

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Celestino José Mendes Galvão Neto

“O nome do vírus é HIV não é LGBT”: vulnerabilidade masculina na atenção em saúde de homens gays, bissexuais e trans na Cidade do Recife, Pernambuco

Recife

2019

Celestino José Mendes Galvão Neto

“O nome do vírus é HIV não é LGBT”: vulnerabilidade masculina na atenção em saúde de homens gays, bissexuais e trans na Cidade do Recife, Pernambuco

Tese de Doutorado em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria de Brito

Coorientador: Prof. Dr. Benedito Medrado

Recife

2019

Título do trabalho em inglês: The name of the vírus is HIV not LGBT: male vulnerability in the healthcare attention in gay men, bisexual and trans in the city of Recife, Pernambuco state.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE) - Código de Financiamento 001.

G182n Galvão Neto, Celestino José Mendes.
O nome do vírus é HIV não é LGBT: vulnerabilidade masculina na atenção em saúde de homens gays, bissexuais e trans na Cidade do Recife, Pernambuco / Celestino José Mendes Galvão Neto. -- 2019.
190 p. : il.

Orientadora: Ana Maria de Brito.
Coorientador: Benedito Medrado.
Tese (Doutorado em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2019.
Bibliografia: f. 136-145.

1. Saúde do homem. 2. Identidade de gênero. 3. Vulnerabilidade em saúde.
4. Diversidade de gênero. 5. Homofobia. I. Título.

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Celestino José Mendes Galvão Neto

“O nome do vírus é HIV não é LGBT”: vulnerabilidade masculina na atenção em saúde de homens gays, bissexuais e trans na Cidade do Recife, Pernambuco

Tese de Doutorado em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Aprovada em: 28 de fevereiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Ana Maria de Brito

Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Universidade Federal da Paraíba

Dr^a Francisca Marina de Souza Freire Furtado

Universidade Federal de Campina Grande

Dr. Flávio Lúcio Almeida Lima

Universidade Federal de Campina Grande

Dr^a Naíde Teodósio Valois Santos

Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dedico esta Tese à minha Mãe, meu Pai e aos
homens gays, bissexuais e transexuais que
compartilharam comigo suas histórias.

AGRADECIMENTOS

*Não mexe comigo, que eu não ando só
Eu não ando só, que eu não ando só
Não mexe não!
Não mexe comigo, que eu não ando só
Eu não ando só, que eu não ando só
Eu tenho Zumbi, Besouro, o chefe dos tupis
Sou Tupinambá, tenho os erês, caboclo boiadeiro
Mãos de cura, morubichabas, cocares
Zarabatanas, curares, flechas e altares
A velocidade da luz, o escuro da mata escura
O breu, o silêncio, a espera
Eu tenho Jesus, Maria e José
Todos os pajés em minha companhia
O menino Deus brinca e dorme nos meus sonhos
O poeta me contou
Não mexe comigo, que eu não ando só
Eu não ando só, que eu não ando só
Não mexe não!
(Carta de Amor – Maria Bethânia)*

Certas vezes ouvi de uma amiga uma frase de Guimarães Rosa que dizia assim “quem elegeu a busca não pode recusar a travessia” e agora nesse momento escrevendo esses agradecimentos acabei por me recordar dessas palavras e de como elas fazem sentido pra esse momento de fechamento de um ciclo. Percebi aqui, na escrita dessas linhas que posso ter duvidado se estava atravessando, mas nunca me recusei a atravessar. É dito que o caminho da pós-graduação, da vida acadêmica é solitário, todavia pra mim nunca o foi, pude contar desde que elegi essa busca com muitas pessoas, que ao seu modo me deram força e me fizeram acreditar que eu podia. Então não, eu não andei e nem ano só. Por esse motivo:

Não mexe comigo, que eu não ando só...

Eu tenho minha mãe Ana Lúcia, mulher forte que sempre me apoiou,

Eu tenho meu irmão Guido que acredita em mim,

Eu tenho meu pai Antônio que saiu do sertão e venceu,

Eu tenho minha avó Honorina, mulher nordestina, sertaneja, exemplo de luta de força e perseverança,

Eu tenho amigos, ah esses eu tenho muitos,

Eu tenho Tacinara, que me acolheu na sua casa e me emprestou sua mãe Dona Mada e sua irmã Tamires, além disso está sempre presente pra me socorrer

Eu tenho Isabelle meu carma, Juliana minha parêa, Camila meu aperreio, Cássio meu aperreio 2 e Hermes meu aperreio 3, amigos da graduação que ficaram para toda a vida e nós sempre teremos Pipa

Eu tenho Thyago e Izaac dois homens incríveis

Eu tenho Mikas e a noite das garotas, com direito a pauta, muitas cervejas e várias gargalhadas.

Eu tenho Elís, Juliana Albuquerque, Amanda e Sandra amigos que a vida me deu e que me mostram que podemos ser sempre o creme de la creme com umas pitadas de pimenta

Eu tenho Íria, Jacqueline, Lidianny, Pollyana, Renata, Regina, Bruno, Karla, Josi, Michael, Degmar, Loredanna, Robertta que são toda qualidade de gente da melhor qualidade, a minha família NPVPS.

Eu tenho Thaissa, Marianna, Ana Luísa, Luiz e Tiago sempre prontos para uma fuga das galinhas

Eu tenho Carol, Patrícia, Anna de Cássia, Diego, Bruno, Marília, Fernanda, Laís, Yuri e Edgley a nossa dissidência é inspiradora e controversa e é isso que dá o colorido

Eu tenho Aida, Andressa, Ana Catarina, Daniel, Edna, Julianny eu tenho o GEMA

Eu tenho Túlio e Michael pra incomodar e ao mesmo tempo me chamarem de ingrato com meus sumiços

Eu tenho Jamile, Myrtes, Fabiana, Fernanda, Alexssandro, Clézio a melhor turma do Doutorado

Eu tenho Andreia, Ana Lúcia e Ana Maria o melhor trio de A's que juntos formamos um quarteto poderoso

Eu tenho meus eternos BBs Sérgio, Berré, Bira e Rafael, minhas melhores risadas, minhas melhores fugas da realidade

Eu tenho minhas divas Nielson, Gehra, Rafael e Michel fazemos juntos as melhores World Tours

Eu tenho meus brasilienses Julia, Fred, Pina, Rodrigo, Lipeu e Mafê amores das ladeiras de Ouro Preto

Eu tenho minhas achadas e perdidas Gabi, Yuanna, Rafaella, Cris e Duda verdadeiros achados

Eu tenho Pillar minha peruana perigosa e Alessandra ou simplesmente Alê e sua fome por comida e conhecimento que inspiram

Eu tenho Beto que não desgruda desde o dia que nos conhecemos e que me tira o juízo, me fortalece e me alegra

Eu tenho Léo companheiro de aventuras, leonino também, juntos somos um sistema solar

Eu tenho quem já foi muito próximo, mas que a vida e as circunstâncias afastaram, Luciene, jamais esquecerei o que me ensinou e o tanto que me ajudou

Eu tenho Alisson, o ciumento, que sempre acha que estou o colocando de lado, mas que está sempre na lembrança. Que me fez conhecer a cena gay de João Pessoa

Eu tenho Diego ou apenas amigo Dih e seu binóculo do amor que sempre me faz rir e me mata de raiva

Eu tenho Maurício presente que a vida me deu, mais um amor de carnaval, obrigado pelos “bom dia” sempre cheios de carinho

Eu tenho Fabiano, um menino de alma pura que me faz acreditar nas pessoas e que me faz sentir uma pessoa com superpoderes, que pode fazer tudo

Eu tenho Nathalya, mulher, negra, empoderada que é a alegria em pessoa pronta pra tudo e pra todos

A travessia assusta, mas o medo sempre esteve comigo nas andanças dessa vida e assim segui atravessando e cruzando o Brasil cheguei em Vilhena e não diferente, não continuei só, por isso...

