

Salud LGBTQIA+ a la luz de la bioética principialista

Jeanderson Soares Parente¹, Caik Ferreira Silva², Beatriz de Castro Magalhães², Mauro McCarthy de Oliveira Silva², Grayce Alencar Albuquerque²

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

Resumen

El artículo analiza, a la luz de la bioética principialista, la experiencia de lesbianas, gays, bisexuales, 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, bisexuales 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.

Resumo

Saúde LGBTQIA+ à luz da bioética principialista

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 semiestructuradas. 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.

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.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP-Urca 2.753.055

La Constitución Federal de 1988¹ estableció la salud como un derecho de todos, sin discriminación de raza, color o género. Sin embargo, a pesar de este logro, para el cual el movimiento de Reforma Sanitaria fue fundamental, las poblaciones reconocidas como “minorías” todavía enfrentan barreras para acceder a los servicios de salud². Este es el caso de las personas LGBTQIA+: lesbianas, gays, bisexuales, transexuales y travestis, *queers* intersexuales, asexuales y otras identidades de género y orientaciones sexuales.

Hay algunos hitos en la lucha contra las barreras al acceso a la salud de la población LGBTQIA+, como la creación, en 2014, del Programa de Combate a la Violencia y Discriminación contra la GLTB y Promoción de la Ciudadanía Homosexual, y la Ordenanza 2.836/2011, que estableció la Política Nacional de Salud Integral para Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales. También cabe destacar la resolución del Ministerio de Salud 2/2011, que estableció el plan operativo de esta política nacional, reconociendo una serie de demandas históricas de la población LGBTQIA+^{3,4}.

A pesar de estas medidas y de los avances políticos y sociales, los prejuicios institucionales persisten en los servicios de salud, lo que afecta no solo a la calidad de la atención, sino también a la salud de las personas LGBTQIA+. La LGBTfobia representa genéricamente todo el conjunto de actitudes que involucran aversión, prejuicio, violencia o discriminación contra la comunidad LGBTQIA+. Conocer esta condición es necesario, ya que en el campo de la construcción social de los cuerpos la sexualidad no es un fenómeno aislado, pero pertenece a la dinámica de posiciones y oposiciones que organizan a toda la sociedad y dictan normas y reglas a seguir⁵.

Como Vitiritti, Andrade y Peres señalan⁶ antes de ser profesionales, los trabajadores de la salud son participantes de grupos sociales influenciados por modelos culturales. Estos agentes llevan un bagaje cultural, histórico y social construido sobre la base del modelo hegemónico de heteronormatividad y cissexismo. Dicho bagaje puede reflejarse en la exteriorización de los sentimientos y actitudes negativas hacia la población LGBTQIA+, lo que implica deficiencias en la asistencia brindada.

En este escenario, es necesario defender una teoría que sustente el cuidado de la salud,

considerándolo desde una perspectiva especial, teniendo en cuenta que este cuidado está directamente relacionado con la supervivencia inmediata y a largo plazo, con el bienestar integral y con la vida misma como un derecho. En la presente investigación, adoptamos como referencia el principialismo bioético a pesar de las críticas que este enfoque ha recibido, principalmente relacionadas con su homogeneidad epistemológica.

Beauchamp y Childress desarrollaron el principialismo como una teoría aplicada esencialmente a la ética biomédica. Los autores de *Principles of biomedical ethics* redefinieron el conjunto de tres principios presentados en el *Informe Belmont*, añadiendo la no maleficencia como un desmembramiento de la beneficencia⁷. El principialismo, por lo tanto, establece cuatro principios básicos como normas para la práctica biomédica: respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

El principialismo es una referencia importante para la ética y la deontología en salud. En este sentido, como recuerdan Santos y colaboradores⁸, los códigos de ética determinan que el profesional de la salud, en el ejercicio de su función, debe eximirse de cualquier juicio de valor en la relación con el usuario. Esta no es, sin embargo, la realidad que se encuentra en la atención a la población LGBTQIA+, quienes de manera recurrente reciben asistencia indebida y enfrentan prejuicios y juicios de valor expresados por profesionales de la salud⁸.

