

Implicaciones bioéticas en la atención de la salud al público LGBTT

Adilson Ribeiro dos Santos ¹, Rose Manuela Marta Santos ², Marcos Lopes de Souza ³, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery ⁴, Edite Lago da Silva Sena ⁵, Sérgio Donha Yarid ⁶

Resumen

Este estudio tiene como objetivo analizar las publicaciones académicas relacionadas a las acciones de atención de la salud de lesbianas, *gays*, bisexuales, travestis y transexuales (LGBTT) bajo el enfoque de la bioética principialista. La metodología utilizada fue el diseño de ensayo, en la cual los datos recolectados fueron divididos en dos conjuntos: producciones académicas y documentos que normativizan las políticas de salud de LGBTT en el Sistema Único de Salud – SUS. Los estudios señalaron que además de acciones dedicadas a la salud de LGBTT, existe una presencia de prejuicios/discriminación, requiriendo de una nueva mirada frente a la actuación ética y bioética entre el profesional y el usuario. Así, la actuación profesional basada en la bioética principialista puede ser considerada como una forma de superación de juicios de valor por parte de profesionales de la salud, contribuyendo con acciones que proporcionen una actuación abocada al alcance de la integralidad de la asistencia.

Palabras-clave: Bioética. Salud de minorías. Políticas públicas. Identidad de género. Personas transgénero. Homosexualidad. Homofobia.

Resumo

Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT

Este estudo tem como objetivo a análise das publicações acadêmicas quanto às ações de atenção à saúde de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transgêneros (LGBTT), mediante o enfoque da bioética principialista. A metodologia utilizada foi o desenho de ensaio, no qual os dados coletados foram divididos em dois conjuntos: produções acadêmicas e documentos normatizadores das políticas de saúde de LGBTT no Sistema Único de Saúde (SUS). Os estudos indicaram que, além de ações voltadas para a saúde de LGBTT, há necessidade de um novo olhar diante da atuação ética e bioética entre o profissional e o usuário, haja vista a existência de preconceitos e discriminação para com esse público. Assim, pode-se considerar a atuação profissional baseada na bioética principialista como forma de superação de juízos de valor por parte dos profissionais da saúde, contribuindo para ações que propiciem um desempenho voltado para a obtenção da integralidade da assistência.

Palavras-chave: Bioética. Saúde de minorias. Políticas públicas. Identidade de gênero. Pessoas transgénero. Homossexualidade. Homofobia.

Abstract

Bioethical implications in health care for the LGBTT public

The aim of this study was to analyze academic publications regarding actions of health care for lesbians, gays, bisexuals, transvestites and the trans gender (LGBTT), in a focus of principialist bioethics. The methodology employed was trial design, in which the data gathered were divided into two sets: academic productions, and documents standardizing LGBTT health policy in the Single Health System (SUS). The studies showed that beyond the the actions aimed at the health of LGBTT, there exist prejudice and discrimination, requiring a new examination of ethical and bioethical interaction between the professional and the user. Thus professional performance based on principialist bioethics may be considered a way of overcoming values judgments on the part of health professionals, helping better pursue the integral nature of care.

Keywords: Bioethics. Minority health. Public policies. Gender identity. Transgendered persons. Homosexuality. Homophobia.

1. **Especialista** adilsonenfucuidar@hotmail.com 2. **Especialista** rosemarta@gmail.com 3. **Doutor** marcoslsouza@ig.com.br 4. **Doutora** rboery@gmail.com 5. **Doutora** editelago@gmail.com 6. **Doutor** syarid@hotmail.com – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié/BA, Brasil.

Correspondência

Adilson Ribeiro dos Santos – Rua M, 55, Bairro Novo CEP 45630-000. Itajuípe/BA, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La homosexualidad es una cuestión bastante discutida en la actualidad, pero su contexto histórico-social es calcado de conceptos y debates que se remontan a la antigüedad. El foco principal de esa discusión recayó siempre sobre la homosexualidad masculina, debido, tal vez, a la mayor importancia social de ese sexo en las sociedades antiguas.

Con la llegada del cristianismo, religión impregnada de la herencia judeo-helenista, la relación sexual entre dos hombres fue llamada de “sodomía”, pasando a ser entendida como uno de los pecados *contra naturam*, es decir, contra la naturaleza fijada por Dios, junto a la masturbación y a las relaciones sexuales con animales. Dentro de esa clasificación, la sodomía era pecado nefando, el más grave de todos ¹.

En el siglo XIX, con el discurso de la psicología y de la psiquiatría, el término “sodomía” fue sustituido por la denominación “homosexualismo”, que pasó a ser vista como un desvío psíquico, patológico, trastorno mental o, en palabras de Foucault, *una especie de androginia interior, un hermafroditismo del alma que debería ser tratado* ². Apenas el 17 de mayo de 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) retiró la homosexualidad del Catálogo Internacional de Enfermedades, reduciendo así el sino patológico del homosexualismo y adoptando la nomenclatura “homosexualidad” ³.

