

# Saúde LGBTQIA+ à luz da bioética principialista

Jeanderson Soares Parente<sup>1</sup>, Caik Ferreira Silva<sup>2</sup>, Beatriz de Castro Magalhães<sup>2</sup>, Mauro McCarthy de Oliveira Silva<sup>2</sup>, Grayce Alencar Albuquerque<sup>2</sup>

1. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil. 2. Universidade Regional do Cariri, Crato/CE, Brasil.

## Resumo

O artigo analisa, à luz da bioética principialista, a experiência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, queers, intersexuais, assexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais no acesso a serviços de saúde. Trata-se de pesquisa transversal, de abordagem qualitativa, realizada em 2018, no município de Iguatu/CE, Brasil, com 26 pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, que participaram de grupos focais com entrevistas semiestruturadas. Os resultados apontam graves violações aos princípios básicos da corrente principialista, com violência institucional de cunho psicológico, desrespeito à dignidade, recusa de doação de sangue, não aceitação de nome social, falta de acolhimento e humanização do atendimento. A persistência e a gravidade das situações de discriminação relatadas mostram que, apesar dos avanços e da existência de uma política de saúde específica para essa população, as medidas de combate ao preconceito institucional têm se mostrado insuficientes.

**Palavras-chave:** Bioética. Preconceito. Serviços de saúde. Homofobia.

## Resumen

### Salud LGBTQIA+ a la luz de la bioética principialista

El artículo analiza, a la luz de la bioética principialista, la experiencia de lesbianas, gays, bissexuales, transexuales y travestis, queers intersexuales, asexuales y otras identidades de género y orientaciones sexuales en el acceso a los servicios de salud. Se trata de una investigación transversal, con enfoque cualitativo, realizada en 2018, en el municipio de Iguatu/CE, Brasil, con 26 personas lesbianas, gays, bissexuales y transexuales, que participaron en grupos focales con entrevistas semiestructuradas. Los resultados indican graves violaciones de los principios básicos de la corriente principialista, con violencia institucional de carácter psicológico, desprecio por la dignidad, negativa a donar sangre, no aceptación del nombre social, falta de recepción y humanización del cuidado. La persistencia y gravedad de las situaciones de discriminación denunciadas muestran que, a pesar de los avances y la existencia de una política de salud específica para esta población, las medidas para combatir el prejuicio institucional han resultado insuficientes.

**Palabras clave:** Bioética. Prejuicio. Servicios de salud. Homofobia.

## Abstract

### LGBTQIA+ health in light of principlist bioethics

In light of principlist bioethics, this article analyzes the experiences of lesbian, gay, bisexual, transvesti and transgender, queer, intersex, asexual and other gender identities and sexual orientations regarding access to health services. Conducted in 2018, in the municipality of Iguatu, Ceará, Brazil, this cross-sectional, qualitative research conducted semi-structured interviews with 26 lesbian, gay, bisexual and transgender individuals who participated in focus groups. Results reveal serious violations of basic bioethical principles, including institutional violence of psychological nature, disrespect to dignity, refusal of blood donation, non-acceptance of social name, lack of receptive and humanized care. The persistence and severity of the reported situations of discrimination show that, despite the progress and the existence of a specific health policy for this population, the measures to combat institutional prejudice have proven insufficient.

**Keywords:** Bioethics. Prejudice. Health services. Homophobia.

Declararam não haver conflito de interesse.  
Aprovação CEP-Urca 2.753.055

A Constituição Federal de 1988<sup>1</sup> estabeleceu a saúde como direito de todos, sem discriminação de raça, cor ou gênero. No entanto, apesar dessa conquista, para a qual o movimento de Reforma Sanitária foi fundamental, populações reconhecidas como “minorias” ainda enfrentam barreiras para acessar os serviços de saúde<sup>2</sup>. Esse é o caso de pessoas LGBTQIA+: lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, *queers*, intersexuais, assexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais.

Há alguns marcos no enfrentamento às barreiras de acesso à saúde pela população LGBTQIA+, como a criação, em 2014, do Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, e a Portaria 2.836/2011, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Destaca-se, ainda, a Resolução do Ministério da Saúde 2/2011, que estabeleceu o plano operativo dessa Política Nacional, reconhecendo uma série de demandas históricas da população LGBTQIA+<sup>3,4</sup>.

Apesar dessas medidas e dos avanços políticos e sociais, persiste o preconceito institucional nos serviços sanitários, o que prejudica não apenas a qualidade do atendimento, mas a própria saúde das pessoas LGBTQIA+. A LGBTfobia representa de forma genérica todo o conjunto de atitudes que envolvem aversão, preconceito, violência ou discriminação contra a comunidade LGBTQIA+. Conhecer essa condição é necessário, uma vez que, no campo da construção social dos corpos, a sexualidade não é um fenômeno isolado, mas pertence às dinâmicas de posições e oposições que organizam toda a sociedade e ditam normas e regras a serem seguidas<sup>5</sup>.

