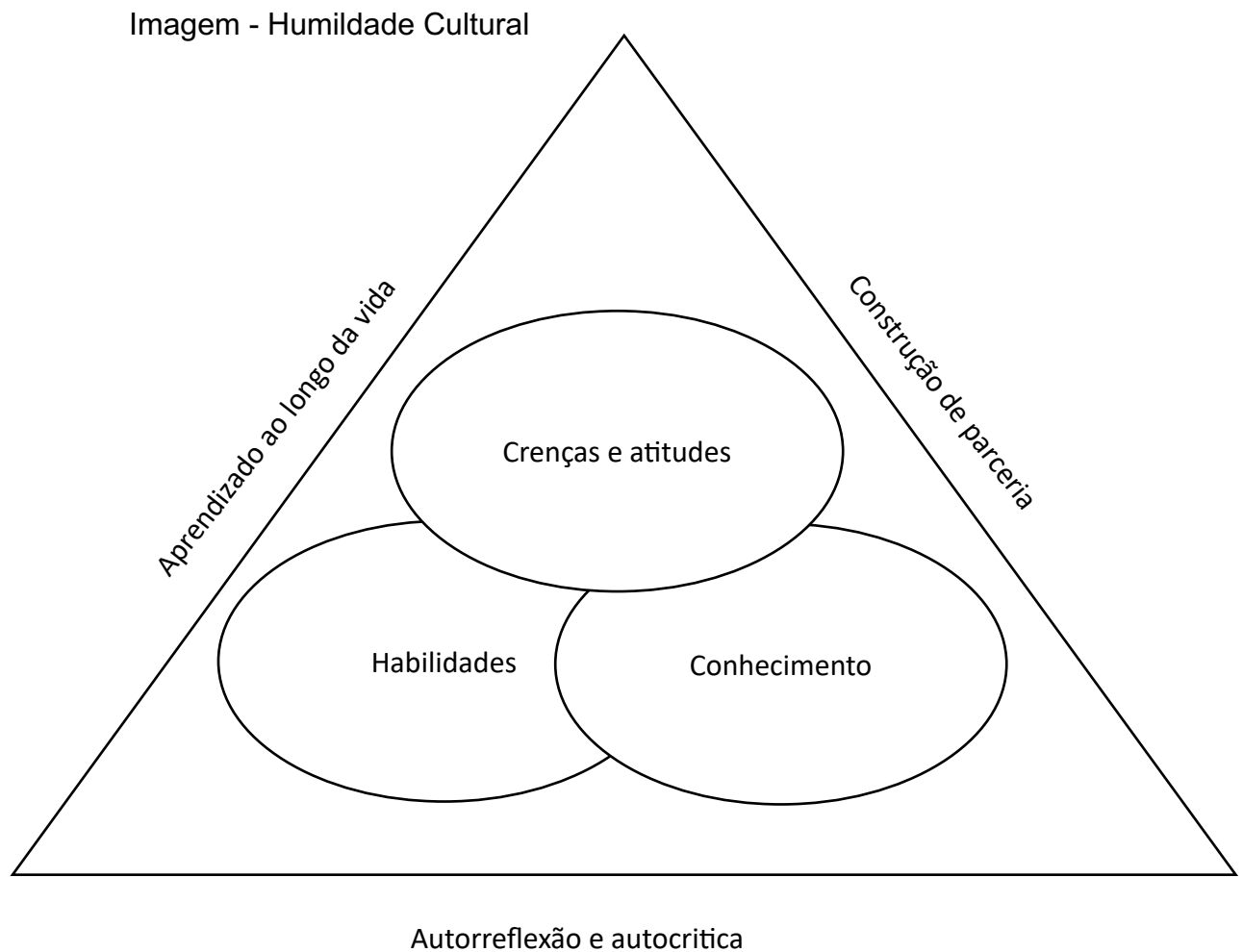
Objetivos:

- Compreender e contextualizar o termo competência cultural;
- Apreender os aspectos da comunicação interpessoal;
- Entender o conceito de microagressões presentes no ambiente de saúde.

Competência cultural

O termo competência cultural é definido como a capacidade de participar de forma ética e eficaz em ambientes interculturais pessoais e profissionais. Os autores Tervalon e Murray-Garcia (1998) descrevem que “a humildade cultural incorpora um compromisso vitalício com a autoavaliação e a autocrítica, para corrigir os desequilíbrios de poder na dinâmica médico-paciente e desenvolver parcerias clínicas e de defesa mutuamente benéficas e não paternalistas com as comunidades em nome de indivíduos e populações definidas.”

Esse processo de competência requer o conhecimento e reflexão sobre os próprios valores culturais e a visão de mundo, além de suas implicações em realizar escolhas respeitadas, reflexivas e racionais, incluindo a capacidade de imaginar e colaborar em contextos transculturais. Este processo é a valorização da diversidade pela riqueza e criatividade que ela traz à sociedade (FORONDA, 2020; GOFORTH, 2016). Verifique a imagem abaixo.



Fonte: Os autores.

Colocar em prática a humildade cultural envolve uma mentalidade flexível, um foco nos outros e em si mesmo (em oposição ao eu apenas) e uma perspectiva de que o valor de todos os seres humanos está em um plano horizontal, o que significa que todos os seres humanos têm valor igual. A humildade cultural envolve interações de apoio, que podem incluir comunicações verbais e/ou não verbais. A humildade cultural é um processo de autorreflexão e aprendizagem ao longo da vida (FORONDA, 2020; GOFORTH, 2016).

Alguns exemplos de competências a serem desempenhadas na assistência ao indivíduo LGBTQ+ (NATIONAL CENTRE FOR CULTURAL COMPETENCE, 2022; ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES, 2014):

-
- Atendimento ao Paciente

**Reúna informações essenciais e precisas sobre os pacientes e suas condições por meio de anamnese, exame físico e uso de dados laboratoriais, imagens e outros testes:*

1. Extraíndo de forma sensível e eficaz informações relevantes sobre anatomia sexual, desenvolvimento sexual, comportamento sexual, história sexual, orientação sexual, identidade sexual e identidade de gênero de todos os pacientes de maneira apropriada ao desenvolvimento.
2. Realizar um exame físico completo e preciso com sensibilidade para questões específicas dos indivíduos em estágios ao longo da vida. Isso inclui saber quando os detalhes do exame são essenciais e quando podem ser desnecessariamente traumatizantes (como pode ser o caso, por exemplo, de exames genitais repetidos por vários profissionais).

** Tomar decisões informadas sobre intervenções diagnósticas e terapêuticas com base nas informações e preferências do paciente, evidências científicas atualizadas e julgamento clínico:*

3. Descrevendo as necessidades especiais de saúde e as opções disponíveis para atendimento de qualidade para pacientes transgêneros (por exemplo, aconselhamento especializado, supressão puberal, terapias hormonais eletivas e não eletivas, cirurgias eletivas e não eletivas, etc.).
 - *Aconselhar e educar os pacientes e suas famílias para capacitá-los a participar de seus cuidados e permitir a tomada de decisão compartilhada:*
4. Avaliar necessidades únicas e adaptando o exame físico e as recomendações de aconselhamento e tratamento para qualquer um dos indivíduos descritos anteriormente, levar em consideração as necessidades especiais.
5. Reconhecer os riscos e desafios únicos à saúde frequentemente encontrados pelos indivíduos descritos anteriormente, bem como seus recursos e adaptar as mensagens de saúde e os esforços de aconselhamento no intuito de aumentar a capacidade de resiliência e reduzir comportamentos de alto risco.

**Fornecer serviços de saúde a pacientes, famílias e comunidades com o objetivo de prevenir problemas de saúde ou manter a saúde por meio de:*

6. Fornecer cuidados primários eficazes e orientação antecipada utilizando testes de triagem, intervenções preventivas e manutenção de cuidados de saúde (por exemplo, triagem de todos os indivíduos para violência e abuso entre parceiros; avaliar risco de suicídio em jovens que não estão em conformidade com o gênero e/ou se identificam como gays, lésbicas,

bissexuais e/ou transgêneros; e realizar exames para pacientes transgêneros conforme apropriados para cada paciente.

- Conhecimentos para a Prática em Saúde

** Aplicar princípios científicos biofísicos estabelecidos e emergentes fundamentais para a assistência à saúde de pacientes e populações:*

1. Definindo e descrevendo as diferenças entre: sexo e gênero; expressão de gênero e identidade de gênero; discordância de gênero, inconformidade de gênero e disforia de gênero; e orientação sexual, identidade sexual e comportamento sexual.
2. Compreender o desenvolvimento sexual típico (masculino e feminino).
3. Entender e explicar como os estágios de desenvolvimento físico e identitário ao longo da vida afetam as populações acima descritas e como as necessidades de saúde e a prática clínica são afetadas por esses processos.

**Aplicar os princípios das ciências sociocomportamentais à prestação de cuidados ao paciente, incluindo a avaliação do impacto das influências psicossociais e culturais na saúde, doença, procura de cuidados, adesão ao cuidado e barreiras e atitudes em relação ao cuidado:*

4. Compreender e descrever fatores históricos, políticos, institucionais e socioculturais que podem estar na base das disparidades de atenção à saúde vivenciadas por estas populações.