Não mexe comigo, que eu não ando só

Não, não ando só!

Aqui eu tenho Cobra, Sabrina, Felipe e Stefanny. O covil mais cheio de amor e resistência, pintamos um arco-íris e fomos além

Tenho os guerreiros mais destemidos e juntos lutamos batalhas diárias, os meus queridos Willian, Fabrício, Andrezza, Adriana, Luísa, Priscila, Gleice, Elonha e João

Como em toda travessia, temos aqueles que nos ajudam, que nos confortam. Temos aqueles que passaram pelo mesmo caminho ou trilharam caminhos parecidos e com sua sabedoria e suas histórias de (r)existência nos fortalecem...

E aí a certeza de que não ando só se concretiza, por isso...

Não mexe comigo, que eu não ando só!

Tenho Ana Alayde que é mãe, amiga, professora, orientadora. É quem primeiro me ajudou na travessia e lá permaneceu guiando e cuidando do meu caminhar, juntos vivemos o melhor e o pior dessa vida acadêmica e juntos permaneceremos, levo você comigo sempre, inclusive pra banca.

Tenho Benedito, que nessa caminhada me ensinou tantas coisas, principalmente a me posicionar, não só na vida acadêmica, mas vida. E é isso que tenho feito. E então foi mais um que permaneceu, nosso vínculo antes institucional agora se faz baseado no afeto e no respeito.

Tenho Ana Brito que me testou, me pôs para superar meus limites, me chamou para a responsabilidade de ser um pesquisador. Mas que sempre esteve disposta a ensinar. Contigo aprendi muito!

Tenho os professores da Fundação Oswaldo Cruz, que nessa jornada do doutorado, foram verdadeiros mestres. Exemplos de profissionais comprometidos com a educação e com o SUS.

Nesses momentos de finalização uma avaliação da caminhada se faz necessária e então, faz-se necessário a presença de pessoas que conheçamos e respeitamos o trabalho e ética. Por isso...

Tenho Marina cuja paixão está em tudo que faz. Intensa e exigente, buscando sempre o crescimento da Psicologia e seu diálogo com o SUS.

Tenho Flávio que ao se construir como pai se refez enquanto homem, exemplo de ética.

Tenho Naíde Teodósio que muito encarecidamente aceitou ser parecerista e avaliadora deste trabalho de tese.

Então, não mexe comigo!

Agradeço a FACEPE por ter acreditado no projeto desta tese.

E foi por não estar só que hoje essas linhas podem ser lidas.

“Aceite tudo que estiver presente, e, uma vez aceito incondicionalmente, tudo fica belo. Mesmo a dor tem um efeito purificador. Assim por tudo o que surgir em seu caminho, fique grato”

Osho (2001)

RESUMO

GALVÃO NETO, Celestino José Mendes. **“O nome do vírus é HIV não é LGBT”**: vulnerabilidade masculina na atenção em saúde de homens gays, bissexuais e trans na Cidade do Recife, Pernambuco. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

Essa tese tem como objetivo geral analisar aspectos relacionados à vulnerabilidade masculina entre pessoas com identidade de gênero masculina e profissionais de saúde que atuam na atenção básica na Cidade do Recife, Pernambuco. Como objetivos específicos, pretendemos: 1) Apreender os repertórios sobre masculinidades produzidos por pessoas com identidade de gênero masculina e profissionais que atuam na atenção básica; 2) Identificar aspectos associados às condições de saúde e elementos de vulnerabilidade para pessoas com identidade de gênero masculina, nas narrativas de homens GBT e de profissionais que atuam na atenção básica; 3) Analisar como repertórios de/e sobre a saúde de homens gays, bissexuais e trans podem se atualizar no cotidiano do atendimento a homens gays/bi/trans no serviço de saúde.. Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Participaram do estudo homens, autoreferidos como gays, bissexuais e transexuais, usuários dos serviços de saúde (N =40) e profissionais de saúde (médico, enfermeiro, odontólogo e agentes comunitários de saúde) da Estratégia Saúde da Família (N=60). Como recurso metodológico, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde e grupos focais com os homens GBT usuários dos serviços, divididos de acordo com os seguimentos populacionais (gays, bissexuais e homens trans). As falas geradas nesta pesquisa são aqui consideradas produções dialógicas, cuja análise foi realizada a partir de técnicas empregadas na análise de práticas discursivas, em abordagem construcionista social. As partir das análises emergiram quatro categorias analíticas, são elas: 1) Sentidos de masculinidade e o “jeito de gay”; 2) Condições de saúde de homens GBT; 3) Atendimento: do geral ao particular e 4) Vulnerabilidade de homens GBT. Os resultados sinalizam que os estigmas associados a homens gays, bissexuais e transexuais em consonância com as construções de masculinidade (re)produzidos pelos/as profissionais são percebidos pelos usuários, que consideram tais valores, crenças e desconhecimentos como interferências diretas nas práticas de cuidado, bem como dificultar a busca destes pelos serviços de saúde. Ao assumir uma visão reducionista quanto a saúde dessas pessoas produz-se uma visão limitada das vulnerabilidades masculinas, ponto importante a ser trabalhado entre gestores/as, profissionais e pesquisadores/as para que os mecanismos de enfrentamento da LGBTfobia sejam efetivos e, assim, o cuidado integral não seja restrito no âmbito do SUS, assim como é preconizado na Política de Saúde Integral da População LGBT.

Palavras Chaves: saúde do homem; identidade de gênero; vulnerabilidade em saúde; diversidade de gênero; homofobia.

ABSTRACT

GALVÃO NETO, Celestino José Mendes. “The name of the virus is HIV not LGBT”: male vulnerability in the healthcare attention in gay men, bisexual and trans in the city of Recife, Pernambuco state, 2019. Thesis (Doctorate in Public Health) - Institute Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2019.