Como apontam Vitiritti, Andrade e Peres<sup>6</sup>, os agentes do campo da saúde, antes de serem profissionais, são partícipes de grupos sociais influenciados por modelos culturais. Esses agentes carregam uma bagagem cultural, histórica e social construída com base no modelo hegemônico de heteronormatividade e cissexismo. Tal bagagem pode se refletir na exteriorização de sentimentos e atitudes negativas ante a população LGBTQIA+, o que implica deficiências na assistência prestada.

Nesse cenário, é preciso defender uma teoria que dê suporte aos cuidados em saúde, considerando-os a partir de uma perspectiva especial, tendo em vista que esses cuidados têm

relação direta com a sobrevivência imediata e a longo prazo, com o bem-estar integral e com a própria vida como direito. Na presente pesquisa, adotamos como referencial o principialismo bioético, apesar das críticas que essa abordagem vem recebendo, relacionadas principalmente à sua homogeneidade epistemológica.

Beauchamp e Childress desenvolveram o principialismo como teoria aplicada essencialmente à ética biomédica. Os autores de *Principles of biomedical ethics* redefiniram o conjunto de três princípios apresentados no *Relatório Belmont*, acrescentando a não maleficência como desmembramento da beneficência<sup>7</sup>. O principialismo, portanto, estabelece quatro princípios básicos como normas para a prática biomédica: respeito à autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O principialismo é uma importante referência para a ética e a deontologia em saúde. Nesse sentido, como lembram Santos e colaboradores<sup>8</sup>, os códigos de ética determinam que o profissional de saúde, enquanto exerce sua função, deve se eximir de qualquer juízo de valor na relação com o usuário. Essa não é, porém, a realidade encontrada na atenção à população LGBTQIA+, que recorrentemente recebe assistência indevida e enfrenta julgamentos e juízos de valor expressos por profissionais da saúde<sup>8</sup>.

A discriminação por orientação sexual é abrangente e se manifesta em diversas esferas da sociedade, inclusive de maneira institucional, nos espaços de produção do cuidado<sup>8</sup>. Partindo dessa constatação e à luz da bioética principialista, o presente estudo objetiva analisar a experiência de pacientes LGBTQI+ nos serviços de saúde.

## Método

O artigo traz resultados de estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado no município de Iguatu/CE, Brasil, com 26 indivíduos LGBTQIA+. Os sujeitos foram captados por meio de organizações não governamentais, grupos ativistas, militantes e representantes da luta pelos direitos humanos. Utilizou-se a técnica de amostragem *snowball* (bola de neve), que consiste em obter do primeiro entrevistado a indicação de outro e assim sucessivamente, até que o ponto de saturação teórica seja atingido<sup>9</sup>.

Estabeleceram-se três critérios de inclusão: pertencer à população LGBTQIA+, residir no município de Iguatu há pelo menos um ano e ter idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídas as pessoas que nunca acessaram algum serviço de saúde ou que apresentavam alguma limitação para se comunicar, como deficiência de fala.

A coleta de dados ocorreu no ano de 2018, por meio de grupos focais. Ao todo, foram quatro grupos, um para cada segmento (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais), e os encontros tiveram duração média de duas horas. No presente artigo, a fim de manter o anonimato, identificaremos os entrevistados com o nome do segmento com o qual se identificam seguido de um número.

Os grupos tiveram como objetivo identificar e refletir sobre dificuldades e facilidades no acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde. Os resultados foram organizados em categorias e analisados à luz dos princípios da bioética principialista: respeito à autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Por fim, cabe destacar que o estudo seguiu todas as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução 466/2012<sup>10</sup>.

## Resultados

Os 26 participantes da pesquisa se autodefiniram, em sua maioria, como bissexuais (7 participantes), com identidade de gênero mulher cis (11), idade entre 20 e 29 anos (17), cor de pele parda (14), solteiros(as) sem parceiro(a) (12), sem religião/doutrina (12), com renda mensal inferior a um salário-mínimo (13) e ensino superior incompleto (11). Os discursos selecionados expõem e permitem analisar infrações comuns ao principialismo bioético cometidas por profissionais de saúde ante a população LGBTQIA+.

### Respeito à autonomia

Em relação ao princípio bioético da autonomia, a mais notável queixa entre os participantes diz respeito a uma longa, complexa e intensa discussão ainda em voga no Brasil e em outros países: a restrição da doação de sangue pela população LGBTQIA+. Os entrevistados relatam:

*“Tem casos de homossexuais que foram até hospitalizados. (...) O Hemoce [Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará] não aceitava, porque*

*através da relação sexual anal a penetração acabava levando algumas bactérias que são do canal retal para a válvula do coração, para a artéria do coração, e isso acaba passando para todo o corpo. (...) Então, são profissionais da área que dizem isso. (...) É o que eles têm como referência e por isso não admitem que homossexuais doem sangue” (Gay 4).*

*“Quando se fala na questão da doação de sangue, eu sempre achei um absurdo da política de saúde. Eu acho que isso é taxar mesmo a concepção de preconceito a homossexuais. Eu já fui a uma unidade para fazer doação de sangue, e a mulher me perguntou, fez aquela triagem e depois disse, com umas palavras bonitas, que eu não estava apto a fazer a doação de sangue. (...) E o SUS [Sistema Único de Saúde] ainda fala de uma política integral de saúde da população LGBT. Então, nessa política tem a concepção da doação? Doar é um direito de acesso à população LGBT. (...) Então, que hipocrisia é essa?” (Gay 5).*

