

CAPÍTULO 9

BARREIRAS PARA A IMPLANTAÇÃO DAS MUDANÇAS DE ESTILO DE VIDA

RENATA BORBA DE AMORIM OLIVEIRA
MILTON ROBERTO FURST CRENITTE
VIRGÍLIO GARCIA MOREIRA

DOI: [doi.org/ 10.24328/2021/92908.00/09](https://doi.org/10.24328/2021/92908.00/09)

O envelhecimento é algo notório em nossa sociedade. Adquirir anos de vida é meta almejada ao longo da história da humanidade. A expectativa de vida de 40 anos, realidade há menos de um século atrás, atinge atualmente, no Brasil, quase o seu dobro em um intervalo de tempo extremamente curto. Infelizmente, nas últimas décadas, apesar da conquista desses anos de vida, ocorre um perfil de adoecimento e morte de nossa população baseado no aumento substancial das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, depressão, doenças respiratórias e renais crônicas, entre outras, estão entre as condições que são responsáveis por 76% das causas de óbito em todo o país. Apesar dessa observação, alguns grupos tornam-se mais desafiadores no manejo e intervenções precoces em sua saúde.

O presente capítulo tem por objetivo apresentar reflexões sobre as possíveis barreiras para a implementação de mudanças do estilo de vida de pessoas idosas LGBTI+, a partir da compreensão do papel das políticas públicas como um conjunto de ações para a garantia de direito à saúde, dos problemas de saúde já sabidamente mais frequentes nessa população e na busca por elementos que proporcionem melhores condições de saúde e bem-estar dessa população.

EPIDEMIOLOGIA

A ciência traz evidências bastante claras a respeito das medidas preventivas como critério precípua para redução da carga de doenças e promoção de saúde. Dados apontam que atuar sobre fatores modificáveis como tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e o consumo nocivo de bebidas alcoólicas podem eliminar pelo menos 80% do risco das doenças cardiovasculares e diabetes tipo II, além de 40% dos vários tipos de câncer.

Porém, estudos observacionais denotam maiores taxas de exposição a fatores de risco modificáveis como álcool, tabagismo, se-

dentarismo, estresse e depressão na população LGBTI+ em relação às pessoas heterossexuais e cisgênero. Por exemplo, um inquérito para avaliar a exposição a fatores de risco para doenças crônicas nos Estados Unidos (EUA), o *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS), tem produzido informações nesse sentido. Considerando como hábitos saudáveis “nunca fumar”, “beber moderadamente”, “índice normal de massa corpórea”, “envolvimento com atividade física para lazer” e “dormir mais que 7h diárias”, um artigo baseado nesse levantamento demonstrou que mulheres cis lésbicas e mulheres trans tinham menores chances de adotarem os cinco hábitos quando comparadas com mulheres cis heterossexuais e homens trans.

Outros estudos de abrangência nacional no mesmo país verificaram que homens cis gays, lésbicas e homens e mulheres bissexuais têm uma frequência maior de tabagismo que seus pares cis heterossexuais. Em relação ao excesso de peso, há dados mostrando que mulheres cis lésbicas apresentam prevalências maiores de sobrepeso e obesidade em relação aos homens e mulheres heterossexuais. Porém, vemos a menor proporção de sobrepeso e obesidade nos homens cis gays, possivelmente devido à pressão social por apresentarem um corpo atlético e musculoso, mas tal fato também poderia explicar as maiores taxas de ortorexia e anorexia nesse grupo.

Estudiosos vêm tentando decifrar o porquê desses dados, os quais podem influenciar negativamente o processo de envelhecimento desses indivíduos. Uma hipótese aventada seriam as possíveis barreiras para acesso à saúde¹. Além disso, o fato do usuário “sair do armário” para seu profissional de saúde também pode ter relação com essa temática, visto que pessoas que assumem sua orientação sexual para seus médicos mostram maiores níveis de satisfação, melhor acesso aos serviços de saúde, melhor controle

¹ Veja o capítulo 8: “Acesso à saúde”

das doenças crônicas e maior adesão às medidas de promoção da saúde.

Outra possibilidade se refere às taxas de solidão e de isolamento social a que pessoas idosas LGBTI+ estão expostas. Informações norte-americanas mostram que 80% desses indivíduos são solteiros, 90% não têm filhos e 75% vivem sozinhos. Na população geral esses números chegam a 40%, 20% e 33%, respectivamente.

Por fim, há também a discussão sobre o estresse de minorias, modelo que demonstrou que pessoas LGBTI+ têm maior prevalência de problemas relacionados à saúde mental, como depressão e pensamentos suicidas, sendo o estigma, o preconceito e a discriminação os possíveis estressores responsáveis por essas doenças.

