



Artigos Originais

Assistência a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais Vítimas de Violência nos Serviços de Saúde

Assistance for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Victims of Violence in Health Care

Grayce Albuquerque Alencar¹
Dailon de Araújo Alves¹
Jeanderson Soares Parente²

¹Universidade Regional do Cariri

²Faculdade de Juazeiro do Norte

Resumo: Como resultado da homofobia, minorias sexuais estão vulneráveis à violência e suas consequências, detidamente sobre a saúde, o que implica na necessidade de busca aos serviços de saúde para atendimento. Este estudo objetivou averiguar o atendimento recebido nos serviços de saúde por integrantes LGBTQ+ vítimas de violência no interior do Nordeste brasileiro. Realizou-se um estudo transversal, quantitativo, com 316 indivíduos do grupo de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais presentes nas Paradas do Orgulho Gay nos municípios de Juazeiro do Norte e Crato, Ceará, Brasil, no ano de 2013. Os participantes responderam a um questionário estruturado com questões inerentes à temática. Os dados obtidos foram tabulados e analisados de forma descritiva. O estudo teve aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa. Dos 316 participantes, todos relataram já terem sofrido violência alguma vez na vida, embora somente 52 tenham procurado serviços de saúde em decorrência da vitimização. Minorias sexuais relataram a busca aos serviços de saúde já na primeira hora após ato violento, afirmando pronto atendimento ao dar entrada nos serviços. Embora relatada rapidez, os participantes apontaram que os profissionais de saúde não atuaram conforme diretrizes nacionais no atendimento a vítimas de violência, uma vez que em sua maioria, não preencheram ficha de notificação compulsória, não solicitaram exames, não registraram atendimento em prontuários e não orientaram para registro de boletim de ocorrência nas delegacias, havendo ainda, relatos de atitudes preconceituosas sofridas durante assistência. Verifica-se que a assistência dos profissionais de saúde a minorias sexuais é falha. Pontua-se a necessidade de qualificação dos profissionais para atendimento livre de preconceitos e em consonância com os protocolos nacionais de atendimento às vítimas de violência.

Palavras-chave: Violência, Assistência à Saúde, Homossexualidade, Bissexualidade.

Abstract: As a result of homophobia, sexual minorities are vulnerable to violence and its consequences carefully on health, which implies the need to search for health services for care. This study aimed to investigate the care received in health services for LGBTQ+ members victims of violence within the Brazilian northeast. We conducted a cross-sectional, quantitative study with 316 subjects lesbian group, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals present in Gay Pride Parades in the municipalities of Juazeiro and Crato, Ceará, Brazil, in 2013. Participants answered a questionnaire with questions related to the theme. The data were tabulated and analyzed descriptively. The study was previously approved by the Research Ethics Committee. Of the 316 participants, all reported having experienced violence in their lifetime, although only 52 have sought health services due to victimization. Sexual minorities reported seeking health services within the first hour after violent act, stating responsiveness when entering the service. Although reported quickly, participants pointed out that health professionals did not act as national guidelines on care for victims of violence, since in most cases, did not meet the mandatory reporting form, not requested tests, did not record care in medical records and not guided to record police report on police stations, there also prejudiced attitudes reports suffered during assistance. It is found that health professionals care for sexual minorities is flawed. Punctuates the need for training of professionals for free service of prejudice and in accordance with national care for victims of violence protocols.

Key words: Violence, Health Care, Homosexuality, Bissexuality.

1. Introdução

A violência é considerada uma das maiores violações contra os direitos humanos. Sério problema de saúde pública, a violência vem contribuindo para elevação das taxas de morbimortalidade, com repercussões econômicas e sociais negativas. Este agravo pode ser entendido como o uso intencional de força física ou poder, na forma de ameaça realizada contra si mesmo ou contra outra pessoa, grupo e comunidade e que resulta na possibilidade de ocasionar ferimentos, morte, consequências psicológicas negativas, mau desenvolvimento ou privação social (OMS¹).

Alguns grupos populacionais são vulneráveis à violência, a exemplo do grupo de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT), por não apresentarem compatibilidade entre o sexo biológico e a identidade de gênero. A identidade de gênero corresponde à forma com que o indivíduo se percebe e se apresenta socialmente. A identidade cisgênero é atribuída a uma pessoa cuja identidade de gênero está em conformidade com o sexo biológico, já o termo transgênero refere-se ao indivíduo cuja a identidade de gênero difere do sexo biológico (DARDE²). Esta última condição propicia a ocorrência de atos homofóbicos frente à população LGBTT.

A homofobia como fenômeno social e manifestação do sexismo traduz-se em hostilidade a comportamentos desviantes dos papéis sexuais estabelecidos socialmente, guardando íntima relação com violência de gênero (MOTT³; BORILLO⁴). A homofobia e seus desdobramentos, como a lesbo/transfobia, por compreenderem um conjunto de atitudes de hostilidade à diversidade sexual, carregam consigo a exclusão de indivíduos considerados inferiores ou anormais (BRASIL⁵).

Relatório de Violência Homofóbica no Brasil no ano de 2013, recentemente divulgado pela extinta Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República revelou que de um total de 1.695 denúncias de 3.398 violações relacionadas à população LGBTT registradas pelo Disque Direitos Humanos (Disque 100), envolvendo 1.906 vítimas e 2.461 suspeitos, 40,1% estiveram associadas à violência psicológica, seguidas de discriminação, com 36,4%; e violências físicas, com 14,4% (BRASIL⁶). Segundo relatório divulgado pelo Grupo Gay da Bahia (GGB⁷) sobre homicídios de LGBTT em 2013, egião mais homofóbica do Brasil, pois, abrigando 28% da população brasileira, aí concentraram-se 43% das mortes, seguido de 35% na região Sudeste e Sul e 21% na região Norte e Centro Oeste (GGB⁷).