*“Eu sei que no momento da triagem, quando eu responder que sou gay, eu não vou poder doar sangue. (...) Eu não vou dizer, porque eles vão fazer todos os exames no meu sangue, meu sangue como estava desde os meus 16 anos [quando o participante doou sangue, antes de se descobrir gay] estará bom como está agora, vai estar apto a ser doado, e com uma resposta que eu daria mudaria tudo isso” (Gay 6).*

### Não maleficência

Os depoimentos revelam que a violência institucional nos serviços de saúde é o principal fator relacionado à infração do princípio de não maleficência. Essa violência é materializada por assistência inadequada, descrédito, não adoção do nome social e deboches que provocam instabilidade emocional nos pacientes:

*“Eu fui à minha primeira consulta com a minha parceira, e foi no [serviço] particular. No primeiro momento, ela entrou comigo, as duas, e a médica me atendendo. Quando ela perguntou, eu falei, e ela [a médica] já ficou meio assim. (...) Eu notei, e já ali para mim barrou (...) A forma que ela me atendeu foi totalmente diferente da forma que ela estava me atendendo antes dela saber da minha orientação sexual (...). Não gostei, também não voltei mais, de jeito nenhum (...) E para mim foi triste. (...)*

Ela [a médica] me travou de uma forma que eu não me senti bem, me senti muito mal, saí muito mal e não voltei mais. É horrível você ser atendida assim e a pessoa ficar assim se esquivando, como se a gente tivesse algum tipo de doença. Sou normal igual às outras, igual a ela que me atendeu” (Lésbica 1).

“Foi horrível. Eu era adolescente, eu me senti esturpada, me senti. Doeu, não me senti nada confortável. Eu acho que a própria médica notou e eu fui obrigada a falar. ‘Ah você é isso, é lésbica’. Tipo, eu não precisei mentir. Eu não me senti confortável em nenhum momento. Estou falando da primeira vez. (...) Isso foi pelo SUS” (Lésbica 2).

“Eu ainda não faço mais [exames] pela vergonha. Vergonha, medo. Medo de chegar no ambiente e ser ridicularizado se eu pedir um exame de sangue. (...) Se eu chegar no posto e pedir um exame de sangue, é capaz de a profissional olhar na minha cara e dizer... Ela não pergunta se é um hemograma completo ou se é algum outro tipo de exame de sangue, ela pergunta: ‘É HIV?’. É essa a pergunta. E ela não faz uma pergunta direcionada a você, ela vai fazer para que todo mundo que está no posto de saúde ou no ambiente hospitalar saiba que você está ali fazendo o exame de sangue seja lá para o que for. Mas a primeira coisa que ela pergunta é: ‘É para HIV?’. Em alto e bom som. Eu acho ridículo” (Gay 4).

“Eu conheço a situação de um amigo (...) que foi ao dermatologista no serviço público e o dermatologista passou o teste de HIV para ele. Aí ele disse: ‘Não, mas eu vim aqui para ver outra situação’. Aí ele [o médico] disse: ‘Não, mas vamos fazer, porque eu estou achando que aí tem coisa (...)’. Ele foi fazer um atendimento médico, mas a primeira coisa que o médico passou para ele foi um teste de HIV. E aí fez o teste, mas o pior não é só isso. Quando ele fez o teste e levou para o médico, o médico disse: ‘Mas, rapaz, não deu’, e ainda ficou com deboche, desacreditando, [sugerindo] que pelo fato dele ser gay obviamente ele devia ter [HIV]. (...) É um atendimento desumanizado, e o principal ponto é a discriminação e o preconceito com a população LGBT” (Gay 5).

“Eu já sofri preconceito até mesmo aqui no hospital regional, por causa que ele [o médico] não queria me atender com o nome que eu queria. Ele falou: ‘Não, eu vou lhe atender pelo nome que está aqui, seu nome é este daqui’. Eu disse: ‘Não, eu quero ser

chamada de Sabrina, com o nome que eu gosto’. Mas ele insistiu em não me chamar. (...) Ele disse: ‘Nem transexual operada eu chamo de ‘ela’ (...) Ele foi logo me constrangendo: ‘O que é que o senhor está sentindo?’” (Transgênero 1).

### Beneficência

Foram poucos os relatos de experiências de atendimento humanizado e acolhedor, capaz de despertar nos entrevistados sentimentos de satisfação, importância e zelo. Tal atendimento, quando ocorre, resulta de uma postura profissional livre de preconceitos e padrões culturais impostos:

“Só [fui bem atendido] quando eu fui fazer testes de IST [infecção sexualmente transmissível] lá no Cemear [Centro Microrregional Especializado de Atenção à Saúde Reprodutiva e Sexual], que foi o único lugar que perguntaram sobre a minha orientação sexual. Mas nunca, em nenhum outro serviço de saúde, me questionaram sobre isso, só mesmo no Cemear. (...) Eu falei que era bissexual, respondi um questionário e fui muito bem recebido, fui bem atendido pelo pessoal de lá” (Bissexual 3).