This thesis has the objective of analyses the aspects related to male vulnerability between people with male gender identity and healthcare professionals who work at in Basic Healthcare attention in the city of Recife, Pernambuco State. The specific objectives are: 1) Learn the repertories about masculinities produced by people with male gender identity and Basic Healthcare Professionals; 2) Identify the aspects associated to health conditions and vulnerability elements to people with male gender identity, in the narrative of GBT man and professionals who work at Basic Health Attention; 3) Analyze how the repertories about gay man, bisexual and trans health in the healthcare service. The study was treated as a qualitative, descriptive and exploratory approach. This study had the participation of male, self-referred as gay, bisexual and transsexual, users of the healthcare services (N=40) and healthcare professionals (Medic, Nurses, dentist and communitarian healthcare agents) in the Family Health Strategy (N=60). As a methodological resource, it was conducted semi structured interviews with healthcare professional and focal groups of male GT service users, divided according to the population segments (gays, Bisexual, and male Trans). The speeches collected in this research were considered dialogic productions, which the analysis was done in the analysis of discursive practices, in a social constructionism approach. Considering the analysis, four analytical categories emerged, which are: 1) Masculinities senses and the “gay way”; 2) Health conditions of male GBT; 3) Attendance: from general to private and 4) Male GBT Vulnerability. The results signal that the associated stigmas to male gay, bisexual and transsexual are in consonance with the construction of masculinity (re)produced by the professional are realized by the users, who consider this values, beliefs and unfamiliarity as direct interference in the care practices and also as a difficulty to the search of this healthcare services. When a reductionist vision is assumed of this people, a limited vision of the male vulnerability is produced, and an important point to be worked between the managers, professionals and researchers for the coping strategies of LGBT-phobia being more effective, and then, the integral care is not restricted to SUS scope, as it is recommended in the Integral Healthcare Politics of LGBT populations.

Keywords: men's health; gender identity; health vulnerability; gender diversity. homophobia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| AIDS | <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> |
| CNS | Conferência Nacional de Saúde |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| EBGLT | Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GBT | Gays, Bissexuais e Transexuais |
| GGB | Grupo Gay da Bahia |
| GLBT | Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros |
| GLBTT | Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Transgêneros |
| GLS | Gays, Lésbicas e Simpatizantes |
| GLT | Movimento de Gays, Lésbicas e Travestis |
| HIV | <i>Human Immunodeficiency Virus</i> |
| HSH | Homens que fazem Sexo com Homens |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| LGBT | Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais |
| MGL | Movimento de Gays e Lésbicas |
| MHB | Movimento Homossexual Brasileiro |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não-Governamental |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PNHD-3 | Programa Nacional de Direitos Humanos 3 |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| USF | Unidade Saúde da Família |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 30 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 30 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 30 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 31 |
| 3.1 | MOVIMENTO LGBT BRASILEIRO, AIDS E DIVERSIDADE SEXUAL..... | 31 |
| 3.2 | ARTICULAÇÃO PARA UMA POLÍTICA DE SAÚDE..... | 38 |
| 3.3 | VULNERABILIDADE COMO UMA ABORDAGEM BASEADA EM DIREITOS..... | 44 |
| 4 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 52 |
| 4.1 | LOCAL DE ESTUDO..... | 52 |
| 4.2 | AMOSTRA..... | 53 |
| 4.3 | COLETA DE DADOS..... | 53 |
| 4.3.1 | Entrevistas..... | 53 |
| 4.3.2 | Grupo Focal..... | 54 |
| 4.3.2.1 | Execução dos Grupos Focais..... | 55 |
| 4.3.2.2 | Preparação da Equipe..... | 56 |
| 4.5 | ANÁLISE DE DADOS..... | 57 |
| 4.6 | QUESTÕES ÉTICAS..... | 59 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 61 |
| 5.1 | APRESENTANDO OS INTERLOCUTORES DO ESTUDO..... | 61 |
| 5.1.1 | Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família..... | 61 |
| 5.1.2 | Usuários dos Serviços de Saúde..... | 61 |
| 5.2 | TECENDO UMA DISCUSSÃO..... | 64 |
| 5.2.1 | Sentidos de masculinidade e o “jeito de gay”..... | 65 |
| 5.2.1.1 | Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família..... | 65 |
| 5.2.1.2 | Usuários dos Serviços de Saúde..... | 69 |
| 5.2.2 | Condições de saúde..... | 74 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 5.2.2.1 | Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família..... | 74 |
| 5.2.2.1.1 | <i>Condições de saúde: DST e HIV/Aids.....</i> | 75 |
| 5.2.2.1.2 | <i>Condições de saúde: outros acometimentos.....</i> | 81 |
| 5.2.2.2 | Usuários dos Serviços de Saúde..... | 83 |
| 5.2.3 | Atendimento em saúde: do geral ao particular..... | 86 |
| 5.2.3.1 | Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família..... | 86 |
| 5.2.3.1.1 | <i>Atendimento igualitário/não discriminatório.....</i> | 86 |
| 5.2.3.1.2 | <i>Dificuldades ou não no atendimento.....</i> | 90 |
| 5.2.3.1.3 | <i>Capacitação.....</i> | 92 |
| 5.2.3.1.4 | <i>Estigma no atendimento.....</i> | 97 |
| 5.2.3.2 | Usuários dos Serviços de Saúde..... | 100 |
| 5.2.4 | Vulnerabilidade de homens GBT..... | 109 |
| 5.2.4.1 | Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família..... | 109 |
| 5.2.4.2 | Usuários dos Serviços de Saúde..... | 122 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 127 |
| | REFERÊNCIAS..... | 136 |
| | APÊNDICE A – TABELA REFERENTE AOS CÓDIGOS DAS ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE..... | 146 |
| | APÊNDICE B – ARTIGO SUBMETIDO PARA REVISTA..... | 148 |
| | ANEXO A- QUESTIONÁRIO SOCIECONÔMICO PARA PARTICIPANTES DA OFICINA..... | 169 |
| | ANEXO B – ROTEIRO PARA EXECUÇÃO DAS OFICINAS..... | 172 |
| | ANEXO C – ROTEIRO DA ENTREVISTA OM PROFISSIONAIS DE SAÚDE..... | 181 |
| | ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO..... | 185 |
| | ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... | 186 |

1 INTRODUÇÃO

Apresentar esta tese implica em apresentar o pesquisador por trás dessa junção de letras, palavras, frases e tudo que constitui este texto. Implica afirmar e reafirmar um compromisso com a ciência e o saber científico, mas principalmente implica me posicionar. O discurso científico em nossa sociedade é compreendido enquanto uma verdade absoluta, dessa forma cabe a ciência fazer descobertas inovadoras e muitas vezes inquestionáveis. O discurso científico, se coloca por vezes como hipervalorizado, frente a outras vozes, como a da experiência das pessoas que estão fora dos laboratórios e/ou universidades. Por vezes o silenciamento ocorre dentro desses mesmos ambientes, basta que um tema ou metodologia sejam divergentes da visão de objetividade e onisciência.

Em minha experiência como pesquisador, o caráter científico de minhas produções foram ora questionados, ora buscados através de metodologias específicas e em outros momentos ressignificados. Inserido no campo de saber das ciências sociais e da saúde, minha produção científica não se fez em laboratórios, mas sim no calor das ruas. Em minha trajetória, sempre me coloquei no encontro com pessoas, minhas escolhas temáticas sempre dialogaram com minhas experiências.

Colocado em uma perspectiva de fazer científico onde, investir em uma discussão é a ela não alhear-se, mas seu contrário: a ela implicar-se, fazer-se presente, e questionando a ideia de neutralidade científica como condição de objetividade e autorização para se colocar enquanto ciência. Compreendo, por outro lado, a ciência como uma prática situada e que carrega diferentes marcas e condições, e dentre tantas possíveis, estão as marcas das pessoas que a produzem. Lado a lado com a quase obrigatoriedade de condições de objetividade, se coloca invariavelmente o caráter subjetivo daqueles que o produzem, repercutindo diretamente nas formas como se lê e analisa os elementos observados/vividos^{1,2}.

