

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

www.uesb.br/revista/rsc/ojs

VIOLÊNCIA COMO VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DE MINORIAS SEXUAIS: IMPACTOS NA SAÚDE

VIOLENCE AS A VIOLATION OF HUMAN RIGHTS OF SEXUAL MINORITIES: IMPACTS IN HEALTH

**Grayce Alencar Albuquerque¹, Jeanderson Soares Parente², Felice Teles Lira dos Santos¹
Moreira**

Universidade Regional do Cariri – URCA¹, Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN²

Abstract

To identify the relationship between violence suffered by sexual minorities and its implications on the health of the group. Reflection study, which was based on a survey of national and international literature on the implications of violence on health among the lesbian, gay, bisexual and transgender population. Worrying aspects related to the discriminatory and homophobic social context contribute to increase the number of violent acts against sexual minorities, leading to negative consequences in the health of this population, such as the early involvement with psychoactive substances, behavioral changes, depressive disorders, Internalized homophobia and suicide attempts. Intersectoral actions may contribute to the reduction of diseases.

Resumo

Identificar a relação entre violência sofrida por minorias sexuais e suas implicações na saúde do grupo. Estudo de reflexão, o qual se fundamentou no levantamento de literatura nacional e internacional sobre as implicações da violência na saúde sob a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros. Verifica-se que aspectos preocupantes relacionados ao contexto social discriminatório e homofóbico concorrem para elevação do número de atos violentos contra minorias sexuais, propiciando consequências negativas na saúde desta população, como o envolvimento precoce com substâncias psicoativas, alterações de comportamento, quadros depressivos, homofobia internalizada e tentativas de suicídio. Ações intersetoriais podem concorrer para redução dos agravos.

Key words: Homosexuality; Bisexuality; Violence; Health.

Palavras chave: Homossexualidade; Bissexualidade; Violência; Saúde.

Introdução

De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, todos os seres humanos nascem livres e iguais em direitos e, nesse âmbito, a dignidade da pessoa humana, enquanto um desses direitos é consagrada pela Constituição Federal Brasileira¹ e entendida como o valor espiritual e moral inerente ao ser humano, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão de respeito dos demais seres humanos². Assim, entende-se que qualquer pessoa, independente de atributos pessoais, tem capacidade para gozar de todos os direitos humanos que lhe permita a auto-regulação da vida de forma responsável e respeitosa no meio social.

No entanto, é frequente a violação desses direitos, sofrida por algumas parcelas populacionais, consideradas estigmatizadas e vulneráveis, como a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)³.

Para Lionço⁴ as violações dos direitos de minorias sexuais são expressões das representações sociais construídas acerca das orientações sexuais designadas como desviantes perante a norma social heteronormativa. A orientação sexual homossexual e bissexual, ao violar as relações de gênero impostas em consonância com o sexo biológico, passam a ser marcadas pelo preconceito e discriminação.

Em decorrência desta condição, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou em 2008, a Declaração nº A/63/635, a qual reafirma o princípio da não discriminação, e exige que os direitos humanos se apliquem por igual a todos, independentemente da orientação sexual⁵. Portanto, a orientação sexual e a identidade de gênero são direitos essenciais para a garantia da dignidade humana. Quando ocorre violação dos direitos humanos em decorrência da homossexualidade/bissexualidade, iniquidades afligem o grupo LGBT, como agressões sexuais, invasão de privacidade, negação de oportunidades de emprego e educação, dentre outros⁵.

A violência, uma das maiores violações contra os direitos humanos, é considerada sério problema de saúde pública, visto que vem prejudicando a saúde biopsicossocial dos vitimizados, com repercussões econômicas e sociais⁶. Assim, dada a magnitude deste fenômeno, a artigo objetivou identificar a relação entre violência sofrida por minorias sexuais e

suas implicações na saúde do grupo.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, tipo revisão narrativa, em que se objetivou, a partir do levantamento e discussão de literaturas nacionais e internacionais, identificar a relação entre violência sofrida por minorias sexuais e suas implicações na saúde do grupo.

Sabe-se que as revisões narrativas não adotam critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura e desta forma, não se utiliza de estratégias de busca sofisticadas e exaustivas. Trata-se, portanto, de um tipo de revisão que realiza interpretação da literatura à luz da crítica pessoal do pesquisador⁷.