“Fui bem atendido por uma profissional mais nova, e ela era de outro país. Eu não sei [se é] por questões culturais, mas nosso país é muito machista e conservador. Ela era cubana, então ela era muito mais aberta, pela minha visão. E ela conversou comigo muito bem sobre isso. A gente até criou uma amizade, e ela era muito aberta e sempre dava conselhos e tal. (...) Quando o profissional se livra de aspectos religiosos, culturais e crenças, isso facilita o acesso em si. (...) Em outras palavras, o atendimento tem que ser acolhedor” (Bissexual 4).

“Eu fui para um ginecologista homem e uma ginecologista mulher, e eu senti a diferença na questão da empatia, entendeu? Porque, quando eu falei com o homem, eu tinha umas dores muito fortes de cólicas, e ele disse assim: ‘Pois tá bom, tome aqui esse remédio’, me deu e eu fui embora. E ela, quando eu falei, ela disse: ‘Pois vamos fazer o exame disso e disso para eu ter uma noção real do que está acontecendo com você, porque pode ser tanto uma coisa que não é nada demais como pode ser um caso mais sério’. E foi diferente, foi uma pequena coisa que foi diferente. Só dela se interessar em saber como realmente está o exame, isso tudo já mostra um tato diferente” (Bissexual 6).

## Justiça

A infração ao princípio da justiça também foi destacada no discurso dos participantes, especialmente aqueles que apresentam comportamentos considerados femininos, como as travestis. Os entrevistados apontam a necessidade de políticas públicas em saúde direcionadas às especificidades de cada grupo e maior qualificação dos profissionais para atendimento da população LGBTQIA+:

*“Não tem facilidades. Tem lei, né? A gente tem todo direito, mas não conseguimos. Eles, os profissionais de qualquer área, impedem. Eles deveriam ser mais preparados. Eles têm que ser bem preparados, porque o preconceito sempre vai existir”* (Transgênero 4).

*“Nós sabemos, nós temos a ciência de que nós temos o nosso direito, mas às vezes aquele funcionário daquela entidade, daquele órgão público, no caso da saúde, está ali para nos atender, mas parece que eles não entendem isso. (...) Eu não estou colocando culpa nele, está na cultura”* (Gay 6).

*“A maior dificuldade nos dias de hoje se chama políticas públicas. Tem que ter uma extensão, universidade, escola, sociedade. Se você não partir do menor para o maior, nada se resolve. Curso de direito combatendo violência contra a mulher, curso de enfermagem, gravidez na adolescência e, por que não, tratar de saúde voltada para os gays?”* (Gay 1).

*“Nós estamos respirando por aparelhos, não tem facilidade para ninguém, e quando você é um gay, principalmente quem for uma travesti ou trans, a dificuldade é maior ainda”* (Gay 1).

*“Quanto mais a gente tenta chegar educadamente – nós, gays, ou público travesti – num ambiente, por mais que a gente tente não demonstrar, não chamar atenção, os próprios profissionais nos ridicularizam por conta da aparência, por conta da voz fina, por conta dos trejeitos. Porque, culturalmente, quanto mais afeminado, mais ridicularizado”* (Gay 4).

## Discussão

O termo “bioética” foi introduzido na década de 1970 pelo bioquímico e investigador na área de oncologia Van Rensselaer Potter, que argumentava

em suas obras que os valores éticos não podem estar separados dos fatos biológicos. Com o avanço da medicina, especialmente da tecnologia biomédica, novos problemas surgiram, e Potter passou a defender a necessidade de uma ética da vida que devia se fazer presente para além das universidades, aproximando as conquistas da ciência do cotidiano das pessoas<sup>7</sup>.

Desde então, a bioética vem se desenvolvendo como campo da ética aplicada, garantindo seu espaço no contexto da ciência, da academia e da sociedade. Algumas demandas específicas, como aquelas voltadas aos problemas éticos em pesquisas com seres humanos, levaram o governo norte-americano a criar a National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, responsável pela publicação do *Relatório Belmont*. Esse documento propunha três princípios fundamentais: respeito à autonomia, beneficência e justiça<sup>11</sup>.

Na mesma época, intensifica-se a percepção de que, para além da área de pesquisa com seres humanos, eram necessárias discussões éticas sobre a prática clínica e assistencial. Considerando essa necessidade, em 1979, Beauchamp e Childress publicam o livro *Principles of biomedical ethics*, no qual adicionam um quarto elemento – a não maleficência – aos três princípios do *Relatório Belmont*. Com essa obra, tem início o chamado “principialismo bioético”, ou “bioética principialista”<sup>12</sup>.

Considerando os quatro princípios destacados por Beauchamp e Childress, que devem ser materializados na prática de profissionais de saúde e hoje constam dos códigos deontológicos, no presente estudo o que se identificou foram diversas infrações a esses fundamentos, o que resulta numa assistência desumanizada à população LGBTQIA+.