Não adoto aqui a ideia de produção científica que se coloque a desvendar alguma verdade absoluta, por outro lado, me coloco ao lado de discussões que se propõem críticas a este modelo científico, refletindo a ciência como parcial¹. Deste modo, compactuo com um fazer científico que está implicado com os processos, e me coloco em um movimento de implicar-me e responsabilizar-me neste processo, que recebe para sua execução escolhas que são minhas, e reflete críticas que produzimos através de questões teóricas e metodológicas que dialogam entre si e construídas com rigor, mas também, neste processo, incluo minhas subjetividades, percepções e

diálogos. Essa concepção de ciência me remete ao que Freman³ afirma em "Não existe uma visão científica única, assim como não há uma visão poética única. A ciência é um mosaico de visões parciais e conflitantes".

Dito isso, essa tese deriva de uma pesquisa unicêntrica nacional, contemplando as cinco regiões brasileiras intitulada "Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS". Estudo realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília em parceria com a FIOCRUZ/PE, as Universidades Federais da Paraíba, Piauí, Uberlândia; Universidade de São Paulo; Universidades Estaduais de Maringá e do Rio de Janeiro e financiado pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

Essa pesquisa nacional teve como objetivo mapear, identificar e compreender as dimensões do acesso dos sujeitos da pesquisa aos serviços de atenção à saúde - bem como sua qualidade - na perspectiva desses usuários, profissionais e gestores, e depois confrontar tais dimensões com às ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Os níveis de desigualdade de diversos graus na sociedade brasileira faz com que as condições de acesso dos distintos segmentos populacionais aos bens e serviços de saúde sejam desiguais, e até limitantes.

Recife foi uma das cidades contempladas para a realização dessa pesquisa nacional por apresentar os seguintes os critérios de inclusão: a política LGBT implementada; ter mais de 50 mil habitantes; equipe das Unidades Básicas de Saúde da Família completa com cadastro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e equipe da UBSF que, há pelo menos um ano, conta com a mesma composição de trabalhadores.

Atuei nessa pesquisa na coleta de dados, realizando entrevista individuais áudio-gravadas, com o auxílio de um questionário semiestruturado, com gestores e com a equipe multiprofissional e seus Agentes Comunitários de Saúde. Foram sorteadas, aleatoriamente, dez Unidades Saúde da família, de forma a contemplar todas as regiões político-administrativa do município. Além dessas duas etapas, também atuei na realização das oficinas com a população LGBT.

Esta tese originou-se da necessidade de compreender de que aspectos dos serviços de saúde, bem como da atuação dos profissionais nesse ambiente, atuava na maior ou menor vulnerabilidade masculina de homens gays, bissexuais e trans, chamados em alguns momentos nesta tese de pessoas com identidade de gênero

masculina. Entendendo que se tratam de populações que já vivenciam situações de vulnerabilidade pela constante desigualdade social e de direitos aos quais são submetidos diariamente.

Então, como cheguei nesta temática, nessa pesquisa?! Ao longo da minha vida acadêmica sempre transitei, desde a graduação, pelas temáticas envolvendo HIV/Aids, vulnerabilidade, estilos de vida. Todavia, foi ao adentrar no Mestrado em Psicologia na UFPE, que meu contato, digamos que científico, com a temática da diversidade ocorreu. Lá trabalhei na minha dissertação comportamentos, atitudes e práticas de homens que fazem sexo com homens (HSH) residentes na Microrregião de Suape, Cabo de Santo Agostinho. A minha inserção no Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (GEMA), foi uma das principais formadoras da pessoa/pesquisador que sou hoje. No contato direto com Benedito e com os demais componentes do núcleo aprendi sobre sexualidade, gênero, feminismo aliando isto aos outros temas que já me eram muito caros como vulnerabilidade a Aids.

Por este motivo não foi tão difícil topar fazer parte desta pesquisa, da qual hoje deriva esta tese. Inicialmente a minha intenção era de permanecer na mesma temática desenvolvida no mestrado. Porém o desafio que se apresentou foi instigante. Muitos dirão que por ser um homem gay tiraria de letra, escutei de muitas pessoas frases como “ah você é do meio, vai ser fácil!” ou “você já trabalha com isso faz tempo!” e até “você já deve saber até o que vai sair nos resultados!”. Enganou-se quem pensou que seria fácil. Em muitos momentos da escrita deste trabalho – desde a coleta de dados, a análise e por fim escrita – vivenciei uma confusão de sentimentos, sensações, em muitos momentos me confundia com os discursos dos meus entrevistados e bastante afetado pelo que lia e/ou ouvia e revivia. Como disse no início desta apresentação não acredito num objeto puro e deslocado, nessa separação entre pesquisador – objeto e assim o foi. Faço parte dessa tese assim como ela faz parte de mim.

Para que o entendimento dessas linhas possa ficar mais claro, apresento neste momento como está dividida esta tese. No primeiro capítulo (Introdução) apresento um panorama de como se situavam os estudos sobre homens e saúde, retratando desde o início dos estudos sobre homens, a influência da sexualidade e como esta se relaciona com as pessoas com identidade de gênero masculina. Em seguida apresento os objetivos desta tese. No capítulo sobre o Referencial Teórico apresento como o conceito de vulnerabilidade se relaciona com os direitos humanos e a

diversidade sexual. No capítulo seguinte, apresento o percurso metodológico que foi traçado para a realização desta tese. Ao final trago o capítulo de resultados e discussões, ao qual faço a articulação entre o que foi encontrado a partir do corpo de dados coletados e a literatura existente. E por fim apresento as considerações finais desta tese, apresentando alguns dos principais pontos encontrados e algumas limitações da pesquisa.

Ao se pensar a saúde do homem, no âmbito das pesquisas científicas, existe uma tendência em focalizar em três eixos temáticos: a vida reprodutiva (considerando que muitas práticas consideradas culturalmente masculinas criam obstáculos ao desenvolvimento das mulheres), a sexualidade (a partir da ênfase, sobretudo, na homossexualidade como prática muitas vezes considerada antagônica da masculinidade) e a paternidade (pela via da ausência). Dessa forma, os estudos sobre masculinidade focaram-se centralmente na vilania dos homens, tratando-os como algozes. Tal crítica é desenvolvida em diversos estudos, entre eles^{4,5,6}.

A preocupação em estudar masculinidades a partir de uma perspectiva de gênero se desenvolve e se amplia a partir do reconhecimento de um jogo entre uma masculinidade hegemônica e as diversas formas de subalternização de outras experiências masculinas, silenciadas por (e subjugadas a) esta.

A partir da inserção do debate feminista, neste campo, a forma de considerar a masculinidade e seus temas foi reorganizada, passando-se a compreender que a mesma se constrói histórica e socialmente, afinal as masculinidades são “produtos de interações sociais dos homens com outros homens e com mulheres, ou seja, as masculinidades como expressões da dimensão relacional de gênero”⁶.

A discussão sobre masculinidade, no campo dos direitos sexuais, é também objeto de reflexões importantes, dado que muitas das leituras críticas sobre a condição de ser homem em nossa sociedade provêm de largo debate no campo dos estudos sobre sexualidade⁴.

Ao mesmo tempo, no campo dos estudos sobre gênero e saúde têm-se enfatizado a necessidade de entender especificidades da saúde, adoecimento e morte de homens, visibilizando-se idiosincrasias que diferenciam homens e mulheres, por exemplo, quanto ao risco de adoecimento e morte por causas externas.