Para a revisão foram utilizados artigos, livros e manuais técnicos publicados, sem definição prévia de data de publicação, nos idiomas português e inglês, que abordassem o assunto. Após seleção do material, o mesmo foi lido na íntegra e os aspectos relevantes foram fichados e detalhados, permitindo-se a identificação e descrição da relação entre violência sofrida por minorias sexuais e seus impactos na saúde.

Após avaliação dos achados, o artigo de revisão foi organizado em duas categorias, com abordagem nas temáticas: “Caracterizando a violência em minorias sexuais: realidade brasileira” e “Implicações da violência dirigida ao grupo LGBT: agravos à saúde”.

Resultados e Discussões

Caracterizando violência em minorias sexuais: a realidade brasileira

A violência pode ser entendida 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.

Desde os anos 1980, a violência contra homossexuais e bissexuais tem representado um tema central para o ativismo e, progressivamente, também, para governos e para a mídia. A denúncia de agressões físicas, psicológicas e discriminações motivadas pela orientação sexual não heterossexual passou a ser marco importante para a trajetória do movimento homossexual/bissexual brasileiro,

que divulgou a expressão “homofobia” para caracterizar esse tipo de violência⁸.

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. 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 anormais⁹.

Dessa forma, a homo/lesbo/transfobia são termos empregados à atitudes de preconceitos, discriminações e demais violências cometidas contra a comunidade LGBT por causa de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero¹⁰. A violência homofóbica ainda sofre mais um agravante. A homossexualidade, por exemplo, ainda é tida como uma doença mental e esta percepção deturpada deve ser modificada, pois os indivíduos tem o direito de exercer sua orientação sexual e identidade de gênero¹¹.

A violência contra a população LGBT está exposta no 5º Relatório Nacional dos Direitos Humanos do Brasil, o qual revela dados alarmantes acerca da problemática, dentre outros, ao revelar dados do Grupo Gay da Bahia (GGB), que atestam 1608 casos de homossexuais, lésbicas, travestis e transexuais assassinados em crimes de motivação homofóbica, entre os anos de 2001 a 2010¹². De acordo com o Relatório Anual de Assassinatos de Homossexuais do GGB, em 2010, o Brasil apresenta taxas elevadas de assassinatos contra a população LGBT e dentre as regiões brasileiras, o Nordeste despontou como a região de maior violência impetrada ao grupo, responsável por 43% dos assassinatos¹³.

Em decorrência destes dados, o movimento social LGBT vem se consolidando no Brasil, ganhando ampla visibilidade, enfatizando a denúncia da violência e da violação aos direitos humanos desses grupos sociais, e reivindicando a igualdade de direitos⁴. Nesse cenário ganha espaço os eventos comemorativos em prol desta campanha, como o Dia do Orgulho LGBT, tradicionalmente celebrado em diferentes países no dia 28 de junho (Parada Gay). As paradas têm sido o ponto de máxima visibilidade dessas comemorações e vêm sendo incorporadas aos ciclos anuais das grandes festas e manifestações públicas nas principais cidades brasileiras, buscando reivindicar a defesa da diversidade sexual e a luta contra o preconceito e discriminação, objetivando redução da

homofobia e violência¹⁴.

Em resposta ao movimento social LGBT é possível identificar marcos importantes na busca pela garantia dos direitos de minorias sexuais. Em 2004, por exemplo, destaca-se a criação do Programa Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual, com o objetivo de promover a cidadania do grupo, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbica¹⁵. Nesse âmbito, Lionço⁴ acrescenta que o Programa Brasil Sem Homofobia representa uma conquista da sociedade brasileira decorrente de mais de duas décadas de mobilização social, com propostas intersetoriais abrangendo ações nos setores de Saúde, Educação, Cultura, Trabalho e Segurança Pública. Atualmente, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, de 2010, ainda reforça tais prerrogativas.

No entanto, apesar dos avanços identificados, ainda observa-se no Brasil e no mundo, a dificuldade enfrentada pela população LGBT no combate às diversas formas de violência e discriminações vivenciadas em decorrência da orientação sexual, a exemplo dos casos frequentes de violência verbal/psicológica, física e sexual a qual o grupo está exposto. Violências contra a população LGBT estão presentes nas diversas esferas de convívio social e constituição de identidades dos indivíduos. Suas ramificações se fazem notar no universo familiar, nas escolas, nos ambientes de trabalho, na justiça e em diversas esferas do poder público.