La discriminación por orientación sexual es integral y se manifiesta en diferentes ámbitos de la sociedad, incluso institucionalmente, en los espacios de producción del cuidado⁸. A partir de este hallazgo y a la luz de la bioética principialista, este estudio tiene como objetivo analizar la experiencia de los pacientes LGBTQIA+ en los servicios de salud.

Método

El artículo presenta los resultados de un estudio descriptivo-exploratorio, con enfoque cualitativo, realizado en la ciudad de Iguatu, Ceará, Brasil, con 26 individuos LGBTQIA+. Los sujetos fueron capturados a través de organizaciones no gubernamentales, grupos activistas, militantes y representantes de la lucha por los derechos humanos. Se utilizó la técnica de muestreo *snowball* (bola de nieve), que

consiste en obtener desde el primer encuestado la indicación de otro y así sucesivamente, hasta alcanzar el punto de saturación teórico⁹.

Se establecieron tres criterios de inclusión: pertenecer a la población LGBTQIA+, residir en el municipio de Iguatu durante al menos un año y tener 18 años o más. Se excluyó a las personas que nunca habían accedido a ningún servicio de salud o que tenían alguna limitación en la comunicación, como problemas del habla.

La recolección de datos tuvo lugar en 2018, a través de grupos focales. En total, hubo cuatro grupos, uno para cada segmento (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales), y las reuniones duraron un promedio de dos horas. En este artículo, para mantener el anonimato, identificaremos a los encuestados con el nombre del segmento con el que se identifican seguido de un número.

Los grupos buscaron identificar y reflexionar sobre las dificultades y facilidades en el acceso de la población LGBTQIA+ a los servicios de salud. Los resultados fueron organizados en categorías y analizados a la luz de los principios de la bioética principialista: respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Finalmente, cabe señalar que el estudio siguió todos los estándares establecidos por el Consejo Nacional de Salud en la Resolución 466/2012¹⁰.

Resultados

Los 26 participantes en la encuesta se definieron, en su mayoría, como bisexuales (7 participantes), con identidad de género mujer cis (11), edad entre 20 y 29 años (17), color de piel parda (14), solteros(as) sin pareja (12), sin religión/doctrina (12), con ingresos mensuales inferiores al salario mínimo (13) y educación superior incompleta (11). Los discursos seleccionados exponen y permiten el análisis de infracciones comunes al principialismo bioético cometidas por profesionales de la salud contra la población LGBTQIA+.

Respeto de la autonomía

En cuanto al principio bioético de autonomía, la queja más notable entre los participantes se refiere a una larga, compleja e intensa discusión todavía en boga en Brasil y otros países: la restricción de

la donación de sangre por la población LGBTQIA+. Los encuestados informan:

“Hay casos de homosexuales que incluso han sido hostilizados. (...) Hemoce [Centro de Hematología y Hemoterapia de Ceará] no lo aceptaba, porque a través del coito anal la penetración llevaba algunas bacterias que son del canal rectal a la válvula del corazón, a la arteria del corazón, y esto termina pasando a todo el cuerpo. (...) Así que son los profesionales de este campo los que dicen eso. (...) Es lo que tienen como referencia y por eso no admiten que los homosexuales donen sangre” (Gay 4).

“Cuando se trata del tema de la donación de sangre, siempre me ha parecido absurda la política sanitaria. Creo que esto realmente está poniendo a prueba la concepción del prejuicio contra los homosexuales. Yo ya estuve en una unidad para hacer la donación de sangre, y la mujer me preguntó, hizo esa evaluación y luego dijo, con bonitas palabras, que yo no podía hacer la donación de sangre. (...) Y el SUS [Sistema Único de Salud] todavía habla de una política de salud integral para la población LGBT. Entonces, ¿en esta política existe la concepción de donación? Donar es un derecho de acceso a la población LGBT. (...) Entonces, ¿qué hipocresía es esa?” (Gay 5).

“Sé que en el momento de la evaluación, cuando responda que soy gay, no podré donar sangre. (...) No lo voy a decir, porque harán todas las pruebas en mi sangre, mi sangre como estaba desde que tenía 16 años [cuando el participante donó sangre, antes de descubrir que era gay] estará tan bueno como lo está ahora, se podrá donar, y con una respuesta que yo diera, cambiaría todo eso” (Gay 6).