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados pelas violências correspondem a altos custos emocionais e sociais. Causam prejuízos econômicos em decorrência das ausências no trabalho e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Frente ao sistema de saúde se evidenciam aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais. Cálculos estimam que cerca de 3,3% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro são gastos com custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos (BRICEÑO-LEÓN⁸). Segundo mesmo autor, para se ter uma ideia do significado da cifra dos custos diretos da violência no país (3,3% do PIB) é três vezes maior do que o país investe em Ciência e Tecnologia.

Quando se fala em acesso aos serviços de saúde como itinerário decorrente dos atos de violência sofridos, importante destacar que também nestes serviços a população LGBTT sofre com a violência. Discursos homofóbicos estão presentes nas condutas e no imaginário de profissionais de saúde. Sabe-se que o comportamento dos profissionais de saúde é influenciado pelos estereótipos, tabus e mitos sociais relativos a orientação sexual, que aponta a heterossexualidade como moral e universal, o que configura, possivelmente, uma das maiores dificuldades do profissional da saúde para a abordagem de clientes LGBTT (ALBUQUERQUE⁹). Tal dificuldade, além de associada às questões culturais/sociais, pode ser explicada pela inexperiência ou um déficit na formação, capacitação e educação dos mesmos ao longo da formação acadêmica e profissional.

De fato, o preconceito contra LGBTT por parte de trabalhadores da saúde pode ser identificado durante seu processo de formação acadêmica. Mcnair e Hegarty¹⁰ ao conduzir um estudo de revisão sistemática sobre diretrizes de atenção à saúde a minorias sexuais identificaram em seus resultados discriminação contra LGBTT nos processos de formação acadêmica de trabalhadores da saúde. Em dois estudos integrantes da revisão, a opinião de acadêmicos de saúde sobre assistência a minorias sexuais foi revelada. No primeiro estudo, realizado Estados Unidos (EUA) em 1998¹¹ 16 estudantes da área de saúde (destes, 75% do sexo feminino) concluiu que 08 a 12% dos discentes acreditam que a homossexualidade deve ser punida, 05 a 12% não gostam de minorias sexuais e 51 a 53% que a homossexualidade vai contra suas crenças religiosas

No segundo estudo realizado em Inglaterra, em 2002, com um grupo de 137 estudantes (destes, 83% mulheres heterossexuais), 16% se sentiria desconfortável se fosse responsável pelo cuidado de uma pessoa homossexual.

Assim, em decorrência de atitudes homofóbicas, quando a população LGBTT procura os serviços de saúde e sofre um atendimento discriminatório por parte dos profissionais nas unidades, gera-se redução na assiduidade e na busca subsequente da assistência, devido a condutas inadequadas, constrangimentos, conotações preconceituosas ou mesmo ofensas verbais sofridas. Tais práticas e atitudes podem ser experimentadas como situações de violência (que se somam as já sofridas) e contribui para o afastamento dos cuidados com o próprio corpo e com a saúde da população LGBTT, elevando-se os riscos para automedicação e não adoção de cuidados preventivos (ALBUQUERQUE¹¹).

Ainda, para além do atendimento não discriminatório, em função da necessidade de monitoramento da violência, dado sua importância econômica e social, os profissionais de saúde devem notificar o agravo em fichas próprias de notificação compulsória: i) "*ficha de notificação/ investigação individual de violência interpessoal/autoprovocada*" e ii) "*ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências*", conforme recomendações do Ministério da Saúde/Sistema de Vigilâncias de Violência e Acidentes, com o objetivo de gerar avaliações precisas sobre o impacto e a caracterização da violência em todas as regiões do país (VELOSO¹²). Essa estratégia de vigilância configura-se como importante ferramenta para aquisição de informações que podem ser utilizadas para planejar e executar medidas de prevenção às violências no Brasil.

Além da notificação, complementando as ações dos profissionais, espera-se que os mesmos possam pautar sua assistência no atendimento à LGBTT vítima de violência, seguindo diretrizes previstas em protocolos nacionais direcionados a qualquer pessoa vitimizada como a: i) realização de escuta qualificada/acolhimento, ii) solicitação de exames laboratoriais, iii) encaminhamento a serviços de referência para a Profilaxia das DST, HIV/AIDS, Hepatite e anticoncepção de emergência (se exposição sexual), iv) encaminhamento para atendimento psicossocial, v) encaminhamento ao serviço de polícia para registro da violência (boletim de ocorrência), vi) medicação/atendimento clínico/observação/internação, dentre outros (BRASIL¹³).

Assim, levando-se em consideração a maior susceptibilidade da população LGBTT ser vítima de violência, com destaque para a região Nordeste; a dificuldade de acesso desta população aos serviços de saúde como resultado do preconceito e estigmatização dos profissionais de saúde e a existência de protocolos definidos para o atendimento às vítimas de violência, o estudo objetivou averiguar o atendimento recebido nos serviços de saúde por integrantes LGBTT vítimas de violência no interior do Nordeste brasileiro.

2 . Percurso Metodológico

Estudo transversal, quantitativo, realizado com integrantes LGBTT contatados durante movimento reivindicatório conhecido como Parada Gay, nos municípios de Juazeiro do Norte e Crato, ambos no Ceará, interior do Nordeste Brasileiro, no mês de julho de 2013. Para tanto, inicialmente foi realizado contato com os organizadores dos eventos em cada município para exposição dos objetivos da pesquisa e suas etapas metodológicas, objetivando-se apoio para realização da coleta de dados.