- Aprendizado e Aperfeiçoamento Baseados na Prática em Saúde

**Identificar pontos fortes, deficiências e limites em seu conhecimento e experiência ao:*

1. Reconhecer, avaliar e desenvolver criticamente estratégias para mitigar o desequilíbrio de poder inerente entre profissional e paciente ou entre profissional e pais/responsáveis, e reconhecer como esse desequilíbrio pode afetar negativamente o encontro clínico e os resultados dos cuidados de saúde para os indivíduos.
2. Demonstrar a capacidade de obter feedback dos indivíduos sobre sua experiência nos sistemas de saúde e com os profissionais, e identificar oportunidades para incorporar esse feedback como meio de melhorar o atendimento (por exemplo, modificação de formulários de admissão, fornecimento de acesso a banheiros de gênero neutro, etc.).

**Localizar, avaliar e assimilar evidências de estudos científicos relacionados aos problemas de saúde dos pacientes:*

3. Identificar questões clínicas importantes à medida que surgem no contexto de atendimento aos indivíduos e usando a tecnologia para encontrar evidências de estudos científicos na literatura e/ou diretrizes clínicas existentes para informar a tomada de decisões clínicas e melhorar os resultados de saúde.

- Habilidades Interpessoais e de Comunicação

**Comunicar-se efetivamente com pacientes, famílias e o público, conforme apropriado, em uma ampla gama de origens socioeconômicas e culturais:*

1. Desenvolver relacionamento com todos os indivíduos (paciente, familiares e/ou membros da equipe de saúde), independentemente das identidades de gênero, expressões de gênero, tipos de corpo, identidades sexuais ou orientações sexuais de outras pessoas, para promover trocas interpessoais respeitadas e afirmativas, inclusive mantendo-se atualizado com a terminologia em evolução.
2. Reconhecer e respeitar a sensibilidade de certas informações clínicas relativas ao atendimento das populações de pacientes descritas acima e envolver o paciente (ou o responsável de um paciente pediátrico) na decisão de quando e como comunicar essas informações a outras pessoas.

**Demonstrar discernimento e compreensão sobre emoções e respostas humanas às emoções que permitem desenvolver e gerenciar interações interpessoais:*

3. Entender que preconceitos e suposições implícitos (ou seja, automáticos ou inconscientes) sobre sexualidade, gênero, orientação sexual e anatomia sexual podem afetar negativamente estratégias de comunicação não-verbal e/ou escrita envolvidas no atendimento ao paciente e engajar-se em processos de autorreflexão corretivos eficazes para mitigar esses efeitos.
4. Identificar padrões de comunicação no ambiente de saúde que possam afetar negativamente o atendimento das populações descritas e aprender a lidar efetivamente com essas situações para proteger os pacientes dos efeitos nocivos de preconceitos implícitos ou atos de discriminação.

- Profissionalismo

**Demonstrar sensibilidade e capacidade de resposta a uma população diversificada de pacientes, incluindo, mas não se limitando a, diversidade de gênero, idade, cultura, raça, religião, deficiências e orientação sexual:*

1. Reconhecer e abordar com sensibilidade todos os pacientes e familiares tradições e crenças de cura, incluindo crenças relacionadas à saúde, e entender como elas podem moldar reações a diversas formas de sexualidade, comportamento sexual, orientação sexual, identidade de gênero, expressão de gênero e desenvolvimento sexual.

**Demonstrar respeito pela privacidade e autonomia do paciente:*

2. Reconhecer os aspectos únicos de confidencialidade em relação a questões de gênero, sexo e sexualidade, especialmente para os pacientes descritos acima, em todo o espectro de desenvolvimento, e empregar práticas adequadas de consentimento.

**Demonstrar responsabilidade perante os pacientes, a sociedade e a profissão:*

3. Aceitar a responsabilidade compartilhada pela eliminação de disparidades, preconceitos evidentes (por exemplo, discriminação) e desenvolver políticas e procedimentos que respeitem os direitos de autodeterminação de todos os pacientes.
4. Compreender e abordar os desafios especiais enfrentados por profissionais de saúde, a fim de promover um ambiente de assistência à saúde que promova o uso de políticas que eliminem disparidades (por exemplo, políticas de não discriminação de funcionários, etc.).

- Prática Baseada em Sistemas

**Defender atendimento de qualidade ao paciente e sistemas ideais de atendimento ao paciente:*

1. Explicar e demonstrar como lidar com questões legais e políticas especiais (por exemplo, limitações de seguro, falta de benefícios de parceiros, políticas de visitação e não discriminação, discriminação contra filhos de pais do mesmo sexo, políticas de bullying escolar).

**Coordenar o atendimento ao paciente dentro do sistema de saúde relevante para sua especialidade clínica:*

2. Identificar e usar adequadamente recursos especiais disponíveis para apoiar a saúde dos indivíduos (por exemplo, programas direcionados para cessação do tabagismo, tratamento de abuso de substâncias e apoio psicológico).
3. Identificar e fazer parcerias com recursos comunitários que oferecem apoio aos indivíduos (por exemplo, centros de tratamento, prestadores de cuidados, ativistas comunitários, grupos de apoio, advogados) para ajudar

a eliminar preconceitos dos cuidados de saúde e atender às necessidades da comunidade.

**Participar na identificação de erros do sistema e na implementação de possíveis soluções de sistemas:*

4. Explicar como a homofobia, transfobia, racismo, heterossexismo e sexismo afetam as desigualdades, custos e resultados dos cuidados de saúde.
5. Descrever estratégias que podem ser usadas para implementar reformas nas instituições de saúde existentes para melhorar o atendimento às populações descritas acima, como formar uma rede de apoio LGBTQ+, revisar políticas desatualizadas de não discriminação.

**Incorporar considerações de conscientização de custos e análise de risco-benefício no atendimento ao paciente e/ou à população:*

6. Demonstrar a capacidade de realizar uma análise de risco/benefício apropriada para intervenções onde falta prática baseada em evidências, como no atendimento de famílias com crianças pré-púberes não conformes ao gênero ou famílias com adolescentes púberes não conformes ao gênero.

- Colaboração Interprofissional

**Trabalhar com outros profissionais de saúde para estabelecer e manter um clima de respeito mútuo, dignidade, diversidade, integridade ética e confiança ao:*

1. Valorizar a importância da comunicação e colaboração interprofissional na prestação de cuidados culturalmente competentes e centrados no paciente e nos indivíduos e participar efetivamente como membro de uma equipe interdisciplinar de saúde.

- Desenvolvimento Pessoal e Profissional

**Praticar flexibilidade e maturidade para se ajustar à mudança com a capacidade de alterar o próprio comportamento:*

1. Reconhecer criticamente, avaliar e desenvolver estratégias para mitigar os próprios preconceitos implícitos (ou seja, automáticos ou inconscientes) na prestação de cuidados ao paciente e reconhecendo a contribuição do viés para o aumento do risco iatrogênico e das disparidades de saúde.

Aspectos da comunicação interpessoal

Comunicar é o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, sejam eles símbolos ou sinais. Compreende-se por signos estímulos que transmitem uma mensagem; por símbolos – signos que têm uma única decodificação possível; e sinais – são signos que têm mais de um significado (SILVA, 2002).

A comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face-a-face, ocorrendo o envolvimento de tentativas de compreender o outro comunicador e de se fazer compreendido. Ainda, devemos incluir a percepção da pessoa, a possibilidade de conflitos – podem ser intensificados ou reduzidos pela comunicação – e de persuasão (SILVA, 2002).

A comunicação segundo Silva (2002) é dividida em:

- Comunicação verbal – refere-se às palavras expressas por meio da fala ou escrita;

- Comunicação não verbal – não está associado a palavras e ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal.

Em sua maior porcentagem, a comunicação ocorre no contexto não verbal, fator que pode intensificar o vínculo de confiança no ato de cuidado entre profissional e indivíduo, ou este fator pode intensificar a desvinculação e a falta de confiança em prosseguir com o acompanhamento. Fatores que necessitam ser observados pelos profissionais para que seus comportamentos não interfiram no cuidado com o paciente (SILVA, 2002).

Elementos da comunicação

Contexto ou situação

Quem

(emissor/receptor)

tem algo a transmitir

(mensagem)

para quem

(receptor/emissor)

de alguma maneira

(canal)

gerando um efeito

(resposta)

Microagressões

O termo microagressões é descrito como comportamentos que decorrem de preconceitos implícitos e ocorrem em um nível interpessoal. O viés implícito refere-se a estereótipos inconscientes, suposições e crenças mantidas sobre a identidade de um indivíduo. Na área da saúde, microagressões e preconceitos implícitos podem ser encontrados ao longo do processo de ensino-aprendizagem dos profissionais e na prática clínica, nas interações com colegas, chefias, pacientes e familiares dos pacientes. As microagressões afetam negativamente o físico, o mental e o bem-estar emocional do indivíduo (FEASTER; McKINLEY-GRANT; McMICHAEL, 2021).