Ampliando a compreensão acerca das formas de expressão da violência¹⁶ propõe uma tipologia da violência, pontuando os vários tipos de acordo com as suas manifestações: 1) violências autoinfligidas, que se referem a comportamentos suicidas e de autoabuso; 2) violências coletivas, que são atos violentos que acontecem nas esferas macrosociais, políticas e econômicas e 3) violências interpessoais, que são classificadas em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário; o primeiro, ocorrendo entre parceiros íntimos e entre membros de uma família e o segundo, no ambiente social, entre conhecidos e desconhecidos e nos âmbitos macrosociais, políticos e econômicos.

Segundo mesmo autor, em conjunto com os diversos tipos, varia também a natureza da expressão da violência, podendo ser classificada em: 1) psicológica/verbal, na qual acontecem agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir sua liberdade ou ainda, isolá-la do convívio

social; 2) física, que aponta para o uso da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem e 3) sexual, que se volta para o ato ou jogo sexual dentro de relações heterossexuais ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual por meio de aliciamento, violência física ou ameaça.

Ressalta-se que a violência psicológica recentemente foi caracterizada por Lei (cap.II, Art.7º II) como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da vítima, ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação¹⁷.

Há de se ressaltar ainda outros tipos de violência infringidas ao público LGBT, como àquelas oriundas de setores que legalmente deveriam defender os direitos de todos e qualquer cidadão brasileiro, a exemplo dos parlamentares brasileiros, responsáveis pela elaboração, discussão e aprovação de projetos de lei. Recentemente a Comissão Especial sobre Estatuto da Família aprovou Projeto de Lei 6.583/13 que aprova o Estatuto da Família com conceito de exclui casais homoafetivos¹⁸. Neste sentido, entende-se que uniões homossexuais não são consideradas como constituição familiar e haverá neste sentido, aos membros integrantes dessa união, o desamparo da Constituição Federal Brasileira. Relatório brasileiro sobre violência perpetrada contra o grupo LGBT proveniente de denúncias pelo Disque Direitos Humanos (DDH), revelou que em 2012, foram registradas pelo poder público, 3.084 denúncias de 9.982 violações relacionadas ao grupo, envolvendo 4.851 vítimas e 4.784 suspeitos. Em relação a 2011 houve um aumento de 166,09% de denúncias e 46,6% de violações, quando foram notificadas 1.159 denúncias de 6.809 violações de direitos humanos contra LGBTs, envolvendo 1.713 vítimas e 2.275 suspeitos¹².

Quanto ao perfil das vítimas e sua orientação sexual, segundo o relatório 2012, 60,44% foram identificadas como gays, 37,59% como lésbicas, 1,47% como travestis e 0,49% como transexuais. Em relação aos tipos de violência cometidas contra o grupo, as violências psicológicas foram as mais reportadas (83,2%),

seguidas de discriminação (74,01%) e violências físicas (32,68%). Também há importante percentual de negligências (5,7%), violências sexuais (4,18%) e violências institucionais (2,39%). Os dados confirmam àqueles do relatório de 2011, que também revelaram que as violações de cunho psicológico e discriminatório tiveram as maiores porcentagens em minorias sexuais brasileiras.

Dentre os tipos mais reportados de violência psicológica, ainda segundo relatório de 2012, estavam humilhações (35,32%), hostilizações (32,27%) e ameaças (15,78%), esta última, tipificada no Código Penal brasileiro. Calúnia, injúria e difamação, também tipificadas, contaram com 8,56% das denúncias.

Quanto à violência física, as lesões corporais foram as mais reportadas (59,35%) seguidas por maus tratos (33,54%). As tentativas de homicídios totalizaram 3,1%, com 41 ocorrências, enquanto homicídios reportados ao poder público federal contabilizaram 1,44% do total de violências físicas denunciadas, com 19 ocorrências. No relatório de 2012, observa-se que o número de homicídios contra LGBT no Brasil aumentou 11,51% de 2011 para 2012 e o número de lesões corporais aumentou de 55,7% para 59,3% no mesmo período. Em relação à violência sexual, dentre as violações mais reportadas, abuso sexual representou 65,91%, estupro 25,76% e exploração sexual 3,03%¹².

Observa-se que a violência dirigida ao grupo LGBT como resultado da homo/lesbo/transfobia é estrutural no Brasil, atingindo minorias sexuais em todos os níveis e encontrada nos mais diversos espaços, repercutindo de forma a elevar os agravos em saúde e o perfil de morbimortalidade desta população.