En la actualidad, la homosexualidad es pensada muchas veces como una opción, es decir, como una decisión del individuo, al mismo tiempo que la heterosexualidad es analizada como algo innato y natural. Desestabilizar estas ideas exige un desafío capaz de romper la cultura *heteronormativa*, a la cual se da la prerrogativa de establecer el rótulo sobre aquello que es “correcto” y lo que es “incorrecto” en la exteriorización de la sexualidad ⁴. Es decir, tal desafío implica deconstruir las nociones de “normal” y “anormal”, que persisten como elemento de anclaje del imaginario social que fija esa nueva clasificación ², teniendo presente que, *en todos los tiempos, y probablemente en todas las culturas, la sexualidad estuvo integrada a un sistema de acciones [...] vía de consecuencia y de degradación, entre la salud y la enfermedad, lo normal y lo anormal* ⁵.

En Brasil, uno de los primeros movimientos organizados de los que se tiene registro, en la lucha contra los prejuicios con relación a los homosexuales, fue el Grupo de Afirmación Homosexual (Somos – SP), que tuvo su primera participación social en 1979 ⁶. En 1983, el Grupo Gay de Bahía (GGB) fue registrado como sociedad civil sin fines lucrativos ⁷; una década después, en Río de Janeiro, fue oficialmente fundado el Grupo Arco-Iris ⁸, y

en 1985 se creó, en São Paulo, el Grupo de Apoyo y Prevención del SIDA [Grupo de Apoio e prevenção à AIDS - GAPA] ⁹, apenas para citar algunos grupos muy activos durante ese periodo. Actualmente hay 12 entidades registradas que actúan, en el ámbito nacional, en la defensa de los derechos humanos de lesbianas, *gays*, bisexuales, travestis y transexuales (LGBTT), así como otras 92 instituciones regionales esparcidas por todo el país ¹⁰.

En esos poco más de 30 años, los movimientos de la población LGBTT se concentraron en el combate contra la discriminación y los prejuicios, especialmente de la homofobia, así como a la prevención de la incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) tanto en la comunidad *gay* como en la población en general. Además del combate contra la homofobia, contribuyó para la consolidación de esos grupos el surgimiento de la epidemia de VIH/SIDA, que en la década de 1980 asoló, de manera acentuada, dicho segmento de la población.

Últimamente, estos movimientos se intensificaron, en la búsqueda de estrategias específicas para la promoción de la salud y la prevención de prejuicios para esos grupos. Paulatinamente, las reivindicaciones de los LGBTT concernientes a la violencia, unión civil, derechos sexuales y reproductivos, entre otros, van avanzando y marcando la historia, de tal modo que pasaron a integrar el conjunto de acciones de las agendas gubernamentales. En 2004, fue lanzado por el Ministerio de la Salud, por el Consejo Nacional de Combate contra la Discriminación y por la Secretaría Especial de los Derechos Humanos (SEDH), el programa Brasil sin Homofobia, para combatir la violencia y la discriminación contra LGBTT y de promoción de la ciudadanía homosexual ¹¹. Posteriormente, el gobierno federal firmó el Decreto de 4 de junio de 2010, instituyendo el día 17 de mayo como Día Nacional del Combate contra la Homofobia ¹².

Del reconocimiento de esas luchas por los derechos y por la aceptación de las particularidades en la atención al público LGBTT en lo que respecta, específicamente, al proceso salud-enfermedad, se destacan las propuestas de las 12^a y 13^a conferencias nacionales de salud, realizadas respectivamente en 2003 y 2007, que trajeron a la discusión cuestiones relativas a los derechos de la población LGBTT, al presentar la orientación sexual y la identidad de género como temas de análisis de la determinación social de la salud. Cabe todavía resaltar la introducción, por el Ministerio de la Salud, del proceso transexualizador en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) ¹³.

En el año de 2010, en consonancia con la pauta de esas conferencias, el Ministerio de la Salud presentó la Política Nacional de Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales (LGBTT), que determina las directrices para la atención integral de esos grupos de la población¹⁴. Entre esas directrices, cabe mencionar la sensibilización de los profesionales en el proceso de educación permanente a respecto de los derechos de los LGBTT; la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, y el establecimiento de normas y protocolos de atención específicos para lesbianas y travestis¹⁵.

En ese contexto de luchas y conquistas de los grupos LGBTT – más precisamente con relación a lo que fue alcanzado en el área de la salud –, emerge una cuestión importante, que está relacionada con la conducta de los profesionales frente a la diversidad sexual. Pese a la influencia de diversas filosofías seculares sobre el ejercicio de los profesionales de las ciencias de la salud, gran parte de su comportamiento todavía se basa en valores ligados a su contexto socio-histórico de socialización, que modelan el pensar y el actuar en sociedad. Así como otras formas de discriminación social, la homofobia no ocurre de manera aislada; camina junto y se refuerza con el machismo, el racismo, la misoginia y con todas las formas correlacionales de intolerancia¹⁵.