Exemplos de microagressões na área da saúde incluem comentários humilhantes, desrespeito não verbal, generalizações de identidade social, suposição de status, comportamento de questionamento de papéis ou credenciais, injúrias explícitas, rejeição de cuidados, questionamentos, questionamentos de origem étnica/racial e comportamento sexual (FEASTER; McKINLEY-GRANT; McMICHAEL, 2021).

Alguns tópicos nesse contexto de microagressões na área da saúde:

- Presumir que a orientação sexual é a causa de todos os problemas apresentados;
- Orientar paciente para evitar e minimizar as relações sexuais;
- Super identificar pessoas como LGBT+;
- Fazer suposições estereotipadas sobre os indivíduos LGBT+;
- Utilizar expressões de viés heteronormativo;
- Supor que os indivíduos LGBT+ precisam de tratamento psicoterapêutico;
- Avisar sobre os perigos de se identificar como LGBT+.

Exemplos

- Mulher de 32 anos, revelou ao profissional de saúde sobre sua imensa dor em torno de seu rompimento com sua primeira namorada. O profissional terapeuta moralizou “isso é o que você ganha”.

- Homem de 29 anos, cresceu na zona rural, ao conversar com o profissional de saúde que pensou que ele poderia ser gay, o profissional incentivou o paciente a “rezar para longe do gay”.

Referências

ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. **Implementing Curricular and Institutional Climate Changes to Improve Health Care for Individuals Who Are LGBT, Gender Nonconforming, or Born with DSD.** Washington: AAMC, 2014. Disponível em: https://store.aamc.org/downloadable/download/sample/sample_id/129/ Acesso em: 20 mai 2022.

FEASTER, B.; MCKINLEY-GRANT, L.; McMICHAEL, A. J. Microaggressions in Medicine. **Cutis**, 107(5), 235-237, 2021. doi: [10.12788/cutis.0249](https://doi.org/10.12788/cutis.0249)

FORONDA, C. A Theory of Cultural Humility. **Journal of Transcultural Nursing**, 31(1), 7-12, 2020. doi: <https://doi.org/10.1177/1043659619875184>

GOFORTH, A. N. A cultural humility model of school psychology training and practice. *Trainer's Forum*, 34(1), 3-24, 2016.

NATIONAL CENTRE FOR CULTURAL COMPETENCE. **What is cultural competence?** 2022. Disponível em: <https://www.sydney.edu.au/nccc/about-us/what-is-cultural-competence.html> Acesso em 20 maio 2022.

SILVA, M. J. P. Comunicação tem remédio: **A comunicação nas relações interpessoais em saúde.** 10 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

TERVALON, M.; MURRAY-GARCIA, J. Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, 9(2):117–125, 1998. doi:<http://dx.doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>.

Módulo 5 – Envelhecimento da população LGBT+

Objetivos:

- Proporcionar uma abordagem geral sobre o envelhecimento da população LGBT+;
- Disponibilizar recomendações para os profissionais de saúde ao abordar a pessoa idosa LGBT+;
- Realizar autorreflexão sobre atendimento à pessoa idosa LGBT+.

“O homem envelhece não só em função do corpo, mas também da mente e do olhar da sociedade. É preciso observar que a noção de envelhecimento não representa apenas a passagem do tempo cronológico, mas também a percepção que temos nesta passagem de tempo” (KAMKHAGI, 2007).

Vamos refletir...

- 1 - Como minhas crenças influenciam nas minhas decisões profissionais?
- 2 - Quais são os custos de manter ou mudar minhas crenças?
- 3 - O que eu poderia ganhar mudando minhas crenças?
- 4 - Converse com seus colegas de trabalho sobre como vocês podem tornar seu ambiente de trabalho mais seguro e acolhedor para pessoas LGBT+.

Envelhecer

O envelhecimento humano ainda prevalece com um olhar heterocisnormativo, fator que omite possibilidades e identidades sexuais das pessoas idosas LGBT+. A literatura evidencia uma prevalência maior de depressão, ideação suicida, obesidade, sedentarismo e uso ou abuso de álcool, tabaco e substâncias psicoativas em pessoas LGBT+. Desigualdades no acesso aos serviços de saúde associadas com um pior controle de doenças crônicas podem influenciar negativamente no processo de envelhecimento desses indivíduos (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021).

As velhices de LGBT+ expressam uma dupla invisibilidade na sociedade. Por um lado, por serem expressões de experiências e identidades sexuais não hegemônicas, por outro, pela marginalização e desvalorização dos idosos, fazendo com que esse tema esteja ausente tanto da pauta de quem defende as

peessoas idosas, quanto de quem milita pelos direitos dos indivíduos LGBT+ (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021).

A história do movimento LGBT+ no Brasil, similar do contexto mundial, é marcado por opressões e de um viés patológico das pessoas não heteronormativas; logo, essa geração de pessoas idosas teve sua orientação sexual e/ou identidade de gênero reprimidas por opressões, medos ou culpas, favorecendo o desenvolvimento da homofobia internalizada (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021).

Por isso, iniciativas que busquem a ruptura de construções opressoras e que avancem na luta por direitos das pessoas idosas LGBT+ são tão importantes, incluindo também outros marcadores da diferença como raça, renda, escolaridade, gênero e moradia (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021).

Ressalta-se que ainda é frequente e há índices elevados de solidão e isolamento social nas pessoas idosas LGBT+. É fundamental o direcionamento de políticas públicas para pessoas idosas LGBT+ a fim de diminuir este isolamento social e solidão, fatores com possíveis impactos na saúde cardiovascular, mental e na mortalidade deste grupo (COSTA, 2021).

As pessoas idosas LGBT+ também apresentam frequentemente dificuldades de encontrar uma moradia digna, seja por questões individuais (limitações físicas e arquitetônicas), por questões programáticas (ausência de políticas de moradia direcionadas às pessoas idosas) ou sociais (pobreza, desemprego, ausência de previdência social, etc.). Fatores que impactam ainda mais negativamente nos que necessitam de algum grau de cuidado diário e precisam buscar Instituições de Longa Permanência (ILPI) ou *cohousing* (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021; SILVA JUNIOR et al., 2021).

Relativo ao envelhecer trans, no Brasil o número de idosos transexuais e travestis é pequeno, uma vez que a expectativa da população trans está em torno de 35 anos. Neste contexto, o envelhecimento trans é marcado por desafios e dificuldades. Há maiores taxas de desemprego, subemprego, violência e menor acesso a saúde em comparação as pessoas cis. Associa-se isso a falta de cuidado inclusivo em saúde ao idoso trans e a falta de conhecimento a respeito de hormonização em longo prazo, além dos impactos das cirurgias de modificações corporais na terceira idade. Ressalta-se que essas pessoas idosas possuem maior chance de viverem um isolamento, inclusive

dentro da comunidade LGBTQ+, por estigmas e preconceitos intracomunitários (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021).

Alguns conceitos a serem empregados com um olhar ao envelhecimento (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021; SILVA JUNIOR et al., 2021).

Conceito	Aplicação
Promover visibilidade	Cartazes, revistas
Oferecer programação ou eventos com temática LGBTQ+	Noite de cinema, clube do livro
Fornecer acesso a preservativos, lubrificantes e informações sobre saúde sexual	Em potes nas mesas, panfletos, folhetos, aulas
Desenvolver, aplicar e publicar políticas inclusivas	Trabalhar com a administração
Realizar treinamento de funcionários sobre cuidados LGBTQ+	Ofertas de cursos, palestrantes
Contratar funcionários	LGBTQ+ com o RH
Interromper e confrontar atitudes, declarações e ações anti-LGBTQ+	Aplicar políticas de não discriminação
Criar oportunidades de privacidade	Permitir tempo pessoal/privado

Saúde Mental

No contexto da saúde mental há maior prevalência de depressão, risco de suicídio e de uso e abuso de substâncias psicoativas na população LGBTQ+ devido ao estresse de minorias. Na população idosa LGBTQ+ esse risco pode ser agravado pelo isolamento social e por comorbidades clínicas, como dor crônica, perda de funcionalidade e situação de luto. Situações de violência por cuidadores, abandono pela família e ter que “retornar ao armário” ao ser institucionalizado são fatores-gatilho e perpetuadores do sofrimento mental e risco de suicídio (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021).

Relacionado as demências, a população idosa LGBTQ+ encontra-se sob maior risco de apresentar fatores modificáveis para a ocorrência de demências, como obesidade, diabetes, hipertensão, baixa escolaridade, déficit auditivo não tratado, tabagismo, depressão, inatividade física e isolamento social, devido as

maiores disparidades de acesso aos serviços de saúde, tanto por questões institucionais quanto sociais e individuais (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021).

Conforme os problemas de memória e déficits cognitivos avançam, a pessoa pode se esquecer da pessoa com que ela se sente confortável em falar sobre sua sexualidade e isso pode vir a ser causa de angústias. A depender do estágio da demência que uma pessoa trans se encontra, ela pode não se lembrar do uso da hormonização habitual ou ter memórias apenas do período antes da transição, levantando-a a questões relacionadas à aceitação do próprio corpo (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021).