A autonomia é definida como o direito do ser humano de se autogovernar, exercendo protagonismo no processo saúde-doença<sup>13</sup>. Tomando como referência essa definição, observa-se que a população LGBTQIA+ não tem sua autonomia respeitada nos serviços de saúde, especialmente nos hemocentros, onde não consegue doar sangue, mesmo sem apresentar, conforme diretrizes do Ministério da Saúde e protocolos, fatores de inaptidão.

Sobre os procedimentos técnicos hemoterápicos, o Ministério da Saúde editou a Portaria 158/2016<sup>14</sup>, e a Anvisa a Resolução de Diretoria

Colegiada 34/2014<sup>15</sup>. Esses documentos estabelecem diretrizes para triagem, coleta e transfusão de sangue. O artigo 64, inciso IV, da portaria e o artigo 25, inciso XXX, da resolução determinam hipóteses de inaptidão temporária e definitiva. Ambas as normativas manifestam conteúdo similar, impedindo a doação, por um prazo de 12 meses, de homens que tenham mantido relações sexuais com outros homens e estendendo a vedação às parceiras desses homens, em caso de não uso de preservativo.

Quando questionados sobre os motivos dessa vedação a um grupo específico, os órgãos públicos recorrem ao argumento da segurança transfusional e à máxima da proteção do interesse coletivo. No entanto, tal proibição restringe direitos individuais de modo desigual, revelando um viés preconceituoso ao associar fatores de risco a um grupo específico, com base em sua prática sexual<sup>16</sup>.

Assim, os procedimentos acautelatórios na transfusão sanguínea segregam, já no momento da entrevista, a população homossexual. Enquanto a única exigência feita a uma pessoa heterossexual é que tenha mantido relações sexuais com um(a) parceiro(a) fixo(a) nos últimos 12 meses, ainda que sem uso de preservativo, essa possibilidade sequer é cogitada na entrevista com pessoas homoafetivas, o que torna a orientação sexual um fator excludente para doação, previsto pela própria legislação<sup>14,16</sup>.

Na Portaria 1.353/2011<sup>17</sup>, anterior à norma hoje vigente, o Ministério da Saúde já reconhecia que a orientação sexual em si não deve ser utilizada como critério para selecionar doadores de sangue. Na Portaria 158/2016<sup>14</sup> esse reconhecimento se mantém por meio do artigo 2º, § 3º, que afirma que os serviços prestados pelos hemocentros devem ser isentos de qualquer discriminação relativa a orientação sexual. No entanto, mais a frente, a mesma portaria prevê a exclusão daqueles que se relacionam com pessoas do mesmo sexo.

Já o princípio da não maleficência pode ser definido a partir da máxima *primum non nocere*: em primeiro lugar, não causar dano<sup>7</sup>. Nesse sentido, o que se verifica no discurso dos participantes do presente estudo é o relato de vivências que causam danos à saúde emocional da pessoa LGBT, com preconceito, discriminação e atitudes de deboche que caracterizam violência institucional de cunho psicológico.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>18</sup>, a violência psicológica envolve agressões verbais ou gestuais com vistas a aterrorizar, humilhar, rejeitar e

restringir a liberdade de alguém, bem como situações de chantagem, discriminação, exploração e proibição de socialização, entre outras. Em estudo realizado no interior do Ceará, 1,2% de 249 pessoas LGBTQIA+ que relataram já ter sofrido violência psicológica apontaram agressões perpetradas por profissionais da saúde<sup>19</sup>.

Tais violências têm consequências nefastas sobre a saúde. Em se tratando da população homossexual, os impactos são extremamente preocupantes: maior incidência de transtornos mentais, de tentativas de suicídio e de uso de substâncias psicoativas ilícitas<sup>20-22</sup>. Assim, uma série de fatores de vulnerabilidade aumenta os riscos à saúde dessa população. Os mais relatados desses fatores são a exclusão social, a homofobia e a invisibilidade nas instituições (com destaque para os serviços de saúde), que resultam em altos níveis de discriminação e rejeição<sup>21,22</sup>.

Apesar de os programas governamentais preconizarem, ao menos em tese, a inclusão, a assistência à saúde do público LGBTQIA+ é marcada pela heterossexualidade presumida, pela falta de espaço para que o paciente verbalize sua orientação sexual, pelo despreparo dos profissionais para lidar com demandas específicas dessa população e por graves violações de direitos humanos<sup>23-25</sup>. Todos esses elementos redundam em dificuldade ou impedimento de acesso aos serviços.

Uma das violações mais relatadas é o desrespeito ao nome social. O Decreto 8.727/2016<sup>4</sup>, que trata do direito ao uso do nome social e identidade de gênero em todos os âmbitos da administração pública federal, veda a utilização de termos pejorativos e discriminatórios. Não há necessidade de decisões judiciais para alteração de nome, mas, ainda assim ser tratado pelo nome social tem sido um objetivo bastante desejado, mas pouco alcançado. Ainda é notória a dificuldade da sociedade em romper as barreiras binárias macho/fêmea, masculino/feminino, homem/mulher<sup>26</sup>.