En contraposición a esos patrones atávicos, los códigos de ética profesional prescriben que, en el ejercicio de su función, el profesional debe eximirse de cualquier forma de juicio de valor en la relación entre él y el usuario¹⁶. Considerando esa máxima a partir del modelo de la bioética principialista¹⁷, se evidencia la importancia de capacitar al profesional de la salud para introducir, en la práctica cotidiana, los cuatro principios fundamentales – beneficencia, justicia, la no maleficencia y el respeto de la autonomía – volviéndolos indispensables en el encuentro entre quien ofrece la asistencia y quien la utiliza¹⁶.

El levantamiento de la literatura desarrollado para la elaboración de este artículo demostró la escasez de la producción académica concerniente a las cuestiones de atención a la salud del universo LGBTT, especialmente cuando se tienen en cuenta sus aspectos éticos. Es, por lo tanto, menester profundizar en el conocimiento de esa línea de reflexión, así como diseminar en el medio profesional los instrumentos destinados a promover la garantía de los derechos de esa población, una vez que ese público es considerado prioritario en las políticas estratégicas del Ministerio de la Salud. En ese contexto

de compromiso bioético con la atención a la salud de la sociedad y, específicamente, de la población LGBTT, este estudio tiene como objetivo analizar las publicaciones académicas relativas a las acciones de atención a la salud LGBTT mediante el enfoque de la bioética principialista¹⁷.

Método

Como recurso metodológico, se optó por la modalidad de ensayo, considerando que esa metodología de trabajo académico posibilita examinar y abordar el tema en cuestión, de forma a analizarlo en profundidad y proponer cuestionamientos. De ese modo, *se puede caracterizar al ensayo como un estudio bien desarrollado, formal, discursivo y concluyente, que consiste en la exposición lógica y reflexiva y en la argumentación rigurosa de alto nivel de interpretación y juicio personal*¹⁸.

La cuestión que propició este estudio, nació de discusiones, vivencias y de la implicación de los autores con la temática en el Grupo de Estudio e Investigaciones de Género y Sexualidades de la Universidad Estadual del Sudoeste de Bahia (Uesb), así como de las reflexiones en el ámbito de la disciplina de Bioética del Programa de Posgrado en Enfermería y Salud, de la misma institución. Para el desarrollo de la argumentación, fue necesario reunir y analizar tanto la producción académica referente a los servicios de salud destinados a la atención de la población LGBTT, durante el periodo de 2008 a 2012, como los documentos del Ministerio de la Salud que contienen prerrogativas del derecho y del acceso a la salud para esta población.

Como primero conjunto de datos (Cuadro 1), fueron seleccionados 119 artículos disponibles en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS). Como criterios de inclusión, fueron considerados textos completos en lengua portuguesa, puestos a disposición integralmente, publicados durante el periodo 2008-2012 y cuyos descriptores fueran “homosexualidad”, “políticas de salud”, “Sistema Único de Salud”, “ética” y “salud” y sus combinaciones. Tras la primera evaluación, que tuvo en cuenta el título y la relación con el tema, permanecieron 50 artículos. En un segundo proceso de filtración, mediante la lectura de los resúmenes, permanecieron 21 artículos, de los cuales, tras una lectura minuciosa de cada texto – orientada, más una vez, por el objetivo propuesto –, fueron seleccionados 7 trabajos, que compusieron el cuerpo de este estudio.

El segundo conjunto de documentos (Cuadro 2) fue compuesto por los instrumentos normati-

vos de las políticas públicas orientadas hacia el público LGBTT, incluyendo otros marcos legales que tratan de los derechos de los usuarios en el SUS.

Cuadro 1. Caracterización de los artículos por autor, año de publicación, objetivo y método de estudio

Autor/año	Objetivo del estudio	Método
Lionço/2008 ¹⁹	Problematizar la pertinencia de una política específica de salud para la población de <i>gays</i> , lesbianas, bisexuales, travestis y transexuales (GLBTT)	Ensayo teórico
Andrade & Ferrari/2009 ²⁰	Analizar los cambios que posibilitaron la recepción de las solicitudes de los hombres <i>gays</i> en favor del reconocimiento de sus relaciones y de la constitución familiar a partir de la adopción y de la procreación asistida	Estudio bibliográfico
Valadão & Gomes/2011 ²¹	Discutir los elementos que pueden explicar la invisibilidad de lesbianas y mujeres bisexuales en el área de la asistencia integral a la salud de la mujer	Estudio bibliográfico
Silva & Nardi/2011 ²²	Indicar y comprender, en el contexto brasileiro, la construcción de una red social, política y jurídica para el combate contra la discriminación por orientación sexual	Estudio documental
Natividade & Oliveira/2011 ¹	Debatir acerca del desafío de elaborar una política de atención integral para la salud de mujeres lesbianas	Estudio etnográfico
Toledo & Pinafi/2012 ²³	Proponer una discusión ética sobre las vicisitudes de la clínica psicológica con la población LGBTT	Estudio bibliográfico
Cardoso & Ferro/2012 ²⁴	Contribuir al análisis de algunos elementos que interfieren en el proceso de salud de la población LGBTT	Estudio bibliográfico