Saúde Sexual

Sobre a saúde sexual, os profissionais de saúde precisam ter ciência que a penetração não é a única fonte produtora de satisfação e que a presença de dificuldades de ereção, secura vaginal, e incontínências tendem a ser mais prevalentes em pessoas idosas, embora não deva ser considerado “normal”. Essas questões devem ser abordadas numa concepção da sexualidade que considere o prazer sexual de forma ampliada, incluindo a possibilidade de preliminares, toque e a penetração, se for desejada. Mudanças no ciclo da resposta sexual das pessoas idosas devem ser abordadas e explicadas, como maior tempo para atingir excitação e maior latência da fase de resolução da resposta do ciclo sexual. Os profissionais de saúde devem criar um ambiente acolhedor para abordar a sexualidade do idoso, perguntando sobre prazer e desejo, parcerias, as práticas sexuais, prevenção de ISTs, e uso seguro dos acessórios sexuais, preservativos e lubrificantes. Relativo à profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) podem ter seu papel, mas a maioria dos estudos avaliaram a sua eficácia em pessoas com menos de 50 anos de idade (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021).

Alguns aspectos na abordagem à Saúde Sexual (HARDACKER; RUBINSTEIN; HOTTON; HOULBERG, 2013):

- **Redução de Danos:** conheça as pessoas onde elas estão; honrar a capacidade dos pacientes de fazer escolhas sobre o que é melhor para eles; fornecer educação, ferramentas e apoio para fazer essas escolhas.

- **Cuidado informado ao trauma:** entender que qualquer paciente pode ter histórico de trauma, inclusive em ambientes médicos; minimizar a retraumatização.
- **Positividade sexual:** concentre-se em ajudar as pessoas a ter relacionamentos saudáveis com o sexo, seja o que for para cada indivíduo.
- **Crie espaços seguros:** impede que idosos LGBTQ+ voltem ao “armário”. Apoia idosos que estão questionando sua orientação sexual ou identidade de gênero. Diminui o isolamento porque é seguro criar comunidade

Mitos da Transição (HARDACKER; RUBINSTEIN; HOTTON; HOULBERG, 2013)

- Todas as pessoas trans querem tomar hormônios e fazer cirurgia.
- Todas as pessoas trans sentem que estão no corpo “errado”.
- Todas as pessoas trans querem “passar” pelo gênero com o qual se identificam.
- A identidade de gênero sempre corresponde à expressão de gênero (ou seja, todas as mulheres trans são muito femininas, os homens trans são muito masculinos, as pessoas gender queer são andróginas.
- Todas as pessoas trans são heterossexuais (ou seja: homens trans são sempre atraídos por mulheres, mulheres trans são sempre atraídas por homens).

Cuidados Paliativos

Cuidados paliativos, a sexualidade deve ser entendida como um componente nuclear da vida de todos os seres humanos, e, portanto, deve ser incluída nos planos de cuidados paliativos. Ela não se resume apenas ao ato sexual, mas também ao contato íntimo, a proximidade física e a conexão emocional, os quais se tornam mais importantes nos últimos estágios da vida. Logo, muitas pessoas LGBTQ+ acabam se privando destes aspectos e não lhes é proporcionado uma morte com dignidade (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021).

Declare documentos específicos que permitam que uma pessoa especifique seus desejos de cuidados de saúde caso ela se torne incapaz de

tomar ou comunicar suas próprias decisões. Também, haja um testamento vital, o qual permita que um indivíduo especifique preferências de tratamento se ficar incapacitado (ou seja: quais tratamentos você faz e não deseja mantê-lo vivo, doação de órgãos, controle da dor); ainda, tenha uma procuração para Saúde: permite que um indivíduo designe quem tomará suas decisões médicas se não puder tomar decisões ou comunicá-las (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021).

Violência

O fenômeno da violência contra a pessoa idosa é definido por forma de abuso físico, psicológico, sexual, financeiro, negligências, violência institucional, por manifestações de ageísmo, e são fatores que constituem questões complexas de saúde pública, com consequências não só em saúde mental, mas também física e em morbimortalidade. Os profissionais de saúde devem atuar na prevenção de ocorrências de violência em pessoas idosas, estar atentos aos sinais de violência na pessoa idosa, além de realizar adequadamente as denúncias e notificações dos casos suspeitos ou ocorrência (CRENITTE; KAMKHAGI; COSTA, 2021).

Recomendações para Profissionais de saúde (HARDACKER; RUBINSTEIN; HOTTON; HOULBERG, 2013)

Linguagem respeitosa:

– Use pronomes e nomes corretos – em vez de perguntar “qual é o seu nome verdadeiro”, pergunte “qual é o nome/ como gostaria de ser chamado(a)”.

• Faça perguntas com base na necessidade de saber:

–Não há necessidade de perguntar sobre hormônios, a menos que você esteja manuseando medicamentos.

-Não há necessidade de perguntar sobre cirurgias, a menos que realize procedimentos específicos de sexo, mamografia, como identidade, não sexo atribuído no nascimento. Se for fornecida assistência com banho e cuidados pessoais, a equipe deve receber treinamento sobre como o corpo de uma pessoa pode não corresponder à sua identidade de gênero e/ou expressão de gênero.

•Usar abordagem interdisciplinar para atender a múltiplas necessidades (ex: médico, farmacêutico, assistente social, coordenador de cuidados).

- Desenvolver parcerias entre organizações LGBT+ e prestadores de serviços de envelhecimento.

- Instituir políticas específicas de não discriminação LGBT+.

Melhor prática: falar sobre saúde sexual (HARDACKER; RUBINSTEIN; HOTTON; HOULBERG, 2013)

Linguagem introdutória: **explique** por que você está fazendo perguntas sobre histórico sexual, peça **consentimento** e pergunte sobre **preferências** (nome, pronomes, palavras para partes do corpo)

- Parceiros: pergunte **quantos** parceiros no mês passado, quais **gêneros** seus parceiros se identificam com e respeitar **diferentes tipos de relacionamentos** (sério, casual, aberto, trabalho sexual)

- Práticas: pergunte que **tipos de sexo** as pessoas têm, que **partes do corpo** elas usam para fazer sexo e use perguntas **abertas** já discutidas

- Proteção contra ISTs: pergunte sobre **uso de barreiras** com diferentes tipos de sexo

- Prazer: pergunte se as pessoas estão tendo problemas de ereção ou orgasmo, ou sentindo dor durante o sexo

Exercícios reflexivo

1 -Após o falecimento de seu companheiro de 30 anos de idade, Sara muda de residência e passa a residir em uma Instituição de Longa Permanência para idosos. Para se sentir mais em casa, ela coloca uma foto sua e de seu parceiro ao lado da cama. Quando um membro da equipe chega para ver como ela está, ele vê a foto e pergunta: “É sua irmã?” Sara fica nervosa porque, se ela contar a verdade ao funcionário, ela pode ser discriminada e, em vez disso, apenas diz a ele que a mulher na foto é sua amiga.

2 - Ella é uma mulher transexual que vai a uma clínica de enfermagem especializada para se recuperar de uma cirurgia de substituição do joelho. Seu fisioterapeuta nunca conheceu uma pessoa transgênero e está muito curioso. Ela diz a Ella que nunca teria adivinhado que Ella era transgênero e pergunta se ela fez uma cirurgia de mudança de sexo. Ella fica chateada e lembra firmemente ao fisioterapeuta que ela está lá por causa do joelho.

3- Terrence é um homem gay de 70 anos que marca uma consulta com um novo médico depois que seu médico anterior muda para um consultório diferente. O novo médico acha que a homossexualidade é um pecado, mas quer cuidar igualmente de todos os seus pacientes. Durante o exame, o médico é educado, mas evita fazer contato visual com Terrence e se apressa no exame físico. Ele decide pular perguntas sobre a família e o histórico sexual de Terrence, assumindo que um homem de 70 anos tem baixo risco de contrair ISTs. O médico se congratula por tratar um paciente a quem tinha objeções morais, mas Terrence sai da consulta sentindo-se magoado e abalado.

Referências

CRENITTE, M. R. F.; KAMKHAGI, D.; COSTA, A. C. O. Envelhecimento das pessoas LGBTQIA+. *In*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. (Org.). **Saúde LGBTQIA+: Práticas de Cuidado Transdisciplinar**. 1 ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p.139-146.

HARDACKER, C.; RUBINSTEIN, B.; HOTTON, A; HOULBERG, M. Adding silver to the rainbow: the development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum. **Journal of Nursing Management**, 22(2), 2013.doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12125>

KAMKHAGI, D. O Envelhecimento como metáfora de morte: A clínica do envelhecer. Orientador: Alfredo Naffah Neto. 2007. 247f. Tese de Doutorado - Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp039765.pdf> Acesso em: 20 maio 2022.

SILVA JUNIOR, J. R.; FRANÇA, L. D.; ROSA, A.; NEVES, V. R.; SIQUEIRA, L.D'E. Assistência à saúde de residentes LGBTI+ em Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN**, 74(Supl 2), e20200403, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0403>

Sugestões

Filme – Marguerite (2015)
Série - Gracie e Frankie (2015)
Documentário - Gen Silent (2010)

Módulo 6 – Saúde mental e o indivíduo LGBT+

Objetivos:

- Conhecer os fatores de vulnerabilidade e de resiliência da população LGBT+;
- Reconhecer a ocorrência de autolesão não suicida e prover recomendações práticas;
- Obter conhecimento para uma abordagem geral das substâncias psicoativas e a redução de danos.