No maleficencia

Las declaraciones revelan que la violencia institucional en los servicios de salud es el principal factor relacionado con la violación del principio de no maleficencia. Esta violencia se materializa por la atención inadecuada, el descrédito, la no adopción del nombre social y la burla que provocan inestabilidad emocional en los pacientes:

“Fui a mi primera cita con mi pareja, y fue en [servicio] privado. En el primer momento, ella entró conmigo, las dos, y la médica me atendía. Cuando preguntó, le dije, y ella [la médica]

se puso un poco así. (...) Me di cuenta, y en ese entonces lo entendí (...) La forma en que me atendió fue totalmente diferente a la forma en que me trataba antes de conocer mi orientación sexual (...). No me gustó, tampoco volví, para nada (...) Y para mí fue triste. (...) Ella [la médica] me detuvo de una manera que no me hizo sentir bien, me sentí muy mal, salí muy mal, y no volví más. Es horrible que te atiendan así y que la persona se quede así, esquivándose, como si tuviéramos algún tipo de enfermedad. Soy normal al igual que los demás, al igual que ella que me atendió” (Lesbiana 1).

“Fue horrible. Era una adolescente, me sentí violada, me sentí. Me dolió, no me sentía cómoda en absoluto. Creo que la propia doctora se dio cuenta y me vi obligada a hablar. ‘Ah eres eso, eres lesbiana.’ No tuve que mentir. No me sentí cómoda en ningún momento. Hablo de la primera vez. (...) Eso fue por SUS” (Lesbiana 2).

“Todavía no hago más [exámenes] por pena. Vergüenza, miedo. Miedo a entrar en el lugar y ser ridiculizado si pido un análisis de sangre. (...) Si voy a la clínica y pido un análisis de sangre, la profesional puede mirarme a la cara y decir... No me pregunta si es un hemograma completo o si es algún otro tipo de análisis de sangre, me pregunta: ‘¿Es VIH?’. Esa es la pregunta. Y ella no hace una pregunta dirigida a ti, lo hará para que todos en el centro de salud o en el entorno hospitalario sepan que estás ahí haciéndote el análisis de sangre para lo que sea. Pero lo primero que pregunta es: ‘¿Es por el VIH?’. Alto y claro. Me parece ridículo” (Gay 4).

“Conozco la situación de un amigo (...) que fue al dermatólogo en el servicio público y el dermatólogo le pasó la prueba del VIH. Entonces él dijo: ‘No, pero vine aquí para ver otra situación’. Luego, él [medico] le dijo: ‘No, pero hagámoslo, porque creo que hay algo ahí’. (...) Fue a cita médica, pero lo primero que el médico le pasó fue una prueba de VIH. Y luego se hizo la prueba, pero lo peor no es solo eso. Cuando se hizo la prueba y se lo llevó al médico, el médico dijo: ‘Pero vaya, no fue así’, y todavía se burlaba, no creía, [sugiriendo] que porque era gay obviamente debía tener [VIH]. (...) Es un servicio deshumanizado, y el punto principal es la discriminación y el prejuicio contra la población LGBT” (Gay 5).

“He sufrido prejuicios incluso aquí en el hospital regional, porque él [médico] no quería contestarme con el nombre que yo quería. Dijo: ‘No, te contestaré por el nombre que está aquí, tu nombre es este’. Le dije: ‘No, quiero que me llamen Sabrina, con el nombre que me gusta’. Pero insistió en no llamarme. (...) Él dijo: ‘Ni siquiera a las transexuales operadas las llamo por ‘ella’ (...) Inmediatamente me avergonzó: ‘¿qué siente el señor?’ (Transgénero 1).