Por este motivo, nas últimas décadas, estudos em diversas áreas do saber, têm procurado analisar e entender as especificidades da saúde, adoecimento e morte de homens e mulheres⁷. As pesquisas têm apontado idiosincrasias que diferenciam

homens e mulheres quanto ao risco de adoecimento e morte. Segundo Schraiber, Gomes e Couto⁸, quando se considera uma perspectiva histórica, verificam-se, dentre outros aspectos, duas contribuições das ciências sociais, as quais apontam para o caráter relacional da problemática em questão: (1) o caráter social do adoecimento em geral; e (2) a perspectiva de gênero como forma particular da relação saúde-sociedade. Assim, os estudos têm trazido contribuições importantes ao problematizar aspectos sobre a saúde e as relações de gênero como, por exemplo, o impacto da crença do “homem macho e dominante” para as práticas de saúde e o autocuidado.

A produção empírica neste campo, tendo por base a noção de masculinidade hegemônica, tem demonstrado masculinidades múltiplas, o que tem ampliado a compreensão do gênero “como categoria que atravessa o tecido social e se articula à classe, raça/etnia e geração, recriando formas de subordinação e opressão”⁷. Além disso, na esfera da saúde pública, a “masculinidade hegemônica” gera comportamentos danosos à saúde, o que colabora para a consideração do gênero como categoria importante na caracterização dos padrões de morbimortalidade masculina. Para Korin⁹ e Courtenay¹⁰, a construção de gênero interfere não apenas nos comportamentos assumidos pelos homens em relação à sua saúde, mas também na construção da percepção desses homens em relação aos seus corpos.

Quando se considera a baixa frequência dos homens nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a procura por estes serviços, Figueiredo¹¹ ressaltou alguns aspectos: a crença generalizada de que as UBS são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos e a dificuldades que estes homens encontram para o atendimento, seja em decorrência do tempo de espera, o que implicaria em ausência no emprego, seja por considerarem as UBS como um espaço feminilizado e composto por profissionais, em sua maioria, também mulheres. Este aspecto apresenta-se como uma barreira para que os homens verbalizem as próprias necessidades de saúde, uma vez que isto implicaria – para o modelo de masculinidade – em demonstrar certa fragilidade perante os outros, comportamento atribuído como característico das mulheres.

Pensar a baixa procura pelos serviços de saúde como sendo uma característica da identidade masculina ou mesmo uma desvalorização do autocuidado seria limitar o fenômeno em questão, principalmente quando se considera os processos de socialização dessa categoria social. Além disso, segundo Figueiredo¹¹, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que

responderiam mais objetivamente às suas demandas, uma vez que nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade. No entanto, não se quer afirmar que a “invisibilidade” dos homens nas UBS decorre de uma falha na organização dos modelos de atenção primária à saúde, mas que trata-se de uma problemática multifacetada, necessitando de estudos sobre quais as variáveis psicológicas, sócio-culturais e econômicas estão envolvidas. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil¹², “grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino”. Ademais, os homens temem que o profissional de saúde descubra alguma patologia, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade. Assim, constata-se a existência de determinantes sociais que favorecem a vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, mais especificamente à AIDS, visto que o imaginário social sobre a masculinidade compromete o acesso à atenção primária e a procura pelos serviços de saúde, bem como repercutem na procura por informações adequada junto aos profissionais de saúde e a realização periódica do teste de soropositividade ao HIV.

A construção do que é masculino no Brasil deriva segundo Parker¹³ das heranças do patriarcalismo resultado de uma tradição agrária, no o simbolismo de violência é crucial para a completa compreensão das relações entre homens e mulheres. No que diz respeito a diferenciar a masculinidade da feminilidade, a mesma era feita a partir de oposições principalmente em termos de atividade e passividade, na qual a passividade constitui-se num fator de feminilidade¹³. É neste contexto que surgem as categorias sexuais, dentro da sociedade de base patriarcal, pois o entendimento do ser homem, não está apenas em opor-se a mulher, mas no contraste entre o machão, o corno e o viado. A figura do machão unida à figura do pai constitui o modelo “ideal” de masculinidade, a partir disso surge a discriminação, principalmente em relação ao viado, por possuir características femininas, como a passividade^{13,14}. Por este motivo, para se entender a homossexualidade no Brasil moderno deve-se levar em consideração as tradições culturais, a colonização, a influência do movimento gay em outros países e como se dão as construções de gênero na sociedade brasileira^{13,15}.

Existe a necessidade de se compreender os aspectos da sexualidade, para um melhor entendimento do que é ser homem na sociedade brasileira, mas para tanto, faz-se necessário compreender como se inicia a discussão a respeito da sexualidade em seus primórdios e como a forma na qual se deu seu processo histórico culminou em diferentes eventos históricos que moldaram as formas de sua vivencia.

Segundo Engels¹⁶, no início das civilizações as atividades sexuais eram livres entre homens e mulheres, sem q isso tivesse uma conotação de promiscuidade. Essa dinâmica muda a partir do momento que os clãs passam a acumular bens e tem-se a necessidade de passá-los aos descendentes diretos, nesse momento o relacionamento sexual passa a ser atividade exercida por um casal, e tendo como objetivo a reprodução, tornando assim as mulheres submissas aos maridos e monogâmicas.

A civilização ocidental por ter suas raízes na cultura hebraica, de onde foram herdados os princípios morais, legais e religiosos, adota a forma patriarcal de casamento e o consideravam de cunho divino, daí o tabu da mulher manter-se virgem até o casamento¹⁷. Esses tabus e mitos forma surgindo como forma de estabelecer limites ao sexo, um exemplo disso foi o incesto, cuja finalidade era evitar a mistura de material genético de pessoas consanguíneas, o que poderia ocasionar uma deterioração da espécie¹⁸.

Mas é a partir da doutrina cristã sobre a dualidade entre corpo e alma, na qual a alma é mais importante que o corpo, pois a mesma recebeu de Deus a existência e a imortalidade, que favorece uma educação sexual que nega o corpo ou o coloca em segundo plano, fazendo com que os homens vivam uma sexualidade reprimida¹⁹. Até este momento vimos como a sexualidade foi fortemente influenciada pelas ideias cristãs, culturais, políticas e econômicas, nas quais a iniciação sexual da mulher deveria se dar no casamento e ter fins procriativos, enquanto que ao homem era permitido buscar prazer sexual fora dos limites do casamento. Segundo Foucault²⁰, esse momento histórico estaria relacionado com a sexualidade, como sendo a origem da idade da repressão, emergindo as grandes proibições, a valorização da sexualidade adulta e matrimonial, a contenção e os pudores de linguagem.

Mas é no início do século XVIII, na Europa que surge, segundo Giddens²¹, o amor romântico, que vincula a ideia de liberdade para a busca do parceiro ideal, considerado um aspecto desejável no matrimônio. O amor romântico juntamente com outras mudanças sociais, afeta a visão sobre o casamento até então, o sexo se une

ao amor e começa a fazer parte do casamento, dada a possibilidade de escolha do parceiro, suscitando na ideia de que o verdadeiro amor uma vez encontrado é pra sempre.