O problema da LGBTfobia nos serviços de saúde não é um fenômeno isolado, mas apenas mais uma das muitas manifestações de um modelo excludente de cultura e pensamento. Desse modo, devem ser concebidas estratégias de mudança, superação e combate ao preconceito, discriminação e violência contra a população LGBTQIA+. O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos,

caminha nesse sentido ao promover a cidadania LGBT por meio de ações em rede. O plano preconiza uma atuação sistêmica mediante articulação em todas as esferas de governo, nos três poderes e entre poder público, setor privado e sociedade civil organizada, além de intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação das políticas públicas. Esse plano reconhece que o combate à homofobia requer ações integradas entre as áreas de educação, saúde, segurança e diversas outras<sup>3</sup>.

Outra iniciativa importante é a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais, considerada um marco da luta por direitos da população LGBTQIA+. Implementada em 2013, a política aponta as atribuições de cada esfera governamental dentro do território nacional, cumprindo um papel norteador e garantindo, ao menos teoricamente, o acesso integral à saúde por essa população, com respeito às especificidades de gênero e à diversidade das práticas sexuais<sup>3</sup>.

Quanto à beneficência, pode-se dizer que ações beneficentes são todas aquelas que fazem algum bem a um ou mais indivíduos. O princípio da beneficência expressa uma obrigação moral de agir em benefício das pessoas<sup>7</sup>. No discurso dos participantes, porém, surgiram poucos relatos de ações beneficentes nos serviços de saúde. Essas situações, quando vivenciadas, envolviam tratamento interpessoal adequado, que resultou no bem-estar do paciente e na redução de danos por meio de demonstrações de acolhimento, recepção e afabilidade.

Nesse contexto, convém destacar a Política Nacional de Humanização (PNH) como possibilidade de aplicação da beneficência, bem como a sua relação com a Política Nacional de Saúde Integral. De acordo com a PNH, o ato de humanizar a assistência se traduz na inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Essa mudança, no entanto, não é construída individualmente ou por grupos isolados, mas de forma coletiva e compartilhada<sup>3</sup>.

Pesquisa sobre o atendimento a lésbicas e bissexuais em unidades de saúde de João Pessoa/PB, Brasil, revelou descontentamento desse público com a abordagem da equipe profissional<sup>27</sup>. Essa abordagem pouco acolhedora, aliada ao despreparo profissional, foi o principal motivo apontado pelos participantes para terem se afastado dos serviços de saúde.

Para coibir a falta de adesão e o afastamento da população dos serviços de saúde, o acolhimento é essencial. Assim, é fundamental que a população LGBTQIA+, ao procurar assistência, seja tratada de forma integral e humanizada. Quando uma pessoa tem suas necessidades atendidas, seu vínculo com a unidade de saúde se fortalece, o que a leva a voltar a buscar os serviços. Nesse sentido, a satisfação do sujeito com o atendimento recebido melhora a qualidade do cuidado e estimula a procura de assistência sempre que necessário<sup>28</sup>.

Humanizar o SUS requer mudanças no modo de pensar e agir da comunidade, dos gestores e dos profissionais. Tais mudanças devem partir do reconhecimento da sexualidade das pessoas LGBTQIA+ e das diversas novas formas de constituição familiar. As estratégias de proteção à saúde devem respeitar as vulnerabilidades específicas dessa população a fim de promover não só o acesso, mas também a qualidade da assistência, empoderando os sujeitos para que eles possam desenvolver sua própria cidadania.

O acolhimento da população LGBTQIA+ envolve possíveis conflitos éticos e a bioética é uma ferramenta útil para buscar soluções a esses conflitos<sup>4</sup>. Cabe observar, porém, que o modelo principialista, que compreende a autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência, quando aplicado de forma acrítica na atenção básica, pode apresentar limitações, tendo em vista que essa abordagem teórica tende a se adequar melhor a situações-limite no âmbito hospitalar.

Antes de ser a principal premissa da política de saúde LGBT, uma assistência à saúde equânime e isenta de preconceitos responde ao princípio de justiça da corrente principialista, interpretado como a distribuição igual, equitativa e apropriada dos recursos, determinada por normas justificadas que estruturam os termos da cooperação social<sup>7</sup>. Nesse sentido, garantir justiça é assegurar a concretização dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, previstos constitucionalmente. Por outro lado, quando pessoas LGBTQIA+ denunciavam exclusão e violação de direitos, fica caracterizada a injustiça social.

A desigualdade no atendimento à população LGBTQIA+ e a influência da heteronormatividade marcam o atendimento no sistema público de saúde. De modo geral, com exceção dos depoimentos vinculados ao princípio da beneficência,

todos os participantes relatam violações ao princípio da justiça, apontando atendimento desigual e negação de direitos.

Houve relatos de situações em que homossexuais declarados, principalmente travestis, são propositalmente humilhados nos serviços de saúde. Esse tipo de atendimento pode ser entendido como estratégia de profissionais para dispensar pacientes LGBT com mais rapidez. Situações como essa, além de caracterizarem clara violação ao princípio da justiça, atentam contra o princípio de isonomia constitucional e o preceito de universalidade do SUS.