Implicações da violência dirigida ao grupo LGBT: agravos à saúde.

Embora poucos estudos no Brasil tragam resultados das implicações da violência sobre a saúde de minorias sexuais, sabe-se que o contexto ambiental, social e cultural na qual indivíduos LGBT estão inseridos e o fato de estarem sujeitos ao preconceito e estigmatização, implicam em estresse com exclusão social (mesmo dentro das famílias), ódio anti-homossexual/bissexual e índices de violência¹⁹.

O estresse relacionado à minorias sexuais, conhecido como 'estresse de minorias', vêm sendo associado a resultados adversos em saúde mental de integrantes LGBT, com desfechos

psicológicos negativos nas relações familiares, aceitação social, discriminação homo/lesbo/transfóbica, vitimização nos ambientes escolares e de trabalho, relacionamentos amorosos, saúde e estabilidade financeira/residencial, homo/lesbo/transfobia internalizada e desconforto associado com a divulgação da orientação sexual²⁰.

Estresse de minoria sexual é definido como "o excesso de estresse a que indivíduos de categorias sociais estigmatizadas são expostos como resultado, muitas vezes, da sua posição social minoritária"^{21:675}. De acordo com esta teoria, o estresse representa um mediador na relação entre estrutura social/status e doença, sendo que o estresse de minoria representa um aditivo a estressores gerais que são experimentados por todas as pessoas, no entanto, para indivíduos estigmatizados, exigem um esforço de adaptação maior²².

Estudo postula que inúmeros são os estressores sociais que implicam na incidência e elevação das taxas de problemas de saúde mental em indivíduos de orientação sexual minoritária²³. De acordo com o modelo da Teoria do Estresse de Minorias, o excesso de preconceito²², vitimização²⁴ e discriminação social elevam o risco de problemas psiquiátricos no grupo²⁵. Desta forma, preconceito, discriminação e violência contra minorias sexuais, como importantes estressores sociais, resultam em impactos negativos na saúde mental e qualidade de vida de integrantes LGBT²⁵, incluindo um aumento de quase seis vezes para quadros depressivos²⁶.

Em decorrência da violência e do preconceito social, a baixa auto-estima de integrantes LGBT pode ser considerada desencadeadora de episódios depressivos e seus desdobramentos, como os sentimentos de culpa, medo, desconfiança, confusão, insegurança, ansiedade, vergonha, isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, hostilidade, distúrbios alimentares e uso/abuso de substâncias psicoativas²⁷.

É fato que indivíduos de minorias sexuais experimentam níveis mais elevados de sintomas depressivos quando comparados a seus homólogos heterossexuais²⁸. Sintomatologia depressiva está associada a inúmeras consequências negativas na saúde, incluindo experimentação/abuso de drogas e tentativas de suicídio¹⁹. Assim, as evidências indicam que o sofrimento psíquico eleva a vulnerabilidade para adoção de comportamentos de risco em

integrantes LGBT.

Ainda, a presença de sintomas depressivos ou estresse na vida têm sido associados com desempenho prejudicado de comportamentos de saúde preventivos²⁹, como o acesso regular aos serviços de saúde³⁰. Alguns fatores que podem influenciar esta realidade repousam no medo da revelação da orientação sexual nos serviços de saúde e posterior preconceito e discriminação por parte dos profissionais da área³¹. Esta situação pode implicar em agravos à saúde mental de integrantes LGBT, com acentuada deterioração da sintomatologia depressiva. Quanto às disparidades em saúde mental, estas podem surgir ou existir ainda durante a adolescência, (re)afirmando a necessidade de se trabalhar a saúde mental desta população em todos os estágios de desenvolvimento³².

Adolescentes que têm atração e/ou tiveram relações afetivo-sexuais com pessoas do mesmo sexo ou que se identificam como integrantes LGBT encontram-se mais propensos que adolescentes heterossexuais a apresentarem sintomas de estresse emocional, incluindo sintomas depressivos, ideação suicida e tentativas de suicídio, principalmente se estiverem em ambientes sociais expostos a rejeição e isolamento, apoio social diminuído, discriminação e violência verbal e física³³.

Dentro do seio familiar, inúmeros estressores inter-relacionados geram conflitos, que resultam sobremaneira, em vitimização física ou verbal, principalmente quando adolescentes LGBT começam ou ameaçam revelar a orientação sexual. A falta de aceitação dentro das famílias tem sido indicada como fator para desenvolvimento de problemas psicológicos em adolescentes do grupo²⁰.