Beneficencia

Hubo pocos relatos de experiencias de cuidados humanizados y acogedores, capaces de despertar en los entrevistados sentimientos de satisfacción, importancia y celo. Tal cuidado, cuando se produce, resulta de una postura profesional libre de prejuicios y normas culturales impuestas:

“Solo [recibí una buena asistencia] cuando fui a hacer pruebas de ITS [infección de transmisión sexual] allí en Cemear [Centro Microrregional Especializado en Salud Reproductiva y Sexual], que fue el único lugar donde preguntaron sobre mi orientación sexual. Pero nunca, en ningún otro servicio de salud, me han preguntado sobre esto, solo en Cemear. (...) Dije que era bisexual, respondí un cuestionario y me recibieron muy bien, me atendió bien la gente de allí” (Bisexual 3).

“Fui bien atendido por una profesional más joven, y ella era de otro país. No sé si por razones culturales, pero nuestro país es muy sexista y conservador. Era cubana, así que era mucho más abierta, desde mi perspectiva. Y me habló muy bien sobre eso. Incluso creamos una amistad, y ella era muy abierta y siempre me daba consejos y cosas así. (...) Cuando el profesional se deshace de los aspectos religiosos, culturales y creencias, esto facilita el propio acceso. (...) En otras palabras, el servicio tiene que ser acogedor” (Bisexual 4).

“Fui a un ginecólogo hombre y a una ginecóloga mujer, y sentí la diferencia en el tema de la empatía, ¿sabes? Porque cuando hablé con el hombre, tenía cólicos muy fuertes, y él dijo así: ‘bueno, toma esta medicina aquí’, me la dio y me fui. Y ella, cuando hablé, me dijo: ‘Bueno, vamos a hacer estos exámenes para que pueda tener una idea real de lo que está sucediendo contigo,

porque puede ser algo sencillo o algo y más serio'. Y fue diferente, fue una pequeña cosa que fue diferente. Solo que ella se interese en saber cómo está realmente el examen, todo esto muestra un tacto diferente" (Bisexual 6).

Justicia

La violación del principio de justicia también se destacó en el discurso de los participantes, especialmente aquellos que presentan comportamientos considerados femeninos, como los travestis. Los encuestados señalan la necesidad de políticas públicas de salud orientadas a las especificidades de cada colectivo y una mayor cualificación de los profesionales para atender a la población LGBTQIA+:

"No existen facilidades. Existen leyes, no. Tenemos todo el derecho, pero no lo logramos. Ellos, los profesionales de cualquier ámbito, lo impiden. Deberían estar más preparados. Tienen que estar bien preparados, porque el prejuicio siempre existirá" (Transgénero 4).

"Sabemos, somos conscientes de que tenemos nuestro derecho, pero a veces un funcionario de alguna entidad, algún organismo público, en el caso de la salud, está ahí para atendernos, pero parece que no lo entienden. (...) No lo culpo, está en la cultura" (Gay 6).

"La mayor dificultad en estos días se llama políticas públicas. Hay que tener una extensión, universidad, escuela, sociedad. Si no vas de lo más pequeño a lo más grande, nada se resuelve. Cursos de derecho luchando contra la violencia contra la mujer, cursos de enfermería, embarazo adolescente y, por qué no, tratar la salud orientada a los gays" (Gay 1).

"Estamos respirando por dispositivos, no es fácil para nadie, y cuando eres gay, especialmente si eres travesti o transgénero, la dificultad es aún mayor" (Gay 1).

"Cuanto más tratamos de llegar con educación – nosotros, los gays o el público travesti– en un entorno, por mucho que tratemos de no mostrarlo, de no llamar la atención, los propios profesionales nos ridiculizan por nuestra apariencia, por nuestra voz más aguda, por los gestos. Porque, culturalmente, cuanto más afeminado, más ridiculizado" (Gay 4).

Discusión

El término "bioética" fue introducido en la década de 1970 por el biólogo y oncólogo Van Rensselaer Potter, quien argumentó en sus obras que los valores éticos no pueden separarse de los hechos biológicos. Con el avance de la medicina, especialmente la tecnología biomédica, surgieron nuevos problemas, y Potter comenzó a defender la necesidad de una ética de la vida que debería estar presente más allá de las universidades, acercando los logros de la ciencia a la vida cotidiana de las personas⁷.