Em se tratando de Brasil, o patriarcalismo foi condição cinequanon, não só pra uma forma de organização familiar, mas também como uma construção ideológica, onde os conceitos de homem e mulher foram definidos em termos de oposição, onde o homem seria um ser forte, superior, ativo, viril e com potencial para violência, enquanto que a mulher seria um ser inferior em todos os sentidos, mais fraca, dócil, bela e desejada, mas sempre sujeita a absoluta dominação masculina¹³.

No entanto, é na década de 50, quando se desencadeou, na Europa, o “movimento beat” que o modelo vigente no Brasil perde sua estabilidade, já que esse movimento representava uma contestação dos jovens ao modelo social vigente, trazendo como bandeira a “revolução sexual”, pregando uma nova concepção de sexo desvinculado de compromisso, o uso de drogas e novos hábitos de vestir e falar, em outras palavras, esse movimento trouxe a oportunidade para que o homem avaliasse seu comportamento sexual e repensasse a opressão que vinha vivendo há várias gerações²².

Já na década de 60 um outro movimento começa a tomar forma, o “movimento hippie”, que veio como uma forma de derrubada de muitos dos mitos políticos, culturais, sociais e entre eles os sexuais, como o da virgindade e da superioridade masculina, novos conceitos começam a ser discutidos como o direito ao prazer sem restrição, a libertação sexual da mulher através da pílula anticoncepcional entre outros²³.

Após pontuar alguns momentos e discussões que se fizeram presentes no campo dos estudos da sexualidade. Considero de extrema importância abordar a questão da redescoberta da sexualidade. Primeiro por ser dela que advém a questão da diversidade sexual e por considerá-la um marco de fundamental importância para a entrada dos Direitos Humanos no campo de atuação em saúde no contexto da diversidade sexual.

A sexualidade é dividida em dois períodos. O primeiro trata-se do período sexológico no qual, a mesma era vista como algo da ordem do impulso, em certa medida animalesca, por este motivo inicialmente seu fenômeno foi estudado enquanto algo especificamente biológico e a intenção era de desvendar seus segredos, sua natureza para que a humanidade se beneficiasse com um maior equilíbrio entre

individuo e sociedade ou para relações sexuais naturais e saudáveis, ou seja, os impulsos sexuais seriam facilmente aceitos desde que permanecessem essencialmente diferentes entre homens e mulheres e assumissem um caráter heterossexual²⁴.

Uma das grandes contribuições desse período para a mudança social, foi naturalizar o prazer, legitimar a sexualidade independente da reprodução ocasionada pelo surgimento da pílula anticoncepcional, descrever a prevalência maior e insuspeitada de certas atitudes e práticas sexuais. Essas descobertas possibilitaram uma guinada na forma de abordagem da sexualidade surgindo o segundo período, o construcionista, que vem redefinir o gênero e a identidade sexual, separou a identidade das práticas sexuais, questionou o determinismo biológico, e principalmente, pensando na temática deste ensaio, construiu a história da homossexualidade. Esse período também retomou a inspiração de Engels, Levi-Strauss e Freud quanto aos operadores da estruturação e reprodução social e apresentou o sistema sexo/gênero que seria a forma como a sociedade transforma a sexualidade biológica em produto da atividade humana para satisfazer assim as necessidades decorrentes dessas transformações. A partir desse período muito se discutiu quanto a hierarquização do sexo a partir das novas classificações da sexualidade em hetero/homo/bissexuais²⁴.

Já apresentados os dois períodos existentes nos estudos da sexualidade e suas características, passamos agora a tratar do momento em que ocorre a mudança de período, indo do sexológico para o construcionista. Esse momento histórico refere-se ao que chamo no início deste tópico de redescoberta da sexualidade, que é a eclosão da epidemia de Aids, que pôs a prova os esforços característicos do período sexológico e que apenas controla-la não dava resposta eficiente ao fenômeno da Aids. Por este motivo uma nova forma de operação dessa sexualidade se fez necessária.

A epidemia de Aids, por desconhecimento na forma de infecção e pelo maior número de indivíduos infectados estar nos grupos de homossexuais, acabou por ser chamada de “peste gay”, “câncer rosa” entre outras denominações o que ocasionou uma grande onda de preconceito e discriminação para com essa população e despertou principalmente um sentimento de invulnerabilidade no restante da população, que acreditava que a doença fosse específica desta população e portanto desde que não tivesse contato com a mesma estaria “livre” do adoecimento²⁵.

A Aids surge no Brasil e no mundo como uma epidemia de grande impacto, não apenas pelas estatísticas alarmantes, mas por sua dimensão político-cultural, constituindo-se num fenômeno social, despertando o interesse tanto de cientistas como da população em geral.

A mídia destacava o caráter midiático que envolvia a epidemia, considerando-a enquanto a primeira doença da mídia, aludindo a um dos aspectos mais marcantes da epidemia da Aids – sua ampla difusão no mundo pelos meios de comunicação de massa – e sua construção como um fenômeno social. Para além de uma doença ou de uma epidemia, a Aids tornou-se um fenômeno social marcado por avanço tecnológico no campo das pesquisas médicas, pelo ativismo social e por uma impressionante dimensão midiática²⁶.

Passadas mais de três décadas, a associação entre Aids e homossexualidade ainda é muito forte¹⁵. Todavia, segundo estudo recente²⁷, a população de HSH¹ (que inclui tanto os que se definem como homossexuais como aqueles que mantêm práticas sexuais com outros homens, mas não se definem como homossexuais) está entre as que mais praticam o sexo seguro e possuem maior informação sobre DST/Aids, o que tem colaborado para a estabilização do número de infectados nesta população em relação aos heterossexuais.

Nos primeiros anos da década de 2000, observou-se uma tendência à diminuição do número de casos entre homossexuais e em contrapartida um aumento considerável no número de casos entre heterossexuais¹⁵. Entretanto, ao utilizar a noção de “grupos de risco” no início da epidemia, devido ao desconhecimento, culminou na (re)produção de estereótipos e preconceitos frente aos subgrupos populacionais que se infectaram em maior escala nos primeiros anos. Ao se trabalhar com essa noção de “grupos de risco”, acabou-se por criar na população geral um sentimento de invulnerabilidade, ou seja, criou-se uma falsa segurança de que se não fizesse parte dos grupos ditos de risco não existiria a possibilidade de infecção pelo vírus²⁸.

Como supracitado, com o advento da Aids a população de gays e bissexuais foi uma das mais diretamente “afetadas” (tomando “afeto” num amplo sentido), tanto por ter sido um dos primeiros grupos a se infectar, como pelo estigma e preconceito potencializados por essas primeiras notificações de infecção por HIV. Dessa forma, acabou por constituir-se num grupo vulnerável. Por outro lado, estes foram também os primeiros a se movimentarem, a fim de criar formas de combate à epidemia a partir

da criação de organizações não-governamentais e também dos primeiros manuais de prevenção e outros produtos e estratégias socioeducativas, com vista ao estímulo de medidas preventivas e à redução de vulnerabilidades¹⁵.