Para o cálculo do tamanho da amostra adotaram-se prevalência de violência de 50%; precisão absoluta de 6%; e nível de significância de 5%. O resultado foi um total de 267 indivíduos. Para garantir o tamanho da amostra, foram abordados 400 indivíduos por seleção intencional. Dos 400 indivíduos LGBTT abordados intencionalmente, 30 foram excluídos por se considerarem simpatizantes ou curiosos e 54 recusaram participação. A amostra final contou com 316 pessoas LGBTT que deram seu consentimento informado e responderam a formulário estruturado, com duração média de duração de 15 minutos sobre violência sofrida e procura aos serviços de saúde em decorrência do agravo.

O perfil socioeconômico da amostra foi caracterizado a partir do levantamento de variáveis pré-estabelecidas em questionário estruturado em: i) sexo biológico (masculino e feminino), ii) identidade de gênero (masculina, feminina e ambas), iii) orientação sexual (homossexual-lésbica, homossexual-gay, bissexual, homossexual-travesti e homossexual-transsexual), iv) cor/etnia (amarela, branca, parda, morena, negra e mulata), v) escolaridade (ensino fundamental, médio

e superior, completo/incompleto e pós-graduação), vi) estado civil (solteiro/a, namorando, estável, casado/a, divorciado/a e viúvo/a), vii) trabalho formal e viii) idade.

Para a triagem da ocorrência de violência questionou-se, de forma pré-estabelecida, se o integrante LGBTQI+ já havia sofrido alguma vez, como consequência da homofobia social: i) violência psicológica, ii) violência física e iii) violência sexual. Para aqueles que afirmativamente apontaram já ter sofrido violência, questionou-se a: i) busca por serviços de saúde para tratamento do agravo, ii) tempo de busca aos serviços, iii) tempo para atendimento nos serviços, iv) ações desenvolvidas pelos serviços de saúde no atendimento à vitimização por violência e v) existência de preconceitos nos serviços. Para cada questionamento realizado "sim", "não" ou "não respondeu".

As variáveis nominais obtidas foram expressas por número absoluto e porcentagens. Os dados foram tabulados no *software* Microsoft Office Excel 2007 e apresentados de forma descritiva.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC, com número de parecer do CAAE 19018513.0.0000.0082. Integrantes LGBTQI+ assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, que continha informações inerentes à inclusão de minorias sexuais como sujeitos da pesquisa. Para preservar o sigilo das informações prestadas, os nomes dos participantes foram substituídos por uma sequência numérica durante digitação em banco de dados.

3 . Resultados

Participaram da pesquisa 316 integrantes LGBTQI+, em sua maioria, com sexo biológico masculino (70,57%), identidade de gênero masculina (63,3%), orientação sexual homossexual - gay (51,27%), predominantemente pardos (48,1%), com ensino médio completo (34,18%), solteiros/as (63,29%), sem trabalho formal (54,11%) e com idade média de 24,3 anos (Tabela 01).

Observa-se ainda que a quase a totalidade de todos os participantes do estudo já sofreram violência (psicológica, física ou sexual) ao menos uma vez como resultado da homofobia. Para este cálculo contabilizou-se o número de respostas positivas (presença de ao menos um tipo de violência sofrida) para cada questionário da amostra. A positividade foi então contabilizada para cada variável do questionário socioeconômico (Tabela 01).

Tabela 01 – Perfil sócio demográfico dos participantes do estudo. Juazeiro do Norte/Crato, Ceará, Brasil. 2013.

CARACTERÍSTICA	fa	fr (%)	% Vítimas (Violência Psicológica, Física e Sexual)*
Sexo biológico			
<i>Masculino</i>	223	70,57	69,87
<i>Feminino</i>	93	29,43	29,14
Identidade de gênero			
<i>Masculino</i>	200	63,3	62,66
<i>Feminino</i>	113	35,76	35,4
<i>Ambas (Masculino e Feminino)</i>	3	0,95	0,94
Orientação Sexual			
<i>Homossexual (Gay)</i>	162	51,27	50,75
<i>Homossexual (Lésbicas)</i>	71	22,47	22,24
<i>Bissexual</i>	63	19,94	19,74
<i>Homossexual (Travestis)</i>	14	4,43	4,39
<i>Homossexual (Transexual)</i>	6	1,9	1,88
Cor/etnia			
<i>Amarelo</i>	2	0,63	0,63
<i>Branca</i>	87	27,53	27,26
<i>Parda</i>	152	48,1	47,62
<i>Morena</i>	38	12,03	11,91
<i>Negro</i>	31	9,81	9,71
<i>Mulata</i>	6	1,9	1,88
Escolaridade			
<i>Ensino fundamental completo</i>	25	7,91	7,83
<i>Ensino fundamental incompleto</i>	25	7,91	7,83
<i>Ensino médio completo</i>	108	34,18	33,84
<i>Ensino médio incompleto</i>	72	22,78	22,56
<i>Ensino superior completo</i>	27	8,54	8,46
<i>Ensino superior incompleto</i>	45	14,24	14,1
<i>Pós-graduação</i>	14	4,43	4,39
Estado civil			
<i>Solteiro/a</i>	200	63,29	62,66
<i>Namorando</i>	72	22,78	22,56
<i>Estável</i>	29	9,18	9,09
<i>Casado/a</i>	12	3,8	3,76
<i>Divorciado/a</i>	1	0,32	0,31
<i>Viúvo/a</i>	2	0,63	1,25
Trabalho Formal			
<i>Não</i>	171	54,11	53,57
<i>Sim</i>	145	45,89	46,43
		Média (dp)	Min.-Máx.
Idade (em anos)		24,3 (7,0)	18-55

Fonte: Elaboração própria

* Presença de ao menos um tipo de violência sofrida contabilizada por cada questionário e por cada variável.