Desde entonces, la bioética se ha ido desarrollando como campo de la ética aplicada, garantizando su espacio en el contexto de la ciencia, la academia y la sociedad. Algunas demandas específicas, como las dirigidas a los problemas éticos en la investigación humana, llevaron al gobierno de los Estados Unidos a crear la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, responsable de la publicación del *Informe Belmont*. Este documento proponía tres principios fundamentales: respeto a la autonomía, beneficencia y justicia¹¹.

Al mismo tiempo, se intensifica la percepción de que, además del área de investigación con seres humanos, eran necesarias discusiones éticas sobre la práctica clínica y asistencial. Teniendo en cuenta esta necesidad, en 1979 Beauchamp y Childress publican el libro *Principles of biomedical ethics*, en el que añaden un cuarto elemento –la no maleficencia– a los tres principios del *Informe Belmont*. Con este trabajo, comienza el llamado "principialismo bioético", o "bioética principialista"¹².

Considerando los cuatro principios destacados por Beauchamp y Childress, que deben materializarse en la práctica de los profesionales de la salud y que actualmente se encuentran incluidos en los códigos deontológicos, en este estudio se identificaron varias violaciones a estos fundamentos, resultando en una atención deshumanizada a la población LGBTQIA+.

La autonomía se define como el derecho del ser humano al autogobierno, desempeñando un papel protagonista en el proceso salud-enfermedad¹³. Tomando esta definición como referencia, se observa que la población LGBTQIA+ no tiene su autonomía respetada en los servicios de salud,

especialmente en los centros de sangre, donde no pueden donar sangre, incluso sin presentar, de acuerdo con las guías y protocolos del Ministerio de Salud, factores que los impidan.

Sobre procedimientos técnicos hemoterapéuticos, el Ministerio de Salud emitió la Ordenanza 158/2016¹⁴, y Anvisa la Resolución del Consejo Colegiado 34/2014¹⁵. Estos documentos establecen pautas para la detección, recolección y transfusión de sangre. El artículo 64, inciso IV, de la ordenanza y el artículo 25, inciso XXX, de la resolución determinan las hipótesis de incapacidad temporal y definitiva. Ambos reglamentos manifiestan un contenido similar, impidiendo la donación, por un período de 12 meses, de hombres que han tenido relaciones sexuales con otros hombres y extendiendo la prohibición a las parejas de estos hombres, en caso de no uso de condones.

Cuando se les pregunta sobre las razones de este cierre a un grupo específico, los organismos públicos recurren al argumento de la seguridad transfusional y la máxima protección del interés colectivo. Sin embargo, tal prohibición restringe los derechos individuales de manera desigual, revelando un sesgo prejuiciado cuando se asocian factores de riesgo con un grupo específico, en función de su práctica sexual¹⁶.

Así, los procedimientos de precaución en la transfusión de sangre segregan, ya en el momento de la entrevista, a la población homosexual. Mientras que el único requisito que se le hace a una persona heterosexual es que haya tenido relaciones sexuales con una pareja estable en los últimos 12 meses, incluso sin usar condón, esta posibilidad ni siquiera se considera en la entrevista con personas homoafectivas, lo que hace que la orientación sexual sea un factor excluyente para la donación, previsto por la propia legislación^{14,16}.

En la Ordenanza 1.353/2011¹⁷ antes de la norma actual, el Ministerio de Salud ya reconocía que la orientación sexual en sí no debía utilizarse como criterio para seleccionar donantes de sangre. En la Ordenanza 158/2016¹⁴ este reconocimiento se mantiene a través del artículo 2º, § 3º que establece que los servicios prestados por los centros de sangre deben estar libres de cualquier discriminación con respecto a la orientación sexual. Sin embargo, más adelante, la misma ordenanza prevé la exclusión de quienes se relacionen con personas del mismo sexo.

El principio de no maleficencia, en cambio, se puede definir a partir de la máxima *primum non nocere*: primero, no hacer daño⁷. En este sentido, lo que se verifica en el discurso de los participantes de este estudio es el relato de experiencias que dañan la salud emocional de las personas LGBT, con actitudes de prejuicio, discriminación y burla que caracterizan la violencia institucional de carácter psicológico.