Cuadro 2. Caracterización de los documentos normativos, por nombre, año de publicación y relevancia en cuanto al contenido de interés para la población LGBTT

Documentos/año	Relevancia
Constitución de la República Federal de Brasil/1988 ²⁵	La Constitución Federal define, en su artículo 5º, que todos son iguales ante la ley, sin distinción de cualquier naturaleza, garantizándoseles a los brasileiros y a los extranjeros residentes en el país la inviolabilidad del derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la seguridad y a la propiedad
Ley 8.080/1990 ²⁶	En su capítulo II, "De los principios y directrices", en el inciso I del artículo 7º, consta que las acciones y los servicios públicos de salud serán realizadas conforme al principio de la universalidad de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de asistencia
Brasil sin Homofobia/2004 ²⁷	Se trata del programa de combate contra la violencia y la discriminación contra GLBT (<i>gays</i> , lesbianas, transgéneros y bisexuales) y de promoción de la ciudadanía de homosexuales
Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud/2006 ²⁸	Se refiere al derecho que los ciudadanos tienen al acceso a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud promovidos por el Sistema Único de Salud
Principios de Yogyakarta/2006 ²⁹	Principios para la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual e identidad de género
Política Nacional de la Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales/2010 ¹⁴	Define las particularidades de la atención a lesbianas, <i>gays</i> , bisexuales, travestis y transexuales, en lo que respecta al proceso salud-enfermedad

Resultados y discusión

Como se sabe, vivimos en una estructura social patriarcal, ajustada a valores fundamentados

por principios morales que no tienen en consideración la autonomía del ser humano. Entre esos valores, se encuentran aquellos calcados de la exclusiva aceptación de relaciones sexuales que permiten la expresión afectiva entre personas de sexos opues-

tos. En ese contexto, el homosexual surge como ser desestabilizador del patrón vigente, ocupando, en diferentes escenarios, posiciones marginales en la sociedad, un lugar abyecto, es decir, aquel que no es sujeto: *El abyecto designa aquí precisamente aquellas zonas “inhóspitas” e “inhabitables” de la vida social, que son, no obstante, densamente pobladas por aquellos que no gozan del estatus de sujeto, pero cuyo habitar bajo el signo de lo “inhabitable” es necesario para que el dominio del sujeto sea circunscrito*³⁰.

Durante siglos, el mundo occidental vio la homosexualidad como pecado nefando, perversión, desvío y crimen, lo que sometió a los homosexuales a tratos crueles y deshumanos²⁰. Algunos hechos históricos recientes contribuyeron para que la práctica de la homosexualidad adquiriera connotaciones más desfavorables. Diferentes momentos del escenario mundial contribuyeron para consolidar el imaginario social negativo en lo respectivo a la homosexualidad y/o al comportamiento homosexual. Como ejemplo relevante de esa construcción, véase la Segunda Guerra Mundial, en la cual la actuación de Hitler incitó, entre otras cosas, una mirada de repulsión sobre los homosexuales. Prueba de eso es que, en el otoño de 1933, muchos homosexuales fueron enviados a campos de concentración nazis y, ahí, castrados y mantenidos en régimen de trabajos forzados³¹. Conforme relatan Fry y MacRae, eran *marcados con un triángulo rosa cocido en sus uniformes, ellos sufrían no solo la persecución y las violencias de sus captores, como también la de los otros prisioneros, y, hasta hoy, cuando se habla de las víctimas de los campos de concentración, ellos son sistemáticamente excluidos*³².

Décadas más tarde, ya en los años de 1980, el origen de la emergencia del VIH/SIDA, negativamente asociada a los homosexuales, contribuyó todavía más para la percepción equivocada de la homosexualidad y de las cuestiones ligadas a la salud de esa población. La “Guía de prevención de las ETS/SIDA y ciudadanía para homosexuales”, del Ministerio de la Salud, informa que desde el surgimiento del SIDA, en inicios de la década de 1980, los homosexuales fueron el grupo poblacional más golpeado por la epidemia en todo el mundo³³.