Modelo de Estresse de Minorias

O modelo do estresse de minorias fornece uma abordagem conceitual para entender as disparidades de saúde relacionadas à população LGBT+. De acordo com esse modelo, as minorias sexuais experimentam, ao longo de suas vidas, estressores específicos e crônicos (ex. homofobia internalizada), o que estaria relacionado aos efeitos danosos à sua saúde mental. Quando um indivíduo é pertencente a uma minoria, numa sociedade discriminatória e estigmatizante, o conflito entre ele e a cultura dominante pode ser oneroso, sendo o estresse resultante significativo (BRANQUINHO; BENEDITO; CIASCA, 2021).

O modelo de estresse de minorias pressupõe que as pessoas LGBT+ estão submetidas a um estresse adicional em relação aos experiências dos pela população geral. O modelo descreve três grandes grupos relacionados ao estresse: LGBTfobia internalizada, estigma e experiências de violência e preconceito (BRANQUINHO; BENEDITO; CIASCA, 2021).

- **LGBTfobia internalizada:** refere-se ao direcionamento a si mesmo de atitudes negativas da sociedade. Mesmo antes de perceber sua própria diversidade, as pessoas LGBT+ internalizam atitudes discriminatórias presentes na sociedade dominante, para quem a cisheterossexualidade é a norma, o “correto”. Alguns exemplos de sintomas LGBTfobia internalizada: a) negação da própria identidade de gênero ou orientação sexual; b) falta de reconhecimento das próprias atrações sexuais e românticas; c) tentativas de passar por heterossexual e/ou cisgênero, podendo se relacionar e casar com outras pessoas de outro gênero para ter aceitação social; d) sentir que nunca é

“suficientemente bom/boa”, com maior tendência a perfeccionismo; e) fraco sucesso escolar e/ou profissional, ou sucesso excepcional, como forma de compensação, para ser aceito ou reconhecido; f) tornar-se psicológica ou fisicamente abusivo; e, g) permanecer em um relacionamento abusivo.

- Estigma: para um indivíduo LGBTQ+, crescer e viver em uma sociedade preconceituosa, na qual ele sabe que terá problemas ao revelar sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, pode trazer impactos negativos sobre sua saúde mental. O pesquisador Erving Goffman (1964), em seus estudos percebeu que um nível de estigma percebido levaria a uma hipervigilância, assim como altas expectativas de rejeição, discriminação e violência, e uma sensação constante de medo e desconfiança. Essa vigilância crônica exige o gasto de energias e recursos consideráveis para se adaptar ao meio. Algumas técnicas utilizadas para se adaptar, por exemplo, seriam a de tentar “se esconder” para não serem notados entre as pessoas ou monitoramento constante de suas atitudes, modos de vestir, andar, falar, tudo para que os outros não “descubram” sua condição de LGBTQ+.

- Experiências de violência e preconceito: as experiências de violência e preconceito sofridas pela população LGBTQ+ acontecem desde muito cedo e são as formas explícitas de estresse de minorias. Bullying na escola, agressões físicas e verbais no ambiente doméstico ou fora dele, vivência de menos direitos e privilégios que os cidadãos cis e heterossexuais, são experiências vividas pela população LGBTQ+ que têm efeitos negativos sobre a saúde mental.

A tabela a seguir mostra alguns fatores de vulnerabilidade e de resiliência (BRANQUINHO; BENEDITO; CIASCA, 2021; DYCK, 2012)

Fatores de vulnerabilidade	Fatores de resiliência
- situação socioeconômica ruim	- rede de apoio do grupo minoritário
- desemprego	- aceitação familiar
- nível educacional baixo	- boa situação socioeconômica
- viver com HIV	- relacionamentos amorosos

<ul style="list-style-type: none"> - rejeição familiar - experiência de discriminação e violência na infância - LGBTfobia internalizada - experiência de racismo - experiência de violência doméstica 	<ul style="list-style-type: none"> - boa autoaceitação de sua identidade - acesso a serviços para modificações corporais - crenças espirituais - acesso ao ensino fundamental/médio/superior - estar no processo de transição de gênero quando desejado - educação continuada aos profissionais de saúde na área LGBT+ - ativismo e <i>advocacy</i>
--	--

Exemplo na atuação prática

I - Homem de 26 anos, estudante de medicina, refere cefaleia recorrente, tontura, insônia e tensão muscular desde o início da adolescência. Com dificuldade informa que compreendeu sua homossexualidade aos 13 anos, com muito medo e receio que outras pessoas descobrissem. Sempre obteve ótimas notas e desempenho destaque na escola, mas quando não obtêm bom desempenho acaba angustiado e se questionando onde que errou. Controla a maneira de olhar os demais, com anseio de perceberem sua observação por meninos. Possui receio de julgamento do profissional e solicita que não informe sua condição para ninguém.

Algumas sugestões de abordagem para o exemplo apresentado:

- Suspeitar e rastrear síndromes ansiosas e/ou depressivas, uma vez que há um histórico de sintomas somáticos inespecíficos.
- realizar uma abordagem sobre assuntos referentes à diversidade sexual: formação e desenvolvimento da identidade sexual, preconceito, estigmas, redes de suporte.
- identificar situações de vulnerabilidade relacionadas à baixa autoestima.
- cautela ao sugerir exposição às situações sociais que geram ansiedade.

II - Mulher lésbica, 45 anos, procura atendimento na atenção primária com relato de não sair de casa há dois meses, após ter sido vítima de violência sexual por um vizinho. O agressor, durante o ato, ameaçou a mulher com uma faca e dizia que “aquele ato era para ela aprender a ser mulher”. A mulher relata que tem sono pouco repousante, com pesadelos frequentes e crises de ansiedade. Sua libido está baixa e tem tido dificuldade de manter relações sexuais com a parceira.

Algumas sugestões de abordagem para o exemplo apresentado:

- acolher a mulher e reconhecer na situação de violência sexual e lgbtfobia.
- notificar a situação de violência.
- realizar uma abordagem para proteção de violência, prevenção de ISTs e gravidez indesejável.
- encaminhar para atendimento/acompanhamento psicológico.

Alguns erros comuns cometidos pelos profissionais de saúde e suas formas de combater (BRANQUINHO; BENEDITO; CIASCA, 2021; DYCK, 2012).

Erro	Como evitar
<p>I - Não investigar a população LGBT+ para sintomas e diagnóstico de ansiedade e depressão.</p> <p>II - Proporcionar o tratamento da ansiedade e depressão na população LGBT+ como nas pessoas cis e heterossexuais.</p> <p>III - Compreender que a pessoa LGBT+ se encontra em um quadro depressivo ou de ansiedade por conta de suas vivências de preconceito ou por questões específicas dessa população.</p>	<p>I- A população LGBT+ possui fatores de vulnerabilidade específicos e apresenta maior prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, que devem ser acessados durante a consulta.</p> <p>II - Por mais que a base de tratamento seja a mesma, mas a vivência e fatores de vulnerabilidade das pessoas LGBT+ são diferentes, os quais podem contribuir para o início, manutenção ou melhora do quadro de saúde mental.</p> <p>III - Por mais que haja especificidades na população LGBT+,</p>

<p>IV - Compreender a população LGBT+ como uma unidade e o adoecimento mental desta como homogêneo.</p>	<p>nem todos os quadros psiquiátricos são decorrentes dessas questões, logo, há adoecimento por outros motivos como decorre em pessoas cis e heterossexuais.</p> <p>IV - A vivência de cada identidade sexual e de gênero é única, bem como a singularidade e experiência do adoecimento de cada indivíduo.</p>
---	---

Autolesão não suicida

A autolesão não suicida (ALNS) é definida como lesões superficiais deliberadas de tecido corporal, não sancionadas socialmente, como cortar, queimar ou cortar a própria pele. Pesquisas mostram que os jovens que se identificam como minoria sexual apresentam maior risco de ALNS, pensamentos e comportamentos suicidas; assim como na população em geral, na população LGBT+ a prevalência de ALNS é maior entre os adolescentes, tende a diminuir na fase adulta e é mais prevalente no gênero feminino (FERLATTE; GAUDETTE; PANG, 2021; GIUSTI; LEITE, 2021).

Fatores de risco para ALNS em pessoas LGBT+ (FERLATTE; GAUDETTE; PANG, 2021; GIUSTI; LEITE, 2021; NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER, 2018):

- rejeição, estigmatização, discriminação e sofrer agressão por ser LGBT+;
- LGBTfobia internalizada;
- adolescentes vítimas de bullying;
- gênero feminino;
- baixo nível socioeconômico;
- ideação ou tentativa de suicídio prévia;
- membro da família ou amigo que pratica ALNS ou tentou suicídio;
- depressão em um dos pais;
- abuso e dependência de substância por familiar;
- violência familiar;
- impulsividade e baixa autoestima;

- abuso de álcool ou outras substâncias;
- transtorno de personalidade;
- transtorno obsessivo-compulsivo;
- transtornos ansiosos e depressivos;
- transtorno dissociativo;
- transtorno alimentares;
- distorção da imagem corporal;
- experiências traumáticas na infância e na fase adulta;
- conflitos armados ou sequestros;
- influência da mídia.