Según el Ministerio de Salud¹⁸ la violencia psicológica implica agresiones verbales o gestuales dirigidas a aterrorizar, humillar, rechazar y restringir la libertad de una persona, así como situaciones de chantaje, discriminación, explotación y prohibición de la socialización, entre otras. En un estudio realizado en el interior de Ceará, el 1,2% de las 249 personas LGBTQIA+ que informaron haber sufrido ya violencia psicológica señalaron agresiones perpetradas por profesionales de la salud¹⁹.

Esta violencia tiene consecuencias desastrosas para la salud. En el caso de la población homosexual, los impactos son extremadamente preocupantes: mayor incidencia de trastornos mentales, intentos de suicidio y uso de sustancias psicoactivas ilícitas²⁰⁻²². Así, una serie de factores de vulnerabilidad aumentan los riesgos para la salud de esta población. Los más reportados de estos factores son la exclusión social, la homofobia y la invisibilidad en las instituciones (especialmente en los servicios de salud), lo que resulta en altos niveles de discriminación y rechazo^{21,22}.

Aunque los programas gubernamentales abogan, al menos en teoría, por la inclusión, el cuidado de la salud del público LGBTQIA+ está marcado por la presunta heterosexualidad, por la falta de espacio para que los pacientes verbalicen su orientación sexual, por la falta de preparación de los profesionales para atender demandas específicas de esta población y por graves violaciones de derechos humanos²³⁻²⁵. Todos estos elementos dan lugar a dificultades o impedimentos para el acceso a los servicios.

Una de las violaciones más reportadas es la falta de respeto por el nombre social. El Decreto 8.727/2016⁴, que trata del derecho al uso del nombre social y la identidad de género en todos los ámbitos de la administración pública federal, prohíbe el uso de términos peyorativos y discriminatorios. No hay necesidad de decisiones

judiciales para cambiar el nombre, pero aun así ser tratado por el nombre social ha sido un objetivo muy deseado, pero poco logrado. Todavía se nota la dificultad de la sociedad para romper las barreras binarias macho/hembra, masculino/femenino, hombre/mujer²⁶.

El problema de la LGBTfobia en los servicios de salud no es un fenómeno aislado, sino una más de las muchas manifestaciones de un modelo excluyente de cultura y pensamiento. De esta manera, deben concebirse estrategias para el cambio, la superación y la lucha contra los prejuicios, la discriminación y la violencia contra la población LGBTQIA+. El Plan Nacional de Promoción de la Ciudadanía y Derechos Humanos LGBT, de la Secretaría Especial de Derechos Humanos, avanza en esta dirección promoviendo la ciudadanía LGBT a través de acciones en red. El plan aboga por una acción sistémica a través de la articulación en todas las esferas del gobierno, en los tres poderes y entre el poder público, el sector privado y la sociedad civil organizada, así como la intersectorialidad y transversalidad en la proposición e implementación de políticas públicas. Este plan reconoce que la lucha contra la homofobia requiere acciones integradas entre las áreas de educación, salud, seguridad y varias otras³.

Otra iniciativa importante es la Política Nacional de Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales, considerada un hito en la lucha por los derechos de la población LGBTQIA+. Implementada en 2013, la política señala las atribuciones de cada esfera gubernamental dentro del territorio nacional, cumpliendo un papel rector y garantizando, al menos teóricamente, el acceso integral a la salud de esta población, con respecto a las especificidades de género y la diversidad de las prácticas sexuales³.

En cuanto a la beneficencia, se puede decir que las acciones benéficas son todas aquellas que hacen algún bien a uno o más individuos. El principio de beneficencia expresa una obligación moral de actuar en beneficio de las personas⁷. En el discurso de los participantes, sin embargo, hubo pocos relatos de acciones benéficas en los servicios de salud. Estas situaciones, cuando se vivieron, involucraron un tratamiento interpersonal adecuado, que resultó en el bienestar del paciente y la reducción de daños a través de demostraciones de acogida, recepción y afabilidad.

En este contexto, cabe destacar la Política Nacional de Humanización (PNH) como posibilidad de aplicación de la beneficencia, así como su relación con la Política Nacional Integral de Salud. Según la PNH, el acto de humanizar el cuidado se traduce en la inclusión de diferencias en los procesos de gestión y cuidado. Este cambio, sin embargo, no se construye individualmente o por grupos aislados, sino de manera colectiva y compartida³.