Asociando diferentes factores, que van desde las características comportamentales hasta el estilo de vida, el riesgo y la vulnerabilidad de los homosexuales masculinos y femeninos frente a la infección por el VIH fueron significativamente acen tuados por la falta de información, por el estigma y por el prejuicio de la sociedad³⁴, originando una

serie de violaciones que incluyen *ejecuciones extra-judiciales, tortura y malos-tratos, agresiones sexuales y estupro, invasión de la privacidad, detención arbitraria, negación de oportunidades de empleo y educación y serias discriminaciones con relación al goce de otros derechos humanos*³⁵.

En ese sentido, cabe resaltar la formulación, en 2006, de los *Principios de Yogyakarta*, representando un marco de los derechos de la población LGBTT en el escenario internacional. En ese documento, que trata de la implementación de la legislación internacional de los derechos humanos referentes a la orientación sexual e identidad de género, se afirma que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad de derechos, que todos los derechos humanos son universales, interdependientes, indivisibles e interrelacionados²⁹.

El reconocimiento del derecho a la orientación sexual y a la identidad de género es esencial para la dignidad y humanidad de cada persona, y ninguna diferencia debe ser motivo de discriminación o de abuso. Tomando como base el principio de autonomía – entendido como capacidad de una persona para decidir hacer o buscar aquello que juzga ser lo mejor para sí mismo –, toda forma de discriminación puede ser vista como violación de los derechos de la persona (o ciudadano/usuario) a tomar sus propias decisiones^{29,36}.

La Constitución Federal de 1988 afirma, en su artículo 5º, que todos son iguales ante la ley, sin distinción de cualquier naturaleza, garantizando a los brasileros y a los extranjeros residentes en el país la inviolabilidad del derecho a la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad y la propiedad²⁵. De modo semejante, la Ley 8.080, o Ley Orgánica de la Salud, de 1990, suscribe que las acciones y los servicios públicos de la salud serán realizados en concordancia con el principio de la universalidad del acceso a esos servicios en todos los niveles de asistencia. De ese modo, ambos documentos garantizan la no discriminación de cualquier naturaleza en los servicios públicos de salud²⁶.

Silva y Nardi²² elaboraron un contrapunto con relación a lo dispuesto en la Constitución Federal, cuando afirman que hay personas que, al disponer y adoptar una determinada condición de existencia y de expresión de la sexualidad, como es el caso de la orientación sexual, son tratadas de manera desigual, si comparadas con otras en las mismas situaciones o lugares – lo que las torna víctimas de discriminación. Ese análisis lleva a la reflexión acerca del principio de justicia, el cual, según los autores, está pautado por la equidad y por el intercambio de bienes y recursos

considerados comunes. Tal concepción de justicia implica la garantía de las mismas oportunidades de acceso a los bienes públicos, como el acceso a los servicios de salud, por ejemplo ^{25,26}.

En el intento por ampliar y fortalecer el ejercicio de la ciudadanía en Brasil, el gobierno federal, por intermedio del Ministerio de la Salud, lanzó en 2004 el ya citado programa Brasil sin Homofobia ¹¹, reconociendo la trayectoria de millares de brasileros y brasileras que, desde finales de los años 1970, se han dedicado a la lucha por la garantía de los derechos humanos de homosexuales. Ese programa puede ser considerado un marco histórico en la lucha por el derecho a la dignidad y por el respeto a la diferencia. Dos años después, en 2006, fue aprobado un otro instrumento que prohíbe y/o inhibe las diferentes formas de discriminación en los servicios de salud, inclusive por orientación sexual: la Carta de los Derechos de los Usuarios del SUS, que en su tercer principio asegura al ciudadano la atención hospitalaria y libre de discriminación, buscando la igualdad en el trato y una relación profesional-usuario más personal y saludable ²⁸. Posteriormente, en 2008, al discutir la asistencia a la población LGBTT, el Ministerio de la Salud resaltó la importancia de enfrentar los factores que actúan negativamente sobre los determinantes de la salud ¹⁵.

Según ese último documento, la población del país solo alcanzará niveles adecuados de salud mediante la articulación de todos los sectores comprometidos con el fenómeno de la promoción de políticas sociales, de manera a generar una interferencia eficaz sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad. Enfrentar la complejidad de esos factores de la vida y de la salud de las personas y colectividades requiere intervención sobre situaciones como la exclusión social, el desempleo y el acceso a la habitación y a la alimentación. Para eso, también se hace necesario el reconocimiento de los factores que se entrecruzan, maximizando la vulnerabilidad y el sufrimiento de los grupos específicos ¹⁵.

Considerando tal perspectiva, el gobierno brasileiro creó, en 2010, la Política Nacional de Salud Integral de LGBTT, que, además de buscar trascender el paradigma de la no aceptación de las desigualdades en los servicios de salud, pretende atender a los principios del SUS, es decir, promover la salud integral de Lesbianas, gays, bisexuales, travestis y transexuales, eliminando la discriminación y el prejuicio institucional, y contribuir para la reducción de las desigualdades y la consolidación del SUS como sistema universal, integral y equitativo ¹⁴. Esa propuesta, admitiendo la existencia de prejuicios y limitaciones

en el trato de profesionales del SUS en sus relaciones con el público LGBTT, estimula cambios en todos los niveles de los servicios de asistencia.