Em relação ao suicídio, a teoria interpessoal do suicídio afirma que a função primária do suicídio é escapar do intenso sofrimento psicológico e/ou emocional, em particular o pertencimento frustrado e o peso percebido (o sentimento de ser um fardo para outros) podem ser relevantes para as pessoas LGBT+. Os fatores de risco incluem tentativas prévias, problemas de saúde mental, uso problemático de substâncias, desemprego, perda financeira, abuso ou trauma, dor crônica ou condições clínicas, como câncer, diabetes, HIV/Aids. O isolamento social é um dos mais fortes e consistentes preditores de suicidalidade em qualquer grupo populacional (FERLATTE; GAUDETTE; PANG, 2021; GIUSTI; LEITE, 2021).

A puberdade constitui, para os homens trans, um desafio, como lidar com o aparecimento das mamas e da menstruação, que podem provocar sofrimento pela redução da “passabilidade”. Fatores que podem aumentar o isolamento social e o risco para suicídio. O processo de transição de gênero costuma reduzir o risco para ALNS, tentativas de suicídio e suicídio entre adolescentes. A transição social, que equipara a expressão de gênero com o gênero identificado, melhora o bem-estar psíquico, enquanto o bloqueio puberal reduz a disforia de gênero (FERLATTE; GAUDETTE; PANG, 2021; GIUSTI; LEITE, 2021).

Em população idosa LGBT+, além dos fatores citados, doenças incapacitantes, precária rede social e luto podem ser fatores frequentes de vulnerabilização, enquanto espiritualidade e inserção numa comunidade religiosa podem ser fatores de proteção. Entretanto, muitas pessoas idosas LGBT+, ao saírem do armário, podem ser expulsas de suas comunidades,

tornando-se mais suscetíveis a transtornos depressivos e ao suicídio (FERLATTE; GAUDETTE; PANG, 2021; GIUSTI; LEITE, 2021).

Também devemos levar em conta a associação entre bissexualidade e desfechos negativos em saúde mental como disfunção cognitiva e emocional que podem se manifestar, como ansiedade, depressão ou suicidalidade. Fatores decorrentes da bifobia vivenciada pelos bissexuais fora e dentro da comunidade LGBT+ (FERLATTE; GAUDETTE; PANG, 2021; GIUSTI; LEITE, 2021; TOSTE, 2010).

Fatores de Proteção

Alguns vínculos de proteção devem ser mencionados, como o maior vínculo familiar, ser cuidado por adultos e/ou sentir-se seguro com a escola são fatores associados a um risco reduzido de suicídio entre jovens LGBT+. Ressalta-se que a conexão com indivíduos e/ou instituições importantes nos ambientes de convivência dos adolescentes pode amortecer o efeito do estresse da minoria.

Empregabilidade, melhor nível socioeconômico e educacional, boas condições de saúde, espiritualidade e laços comunitários, acolhimento familiar, menor exposição a ambientes LGBTfóbicos são fatores de proteção em adultos e idosos. O acesso dos pacientes facilitado aos serviços de saúde é um fator que reduz a vulnerabilidade, por meio da oferta de consultas de demanda espontânea, sem necessidade de agendamento prévio, preservação do sigilo, respeito ao uso do nome social e, no caso dos adolescentes, não obrigar a necessidade da presença de um adulto para a realização do atendimento, ainda, o não julgamento pelo profissional de saúde favorecem o vínculo e a possibilidade de abordagem precoce (FERLATTE; GAUDETTE; PANG, 2021; GIUSTI; LEITE, 2021; NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER, 2018).

Recomendações para prática clínica (FERLATTE; GAUDETTE; PANG, 2021; GIUSTI; LEITE, 2021; NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER, 2018; DYCK, 2012; TOSTE, 2010):

- investigar a existência de ALNS e ideação suicida que não se identificam como cisheterossexuais ou que estão questionando sua

sexualidade, mesmo que não seja este o motivo que o traz para o tratamento;

- investigar a desregulação emocional em adolescentes LGBT+ envolvidos em ALNS;
- identificar ALNS para entendimento e tratamento da mesma;
- estratégias emocionais;
- intervenções cognitivo-comportamentais e dialéticos-comportamentais são as abordagens terapêuticas mais eficazes;
- contratos para “não se mutilar” são ineficazes e podem até incentivar a ALNS;
- focar em estratégias de prevenção de recaídas.

O que não fazer diante da ALNS ou ideação suicida (FERLATTE; GAUDETTE; PANG, 2021; GIUSTI; LEITE, 2021; NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER, 2018; DYCK, 2012; TOSTE, 2010):

- demonstrar reações exageradas, pois podem inibir e afastar o paciente;
- responder com pânico, repulsa, espanto;
- tentar parar o comportamento com gritos ou ameaças;
- mostrar excessivo interesse no comportamento;
- permitir o adolescente reviver o episódio de ALNS com detalhes, pode desencadear outro episódio;
- falar sobre a ALNS em público, expondo o paciente;
- prometer que não contará sobre a ALNS a mais ninguém.

O que fazer diante de alguém que apresenta ALNS ou ideação suicida (FERLATTE; GAUDETTE; PANG, 2021; GIUSTI; LEITE, 2021; NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER, 2018; DYCK, 2012; TOSTE, 2010):

- agir de forma tranquila e compreensiva;
- expresse que apesar de não concordar ou não entender o comportamento dele, você se importa com ele e quer ajudá-lo;
- considere que esta é a forma que o paciente encontrou para lidar com sua dor emocional - muitas vezes a ideia de suicídios está associada ao desejo de acabar com a dor e não com a vida;

- tente usar a mesma linguagem que o paciente usa para definir a ALNS;
- mostre respeito, preocupação e ouça o paciente;
- não julgue o comportamento do paciente.

Substâncias psicoativas

As pessoas LGBTQ+ apresentam maior frequência de uso de tabaco, álcool e outras substâncias e problemas de saúde relacionados, como maior risco cardiovascular, abuso e dependência de substâncias, depressão e suicídio, quando comparados às pessoas cisheterossexuais (RAHE; DIEHL, 2021; GOS; FLANDERS, 2016).

Nas situações em que o uso de substância oferece problemas ou sofrimento para a pessoa ou para aqueles ao seu redor, o profissional deve avaliar critérios de gravidade, pois esses podem orientar um plano terapêutico. O uso abusivo pode ser definido como aquele que ocasiona danos à saúde e não preenche critérios para dependência. Nem todo uso de substância se tornará abuso ou dependência (GOS; FLANDERS, 2016).

O baixo controle do uso, deterioração social e em outras esferas da vida dos indivíduos, uso em situações de risco, fissura/craving e sintomas físicos de tolerância são alguns dos norteadores do diagnóstico (RAHE; DIEHL, 2021; GOS; FLANDERS, 2016):

- Tolerância é o uso de uma dose acentuadamente maior da substância para obter o efeito desejado ou quando o efeito é reduzido em relação à dose habitual.
- Síndrome de abstinência são os sintomas produzidos na ausência ou redução da substância.
- Fissura é o desejo intenso do uso da substância, que é geralmente maior no ambiente onde costuma ser obtida ou usada, e está relacionada a mecanismos de recompensa/gratificação no cérebro.

Preconceito, discriminação e vitimização

A LGBTQfobia aumenta a suscetibilidade das pessoas LGBTQ+ a sentimentos de isolamento, medo, raiva, culpa, baixa autoestima, inadequação e desesperança. As pessoas podem recorrer ao uso de substâncias para uma

maior desinibição, buscar conectividade social e amenizar sentimentos negativos (RAHE; DIEHL, 2021).

É necessário atentar para um duplo estigma associado ao uso de algumas substâncias, uma vez que pessoas LGBTQ+ que usam substâncias podem ser submetidas a uma dupla estigmatização, pela sua identidade de minoria e pelo uso de álcool e outras substâncias, sendo muitas vezes rotuladas de "nóia", "drogada" ou "viciada" (GOS; FLANDERS, 2016).

Bullying

O bullying escolar LGBTQfobia pode estar associado a experimentação precoce de substâncias durante a adolescência e conseqüentemente maior chance de desenvolvimento de problemas e dependência associados ao consumo de substâncias. A LGBTQfobia no ambiente familiar e de trabalho também podem ser gatilhos e mantenedores do comportamento abusivo (RAHE; DIEHL, 2021; GOS; FLANDERS, 2016).

LGBTfobia e sorofobia

LGBTfobia internalizada é a negação, repúdio, autodepreciação, ódio e/ou não aceitação a si mesmo por ser LGBTQ+. A sorofobia internalizada se expressa pelo medo e culpa em se colocar em risco ou ter se contaminado pelo HIV. O uso de substâncias pode ser utilizado para promover uma desconexão de sentimentos de vergonha e menos valia, levando a comportamentos autodestrutivos como *binge* (uso compulsivo, uso de grande quantidade em curto intervalo de tempo), prática sexual de risco e exposição a situações de violência e acidentes (RAHE; DIEHL, 2021; GOS; FLANDERS, 2016).