Investigaciones sobre la atención de lesbianas y bisexuales en las unidades de salud de João Pessoa, Paraíba, Brasil, revelaron el descontento de este público con el enfoque del equipo profesional²⁷. Este enfoque no deseado, combinado con la falta de preparación profesional, fue la principal razón indicada por los participantes para alejarse de los servicios de salud.

Para frenar la falta de adherencia y el alejamiento de la población de los servicios de salud, la acogida es fundamental. Por lo tanto, es esencial que la población LGBTQIA+, al buscar asistencia, sea tratada de manera integral y humanizada. Cuando una persona tiene satisfechas sus necesidades, se fortalece su vínculo con la unidad de salud, lo que la lleva a regresar a buscar servicios. En ese sentido, la satisfacción del sujeto con la atención recibida mejora la calidad de la atención y estimula la búsqueda de asistencia siempre que sea necesario²⁸.

La humanización del SUS requiere cambios en la forma de pensar y actuar de la comunidad, de los gestores y de los profesionales. Tales cambios deben partir del reconocimiento de la sexualidad de las personas LGBTQIA+ y las diferentes nuevas formas de constitución familiar. Las estrategias de protección de la salud deben respetar las vulnerabilidades específicas de esta población para promover no solo el acceso, sino también la calidad de la atención, empoderando a los sujetos para que desarrollen su propia ciudadanía.

La acogida de la población LGBTQIA+ implica posibles conflictos éticos, y la bioética es una herramienta útil para buscar soluciones a estos conflictos⁴. Cabe señalar, sin embargo, que el modelo principialista, que incluye la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia, cuando se aplica acríticamente en la atención primaria, puede presentar limitaciones, ya que este enfoque teórico tiende a adaptarse mejor a situaciones extremas en el entorno hospitalario.

Más que ser la premisa principal de la política de salud LGBT, la atención de salud equitativa y libre de prejuicios responde al principio de justicia de la corriente principialista, interpretado como la distribución igualitaria, equitativa y adecuada de los recursos, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social⁷. En este sentido, garantizar la justicia es asegurar la implementación de los principios doctrinales del Sistema Único de Salud, previstos constitucionalmente. Por otro lado, cuando las personas LGBTQIA+ denuncian la exclusión y vulneración de derechos, se caracteriza la injusticia social.

La desigualdad en la atención de la población LGBTQIA+ y la influencia de la heteronormatividad marcan la atención en el sistema público de salud. En general, con excepción de los testimonios vinculados al principio de beneficencia, todos los participantes denuncian violaciones al principio de justicia, señalando la desigualdad en el cuidado y la negación de derechos.

Hubo relatos de situaciones en que los homosexuales declarados, principalmente travestis, son deliberadamente humillados en los servicios de salud. Este tipo de atención puede entenderse como una estrategia de los profesionales para atender a los pacientes LGBT con mayor rapidez. Situaciones como esta, además de caracterizar una clara violación del principio de justicia, vulneran el principio de igualdad constitucional y el principio de universalidad del SUS.

Recibir una asistencia libre de prejuicios y discriminación es un derecho de la población LGBTQIA+. Sin embargo, además de que se respeten sus derechos, estas personas deben ser tratadas de manera humana, por profesionales preparados para hacer frente a sus demandas específicas, para que puedan sentirse bienvenidas y acogidas en los espacios de atención. Por lo tanto, las acciones dirigidas a la cualificación de los profesionales de la salud son necesarias.

Es esencial que esta preparación también se lleve a cabo en la formación académica, construyendo bases teóricas y prácticas sobre el tema. En un estudio realizado en una capital del Nordeste de Brasil, ninguno de los profesionales entrevistados había cursado asignaturas específicas enfocadas en cuestiones de género y sexualidad, y el tema solo se abordó cuando se relacionó con enfermedades infecciosas². En otro estudio, con estudiantes de medicina de Piauí, Brasil, el 97,5% de los encuestados dijeron que no habían cursado asignaturas específicas sobre sexualidad²⁹.