Quanto aos tipos de violência sofrida ao longo da vida, obteve-se que as violências psicológicas assumiram a primeira posição (78,8%) estando posteriormente em destaque as violências físicas (31,3%) e por fim as sexuais (18,4%).

Questionados sobre os itinerários aos serviços de saúde em busca do restabelecimento da saúde diante violência sofrida, a maioria (n=264, 83,50%) dos indivíduos LGBTT não o procuraram. Do total de 52 LGBTT que procuraram recuperar a saúde o fizeram através da busca, em primeiro lugar, por postos de saúde (n=27, 51,92%), seguido de hospitais (n=25, 48,07%) e automedicação com ervas e produtos caseiros (n=11, 21,15%) em suas maiores prevalências (Tabela 02).

Tabela 02. Atitudes adotadas por membros LGBTT quanto aos itinerários em saúde adotados diante violência sofrida. Juazeiro do Norte/Crato, Ceará, Brasil, 2013.

Ação adotada	Variáveis de resposta	
	fa	fr(%)
Procurou por postos de saúde		
Sim	27	51,92
Não	25	48,07
Procurou por hospitais		
Sim	25	48,07
Não	27	51,92
Realizou automedicação em casa com produtos naturais/caseiros		
Sim	11	21,15
Não	41	78,84
Realizou automedicação na farmácia		
Sim	07	13,46
Não	45	86,53
Total Geral	52	100%

Fonte: Elaboração própria

Referente ao tempo para início da busca aos serviços de saúde após ser vítima de violência, a maioria dos LGBTT procuraram os serviços já na primeira hora (n=26, 50%). Quanto ao tempo decorrente da sua entrada no serviço até seu efetivo atendimento pelos profissionais de saúde, verifica-se que a maioria dos LGBTT revelaram que foram atendidos primeira hora de espera (n=27, 51,92%) (Tabela 03).

Tabela 03. Tempo que indivíduos LGBTT levaram para procurar os serviços de saúde (postos de saúde e hospitais) e tempo para início dos atendimentos nestes serviços após ato de violência sofrido. Juazeiro do Norte/Crato, Ceará, Brasil, 2013.

Tempo	Variáveis	
	Fa	fr(%)
De busca por serviços de saúde		
Imediatamente após violência e < 1h	01	1,92
1h	26	50
2h	05	9,61
3h	09	17,30
4h	11	21,15
De atendimento nos serviços		
Imediatamente após chegada e < 1h	00	00
1h	27	51,92
2h	14	26,92
3h	10	19,23
4h	01	1,92
Total Geral	52	100%

Fonte: Elaboração própria

Uma vez atendidos serviços, os integrantes LGBTT vítimas de violência revelaram que os profissionais de saúde em primeiro lugar prestaram atendimento procurando minimizar as consequências da violência sofrida (n=33, 63,46%), seguido por preenchimento da ficha de notificação da violência (n=23, 44,23%) e solicitação de exames laboratoriais (n= 22, 42,3%) em

suas maiores prevalências. Importante destacar que orientar quanto ao registro de boletins de ocorrência através da busca de delegacias, bem como, registrar o atendimento do caso em prontuário do usuário não apresentaram entre as ações realizadas (Tabela 04).

Tabela 04. Assistência recebida por LGBTT nos serviços de saúde após violência sofrida. Juazeiro do Norte/Crato, Ceará, Brasil, 2013.

Atendimento Ofertado	Variáveis	
	fa	fr(%)
Atendimento procurou minimizar as consequências da violência sofrida		
<i>Sim</i>	33	63,46
<i>Não</i>	19	36,53
No atendimento preencheu-se ficha de notificação da violência		
<i>Sim</i>	23	44,23
<i>Não</i>	29	55,76
Solicitou exames laboratoriais		
<i>Sim</i>	22	42,3
<i>Não</i>	30	57,69
Encaminhou para atendimento psicológico		
<i>Sim</i>	16	30,76
<i>Não</i>	36	69,23
Orientou para retorno		
<i>Sim</i>	13	25
<i>Não</i>	39	75
Orientou para registrar Boletim de Ocorrência em delegacias		
<i>Sim</i>	12	23,07
<i>Não</i>	40	76,92
Registrou o atendimento em prontuário		
<i>Sim</i>	12	23,07
<i>Não</i>	40	76,92
Iniciou quimioprofilaxia para DST/HIV		
<i>Sim</i>	8	15,38
<i>Não</i>	44	84,61
Total Geral	52	100%

Fonte: Elaboração própria

Quanto à existência de atos preconceituosos nos serviços de saúde por parte dos profissionais que prestaram atendimento às vítimas LGBTT, a maioria relatou não ter sofrido com o preconceito (n=38, 73,07%).

Tabela 05. Preconceito sofrido durante atendimento nos serviços de saúde por LGBTT após violência sofrida. Juazeiro do Norte e Crato, Ceará, Brasil, 2013.

Preconceito sofrido	Variáveis	
	fa	fr(%)
<i>Sim</i>	14	26,92
<i>Não</i>	38	73,07
Total Geral	52	100%

Fonte: Elaboração própria

4 . Discussão

Embora recorrente no cotidiano do grupo LGBTT, minorias sexuais quando vítimas de violência muitas vezes preferem o silenciamento do agravo e das consequências sofridas, principalmente sobre a saúde, possivelmente por receio do preconceito e discriminação nos serviços caso deseje seu acesso. De um modo geral, o grupo teme em revelar sua orientação sexual mediante atendimento nos serviços de saúde, visualizando o impacto negativo que isso pode gerar na qualidade da assistência (ARAÚJO¹⁴).