Con base en el análisis de esa política gubernamental, se entiende que su origen se sitúa más allá de cuestiones que orientan las acciones de salud o de atención a esa población. Se puede afirmar que su consecuencia más significativa es la transformación del imaginario social, en la superación de los prejuicios que permean la vida y las relaciones sociales y que recaen marcadamente sobre ese público. De acuerdo con Lionço, la *salud integral para esta población requiere de una revisión de los derechos sexuales y reproductivos, exigiendo la desnaturalización de la sexualidad y de sus formas de manifestación, así como el rechazo a la medicalización de la sexualidad, que tiende a normativizar las expresiones de la sexualidad humana según una lógica heteronormativa y de linealidad en la determinación del sexo sobre el género* ³⁷.

Tal perspectiva parte del presupuesto de que cualquier forma de discriminación es factor limitante de la salud y promotor de la enfermedad, inclusive la homofobia. Borrilo ³⁸ afirma que la homofobia es entendida como desprecio y rechazo no solo a las personas que se identifican como homosexuales, sino también a la homosexualidad misma y a otras expresiones de la diversidad de género y sexual (como la bisexualidad, el travestismo y la transexualidad) que escapan al llamado "orden natural" (la heterosexualidad), de ahí que sean vistas como amenazantes o desestabilizadoras. En contrapartida, la *heteronormatividad* es considerada como principio que comprende la heterosexualidad como expresión legítima, verdadera y natural de la sexualidad.

Miskolci ³⁹ y Valadão y Gomes ²¹ afirman que esos prejuicios, históricamente diseminados en las sociedades occidentales, contribuyen a la consolidación de la falta de preparación de los profesionales de la salud para lidiar con la diversidad sexual, visto que, a lo largo de su formación, no se les enseña cómo lidiar con el tema de manera abierta y sin prejuicios. Esa deficiencia perjudica la relación profesional-usuario, porque inhibe la libre expresión de gays y lesbianas al hablar con esos especialistas sobre su orientación sexual y, con eso, acaba por crear barreras en las relaciones de producción del cuidado ^{21,39}.

Por lo tanto, producir el cambio propuesto por la Política Nacional de Salud Integral de LGBTT exige del profesional de la salud una relectura de sus pensamientos y actitudes éticas, con el fin de garantizar la correcta asistencia a la salud de las poblaciones, entre las cuales la comunidad LGBTT ³³. En ese sen-

tido, tomando la discriminación como factor de enfermedad, la actuación de los profesionales de la salud debe pautarse por el principio de no maleficencia, es decir, no causar perjuicio intencional a los usuarios, aun considerando el presupuesto de que, en cualquier acción diagnóstica o terapéutica, existe el riesgo de ocasionar algún daño^{36,40}.

Cuando se analiza el actuar profesional partiendo del principio de autonomía, es posible entender que esa noción contraría las formas de coerción y represión. Dicho principio se encuentra éticamente fundamentado en la dignidad de la persona humana¹⁶, de modo que irrespetar la autonomía de las personas significa menospreciar sus juicios, negándoles la libertad de actuar conforme a sus principios⁴⁰. Siendo así, la imposición de la heterosexualidad como patrón social de comportamiento sexual puede vulnerar la autonomía del otro, ya que impide a la persona actuar de acuerdo a lo que juzga ser mejor para sí mismo, aun cuando se trata de un aspecto de su vida considerado del fuero íntimo, obligándolo a adoptar el patrón que la cultura y la sociedad entienden ser “correcto”.

A respecto de esto, es necesario destacar que cualquier cambio en las estructuras simbólicas de la sociedad pasa por la percepción, por el entendimiento y por la aceptación de la alteridad. La comprensión es factor crucial en las relaciones entre los seres humanos. Morin⁴¹ destaca la importancia de trabajar la ética de la comprensión como forma de ampliar las posibilidades de entendimiento entre los hombres. Para el autor, *comprender incluye, necesariamente, un proceso de empatía, de identificación y de proyección. Siempre intersubjetivo, la comprensión pide apertura simpatía y generosidad*⁴². Con los aparatos de difusión de informaciones por los medios de comunicación, nunca fue tan fácil como ahora disponer de tantos canales de promoción del diálogo. Es necesario, por lo tanto, aprovechar esos medios para fomentar los cambios, y no para consolidar visiones estereotipadas y discriminatorias.