En un estudio realizado en la ciudad de Cajazeiras, Paraíba, Brasil, el 55% de los profesionales entrevistados ya había participado en capacitaciones o calificaciones sobre sexualidad, y el 65% sobre la población LGBTQIA+³⁰. Sin embargo, la misma investigación reveló la falta de preparación de los profesionales ante las preguntas sobre estos asuntos. El resultado muestra que la formación de profesionales con el objetivo meramente de reproducir el conocimiento no da un nuevo significado a la atención de la salud. La sexualidad humana es compleja, por lo que es necesario formar profesionales capaces de reconocer los diversos matices vinculados al tema y la especificidad del cuidado de los grupos más vulnerables^{2,27,30}.

Por ello, es urgente que los contenidos relacionados con la atención a la población LGBTQIA+ sean constantemente discutidos durante la formación de los futuros profesionales de la salud. Estas discusiones, además, deben tener lugar en todos los espacios sociales, a fin de reducir las actitudes prejuiciosas y discriminatorias que perpetúan la exclusión social y la negación del ejercicio de la ciudadanía.

Consideraciones finales

En las situaciones reportadas por los participantes de la investigación, fue posible identificar graves violaciones de los principios de la bioética principialista. Los testimonios revelaron situaciones de agravio personal, vergüenza y burla, atentado a la dignidad, violencia institucional psicológica, negativa de atención en algunos servicios (como donación de sangre), falta de respeto al uso del nombre social y falta de acogida.

Aunque la investigación aborde específicamente los prejuicios y la discriminación en los servicios de salud, la LGBTfobia no se limita a este campo. Es parte de una cosmovisión normalizadora, estructurante y excluyente. Así, los resultados muestran que las estrategias gubernamentales –incluida la Política Nacional de Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales– y los avances políticos y sociales logrados, aunque importantes, han demostrado ser insuficientes dada la naturaleza sistémica de la LGBTfobia. Por lo tanto, es necesario pensar en estrategias de combate que consideren el prejuicio y la discriminación contra la población LGBTQIA+ como un fenómeno histórico, social y cultural.

Las acciones para combatir y superar los prejuicios institucionales y la LGBTfobia en la atención deben exceder los límites académico-científicos y teóricos de las políticas y programas de salud. Es necesario despertar la conciencia y la acción política en la práctica, a todos los niveles, a nivel individual y comunitario, en las relaciones


interpersonales de la vida cotidiana familiar, social y profesional. Sobre todo, se destaca la necesidad de leyes que penalicen la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género y garanticen la inclusión de debates sobre género, sexualidad y diversidad sexual en la educación escolar y universitaria.

Referencias


1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2016 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 12 maio 2021];1(1). Disponível: <https://bit.ly/3yOt5nm>
6. Vitoritti B, Andrade SMO, Peres JEC. Diversidade sexual e relações profissionais: concepções de médicos e enfermeiros. *Temas Psicol* [Internet]. 2016 [acceso 12 maio 2021];24(4):1389-405. DOI: 10.9788/TP2016.4-11
7. Petry FB. Princípios ou virtudes na bioética? Controvérsia [Internet]. 2005 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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/3jYtXiR>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: 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 – Estudiante de máster – caik17ferreira@gmail.com

 0000-0003-0307-8172

Beatriz de Castro Magalhães – Estudiante de máster – beatriz.castro022015@gmail.com

 0000-0002-6827-6359

Mauro McCarthy de Oliveira Silva – Estudiante de máster – mauro_mccarthy@hotmail.com

 0000-0001-8895-7760

Grayce Alencar Albuquerque – Doctora – grayce.alencar@urca.br

 0000-0002-8726-0619

Correspondencia

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

Participación de los autores

Jeanderson Soares Parente y Caik Ferreira Silva concibieron y esbozaron el estudio y, junto con Beatriz de Castro Magalhães y Mauro McCarthy de Oliveira Silva, analizaron los datos y escribieron el artículo. Grayce Alencar Albuquerque contribuyó significativamente a la redacción del manuscrito y a la revisión crítica del contenido.

Recibido: 20.3.2020

Revisado: 4.8.2021

Aprobado: 6.8.2021