De fato, essa afirmativa corrobora com os resultados deste estudo, em que do total de 316 integrantes LGBTT que sofreram ao menos um tipo de violência homofóbica (psicológica, física ou sexual) somente 52 procuraram assistência nos serviços de saúde (hospitais ou postos de saúde). Essa situação é problemática, visto que quando minorias sexuais necessitam de cuidados em

saúde como consequência da violência e não procuram ajuda de profissionais da área, elevam-se as chances para automedicação, que indubitavelmente, elevam os riscos à saúde, podendo-se mascarar e debilitar o quadro clínico do usuário. A existência de homofobia nos serviços de saúde implica no deslocamento da população, em casos de adoecimento, às farmácias e somente às unidades de saúde quando a resolução torna-se fracassada (GUTIÉRREZ¹⁵). A automedicação propicia o aparecimento de agravos em saúde, com consequente busca por unidades de urgência e emergência, muitas vezes consideradas a porta de entrada no sistema (MELO¹⁶).

A homofobia que implica em atitudes discriminatórias no cotidiano dos serviços de saúde frente a população LGBTT é resultado das implicações dos estereótipos de gênero frente à homossexualidade/bissexualidade, especialmente quando as identidades de gênero diferem da lógica social imposta (ALBUQUERQUE⁹).

Nesse contexto, as relações de gênero, que são culturais, ao operarem sobre a noção de papéis e funções de homens e mulheres, demonstram que as instituições sociais (e nestas inclusas as de saúde) são constituídas e atravessadas por pressupostos do ser masculino e feminino, isto é, por relações genericadas. A heterossexualidade presumida e propagada socioculturalmente como resultado dessas relações aparece como um padrão imposto pela sociedade e assumido pelos indivíduos como reflexo e sinônimo da normalidade; conseqüentemente, tudo que foge a essa visão de mundo passa a ser considerado anormal ou até mesmo doença (GONZÁLEZ; LICONA¹⁷).

Assim, a estigmatização nos serviços de saúde para com minorias sexuais encontra-se na oposição do que propõe a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, ambas em acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) ao enfatizar a necessidade da garantia de atenção integral e equidade para a população, objetivando-se estratégias para expandir a condição de cidadania e os direitos das pessoas no sistema (ALBUQUERQUE⁹).

Ainda, nesta perspectiva, o SUS lança a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (675 / GM Portaria, no Diário Oficial do dia 31 de março de 2006) (BRASIL¹⁸), dando um passo adiante para garantir a todos os cidadãos cuidado humanizado e livre de qualquer preconceito e discriminação com base na orientação sexual e identidade de gênero, incluindo a garantia do uso do nome social para travestis e transexuais a fim de promover o acesso aos cuidados de saúde (LIONÇO¹⁹).

A carta torna-se marco de transformação social, embora na prática encontre dificuldades para sua operacionalização. Garantir o atendimento humanizado e acolhedor a todos os indivíduos significa, além de realizar escuta ativa, prestar atendimento de forma imediata dada a gravidade de sua condição clínica e assim, pressupõe-se que os agravos decorrentes de um ato violento exigem atendimento imediato. Neste sentido, integrantes LGBTT vítimas de violência reportaram procura aos serviços de saúde na primeira hora após o ocorrido, tendo sido também atendidos em sua maioria, após uma hora de espera.

Ainda, em se tratando do atendimento a vítimas de violência, torna-se obrigatório os profissionais de saúde primarem a assistência conforme orientações previstas nos protocolos de atendimento à vítimas de violência. Neste sentido, observa-se que a maioria dos profissionais de saúde, segundo LGBTT vitimizados, não seguiram as diretrizes dos protocolos, visto que a maioria não preencheu ficha de notificação compulsória referente ao agravo, não solicitou exames laboratoriais, não encaminhou para atendimento psicológico, não orientou vitimizado a se dirigir a delegacias e registrar boletim de ocorrência, não registrou o atendimento em prontuário e não iniciou esquema profilático em DST/HIV/Aids (se violência sexual).

Sabe-se que após ser vítima de qualquer tipo de violência, é dever do profissional de saúde que presta atendimento, contribuir para a reestruturação emocional e social da vítima em todas as fases do atendimento. Para tanto, a assistência psicológica deve ser iniciada o mais breve possível, desde a primeira consulta, e caso necessário, o usuário deve ser encaminhado para atendimento especializado (BRASIL¹³). Esta é uma condição primordial para reestabelecimento da saúde, especialmente frente a minorias sexuais, em que se sobrepõem vários tipos de violências como homofobia internalizada associada a sentimentos de culpabilização pelo ocorrido, sequelas mentais decorrentes da violência sofrida e receio de preconceito e estigmatização nos serviços de saúde (ALBUQUERQUE¹¹). Essas condições potencializam os agravos que a violência sofrida proporciona no integrante LGBTT, devendo ser primordial o acompanhamento psicológico.

É necessário ainda, para além do suporte psicológico durante os atendimentos, que os profissionais de saúde colem o histórico do agravo, realizem exame físico completo e preencham a “Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada ou Ficha de Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências” (BRASIL¹³). Segundo mesmo autor, essas fichas são compostas por um conjunto de variáveis e categorias que retratam, minimamente, o perfil das violências perpetradas, a caracterização das vítimas e autores (as) da agressão.