Inquérito realizado em 2009 com 224 sujeitos latinos auto-identificados como lésbicas, gays e bissexuais, com idades entre 21 a 25 anos, indicou a rejeição familiar, durante a adolescência, como preditor de resultados negativos de saúde mental, com maior propensão para apresentar altos níveis de depressão (5,9 vezes), tentar suicídio (8,4 vezes), usar drogas ilícitas (3,4 vezes) e se engajar em relações sexuais desprotegidas (3,4 vezes), em comparação com indivíduos de famílias que relataram nenhum ou baixo nível de rejeição familiar²⁶. A falta de apoio familiar e social gera impacto negativo sobre o estado emocional de indivíduos LGBT, que passam a relatar altos níveis de humor deprimido e de homofobia internalizada³⁴.

Estudo comparativo realizado com 7.403

entrevistados na Inglaterra sobre prevalência de resultados de saúde mental por orientação sexual, demonstrou que desfechos psicológicos negativos foram significativamente mais prevalentes em pessoas que se autoidentificaram como não-heterossexuais, com razão de chance de desenvolver transtorno neurótico geral (OR = 1,47), episódio depressivo maior (OR = 1,80), psicose (OR = 3,75), dependência de drogas no ano anterior (OR = 1,70), dependência de álcool nos últimos seis meses (OR = 2,05), pensamentos suicidas (OR = 1,85) e tentativas de suicídio (OR = 2,21)³⁵.

Pesquisa realizada com 2.282 adolescentes de ensino médio em três cidades do Oeste Paulista (Presidente Prudente, Assis e Ourinhos) no Brasil, sobre ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas, observou que os não heterossexuais da amostra apresentaram aproximadamente o dobro de chances de pensar em suicídio, comparativamente aos heterossexuais. Em relação às tentativas suicidas, verificou-se que os não heterossexuais apresentaram o triplo de chances de tentar o ato³⁶.

Revisão sistemática com meta-análise revelou que, como resultado do preconceito e vitimização social, indivíduos LGBT apresentam risco relativo (RR) duas vezes maior de tentativas de suicídio, 1,5 vezes maior de depressão e transtornos de ansiedade (intervalo RR 1,54-2,58) e 1,5 vezes maior de uso e dependência de álcool e outras substâncias (intervalo RR 1,51-4,00). Ainda, apontou que mulheres lésbicas e bissexuais apresentaram maior risco relativo (RR) de dependência de álcool (RR 4,00), dependência de outras drogas (RR 3,50) e qualquer transtorno por uso de substâncias (RR 3,42), enquanto prevalência de tentativa de suicídio foi especialmente elevada em homens bissexuais e gays (RR 4,28)¹⁹. As evidências demonstram que vitimização parece estar associada com problemas de saúde física e mental e aumentam o risco para uso/abuso e dependência de substâncias lícitas e/ou ilícitas em minorias sexuais³⁷.

Acredita-se que o uso abusivo de substâncias psicoativas no grupo LGBT, embora seja um processo exclusivo e individualizado, parece refletir estratégias de enfrentamento aos vários sentimentos negativos, dentre estes, a insegurança e ansiedade quanto à própria aceitação da orientação sexual³⁸, até ao enfrentamento de situações de violência. A exposição à fenômenos violentos propicia tanto

o uso (experimentação ou continuidade) de substâncias psicoativas, quanto representam um fator de risco para as recaídas³⁹, além de apresentarem associação para envolvimento em novos atos violentos⁴⁰.

Pelos efeitos negativos pessoais e sociais que provocam, o uso abusivo de álcool e outras drogas é considerado prejudicial aos indivíduos e à população em geral. Mais de 60 enfermidades crônicas e agudas, além de outros problemas sociais e psicológicos, estão associadas ao uso do álcool, por exemplo⁴⁵.

Além das enfermidades, comportamentos de risco estão associados ao consumo destas substâncias. Defini-se comportamento de risco como a participação de um indivíduo em atividades que possam comprometer sua saúde física e mental⁴². No grupo LGBT, tem-se como exemplo de comportamentos de risco a participação de minorias sexuais em brincadeiras que envolvem consumo de álcool e outras drogas com consequências negativas à saúde. Estudo realizado com 540 homossexuais em Nova York, participantes rotineiros de festas sexuais, revelou que o uso de álcool e outras drogas interagiu sinergicamente para adoção de comportamento sexual de risco⁴³.