Reconhecer que esta população denota maiores limitações e prevalência de limitações crônicas é o primeiro passo para que possamos compreender a complexidade das intervenções que serão necessárias à sua proteção. Intervir sobre comportamento é algo plural.

A PROMOÇÃO À SAÚDE DA COMUNIDADE LGBTI+ COMO POLÍTICA PÚBLICA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

As políticas públicas representam o pontapé inicial para a construção de práticas para a melhoria da qualidade de vida da população, de forma que não podemos atribuir somente aos indivíduos e suas escolhas a responsabilidade por seu estilo de vida e saúde. Dessa forma, a compreensão da determinação social no processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer e cultura, interferem diretamente na qualidade de vida e saúde dos indivíduos.

Para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, é importante reconhecer a subjetividade das pessoas e dos coletivos no

processo de atenção e cuidado em defesa da vida; considerar a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundantes no processo de sua concretização e adotar como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersectorialidade, a intrasectorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade.

Uma política de enfrentamento das inequidades da população LGBTI+ requer iniciativas estratégicas vigorosas, dentre as quais pode-se destacar a capacitação dos profissionais de saúde sobre as práticas sexuais e sociais LGBTI+, combatendo o estigma, os processos discriminatórios e a exclusão social que violam seus direitos humanos – o direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento. O desafio da promoção da equidade para a população LGBTI+ deve ser compreendido a partir da perspectiva das suas vulnerabilidades específicas, demandando desde o início iniciativas políticas e operacionais que visem à proteção dos direitos humanos e sociais dessas populações, frequentemente agredidos.

No que diz respeito às necessidades da população LGBTI+ ligadas ao campo da alimentação e nutrição, ainda não há ações específicas que lhes garantam o direito à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) – entendida como um conceito complexo e multidimensional –, que abrange desde a produção e acesso aos alimentos de qualidade, práticas alimentares saudáveis e sustentáveis, cidadania e direitos humanos. Determinadas populações ou situações específicas demandam um olhar bastante atento e ampliado no que diz respeito à garantia da SAN e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), como é o caso da população LGBTI+. Entretanto, a inexistência de um olhar singular direcionado a esse grupo dificulta a criação de ações direcionadas.

Quadro 1. Propostas de ações para a promoção da saúde integral LGBTI+

Participação em espaços técnico-científicos	Ampliar o debate com a sociedade sobre as questões sociais e de saúde LGBTI+
Articulação com outras políticas públicas (instituições governamentais e não governamentais)	Melhoria das condições de vida da população LGBTI+
Fomento à realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBTI+, incluindo recortes étnico-raciais	Realizar e apoiar ações e estratégias que estabeleçam a educação permanente em saúde para gestores(as) e profissionais de saúde sobre os temas
Apoio aos movimentos sociais LGBTI+	Atuação e a conscientização sobre o seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS.

Fonte: Adaptado pelos autores com base em SESAB (2021)

Além disso, a aplicação pelo Ministério da Saúde da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011) ainda se constitui como um desafio para o Brasil. Nesse contexto, o conservadorismo, somado a recentes avanços do fundamentalismo religioso em espaços democráticos, que deslegitimam as pautas da população LGBTI+, colocam em risco o princípio da laicidade do Estado.

Ainda sobre a referida política, no capítulo 4, artigo 2º, inciso X, destaca-se como um dos objetivos específicos “oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBTI+”, trazendo a importância da assistência desses grupos etários, considerando aspectos próprios nessas populações.

FATORES INTERNOS PARA MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA

Além da dificuldade e manejo específico do indivíduo portador de doenças crônicas e sua mudança para hábitos saudáveis, a população LGBTI+ possui peculiaridades que demandam do terapeuta conhecimento e compreensão da complexidade dessa abordagem.

Mudar um hábito é algo que envolve fatores internos e externos. Ambiente que frequentamos, pessoas que vivem próximas, exemplos sociais, metas, desejos, cultura, condição financeira, entre outros, estão entre os elementos que influenciam hábitos e atitudes.

É papel do terapeuta reconhecer as potencialidades do indivíduo na tomada de decisão para mudança de atitudes perante uma doença crônica ou fatores de risco. Saber conduzir e direcionar o paciente para a evidência científica sobre o tema é elemento central na prevenção dos possíveis agravos. Algumas técnicas podem ser utilizadas. Uma delas é o Modelo Transteórico de Mudança. Esse modelo, inicialmente estudado para o hábito do tabagismo na década de 1980, tornou-se efetivo para o manejo de grande parte das doenças e condições crônicas que requerem aspectos não somente biológicos na sua conduta. Nessa abordagem, a proposta é classificar em que fase da tomada de atitude se encontra o indivíduo: pré-contempla, contempla, toma a ação ou faz a manutenção da mudança de atitude. Para cada uma dessas fases, intervenções específicas são tomadas tendo como objetivo permitir que o indivíduo as reconheça e fomente a adesão à mudança de seu comportamento.