Os dados coletados por meio destas fichas são processados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL¹³). Através das notificações das violências é possível realizar uma análise mais aprofundada dos agravos cometidos contra integrantes LGBTQ, monitoramento do perfil epidemiológico desta condição e posterior implementação de intervenções frente a esse problema, através da elaboração de políticas públicas intersetoriais de atenção e proteção às pessoas vulneráveis. Desta forma, faz-se necessário que todos os profissionais de saúde preencham de forma correta e legível essas fichas e as encaminhe para o setor de Vigilância Epidemiológica de sua cidade.

Ressalta-se ainda que as informações colhidas durante atendimento também devem ser registradas em prontuário. Esta é uma responsabilidade ética e legal do profissional que assiste o usuário. Frequentemente, principalmente em hospitais, nos serviços de urgência e emergência, há falta de registro e manutenção das informações contidas no prontuário dos usuários, o que pode causar danos ao cliente durante o acompanhamento no serviço (JESUS²⁰). Os registros ou anotações nos prontuários são elementos essenciais no processo do cuidado humano visto que quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins como pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento da assistência, dentre outros (MATSUDA²¹). O prontuário é um instrumento ético/legal que pertence aos estabelecimentos de saúde, mas comportam informações que estão no campo do direito moral e legal dos usuários, pois o direito a informação é constitucional.

Nos prontuários, além do registro de informações referentes ao histórico da violência sofrida, agravos à saúde e assistência prestada, devem ser registrados pedidos de solicitação de exames laboratoriais e/ou seus resultados, bem como, requerimento para profilaxia de DST/HIV/Aids em caso de evidências e/ou confirmação de violência sexual (BRASIL¹³). Segundo mesmo autor, neste último quesito, caso o serviço não possua condições para início da profilaxia, o usuário deve ser encaminhado para o serviço de referência para a Profilaxia Pós Exposição Sexual (PEP Sexual).

Dentre os exames laboratoriais a serem solicitados tem destaque a coleta imediata de sangue para estabelecer a eventual presença de DST, HIV ou hepatite prévias à violência sexual, sendo que tal coleta não deve retardar o início da profilaxia (BRASIL¹³). A quimioprofilaxia das infecções de transmissão sexual visa os agentes infecciosos mais prevalentes, de repercussão clínica importante, e está indicada nas situações de violência sexual independentemente da gravidade das lesões, sexo biológico, orientação sexual ou idade da vítima. O Ministério da Saúde no Brasil normatizou, em 2005 as recomendações de prevenção da sífilis, gonorreia, clamidiose, cancro mole, tricomoníase, hepatite B e do HIV, em esquema de associação de medicamentos (FAÚNDES²²).

Para além dos cuidados com o restabelecimento de saúde, cabe ainda aos profissionais de saúde orientar integrantes LGBTQ vítimas de violência a denunciarem e registrarem boletins de ocorrência (BO) em delegacias. Por exigir do profissional de saúde o conhecimento da rede de segurança pública existente em sua localidade, que possa acolher a demanda da vítima e garantir sua proteção e aplicabilidade da lei, infere-se que muitos profissionais de saúde carentes destas informações, não estimulem os usuários vitimizados a registrarem denúncias.

Os BO's se constituem em ferramentas importantes de avaliação acerca da infração das leis. Este é um documento por meio do qual o policial registra, de maneira pormenorizada, acontecimentos e circunstâncias relacionados às ocorrências policiais, ou seja, a todo fato que, de qualquer forma, afete ou possa afetar a ordem pública e que exija a intervenção policial por meio de ações e/ou operações (TRISTÃO²³).

Frente a população LGBTQ, os BO's fornecem dados referentes a violações de direitos humanos cometidas contra minorias sexuais em todo o território brasileiro, o que é crucial para o planejamento de intervenções sobre realidades as quais se quer modificar. Conhecer a complexidade da violência é a melhor maneira de traçar objetivos, metas e estratégias para

modificá-la. estatísticas produzidas devem ser utilizadas na visibilização das violações de direitos humanos contra populações vulnerabilizadas (BRASIL⁵). Dada esta condição, torna-se importante que os profissionais de saúde detenham conhecimento acerca dos canais de denúncias e orientem a população LGBTQB para que o façam, contribuindo assim com o fortalecimento da segurança pública. A sociedade colabora com a segurança pública quando atua na socialização dos indivíduos, na perpetuação dos mecanismos informais de controle social e de autocontrole, a partir da perspectiva de que não é somente o controle pelo Estado que garante a segurança de todos (MELO; AVELAR; et al²⁴).

Por fim, o atendimento deve estipular e estimular o retorno do usuário ao serviço de saúde para avaliação do quadro clínico e das condutas terapêuticas adotadas. O agendamento do retorno objetiva estreitar o vínculo profissional/usuário e proceder a continuação da consulta anterior, onde o plano terapêutico pode ser revisto e adaptado às novas evidências.

A junção destas ações, associados à ausência de preconceito nos serviços de saúde, elevam nos usuários a satisfação do atendimento recebido. De fato, um considerável obstáculo para a busca e acesso aos serviços de saúde volta-se para a discriminação que minorias sexuais sofrem nos serviços. Pesquisa realizada com 30 integrantes LGBTQB no interior do Nordeste brasileiro revelou insatisfação dos participantes frente ao acesso e assistência recebida nos serviços de saúde como resultado da indiferença dos profissionais durante atendimentos, utilização de palavras pejorativas pelos trabalhadores da saúde, não reconhecimento da orientação sexual não heterossexual, adoção de comportamentos e condutas heteronormativas e invisibilidade na assistência (ALBUQUERQUE⁹).