Receber um atendimento livre de preconceito e discriminação é um direito da população LGBTQIA+. Entretanto, além de ter seus direitos respeitados, essas pessoas devem ser tratadas de maneira humana, por profissionais preparados para lidar com suas demandas específicas, de modo que possam se sentir bem-vindas e acolhidas nos espaços de assistência. Para tanto, são necessárias ações voltadas à qualificação dos profissionais de saúde.

É fundamental que essa preparação ocorra ainda na formação acadêmica, construindo bases teóricas e práticas sobre o assunto. Em estudo realizado em uma capital do Nordeste brasileiro, nenhum dos profissionais entrevistados havia cursado disciplinas específicas voltadas a questões de gênero e sexualidade, e a temática só era abordada quando relacionada a doenças infectocontagiosas<sup>2</sup>. Em outro estudo, com alunos de medicina do Piauí, Brasil, 97,5% dos entrevistados disseram não ter cursado matérias específicas sobre sexualidade<sup>29</sup>.

Em estudo realizado no município de Cajazeiras/PB, Brasil, 55% dos profissionais entrevistados já tinham participado de capacitações ou qualificações sobre sexualidade, e 65% sobre a população LGBTQIA+<sup>30</sup>. No entanto, a mesma pesquisa revelou o despreparo dos profissionais diante de questionamentos sobre esses assuntos. O resultado mostra que capacitar o profissional com o intuito de apenas reproduzir o conhecimento não ressignifica a assistência à saúde. A sexualidade humana é complexa, de modo que é preciso formar profissionais capazes de reconhecer as diversas nuances ligadas ao tema e a especificidade do cuidado a grupos mais vulneráveis<sup>2,27,30</sup>.

Assim, é urgente que conteúdos relacionados ao atendimento da população LGBTQIA+ sejam constantemente discutidos durante a formação dos futuros profissionais de saúde. Essas discussões, ademais, devem ocorrer em todos os espaços sociais, de forma a reduzir atitudes preconceituosas e discriminatórias que perpetuam a exclusão social e a negação do exercício da cidadania.

## Considerações finais

Nas situações relatadas pelos participantes da pesquisa, foi possível identificar severas violações aos princípios da bioética principialista. Os depoimentos revelaram situações de ofensas pessoais, constrangimento e ridicularização, ataque à dignidade, violência institucional psicológica, recusa de atendimento em alguns serviços (como na doação de sangue), desrespeito ao uso do nome social e falta de acolhimento.

Apesar de a pesquisa abordar o preconceito e a discriminação especificamente nos serviços de saúde, a LGBTfobia não se restringe a esse campo. Ela é parte de uma visão de mundo normatizadora, estruturante e excludente. Assim, os resultados mostram que estratégias governamentais – incluindo a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – e avanços políticos e sociais conquistados, embora importantes, têm se mostrado insuficientes diante do caráter sistêmico da LGBTfobia. Desse modo, é preciso pensar estratégias de combate que considerem o preconceito e a discriminação contra a população LGBTQIA+ como fenômeno histórico, social e cultural.

As ações de combate e superação do preconceito institucional e da LGBTfobia na assistência devem exceder os limites acadêmico-científicos e teóricos das políticas e programas de saúde. É preciso despertar a consciência e a atuação política na prática, em todos os níveis, no âmbito individual e comunitário, nas relações interpessoais do cotidiano familiar, social e profissional. Destaca-se sobretudo a necessidade de leis que criminalizem a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero e garantam a inclusão de discussões de gênero, sexualidade e diversidade sexual na formação escolar e universitária.

## Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2016 [acesso 14 ago 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2CxpGHa>
2. Negreiros FRN, Ferreira BO, Freitas DN, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2019 [acesso 12 maio 2021];43(1):23-31. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n1rb20180075
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso 14 ago 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3iKHtr2>
4. Brasil. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 81, p. 1, 29 abr 2016 [acesso 14 ago 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3m1FAsb>
5. Junqueira RD. Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. *Bagoas* [Internet]. 2017 [acesso 12 maio 2021];1(1). Disponível: <https://bit.ly/3yOt5nm>
6. Vítiritti B, Andrade SMO, Peres JEC. Diversidade sexual e relações profissionais: concepções de médicos e enfermeiros. *Temas Psicol* [Internet]. 2016 [acesso 12 maio 2021];24(4):1389-405. DOI: 10.9788/TP2016.4-11
7. Petry FB. Princípios ou virtudes na bioética? Controvérsia [Internet]. 2005 [acesso 12 maio 2021];1(1):49-65. Disponível: <https://bit.ly/3AK8llm>
8. Santos AR, Santos RMM, Souza ML, Boery RNSO, Sena ELS, Yarid SD. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 12 maio 2021];23(2):400-8. DOI: 10.1590/1983-80422015232078
9. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* [Internet]. 2014 [acesso 12 maio 2021];22(44):203-20. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 12 maio 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3CRisSW>
11. Garrafa V, Martorell LB, Nascimento WF. Críticas ao principialismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. *Saúde Soc* [Internet]. 2016 [acesso 12 maio 2021];25(2):442-51. DOI: 10.1590/S0104-12902016150801
12. Pessini L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2013 [acesso 12 maio 2021];21(1):9-19. DOI: 10.1590/S1983-80422013000100002
13. Barchifontaine CP, Trindade MA. Bioética, saúde e realidade brasileira. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2019 [acesso 12 maio 2021];27(3):439-45. DOI: 10.1590/1983-80422019273327
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, nº 25, p. 37, 5 fev 2016 [acesso 12 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2VPeOst>
15. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue [Internet]. Brasília: Anvisa; 2014 [acesso 12 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/37LWd2M>
16. Alves SMC, Rey Filho M. Prudência ou preconceito? O impedimento da doação de sangue por homens que fazem sexo com homens. *Cad Ibero Am Direito Sanit* [Internet]. 2018 [acesso 12 maio 2021];7(2):262-5. DOI: 10.17566/ciads.v7i2.495
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011. Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 14 jun 2011 [acesso 12 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3jYtXtR>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Violência infrafamiliar: orientações para a prática em serviço [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 12 maio 2021]. (Cadernos de Atenção Básica; 8). Disponível: <https://bit.ly/2Xz906V>