Vulnerabilidades sociais

Marcadores sociais, como renda, origem étnica, raça, procedência e questões religiosas, podem modificar o grau de vulnerabilidade, o que caracteriza a chamada "dupla minoria". Pessoas LGBTQ+, sobretudo travestis, com frequência são expulsas de suas casas, passando a viver na rua e perdendo sua base de apoio social, podendo buscar substâncias para aliviar desconforto como frio e fome, assim como usar a atividade sexual como moeda de troca para sua obtenção. Além do uso dessas substâncias, pessoas LGBTQ+ negras e em

situação de pobreza podem estar mais vulneráveis a problemas associados, como a violência e o tráfico (RAHE; DIEHL, 2021; GOS; FLANDERS, 2016).

Dinâmica familiar

Um contexto familiar com pouca aceitação e presença de preconceitos pode agir tanto como um gatilho emocional para o início do uso de substâncias como para os lapsos e recaídas. Conflitos familiares, relacionados ou não com a diversidade sexual e de gênero, podem afastar as pessoas LGBTQ+ do ambiente doméstico, seja por evitarem ou por serem expulsas, expondo-as a situações de risco (RAHE; DIEHL, 2021; GOS; FLANDERS, 2016).

Uso de substâncias e práticas sexuais

O termo *Chemsex (Chemical Sex)*, *Party and Play*, *intensive sex partying*, “aditivos” ou “tekar” são utilizados para descrever o uso de substâncias em um contexto sexual, referindo-se principalmente a práticas entre homens cis gays, mas também podem incluir outros homens que fazem sexo com homens (RAHE; DIEHL, 2021; GOS; FLANDERS, 2016).

Os profissionais da saúde devem refletir sobre o termo chemsex, especialmente quando referido aos homens cis gays, pois pode servir para estigmatizar as práticas sexuais desse grupo e o próprio uso de substâncias, que nem sempre é problemático, e pode significar censura do seu comportamento sexual, sendo esses um dos mecanismos da LGBTQfobia. Normalmente os objetivos do uso de substâncias durante as práticas sexuais visam prolongar a duração e facilitar o ato sexual, aumentando o desejo e o prazer. Mais comumente associados à prática, por aumentarem o desejo sexual, são o GHB, mefedrona, nitritos voláteis (*poppers*), cocaína e metanfetamina, embora outras frequentemente estejam associadas, como álcool, tabaco, cannabis, *ecstasy*, ketamina e medicamentos para disfunção erétil. Quando realizado sem a devida segurança, ou de forma abusiva, o uso de substâncias durante a prática sexual pode aumentar o risco para ISTs e lesões físicas, por aumentar o limiar da dor e alterar a consciência (RAHE; DIEHL, 2021; GOS; FLANDERS, 2016).

Durante o processo de abordagem é preciso compreender o significado do uso da substância na vida do indivíduo, seus impactos e papel na atividade sexual. A redução de danos pode ser uma das abordagens utilizadas, pactuando

com a pessoa LGBT+ sobre os seus objetivos, minimização de riscos, cuidados específicos e estratégias para evitar a interação prejudicial no uso de várias substâncias. Muitas vezes se faz necessário fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e os pacientes para se obter mais êxito no tratamento, ressignificando a atividade sexual sem a necessidade de aditivos.

Abordagem

Empatia, postura afirmativa, acolhedora e sem julgamentos sobre a identidade de gênero e a orientação sexual, são competências esperadas do profissional de saúde. A competência cultural combinada a sensibilidade dos profissionais em reconhecer e respeitar as variações das identidades de gênero tendem a melhorar a adesão e acesso de indivíduos transgêneros.

Ao atender indivíduos LGBT+, é necessário usar uma abordagem holística, a fim de lidar com várias necessidades clínicas, psicológicas, sociais, legais e ocupacionais. O perfil do uso das substâncias (tipo, frequência, modo e contexto de uso, idade de início), a LGBTfobia internalizada, o processo de saída do armário e os efeitos do estresse de minoria precisam ser avaliados, pois podem interferir no plano terapêutico. O abuso de substâncias pode ser um fator de risco para infecção por HIV e/ou IST, por isso, deve-se perguntar sobre uso de preservativos, da PrEP (profilaxia pré-exposição) e da PEP (profilaxia pós-exposição) (RAHE; DIEHL, 2021; GOS; FLANDERS, 2016).

A participação da família e parcerias afetivas é essencial para o cuidado de todo e qualquer usuário, incluindo a população LGBT+. Os profissionais devem estar preparados para sensibilizar e encorajar o paciente a trazer a família (parcerias afetivas, filhos, pais) para o contexto do atendimento.

Pontos a serem avaliados para o tratamento dos problemas relacionados ao uso de substâncias (RAHE; DIEHL, 2021; GOS; FLANDERS, 2016):

- a idade e fase do ciclo de vida atual;
- o grau e impacto da homofobia e transfobia internalizada;
- o estágio atual do processo de saída do armário e a experiência ao longo desse processo;
- a rede de suporte que o indivíduo possui;
- o estado atual de relacionamento e o histórico de relacionamentos anteriores;

- o relacionamento com "família de origem" ou da "família de escolha";
- o grau de conforto com a identidade de gênero e/ou orientação sexual;
- o nível socioeconômico, educacional e cultural;
- questões relativas à saúde física e mental.

É importante que a equipe de saúde não considere que todos os LGBT+ usem substâncias para não reforçar os estigmas e preconceitos. Os profissionais de saúde devem reconhecer que potenciais problemas, como abuso e dependência, são mais frequentes nessa população e que precisam ser rastreados e abordados numa perspectiva de cuidado integral.

Substâncias consumidas e recomendações para ações de redução de danos (RAHE; DIEHL, 2021; GOS; FLANDERS, 2016):

Substância	Recomendações
Cetamina (K, keta)	Evitar uso de álcool, GHB e cocaína. Doses altas podem levar a rebaixamento de consciência. Evitar compartilhar seringas, se uso injetável, ou <i>bullets</i> e canudos, se uso aspirado.
GHB (G, gi, <i>ecstasy</i> líquido, gama-hidroxibutirato)	Evitar uso com álcool, cafeína, <i>ecstasy</i> , cocaína, LSD, <i>poppers</i> , medicações para ereção e sedativos. Evitar o risco desacompanhado pelo risco de paranoia e convulsão.
MDMA (<i>ecstasy</i> , bala, E, MD)	Evitar consumo de álcool, cocaína e <i>poppers</i> . Orientar para a ocorrência de desidratação, aumento da pressão arterial, ansiedade e paranoias. Manter hidratação e medidas para evitar hipertermia.
Metanfetamina (<i>meth</i> , <i>crystal</i> , tina, <i>ice</i> e <i>speed</i>)	Evitar consumo com estimulantes cocaína e álcool. Evitar o

	compartilhamento de seringas.
Nitritos de alquila (<i>poppers</i>)	<p>Evitar uso com cogumelos, <i>ecstasy</i>, GHB, cocaína, maconha e calmantes. Orientar que pode causar queda abrupta da pressão arterial.</p> <p>Evitar o uso de medicações para ereção devido ao risco elevado para eventos cardiovasculares.</p>
Tabaco	Orientar para a ocorrência de câncer, problemas cardíacos e disfunção sexual.
Álcool	Evitar o uso com GHB, ketamina, cocaína, opióides, sedativos, anfetaminas, <i>ecstasy</i> , <i>poppers</i> e medicamentos para ereção. Evitar dirigir veículos se ingerir álcool.
Cocaína (pó, padê, teko, Crack (pedra)	<p>Evitar o uso com <i>ecstasy</i>, ketamina, álcool, GHB, <i>poppers</i> e medicamentos para ereção.</p> <p>Evitar compartilhamento do cachimbo, de seringas e canudos pelo risco de ISTs, herpes e hepatites.</p>
Solventes, lança perfume, cola de sapateiro	Evitar uso de álcool.
LSD (doce, ácido)	Evitar uso com GHB, álcool e maconha, pois podem prolongar a “viagem” com o LSD. Evitar dirigir veículos sob o efeito ou após o uso.
Anabolizantes (bombas)	Evitar fazer ciclos anabolizantes sem acompanhamento médico adequado. Uma opção mais segura é o uso de aminoácidos que ajudam a sintetizar proteínas e que, junto a exercícios físicos

	regulares e dieta balanceada, produzem o mesmo efeito de ganho de massa muscular.
Sedativos - zolpidem e benzodiazepínicos (calmantes)	Evitar o uso de álcool e GHB pelo risco de aumento de sedação.
Opióides	Evitar o uso de álcool e GHB. Evitar o compartilhamento de seringas.
Anfetaminas e metilfenidato	Evitar o uso de álcool.

Referências

BRANQUINHO, B. F.; BENEDITO, L. A. P.; CIASCA, S. V. Síndromes depressivas e ansiosas. *In*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JÚNIOR, A. (Org.). **Saúde LGBTQIA+: Práticas de Cuidado Transdisciplinar**. 1 ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p.390-397.