Quando a violência institucional atinge integrantes LGBTQB (e se somam às violências já sofridas), repercussões negativas incidem na saúde do grupo, com consequente redução da assiduidade e autocuidado. A universalidade do direito à saúde requer que se proponham estratégias de acolhimento e atenção específicas de acordo com as singularidades dos sujeitos que procuram os serviços. Isso implica dizer que os determinantes sociais como a orientação sexual e a identidade de gênero, devem ser conhecidos e trabalhados pelos profissionais de saúde (ALBUQUERQUE¹¹).

Tais condições implicam e podem demandar a necessidade de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde no tocante a sexualidade humana, objetivando-se transformação social de práticas de cuidado e reestruturação de políticas públicas em saúde. Assim, aponta-se como ponto de partida a educação continuada, de forma a qualificar os profissionais de saúde para que possam focalizar as particularidades de cada cliente de forma holística, concedendo-os o direito ao atendimento não discriminatório como previsto na legislação. Para tanto, destaca-se a necessidade de ampliação do debate acadêmico acerca das questões de gênero e diversidade sexual, com vistas a tornar o conhecimento e as práticas profissionais culturalmente embasados, conceituados, planejados e operacionalizáveis (MOURA; CHAMILCO; et al²⁵).

Assim, torna-se necessário rever a formação dos profissionais de saúde para o atendimento a integrantes LGBTQB, especialmente quando vítimas de violência, preparando-os para atendimentos não excludentes, humanizados, holísticos e que corroborem com as diretrizes nacionais de enfrentamento à violência, a saber, através do manejo adequado dos protocolos de atendimento e encaminhamentos aos serviços de segurança pública. Essa atitude quando contemplada poderá repercutir de forma positiva na resolutividade dos problemas que incidem sobre o grupo.

Embora os dados obtidos sejam relevantes, algumas limitações devem ser elencadas neste estudo. Primeiro, os dados foram obtidos em uma determinada localidade geográfica que tem suas particularidades inerentes a fatores políticos, sociais e econômicos que podem interferir na busca e acesso aos serviços de saúde. Segundo, não foram questionados aos integrantes LGBTQB vítimas de violência a existência de quaisquer outros fatores que pudessem interferir na busca e acesso aos serviços de saúde implicando em redução ou aumento de procura aos mesmos. E terceiro, como os participantes foram integrantes LGBTQB informações referentes aos serviços de saúde não foram levantadas, informações estas que podem explicar a não adequabilidade da atuação destes serviços no manejo adequado dos protocolos clínicos de enfrentamento à violência, conforme identificado no estudo.

No entanto, apesar destas limitações, os resultados apontam para um déficit na assistência de integrantes LGBTQT vítimas de violência e servem como subsídio para se (re) pensar as práticas de cuidado nos serviços de saúde.

5 . Considerações Finais

A violência contra integrantes LGBTQT se configura como uma manifestação social de rejeição à orientação sexual discordante da heterossexual. Neste sentido, a violência repercute psicologicamente e fisicamente em agravos à saúde este público, o que implica na necessidade de busca para atendimento em serviços de saúde.

No entanto, em virtude muitas vezes da homofobia institucional, minorias sexuais não recorrem aos serviços de saúde em busca de assistência, mesmo em situações em que se exige pronto atendimento, como nos casos de violência. Esta é uma realidade identificada no estudo, em que uma pequena parcela de integrantes LGBTQT vitimizada efetivamente procurou os serviços de saúde em busca de atendimento. Muitos LGBTQT ainda recorrem às farmácias e à automedicação por acreditarem que nos serviços de saúde haverá revitimização, visto que atitudes preconceituosas ainda se fazem presentes nas condutas de profissionais da área.

Os dados obtidos nesta pesquisa ainda apontaram observância da assistência ofertada pelos profissionais de saúde a LGBTQT vítimas de violência, visto que em sua maioria, as diretrizes nacionais que estabelecem protocolos para atendimento a vítimas de violência não foram seguidos. Esta é uma condição preocupante, uma vez que dificulta o monitoramento das violências e violações dos direitos humanos, bem como, repercute de forma negativa no restabelecimento da saúde dos usuários.

Desta forma, faz-se necessário uma (re) adequação das práticas em saúde ofertadas pelos serviços, com atuação profissionais qualificados para o acolhimento a vítimas de violência e aptos para o adequado manejo dos protocolos clínicos estabelecidos. Ainda, torna-se importante que estes profissionais estejam despidos da cultura heteronormativa como condição essencial para se garantir o acesso e o cuidado à saúde do público LGBTQT sem preconceito e discriminação.

Espera-se assim, que as informações levantadas neste estudo forneçam subsídios para elaboração e implementação de estratégias que possam estimular minorias sexuais a buscarem os serviços de saúde. Dentre estas, aponta-se a necessidade de qualificação das ações dos profissionais da área no tocante ao cuidado holístico e acolhedor a integrantes LGBTQT vítimas de violência, através da escuta ativa, implementação adequada dos protocolos clínicos, notificação do agravo e encaminhamento a serviços de segurança pública.

6 . Agradecimentos

Aponta-se especial agradecimento ao Grupo de Apoio a Livre Orientação Sexual do Cariri (GALOSC) que efetivamente apoiou a realização deste estudo durante as Paradas Gays dos municípios de Juazeiro do Norte e Crato, Ceará, Brasil.