19. Albuquerque GA, Parente JS, Belém JM, Garcia CL. Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2016 [acesso 12 maio 2021];40(109):100-11. DOI: 10.1590/0103-1104201610908
20. Ferreira DG, Pinto TP, Veras MASM. Experiência de discriminação e violências: um estudo descritivo com homens que fazem sexo com homens de São Paulo. *BIS, Bol Inst Saúde* [Internet]. 2018 [acesso 12 maio 2021];19(2):47-54. DOI: 10.52753/bis.2018.v19.34591
21. Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 [acesso 12 maio 2021];15:525. DOI: 10.1186/s12889-015-1867-2
22. Meader N, Chan MKY. Sexual orientation and suicidal behaviour in young people. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2017 [acesso 12 maio 2021];211(2):63-4. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.197475
23. Noronha V, Nunes V. Lésbicas na saúde: um relato de experiência a partir da LBL [Internet]. In: *Anais do Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades: Direito, Relações Etnorraciais, Educação, Trabalho, Reprodução, Diversidade Sexual, Comunicação e Cultura*; 4-6 set 2011; Salvador. Salvador: Universidade do Estado da Bahia; 2011 [acesso 12 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3xPATUH>
24. 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* [Internet]. 2008 [acesso 12 maio 2021];17(2):11-21. DOI: 10.1590/S0104-12902008000200003
25. Rodrigues ARS. (Homo)sexualidades femininas e a ginecologia: um estudo sobre corpo, gênero e saúde [monografia] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. Disponível: <https://bit.ly/3AH4X6A>
26. Rodrigo C. Nome social e a plena cidadania T. *BIS, Bol Inst Saúde* [Internet]. 2018 [acesso 12 maio 2021];19(2):29-36. Disponível: <https://bit.ly/3m2ZToX>
27. Cabral KTF, Pereira IL, Almeida LR, Nogueira WBAG, Silva FV, Costa LFP *et al.* Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2019 [acesso 12 maio 2021];13(1):79-85. Disponível: <https://bit.ly/3shSQKp>
28. Sousa PJ, Abrão FMS, Costa AM, Ferreira LOC. Humanização no acolhimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2011 [acesso 12 maio 2021];5(4):1064-71. Disponível: <https://bit.ly/3AIdPsG>
29. Rufino AC, Madeiro AP, Girão MJBC. O ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2013 [acesso 12 maio 2021];37(2):178-85. Disponível: <https://bit.ly/2VUamly>
30. Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO, Medeiros RLSFM, Oliveira T, Almeida AS. Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2018 [acesso 12 maio 2021];12(10):2598-609. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i10a237014p2598-2609-2018

**Jeanderson Soares Parente** – Especialista – Jeanderson17@ymail.com

 0000-0003-3651-2203

**Caik Ferreira Silva** – Mestrando – caik17ferreira@gmail.com

 0000-0003-0307-8172

**Beatriz de Castro Magalhães** – Mestranda – beatriz.castro022015@gmail.com

 0000-0003-3755-6814

**Mauro McCarthy de Oliveira Silva** – Mestrando – mauro\_mccarthy@hotmail.com

 0000-0001-8895-7760

**Grayce Alencar Albuquerque** – Doutora – grayce.alencar@urca.br

 0000-0002-8726-0619

#### Correspondência

Grayce Alencar Albuquerque – Rua Vicente Furtado, 521, Limoeiro CEP 63030-330. Crato/CE, Brasil.

#### Participação dos autores

Jeanderson Soares Parente e Caik Ferreira Silva conceberam e delineararam o estudo e, junto com Beatriz de Castro Magalhães e Mauro McCarthy de Oliveira Silva, analisaram os dados e redigiram o artigo. Grayce Alencar Albuquerque contribuiu significativamente com a redação do manuscrito e revisão crítica do conteúdo.

**Recebido:** 20.3.2020

**Revisado:** 4.8.2021

**Aprovado:** 6.8.2021