DYCK, R. **Guide for the Development of an LGBTQ Youth Suicide Prevention Strategy**. Toronto: Egale Canada Human Rights Trust. 2012.

FERLATTE, O.; GAUDETTE, M.; PANG, C. **2SLGBTQI Suicide Prevention Research in Canada: Evidence, Gaps, and Priorities**: PHAC Suicide and its Prevention Final Report. Toronto: Egale Canada Human Rights Trust. 2021. Disponível em: <https://egale.ca/awareness/2slgbtqi-suicide-prevention-research-in-canada-evidence-gaps-and-priorities/> Acesso em 10 jun 2022

GIUSTI, J.; LEITE, R. F. M. Suicídio e autolesão não suicida. *In*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JÚNIOR, A. (Org.). **Saúde LGBTQIA+: Práticas de Cuidado Transdisciplinar**. 1 ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p.398-404.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. São Paulo: Editora LTC, 1963.

GOS, G.; FLANDERS, C. **Mental Health and Substance Use Among Bisexual Youth in Ontario** [Fact sheet]. Toronto: Center for Addiction and Mental Health. 2016. Disponível em: <https://lgbtqhealth.ca/projects/docs/riskresiliancebisexual-factsheet-youth.pdf> Acesso em 10 jun 2022.

NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER. **Suicide Risk and Prevention for LGBTQ People.** 2018. Disponível em: <https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/2018/10/Suicide-Risk-and-Prevention-for-LGBTQ-Patients-Brief.pdf> Acesso em 10 jun 2022.

RAHE, B. B.; DIEHL, A. Uso, abuso e dependência de substâncias. *In*: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JÚNIOR, A. (Org.). **Saúde LGBTQIA+: Práticas de Cuidado Transdisciplinar.** 1 ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2021. p.405-413.

TOSTE, J. R. School response to non-suicidal self-injury. **The Prevention Researcher,** 17; 14-27, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Nancy-Heath-2/publication/234595795_School_Response_to_Non-Suicidal_Self-Injury/links/570bfd0908ae2eb94223b743/School-Response-to-Non-Suicidal-Self-Injury.pdf Acesso em 10 jun 2022.

Sugestões

Filmes

Boys in the band (2020)
Orações para Bob (2009)
Sauvage (2018)

Série

Feel good (2020)

Appendix B. Research Ethics Committee Approval

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ VICE-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO - VRPPG/ UPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO E SAÚDE DIGITAL NA ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO LGBT+ BRASILEIRA

Pesquisador: WILLIAN ROGER DULLIUS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55484521.4.0000.5342

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.296.737

Apresentação do Projeto:

Visando fomentar o atendimento ético e humanizado aos indivíduos Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT+), de modo que os profissionais da saúde não sobreponham suas crenças e seus valores pessoais aos dos pacientes, e que suas condutas estejam alinhadas as necessidades dos usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Avaliar a efetividade de um programa de educação continuada com uso de m-Health para a assistência humanizada em saúde ao indivíduo LGBT+

Para tanto serão desenvolvidos dois estudos. O Estudo I terá como objetivo avaliar a efetividade de um programa de educação continuada com uso de m-Health para a assistência humanizada em saúde ao indivíduo LGBT+. O estudo II objetiva avaliar a auto percepção dos indivíduos LGBT+ sobre o envelhecimento e sobre a assistência em saúde recebida pelos profissionais de saúde nos serviços públicos ou privados.

Objetivos Secundários:

Ofertar um curso de educação continuada com o uso de m-Health dirigido aos profissionais de saúde;

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo/Reitoria 4 andar

Bairro: São José

CEP: 99.052-900

UF: RS

Município: PASSO FUNDO

Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ VICE-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO - VRPPG/ UPF



Continuação do Parecer: 5.296.737

Desenvolver um aplicativo m-Health para o acesso dos profissionais da saúde a participação no programa de educação continuada;
Buscar evidências de validade do uso de m-Health para o desenvolvimento da educação continuada;
Avaliar a satisfação dos profissionais da saúde no uso de aplicativo m-Health ;
Identificar o perfil sociodemográfico da população – profissionais da saúde;
Avaliar o conhecimento dos profissionais da saúde quanto a assistência a pessoas LGTB+.;
Identificar o perfil sociodemográfico da população LGTB+.;
Avaliar a percepção do indivíduo LGTB+ brasileiro sobre a assistência recebido dos profissionais de saúde;
Gerar informação e divulgação de conhecimento sobre o uso de aplicativo m-Health para prover educação continuada que possibilite os gestores e a sociedade civil adequarem suas ações no sentido de contribuírem para uma melhor qualidade de serviços oferecidos a população LGTB+.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos previstos decorrentes da participação no estudo referem-se à eventual manifestação de desconforto psicológico ou físico de indivíduos LGTB+ evidenciado ao responder os questionários ou durante a participação do curso. Caso haja alguma manifestação de desconforto as pessoas serão contatadas individualmente, de modo on-line, para proceder ao encaminhamento necessário a serviços especializados da rede pública ou privada de saúde, de acordo com a demanda. A possibilidade de descontinuar ou interromper definitivamente a participação no estudo, a qualquer momento, será assegurada aos participantes.

Benefícios:

Da participação no estudo decorre a oportunidade de que seja proporcionado gratuitamente em território brasileiro um curso de educação continuada na modalidade m-Health, para formação de recursos humanos qualificados na assistência humanizada ao público LGTB+, ação que visa minimizar as lacunas de formação e nos atendimentos prestados pelos profissionais de saúde na atualidade e futuramente. Adicionalmente, ao

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo/Reitoria 4 andar

Bairro: São José

CEP: 99.052-900

UF: RS

Município: PASSO FUNDO

Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ VICE-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO - VRPPG/ UPF



Continuação do Parecer: 5.296.737

traçar o perfil demográficos da população LGBT+ brasileira será possível verificar suas barreiras e aperfeiçoar os recursos físicos e humanos dos serviços de saúde no âmbito da assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

serão desenvolvidos dois estudos. O Estudo I terá como objetivo avaliar a efetividade de um programa de educação continuada com uso de m-Health para a assistência humanizada em saúde ao indivíduo LGBT+ . De delineamento quase experimental, de natureza quantitativo, o estudo I será composto por 99 profissionais de saúde residentes nos Estados de São Paulo, Mato Grosso e Rio Grande do Sul. Os participantes farão um curso de 60 horas, na modalidade educação continuada, desenvolvido com o uso de um aplicativo m-Health e irão responder a quatro instrumentos: a) questionários demográfico e funcional do

profissional; b) medida de Necessidades de Treinamento para Atenção em Saúde ao Público LGBT+; c) questionário para avaliação pós-teste; d) questionário User Experience Questionnaire. O estudo II objetiva avaliar a autopercepção dos indivíduos LGBT+ sobre o envelhecimento e sobre a assistência em saúde recebida pelos profissionais de saúde nos serviços públicos ou privados. Trata-se de um estudo observacional, corte transversal, misto, será composto por 384 indivíduos LGBT+ residentes nos Estados de São Paulo, Mato Grosso e Rio Grande do Sul. Os participantes responderão a dois instrumentos: a) questionário de dados sociodemográficos; b) questionário de autopercepção sobre o envelhecimento e sobre a assistência em saúde recebida pelos profissionais de saúde nos serviços públicos ou privados. Para as análises de dados quantitativas será utilizado o programa SPSS versão 24.0 e para as análises qualitativas será utilizado o programa NVivo versão 12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver conclusões e pendências

Recomendações:

“Após o término da pesquisa, o CEP UPF solicita: a) A devolução dos resultados do estudo aos sujeitos da pesquisa ou a instituição que forneceu os dados; b) Enviar o relatório final da pesquisa, pela plataforma, utilizando a opção, no final da página “Enviar Notificação” + relatório final”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, manifesta-se pela aprovação do

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo/Reitoria 4 andar

Bairro: São José

CEP: 99.052-900

UF: RS

Município: PASSO FUNDO

Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ VICE-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO - VRPPG/ UPF



Continuação do Parecer: 5.296.737

projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1868330.pdf	05/03/2022 13:56:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_PPGEH_Will_CEP.pdf	05/03/2022 13:55:22	WILLIAN ROGER DULLIUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_P.pdf	05/03/2022 13:54:29	WILLIAN ROGER DULLIUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_I.pdf	05/03/2022 13:54:08	WILLIAN ROGER DULLIUS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	03/12/2021 11:03:11	WILLIAN ROGER DULLIUS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	03/12/2021 10:38:17	WILLIAN ROGER DULLIUS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Declaracaopesquisa.pdf	03/12/2021 10:36:59	WILLIAN ROGER DULLIUS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSO FUNDO, 17 de Março de 2022

Assinado por:
Felipe Cittolin Abal
(Coordenador(a))

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo/Reitoria 4 andar
Bairro: São José **CEP:** 99.052-900
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 **E-mail:** cep@upf.br



UPF

UNIVERSIDADE
DE PASSO FUNDO

UPF Campus I - BR 285, São José
Passo Fundo - RS - CEP: 99052-900
(54) 3316 7000 - www.upf.br