7 . Referências Bibliográficas

1. OMS, Organização Mundial de Saúde. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization Press. 2002. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf. Acesso em: 15 jun. 2016.
2. Darde VWS. (Tese). As representações sobre a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais no discurso jornalístico na Folha e no Estadão. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação. Programa de Pós Graduação em Comunicação e Informação. 2012. 230p. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54524/000850909.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 jun. 2016.
3. Mott L. Manual de Coleta de informações, sistematização e mobilização política contra crimes homofóbicos. Salvador:GGB, 2000. 59p. Disponível em: <https://homofobiamata.files.wordpress.com/2012/04/manual-de-coleta-de-informac3a7c3b5es->

- [sistemizacao3a7c3a3o-mobilizacao3a7c3a3o-politica-contra-crimes-homofobicos.pdf](#). Acesso em: 16 jun. 2016.
4. Borillo D. A Homofobia. In Homofobia e Educação. LIONÇO, Tatiana. DINIZ, Déborah (orgs). Brasília. Ed. UNB. 2009. 199p. Disponível em: http://www.anis.org.br/biblioteca/2014-12/homofobia_e_educacao.pdf. Acesso em: 17 jun. 2016.
 5. Brasil MS. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2011. Brasília, 2011. 128p. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2011-1>. Acesso em: 16 jun. 2016.
 6. Brasil MS. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2013. Brasília, 2016. 79p. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/dados-estatisticos/Relatorio2013.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.
 7. GGB Grupo Gay da Bahia. Tabela geral de assassinados de homossexuais no Brasil, 2013. 15p. Disponível em: <https://homofobiamata.files.wordpress.com/2014/03/relatc3b3rio-homicidios-2013.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.
 8. Briceño-León R. (Org.). Violencia, sociedad y justicia en América Latina. Buenos Aires: Clacso, 2002.
 9. Albuquerque et al. Sexual Diversity and Homophobia in Health Care Services: Perceptions of Homosexual and Bisexual Population in the Cross-Cultural Theory. *Open jour of nurs*, 2016a, 6, 470-482. Disponível em: http://file.scirp.org/pdf/OJN_2016061316203529.pdf. Acesso em: 17 jun. 2016.
 10. McNair RP, Hegarty K. Guidelines for the primary care of lesbian, gay, and bisexual people: a systematic review. *Ann fam med* 2010 8(6):533-541.
 11. Albuquerque et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC int heal hum righ*. 2016b; 16: 2. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714514/>. Acesso em: 16 jun. 2016.
 12. Veloso et al., 2013. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 18(5):1263-1272, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500011. Acesso em: 15 jun. 2016.
 13. Brasil, MS. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES. Norma Técnica. 3ª edição atualizada e ampliada. 1ª reimpressão. Brasil, 2012, 126p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3e_d.pdf. Acesso em: 15 jun. 2016.
 14. Araújo MAL et al. The health professional-user relationship: experience of a homosexual woman in a renowned Fortaleza health unit. *Esc anna nery enferm* 2006 10(02):323-327. Portuguese. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452006000200022&script=sci_arttext. Acesso em: 14 jun. 2016.
 15. Gutiérrez NIM. Situación de salud sexual y reproductiva, hombres y mujeres homosexuales hospital María Auxiliadora. *Rev per obst enf* 2007 3(1):2-16. Disponível em: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/rpoe/v3n1/a02v3n1.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.
 16. Melo L et al. Health policies for lesbians, gays, bisexuals, transsexuals and travestis in Brazil: the pursuit of universality, integrality and equity. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 2011,9:7-28. Portuguese. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872011000400002&script=sci_arttext. Acesso em: 15 jun. 2016.
 17. Gonzalez MLLS, Licona NEA Normalización del discurso homofóbico: aspectos bioéticos. *Acth bio* 2006 12(2):211-217. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200010. Acesso em: 16 jun. 2016.
 18. Brasil MS. Portaria Nº 675/GM de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. Brasília, DF. Ministério da Saúde: 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-675.htm>. Acesso em: 15 jun. 2016.
 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 e sociedade*. 2008;17(2): 11-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>. Acesso em: 18 jun. 2016.
 20. Jesus APS. (Dissertação). Atuação do enfermeiro frente às infrações éticas no cuidado de enfermagem em unidades de emergência – Salvador, 2012. 134 f.: il. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2012. Disponível em:

https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10494/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_Ana%20Paula%20de%20Jesus.pdf. Acesso em: 16 jun. 2016.

21. Matsuda LM, et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Revista eletr de enferm, v. 08, n. 03, p. 415 - 421, 2006. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7080/5011>. Acesso em: 18 jun. 2016.
22. Faúndes et al.,. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Rev. bras ginecol obstet. vol.28 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000200009. Acesso em: 18 jun. 2016.
23. Tristão, R.M.S. (Dissertação) O BOLETIM DE OCORRÊNCIA SOB O ASPECTO DA DÊIXIS DE BASE ESPACIAL COMO PROCESSO DE INSTAURAÇÃO E MANUTENÇÃO DE REFERÊNCIA. Programa de Pós graduação em Estudos Lingüísticos. Faculdade de Letras da Universidade Federal de Minas Gerais. 141p. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ALDR-76QHJ/disserta_o_de_mestrado_roberto_1.pdf;jsessionid=94EA5F6DCE4DC3727BCE667E31E2D956?sequence=1. Acesso em: 15 jun. 2016.
24. Luiz M, Rezende BA; Walderes B. Políticas públicas de segurança para a população LGBT no Brasil. Rev . estud. Fem. vol.22 no.1 Florianópolis Jan./Apr . 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v22n1/16.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.
25. Moura MAV, Chamilco R, Silva LR. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. Escola anna nery rev enferm. 2005;9(3): 434-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452005000300012>. Acesso em: 15 jun. 2016.

Artigo Recebido: 08.05.2016

Aprovado para publicação: 15.09.2016

Grayce Albuquerque Alencar

Universidade Regional do Cariri
Centro de Ciências da Saúde - CCS.
Rua Coronel Antônio Luiz - Pimenta
CEP 63105000 - Crato, CE - Brasil
Telefone: (88) 31021212
Email: geycyenf.ga@gmail.com