Problemas de memória associados ao abuso do álcool também são relevantes. Vieira⁴⁴ em estudo realizado com 277 homens homossexuais em Recife, Brasil, revelou que dentre as consequências pós consumo de álcool, a dificuldade de lembrar de fatos ocorridos esteve presente em 36,8% dos entrevistados. Fissuras e desejos para uso de bebida alcoólica revelam a dificuldade que tem o grupo LGBT para abster-se do consumo desta droga. Estudo com uma amostra nacional representativa do *National Alcohol Research* (1999-2000), com 7612 indivíduos de ambos os sexos nos Estados Unidos e Washington, indicaram que os homens e mulheres exclusivamente heterossexuais eram mais propensos a não ter problemas para abster-se do álcool que indivíduos homossexuais⁴⁵.

Ainda, complicações como apresentar problemas para resistência ao uso e manifestar sintomas de abstinência frente ao consumo de drogas, surgem em decorrência da violência sofrida, especialmente se sexual. Estudo realizado com 447 mulheres homossexuais nos Estados Unidos, análises bivariadas revelaram que lésbicas abusadas sexualmente na infância eram mais propensas para relatar sintomas de dependência de álcool (70,8%, $p = 0,02$) e depressão na vida (71,5%, $p < 0,01$), o que reforça a associação entre abuso sexual e

consumo de substâncias psicoativas⁴⁶.

Embora de acordo com estudo acima, mulheres homossexuais sejam mais propensas a serem vítimas de violência, homens auto identificados como gays ou bissexuais também apresentam risco em razão da orientação sexual não heterossexual assumida e, portanto, encontram-se vulneráveis às sequelas psicológicas negativas quando se tornam alvos e vítimas de violência psicológica/verbal, física e sexual, incluindo sintomas mais graves de depressão e transtorno de estresse pós-traumático, além de danos físicos³⁶.

Além do uso/abuso de drogas e ideação suicida, os transtornos psicológicos resultantes da violência sofrida elevam as chances de integrantes LGBT para outros comportamentos de risco e posterior resultados negativos na saúde. A incidência de distúrbios psicológicos, por exemplo, contribui para envolvimento em comportamentos sexuais de risco, destacando-se a não adoção de medidas de proteção, com possibilidade posterior de infecção pelo HIV³⁰.

Estudo realizado com 310 homens que fazem sexo com homens (HSH) em Chicago observou que para cada problema adicional na saúde psicossocial aumentam-se significativamente as chances de sexo anal desprotegido (OR = 1,42), múltiplos parceiros sexuais anais (OR = 1,24) e soroprevalência para HIV (OR = 1,42)⁴⁷. Face ao exposto, minorias sexuais enfrentam intensa exposição ao estresse relacionada ao estigma social, produzindo e elevando desregulações emotivas e de enfrentamento, problemas sociais/interpessoais e alterações nos processos cognitivos, que conferem risco para o desenvolvimento de psicopatologias.

Neste sentido, aspectos promotores da saúde evidenciam a necessidade de novos conhecimentos e novas posturas para enfrentar o problema da violência, consumo de drogas e tantas outras repercussões negativas sob a saúde, sendo uma delas a diminuição de danos.

Conclusões

Sabe-se que as experiências discriminatórias e de vitimização emergem no início do curso de vida da população LGBT, sendo assim, eventos estressantes ao longo da vida concorrem para estresse crônico e sofrimento emocional durante a idade adulta e velhice, com consequências negativas na qualidade de vida de minorias sexuais.

Intervenções em nível da sociedade, através de políticas que visem a redução e/ou eliminem as formas estruturais de preconceito, discriminação e violência social são válidas, importantes e necessárias; contudo, as mudanças são prolongadas, e em alguns casos, podem não ser eficazes. Por outro lado, intervenções clínicas à nível individual são imperativas entre indivíduos que sofrem de psicopatologias provenientes do estresse relacionado ao estigma, reafirmando-se assim a necessidade de integrar ações à nível social e individual na prevenção de agravos em integrantes LGBT.