Segundo Barbosa Jr²⁹, talvez esse engajamento seja o responsável por num primeiro momento ter-se um crescente aumento na incidência nessa população e posteriormente, tendência de ligeiro declínio, embora permanecendo mais elevada do que da população geral. Esse declínio pode estar associado à maior adesão à prática de sexo mais seguro entre os homens gays e bissexuais, quando comparada a da população masculina em geral. A permanência em números altos, mesmo com tendência de declínio, está relacionada ao que Andrade³⁰ encontrou em seu estudo, no qual mesmo com o elevado grau de informações que os HSH tem sobre a doença e sobre os modos de transmissão, existe uma defasagem entre o conhecimento e a adoção do sexo seguro, que viria a repercutir na manutenção das elevadas taxas de notificação de casos de Aids nesse grupo.

Essa tendência à diminuição do número de casos entre os homens gays e o aumento na população heterossexual, acabou por deslocar as políticas públicas específicas do grupo de HSH, já que este deixou de ser foco, no começo dos anos 2000. Na segunda metade desta década, o tema volta a assumir lugar de destaque, especialmente com em 2007 com a publicação do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e outras DST entre gays, HSH e Travestis pelo Programa Nacional de DST – Aids³¹. Por este motivo, nesse contexto, estudar subgrupos populacionais, tal como de HSH, tornou-se necessário para compreender a dinâmica da epidemia no Brasil e, conseqüentemente, desenvolver estratégias de prevenção mais adequadas para esses grupos populacionais, especialmente no que se à qualidade da assistência em saúde.

Principalmente, porque a população HSH é considerada uma das mais vulneráveis, devido à adoção de práticas sexuais desprotegidas, à aquisição de comportamentos de risco e à discriminação sofrida por estes indivíduos. Estudos realizados em vários municípios brasileiros indicam o risco marcadamente acrescido de infecção entre homens gays e bissexuais em comparação com a população em geral^{32,33,34}. Estudos epidemiológicos sobre a incidência de aids apontam também pro maior risco entre essa população de homens HSH para desenvolver aids^{29,31,35}.

Estudos desenvolvidos com o objetivo de identificar o envolvimento em relações sexuais desprotegidas têm revelado que um grande contingente de HSH continua

assumindo práticas de risco, reforçando a alta e persistente vulnerabilidade desse segmento populacional^{36,37,38,39}. Considerando a centralidade do preservativo para as políticas de prevenção, estudos indicam a permanência dos mitos e das crenças que circundam este insumo de prevenção contribuindo para o não uso deste em todas ou até nenhuma relação sexual^{40,41,42,43,44}.

As causas da vulnerabilidade podem incluir uma prevenção inadequada para a infecção pelo HIV no passado, assim como um diagnóstico tardio da infecção ou da doença, por negação ou por falta de orientação adequada de saúde³¹. Para Parker⁴⁵ a vulnerabilidade também pode estar relacionada com aspectos advindo de desigualdades sociais. Nesse sentido, a relação entre vulnerabilidade e pobreza é consistente. Esses determinantes socioeconômicos que atravessam questões de gênero também podem constituírem-se em barreiras para a acessibilidade aos serviços de saúde^{45,46}.

Por este motivo, Parker⁴⁷ acredita que a ênfase no acesso aos serviços de saúde adequados e não discriminatórios seriam uma saída para a redução de vulnerabilidades, para isso seria necessário desmistificar a relação entre homossexualidade e Aids, partindo do combate aos estigmas e discriminação, desenvolvimento de atividades destinadas a alcançar os homens gays nos diversos locais onde se desenvolvem subculturas homossexuais e desenvolver serviços e atividades inclusivas a fim de atrair os homens gays e bissexuais para as redes de apoio.

Em pesquisa, realizada por Lima⁴⁸, constatou-se que 65,7% dos HSH entrevistados disseram ter procurado os serviços de saúde, a maioria os serviços privados e apenas 8,7% os serviços públicos, 28,6% relataram ter buscados outras alternativas e 17% referiu não ter “feito nada”. No que diz respeito a testagem, mais uma vez a situação econômica aparece como um empecilho para o acesso às informações, ainda que os serviços públicos especializados tenham sido os mais procurados pra fazer a testagem, os serviços públicos não-especializados, a atenção básica que seria a porta de entrada, foram procurados com menor frequência, o mesmo pode ser observado nos estudos de Bringnoi⁴⁹ e Galvão Neto⁵⁰. Nessa mesma pesquisa, Lima⁴⁸ chamam a atenção para o fato dos serviços privados terem sido os mais procurados pelos homens que apresentaram sintomas de DST. Dessa forma, uma possibilidade é de que fatores relacionados à qualidade (ou a falta de qualidade) dos serviços influenciem diretamente a satisfação do usuário, talvez funcionando

como barreiras ao acesso à assistência. Outra possibilidade levantada quanto a não procura pelos serviços de atenção básica pode ser a culpa e a vergonha que estão inculcadas na infecção pelo HIV, que ainda acontece nos serviços de saúde^{13,15}.

Ainda pensando acesso aos serviços de saúde da referida população, sendo estes serviços fundados nos princípios de universalidade, integralidade equidade, questões como orientação sexual e identidade de gênero não deveriam ser considerados como marcadores sociais únicos entendendo que os vários marcadores sociais se articulam de diversas formas, por este motivos os sujeitos sociais podem ser pensados enquanto gay-negro-rico-jovem e não apenas gay, por isso em contextos como este a categoria interseccionalidade se faz necessária para o entendimento da articulação entre vários marcadores num mesmo sujeito, fazendo com que a lógica aceita/exclusão que os percebem sejam potencialmente distintas, variando de acordo com os contextos nos quais se inserem^{51,52,53}. Neste mesmo sentido Parker e Camargo Jr.⁵⁴ apontam a relevância em se estudar essa interação entre os diversos marcadores sociais para a compreensão dos padrões de contaminação pelo HIV, já que como se sabe os HSH estão inseridos em todas as sociedades e assumindo diferentes papéis, sujeitos a diferentes formas de opressão e desigualdade colocando estes em situações mais vulneráveis ao adoecimento e principalmente a infecção pelo HIV.

Pensando ainda nos princípios acima citados que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), espera-se que estes materializados em políticas públicas promovam o enfrentamento das consequências excludentes geradas a partir da homofobia e heteronormatividade dos serviços, que levam profissionais de saúde a atenderem todos os usuários dos serviços públicos e privados como se fossem heterossexuais conformados as normas de gênero gerando situações graves de discriminação e preconceito. Caso contrário, continuarão a existir barreiras simbólicas morais e estéticas que impedem o acesso da população LGBT a serviços públicos de saúde de qualidade, livres de preconceito, discriminação e exclusão, especialmente em relação às pessoas mais pobres e às que não se enquadram aos de gênero, tais como transexuais, travestis, mulheres “masculinizadas” e homens “efeminados”^{51,55,56,57,58}.

Por este motivo as políticas públicas, programas e planos tem priorizado a sensibilização dos profissionais de saúde em suas diretrizes e ações, buscando com isso um atendimento e acolhimento não discriminatório e heteronormativo, mais voltado pra diversidade, para que assim as demandas específicas das populações

principalmente de LGBT sejam realmente atendidas diminuindo as possibilidades de estar em situação de vulnerabilidade^{51,59}. Por este motivo esta tese traz como pergunta condutora “Quais aspectos dos serviços de saúde estão envolvidos no processo de vulnerabilização de populações masculinas?”