El análisis de la Carta de los Derechos de los Usuarios del SUS deja clara la garantía del derecho de todos los ciudadanos a la atención hospitalaria en la red de servicios de salud. Eso implica ofrecer asistencia humanizada, libre de cualquier discriminación, restricción o negación en función de edad, raza, color, etnia, orientación sexual, identidad de género, características genéticas, condiciones socioeconómicas, estado de salud, ser portador de patología infectocontagiosa o persona viviendo con una discapacidad²⁸. El documento también apunta para la necesidad de promover transformaciones en

el modo de pensar y actuar de los profesionales de la salud, quienes, dada su importancia y función en todos los niveles de la red de asistencia, son multiplicadores naturales de estas nociones en la sociedad.

Considerando que las reformulaciones de las redes de la salud para la mejor atención de la población LGBTT dependen de transformaciones en la actitud de los profesionales que en ellas actúan, Cardoso y Ferro²⁴ afirman que una forma de promover tales cambios en los servicios de salud es el cuestionamiento de la heterosexualidad como patrón de orientación sexual. Según los autores, el SUS, en su búsqueda por la universalidad, abarca cada día nuevas particularidades de los segmentos poblacionales. Es frente a esa diversidad que el principio de la beneficencia se ajusta a las acciones de los profesionales de la salud, una vez que su adopción implica contribuir para el bienestar del paciente, es decir, actuar en beneficio del usuario³⁶.

Desde el punto de vista ético, se sabe que el profesional de la salud debe eximirse de externalizar cualquier juicio de valor en su relación con el usuario. En ese sentido, *juicios de tipo moral y religioso, además de ser contraproducentes para el trabajo clínico, especialmente (pero no solamente) con la población LGBT (...), generalmente incitan a la estigmatización y discriminación, constituyendo, así, una forma más de prejuicio; con la diferencia de que viene disfrazado por detrás de una pseudo-neutralidad-científica*⁴³.

La homosexualidad, al romper con lo que está puesto como normal y socialmente aceptado, suscita desde siempre cuestionamientos no solo en el medio académico, en la búsqueda de la comprensión de su origen, sino también en las relaciones de esa esfera con la sociedad en general. Reconocer y aceptar lo diferente causa cierta desestabilización en las ideas de las personas, en especial cuando se está enyesado por patrones culturales y sociales sin la preocupación por lanzar una mirada a lo nuevo o simplemente a lo que se considera diferente. Así, la atención a la comunidad LGBTT en los servicios de salud está permeando los dilemas socioculturales, visto que la relación entre profesional y usuario representa el encuentro de mundos diferentes – hecho que sería amenizado por una actuación profesional fundamentada en los principios éticos.

Consideraciones finales

Los estudios analizados alertan acerca de la existencia de situaciones en las cuales la población

LGBTT no encuentra la debida asistencia, lo que se verifica por causa de los juicios de valor expresados por profesionales de los servicios de salud. Señalan también que la discriminación debida a la orientación sexual es un hecho que se manifiesta en varios espacios de la sociedad, coexistiendo de manera institucional en los lugares de producción del cuidado. Esos prejuicios pueden ser vistos como detonantes de conflictos éticos en la relación entre el profesional y el usuario. El actuar del profesional fundado en los moldes de la *heteronormatividad* se revela como un factor limitador de la atención de calidad, llegando a ser asociado a la misma enfermedad, razón por la cual también debe ser considerada como punto de partida de los dilemas éticos.

Por consiguiente, el actuar del profesional basado en la bioética principalista puede ser in-

terpretado como estrategia para la superación de juicios de valor en la conducta de los profesionales de la salud, lo que contribuirá para acciones que propicien una actuación dedicada al alcance de la integralidad en la asistencia al público LGBTT.

A lo largo de este estudio, aunque se haya identificado la existencia, en el contexto brasilero, de artículos y marcos legales dedicados a la salud de la población LGBTT, no fue posible encontrar en la producción experimentos que analizaran las cuestiones y/o conflictos éticos en la práctica de los profesionales acerca de las manifestaciones de la diversidad sexual. Frente a lo expuesto, se reafirma la necesidad de emprender más estudios académicos sobre los comportamientos éticos de los profesionales ante las exigencias de ese público en los servicios de salud.

Trabajo producido en el ámbito del Grupo de Estudios e Investigaciones sobre Género y Sexualidades de la Universidad Estadual del Sudoeste de Bahia (UESB), Jequié/BA, Brasil.