Referências

1. BRASIL. República Federativa do Brasil. Constituição (1988). Brasília, 1988.
2. Morais A. Direito Constitucional. 16.ed. São Paulo, Editora Atlas, 2004, 52p.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2012. Brasília, 2012. 98p. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012>.
4. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais, reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. Saúde Soc. 2008; 17(2): 11-21. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000200003&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000200003&script=sci_arttext).
5. ONU, Organização das Nações Unidas. Declaração nº A/63/635 de 22/12/2008. Direitos humanos, orientação sexual e identidade de gênero. Disponível em: http://www.cedsrio.com.br/site/sites/default/files/conjunta_onu.pdf.
6. 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.
7. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paulista de enfermagem. 2007; 20(2). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026613004>.
8. Ramos S, Carrara S. A Constituicao da Problematica da Violencia contra Homossexuais: a Articulacao entre Ativismo e Academia na

- Elaboração de Políticas Públicas. *Physys*. 2006; 12(2): 185-205. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n2/v16n2a04.pdf>.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2011. Brasília – DF, 2011; p. 128. Disponível em: <HTTP://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobicaano-2011-1>.
10. Prado MAM, Junqueira RD. Homofobia, hierarquização e humilhação social. In *Diversidade sexual e homofobia no Brasil*. São Paulo – SP, Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.
11. Matto AIS, Carneiro e Cordeiro TMS, Araújo TM, Almeida MMG. Desigualdades de gênero: uma revisão narrativa gender inequalities: a narrative review. *Ver.Saúde.Com* 2015; 11(3): 266-279.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2012. Brasília, 2012. 98p. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012>.
13. GGB, Grupo Gay da Bahia. Tabela geral de assassinados de homossexuais no Brasil, 2010; p. 5. Disponível em: <HTTP://www.ggb.org.br/imagens/Tabela%20geral%20Assassintos%20de%20Homossexual%20Brasil%202010.pdf>.
14. Carrara S, Ramos S, Simões JÁ, Facchini R. Política, Direitos, Violência e Homossexualidade. Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT – São Paulo 2005. 1ª 8d, Rio de Janeiro-RJ, CEPESC, 1; p. 79. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/parada_sp_2005.PDF.
15. Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex Salud Soc*. 2011; (9): 08-22. Disponível em: HTTP://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872011000400002&script=sci_arttext.
16. Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro – RJ, Editora Fiocruz, 2006.
17. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Lei Maria da Penha. Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a Mulher. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.
18. Gonçalves C. Comissão aprova Estatuto da Família com conceito que exclui casais homoafetivos. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/politica/2015/09/comissaoaprovaestatutodafamiliacomconceituqueexcluiasaihomoafetivos144.html>.
19. King M, Semlyen J, Tai SS, Osborn D, Popelyuk D, Nazareth I. A systematic review of mental disorder, suicide and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008; 8(70): 1333-1345. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2533652/>.
20. Wong CF, Weiss G, Ayala G, Kipke MD. Harassment, discrimination, violence and illicit drug use among men young men who have sex with men. *AIDS Educ Prev*. 2010; 22(4): 286-98. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2962624/>.
21. Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*, 2003; 129(5): 674-697. Disponível em: <HTTP://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/>.
22. Mccabe SE, Bostwick WB, Hughes TL, West BT, Boyd CJ. The Relationship Between Discrimination and Substance Use Disorders Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *Am J Public Health*. 2010; 100(10): 1946-52. Disponível em: <HTTP://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2937001/>.
23. Hughes TI, Eliason M. Substance use and abuse in lesbian, gay, bisexual and transgender populations. *Journal Prim Prev*. 2002; 22(3): 263–298.
24. [Matthews](#) AK, Hughes TL, Johnson T, Razzano LA, Cassidy R. Prediction of Depressive Distress in a Community Sample of Women: The Role of Sexual Orientation. *Am Journal of Public Health*. 2002; 92(7): 1131-1139. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447203/>.
25. Moody C, Smith NG. Suicide Protective Factors Among Trans Adults. *Arch Sex Behav*. 2013; 42(5): 739-752. Disponível em: <HTTP://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722435/>.
26. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and