Pesquisadores do campo de estudos sobre promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas já demonstraram que não podemos inferir “culpa” ao indivíduo pela realização de um hábito não saudável. É preciso ir além, compreendendo questões relacionadas aos determinantes sociais do processo saúde-doença e como tais fatores podem auxiliar ou impedir um indivíduo de adotar um hábito de vida.

Nesse sentido, também é fundamental entender a dinâmica complexa de discriminações que uma pessoa pode sofrer (ser idoso(a), ser LGBTI+, ter cor da pele preta, entre outras), cada uma adicionando uma camada a mais de barreiras para uma vida saudável.

Dessa forma, políticas públicas devem ser baseadas no princípio da equidade, levando em conta os diversos contextos socioculturais e possíveis barreiras de acesso à saúde que as pessoas idosas LGBTI+ possam enfrentar. Outro caminho é a disputa para a implementação das políticas públicas já existentes. Para isso, não basta ocupar a macropolítica como os espaços de poder, mas também a micropolítica, com ações que aumentem a representatividade de pessoas LGBTI+ nas salas de espera e dentro dos consultórios.

Atenção especial deve ser dada aos problemas de saúde e sociais sabidamente de elevada frequência nessa população, como etilismo, tabagismo, sedentarismo, estresse, depressão, alterações de peso corporal, solidão e isolamento social, cujos profissionais de saúde devem abordar no contexto individual dos atendimentos.

Por fim, o combate ao preconceito e a capacitação de profissionais de saúde a fim de garantir cenários de atuação acolhedores também é uma medida necessária. Não se trata apenas de uma tentativa para “tirar as pessoas idosas LGBTI+ do armário”, mas sim de reconhecer o que os dados científicos já nos mostraram: combater o preconceito é promover a saúde. Promover a saúde significa salvar vidas.

REFERÊNCIAS

- BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da. **Saúde LGBT**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude/gbt/>. Acesso em: 05 mar. 2021.
- BAKER, K.; BEAGAN, B. Making Assumptions, Making Space: An Anthropological Critique of cultural Competency and Its Relevance to

- Queer Patients. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 28, p. 579–98, 2014. <http://dx.doi.org/10.1111/maq.12129>.
- BEZERRA, M. V. R.; MORENO, C. A.; PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, A. M. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 8, p. 305–323, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s822>.
- BRASIL. **Plano Nacional de Saúde 2020–2023**. 2020. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf. Acesso em: 17 mar. 2021.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 2013. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.
- BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2014. Revisão da Portaria MS/GM no 687, de 30 de março de 2006. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.
- CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p. 552–563, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932012000300003>.
- KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 187–199, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000100022>.
- LUNN, Mitchell R.; CUI, Wanjun; ZACK, Matthew M.; THOMPSON, William W.; BLANK, Michael B.; YEHA, Baligh R. Sociodemographic Characteristics and Health Outcomes Among Lesbian, Gay, and Bisexual U.S. Adults Using Healthy People 2020 Leading Health Indicators. **Lgbt Health**, v. 4, n. 4, p. 283–294, ago. 2017. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2016.0087>.

- MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. **Psychological Bulletin**, v. 129, n. 5, p. 674–697, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>. Acesso em: 10 de maio de 2021.
- NUOVO, J. *Chronic Disease Management*. 2006. Springer New York. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-49369-5>. Acesso em: 10 de maio de 2021.
- PROCHASKA, J. O. *et al.* Enhancing Multiple Domains of Well-Being by Decreasing Multiple Health Risk Behaviors: a randomized clinical trial. **Population Health Management**, v. 15, n. 5, p. 276–286, out. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1089/pop.2011.0060>. Acesso em: 10 de maio de 2021.
- PROCHASKA, J. Decision making in the transtheoretical model of behavior change. **Med. Decis. Making**, v. 28, n. 6, p. 845–849, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1089/pop.2011.0060>. Acesso em: 10 de maio de 2021.
- ROBERTS, S. A; DIBBLE, S. L; NUSSEY, B.; CASEY, K. Cardiovascular disease risk in lesbian women. **Women Health Issues**, v. 13, n. 4, p. 167–174, jul. 2003. [http://dx.doi.org/10.1016/s1049-3867\(03\)00041-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1049-3867(03)00041-0).
- SAGE social isolation. Disponível em: www.sageusa.org/issues/isolation.cfm. Acesso em: 01 de agosto de 2020.
- SCHMIDT, M. I.; et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 2011. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60135-9).
- SCHOTT, E. Debate: Segurança Alimentar e Nutricional em grupos específicos. In: MORAIS, D. C.; SPERANDIO, N.; PRIORE, S. E. **Atualizações e debates sobre segurança alimentar e nutricional**. Viçosa: UFV, 2020. Cap. 66. p. 521–529.