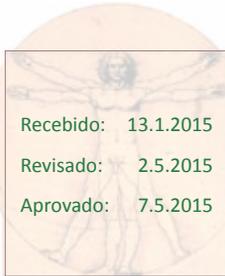
Referências

1. Natividade M, Oliveira L. Sexualidades ameaçadoras: religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*. 2011;2:121-61.
2. Foucault M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
3. Terto Jr V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/Aids. *Horiz Antropol*. 2002;8(17):147-58.
4. Sousa Filho A. Teorias sobre a gênese da homossexualidade: ideologia, preconceito e fraude. In: Junqueira RD, organizador. *Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas*. Brasília: Ministério da Educação; 2009. v. 32. p. 95-123. (Coleção Educação para Todos).
5. Foucault M. Op. cit. p. 67.
6. Fry P, MacRae E. *O que é homossexualidade*. São Paulo: Brasiliense; 1985.
7. Grupo Gay da Bahia. O que é o GGB. [Internet]. 2003 [acesso 28 jan 2015]. Disponível: <http://www.ggb.org.br/ggb.html>
8. Grupo Arco-Iris. Apresentação do Grupo Arco-Iris. [Internet]. [acesso 28 jan 2015]. Disponível: <http://www.arco-iris.org.br>
9. Brasil. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Grupo de Apoio à Prevenção da Aids – Gapa/SP. [Internet]. [acesso 28 jan 2015]. Disponível: <http://www.aids.gov.br/endereco/grupo-de-apoio-prevencao-da-aids-gapasp>
10. Wikipédia. Lista de entidades brasileiras de defesa dos GLBT. [Internet]. [acesso 28 jan 2015]. Disponível: http://pt.wikipedia.org/wiki/Lista_de_entidades_brasileiras_de_defesa_dos_GLBT
11. Brasil. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 31 maio 2015]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf
12. Brasil. Presidência da República. Decreto de 4 de junho de 2010. Institui o Dia Nacional de Combate à Homofobia. [Internet]. 2010 [acesso 23 maio 2014]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Dnn/Dnn12635.htm
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. 2013 [acesso 28 jan 2015]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):570-3.
16. Reis HTS. *A ética principalista como modelo na atenção à saúde humana* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

17. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
18. Severino AJ. *Metodologia do trabalho científico*. 22ª ed. São Paulo: Cortez; 2002. p. 152-53.
19. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc.* 2008;17(2):11-21.
20. Andrade MRM, Ferrari IF. Legitimação do laço homossexual: um acolhimento possível na realidade social da hipermodernidade. *Rev Mal-Estar e Subj.* 2009;9(4):1145-72.
21. Valadão RC, Gomes R. Homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis.* 2011;21(4):1451-67.
22. Silva FR, Nardi HC. A construção social e política pela não discriminação por orientação sexual. *Physis.* 2011;21(1):251-65.
23. Toledo LG, Pinafi T. A clínica psicológica e o público LGBT. *Psicol Clin.* 2012;24(1):137-63.
24. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2012;32(3):552-63.
25. Brasil. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
26. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
27. Brasil. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
28. Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
29. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos humanos. *Princípios de Yogyakarta: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero*. [Internet]. Indonésia: CLAM; 2006 [acesso 23 maio 2014]. Disponível: http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf
30. Butler J. *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo*. In: Louro GL, organizador. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2000. p. 151-65.
31. Lima CC. *A história da homossexualidade e a luta pela dignidade*. [Internet]. Guia do Estudante. 13 nov 2011 [acesso 1º jun 2015]. Disponível: <http://guiadoestudante.abril.com.br/aventuras-historia/historia-homossexualidade-luta-pela-dignidade-718218.shtml>
32. Fry P, MacRae E. Op. cit. p. 91.
33. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia de prevenção das DST/Aids e cidadania para homossexuais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série Manuais).
34. Brasil. Ministério da Saúde. *Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série Manuais).
35. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos humanos. Op. cit. p. 7.
36. Loch JA. *Princípios da bioética*. In: Kipper DJ, organizador. *Uma introdução à bioética*. São Paulo: Nestlé Nutrition Institute; 2002. p. 12-9.
37. Lionço T. Op. cit. p. 18.
38. Borrillo D. *Homofobia: história e crítica de um preconceito*. Belo Horizonte: Autêntica; 2010.
39. Miskolci R. *A teoria Queer e a sociologia: o desafio de uma análise da normalização*. *Sociologias.* 2009;11(21):150-82.
40. Goldim JR. *Modelo de princípios: principialismo*. [Internet]. 1999 [acesso 19 maio 2014]. Disponível: <http://www.ufrgs.br/bioetica/modprin.htm>
41. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.
42. Morin E. Op. cit. p. 95.
43. Toledo LG, Pinafi T. Op. cit. p. 155.

Participación de los autores

Adilson Ribeiro dos Santos y Rose Manuela Marta Santos elaboraron el problema de estudio, realizaron el levantamiento de datos y contribuyeron para la redacción y discusión del artículo. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Edite Lago da Silva Sena y Sérgio Donha Yarid fueron responsables por la orientación de la construcción y revisión final del artículo. Marcos Lopes de Souza contribuyó con la redacción final y realizó la lectura crítica del artículo.



Recebido: 13.1.2015
Revisado: 2.5.2015
Aprovado: 7.5.2015