- bisexual young adults. *Pediatrics*. 2009; 123(1): 346-52. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/1/346.short>.
27. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2011; 32(3): 552-563. Disponível em: <HTTP://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n3/v32n3a03.pdf>.
28. Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and internalizing symptoms in a longitudinal study of sexual minority and heterosexual adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49(12): 1270-1278. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881586/?report=reader>.
29. [Leserman J](#), Pence BW, Whetten K, Mugavero MJ, Thielman NM, Swartz MS, Stangl D. Relation of lifetime trauma and depressive symptoms to mortality in HIV. *2007*; 164(11): 1707-13. Disponível em: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2007.06111775>.
30. O'Cleirigh C, Skeer M, Mayer KH, Safren SA. Functional impairment and health care utilization among HIV-infected men who have sex with men: the relationship with depression and post-traumatic stress. *J Behav Med*. 2009; 32(5): 466-477. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3677536/>.
31. Neville S, Henrickson M. Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary health care services. *J Adv Nurs*. 2006; 55(4): 407-415. Disponível em: <http://www.hivlawandpolicy.org/sites/www.hivlawandpolicy.org/files/perceptions%20of%20LGBT%20of%20healthcare%20providers.pdf>.
32. Mustanski BS, Garofalo R, Emerson EM. Mental Health Disorders, Psychological Distress, and Suicidality in a Diverse Sample of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youths. *Am J Public Health*. 2010; 100(12): 2426-32. Disponível em: <HTTP://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2978194/>.
33. [Almeida J](#), Johnson RM, Corliss HL, Molnar BE, Azrael D. Emotional Distress Among LGBT Youth: The Influence of Perceived Discrimination Based on Sexual Orientation. *J Youth Adolesc*. 2009; 38(7): 1001-1014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3707280/>.
34. Nyamathi A, Branson CM, Idemundia FE, Reback CJ, Shoptaw S, Marfisee M, et al. Correlates of Depressed Mood among Young Stimulant-Using Homeless Gay and Bisexual Men. *Issues Ment Health Nurs*. 2012; 33(10): 641-64. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624023/>.
35. [Chakraborty A](#), McManus S, Brugha TS, Bebbington P, King M. Mental health of the non-heterosexual population of England. *BJ Psych*, 2011; 198(2): 143-48. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/content/198/2/143.long>.
36. Teixeira Filho FS, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saude Soc*. 2012; 21(3): 1-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/11.pdf>.
37. Pantalone DW, Hessler DM, Simoni JM. Mental Health Pathways From Interpersonal Violence to Health-Related Outcomes in HIV-Positive Sexual Minority Men. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78(3): 387-397. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3149799/>.
38. Dearing RL, Hequembourg AL. Exploring shame, guilt, and risky substance use among sexual minority men and women. *J Homos*. 2013; 60(4): 615-638. Disponível em: <9TTP://www.Ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621125/>.
39. Cabaj RP. The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment. IN: Gay Men and Lesbians. Fourth Edition. Washington. American Psychiatric Publishing. 2008; 623-638.
40. Andrade SCSA, Yokota RTC, Sá NNB, Silva MMA, Araújo WN, Mascarenhas MDM, Malta DC. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(9): 1725-1736. Disponível em: HTTP://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900011.
41. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, Formigoni MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(3): 852-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300019.
42. Feijó RB, Oliveira ÉA. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*. 2001; 77; Supl 2.

43. [Todd MS](#), Halkitis PN, Moeller RM, Siconolfi DE, Kiang MV, Barton SC. Sex parties among young gay, bisexual and other men who have sex with men in New York city: Attendance and behavior. *J Urban Health*. 2011; 88(6): 1063-75. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3232420/>.
44. Vieira NA. Entendendo quem entende: comportamentos, atitudes e praticas de risco e de 10IDS10nção para 10IDS entre homens que fazem sexo com homens. [dissertação]. [Recife]: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhaes, Fundação Oswaldo Cruz; 2006. 100p. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008vieira-na.pdf>.
45. Drabble L, Midanik LT, Trocki K. Reports of alcohol consumption and alcohol-related problems among homosexual, bisexual and heterosexual respondents: results from the 2000 National Alcohol Survey. *J Stud Alcohol*. 2005; 66(1): 111-120. Disponível em: http://scholarworks.sjsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=social_work_pub.
46. Hughes TL, Johnson TP, Wilsnack SC, Szalacha LA. Childhood risk factors for alcohol abuse and psychological distress among adult lesbian. *Child Abus Negl*. 2007; 31(7): 769-89. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2600503/>.
47. [Mustanski B](#), Garofalo R, Herrick A, Donenberg G. Psychosocial health problems increase risk for HIV among urban young men who have sex with men: Preliminary evidence of a syndemic in need of attention. *Ann Med Behav*. 2007; 34(1): 37-45. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219199/>.

Endereço para Correspondência

Universidade Regional do Cariri – URCA
R. Cursino Belém, 645 - São Miguel, Crato –

CEP.: 63100-160

e-mail: geycyenf.ga@gmail.com

Recebido em 16/03/2017
Aprovado em 09/11/2017
Publicado em 05/12/2017