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar aspectos relacionados à vulnerabilidade masculina entre homens gays, bissexuais e trans(GBT) e profissionais de saúde que atuam na atenção básica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apreender os repertórios sobre masculinidades produzidos por pessoas com identidade de gênero masculina e profissionais que atuam na atenção básica;
- b) Identificar, aspectos associados às condições de saúde e elementos de vulnerabilidade (individual, social e programático) para pessoas com identidade de gênero masculina, nas narrativas de homens GBT e de profissionais que atuam na atenção básica;
- c) Analisar como repertórios de/e sobre a saúde de homens gays, bissexuais e trans podem se atualizar no cotidiano do atendimento a homens gays/bi/trans no serviço de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 MOVIMENTO LGBT BRASILEIRO, AIDS E DIVERSIDADE SEXUAL

O hoje conhecido como Movimento LGBT, teve seu início no Brasil, enquanto movimento “politizado”, no final dos anos de 1970. Conhecido naquele momento como Movimento Homossexual Brasileiro (MHB)^{60,61}, tinha em seu projeto a politização da questão da homossexualidade em contraste com as alternativas no “gueto” e em algumas associações existentes nas décadas anteriores aos seu surgimento. As associações que se faziam presentes até o momento anterior ao surgimento do movimento eram consideradas pelos militantes como “não-politizadas” por suas ações estarem voltadas as questões relacionadas a sociabilidade, como eram os casos do jornal O Snob (1963-1969) e a Associação Brasileira de Imprensa Gay (1967-1968)¹⁴.

Em sua tese de doutorado James N. Green, publicada no Brasil em 2000, intitulada “Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX”, o autor propõe-se a realizar um levantamento de informações do período que deem visibilidade as dinâmicas que levaram ao surgimento de um movimento politizado de gays e lésbicas no fim dos anos de 1970. A partir do material de sua pesquisa (documentais e entrevistas) pode-se verificar de forma mais clara detalhes do contexto em que estavam inseridas e sobre as formas de expressão da homossexualidade masculina, no eixo Rio de Janeiro-São Paulo, no período anterior ao surgimento do movimento homossexual no Brasil. Green¹⁴ retrata detalhadamente desde os locais de “pegação”, a circulação pelas ruas, as imagens da homossexualidade em revistas eróticas, na literatura, na medicina, a associação entre homossexualidade e marginalidade, os encontros nos hotéis de prostituição, o espaço ocupado pelos homossexuais nos bailes de carnaval, o surgimento dos primeiros bares e boates majoritariamente frequentados por homossexuais, os primeiros jornais caseiros, até a ditadura militar e o surgimento de uma mídia alternativa e politizada como é o caso do jornal Lampião da Esquina e das associações de homossexuais.

Com tudo o que é explicitado em sua pesquisa Green (2000a) levanta como uma de suas conclusões a questão da demora do surgimento do movimento homossexual brasileiro em relação a outros movimentos da mesma natureza que surgiram anteriores ao nosso pelo mundo como um todo, mas relatando casos aqui na América Latina também. Ele aponta como uma das causas da demora o regime ditatorial que o Brasil viveu na década de 60 que se estendeu por vários anos e que

no momento de ebulição das questões relativas a homossexualidade estávamos vivenciando o momento mais repressivo da Ditadura Militar (o AI-5 – Ato Institucional Número 5). Segundo Green⁶² as condições necessárias para a criação do movimento já estavam amadurecidas e que o contexto histórico que foi o entrave. No entanto, para Facchini⁶⁰ a ditadura também pode ter tido um valor positivo pois possibilitou um fortalecimento na organização do movimento homossexual principalmente por estimular a resistência de vários setores sociais contribuindo para um movimento de caráter antiautoritário. Principalmente porque as questões inerentes do movimento homossexual antes de 1970 estavam atreladas a disputas entre “bonecas” e “homossexuais” ou “entendidos” imersos na lógica da atividade/passividade.

A fundação do primeiro grupo brasileiro a afirmar uma proposta de politização da questão da homossexualidade, o Somos, de São Paulo, ocorreu em 1978, num contexto marcado pela contracultura, pela ditadura militar, por intensa atividade de grupos de esquerda e pelo surgimento e a visibilização das versões modernas do movimento feminista e negro⁶³. O grupo nasceu já marcado por uma polarização entre a “esquerda” e a “autonomia das lutas das minorias” que, posteriormente, seria responsável por alguns de seus graves conflitos internos. Num primeiro momento, o Somos era composto exclusivamente por homens, passando posteriormente a ser frequentado por mulheres, que se organizam em grupo separado – o Grupo Lésbico-Feminista – a partir de 1981⁶¹.

Segundo Edward MacRae⁶³, o ideário do grupo carregava muito da contracultura e do espírito contestatório e antiautoritário da época, produzindo um discurso voltado para uma transformação mais ampla, compreendendo a homossexualidade como estratégica para a transformação cultural, sendo capaz de corroer uma estrutura social a partir das margens. Convivia com essa preocupação, por outro lado, uma estratégia de valorização cotidiana de termos socialmente vistos como negativos, em que se utilizavam as palavras “bicha” e “lésbica” de forma positiva. Ainda incorporando em parte as tendências políticas da época, o grupo esforçava-se por preservar relações horizontais, tanto no que diz respeito à sua organização política não-hierárquica, quanto no combate às assimetrias entre homens e mulheres, à polarização ativo/passivo e aos então considerados estereótipos efeminado/ masculinizada.

Anteriormente à epidemia de Aids o movimento homossexual já se organizava e realizava encontros nacionais entre os diversos grupos organizados espalhados

pelo país. Mas no ano de 1995 acontece o I Encontro Brasileiro de Gays e Lésbicas que trabalham com Aids em conjunto com o VII Encontro Brasileiro de Gays e Lésbicas, que configura a entrada do movimento na luta contra a Aids. Nesse encontro fica definido como eixos de trabalho do movimento homossexual questões como visibilidade e direitos conquistados; educação, violência e preconceito; promoção da saúde, e relacionados a Aids os eixos de prevenção: formulação de campanhas; tratamento: coquetel, protocolo de vacinas e terapias alternativas; política: relação ONG's – Aids e políticas públicas, discriminação e direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids. É nesse momento também que surge o primeiro contato do movimento com questões relativas aos Direitos Humanos⁶⁰.

Nesse momento a Aids surge tanto como fator desmobilizador, pelo medo que estava inculcado no seu nome introduzido principalmente pelos veículos midiáticos, como preocupação fundamental nos encontros do movimento. Porém para Trevisan⁶⁴ a epidemia de Aids não se configura num fator de enfraquecimento das conquistas do movimento, ao contrário, ela consegue a façanha de deixar evidente à sociedade a existência dos homossexuais e que estes ocupam os mesmos espaços nessa sociedade, que não estão à margem dela como esperam, ou seja, não vivem num mundo à parte. Dessa forma, a Aids corporifica esse desejo sexual homossexual na sociedade, mas não perde um caráter segregacionista.

Pensando nesse caráter segregacionista percebemos a prática comum de relacionar a infecção sempre ao sexo do parceiro independente da relação ativo/passivo e uma tendência a classificar a sexualidade dessa mesma forma, considerando-a a mais correta. Isso pode ser muito observado em discussões em torno do que se chamou em certo momento de “ponte bissexual” devido a um movimento de “heterossexualização” da epidemia, então pensou-se que os homens que tinham contatos sexuais tanto com homens quanto com mulheres seriam os responsáveis por essa nova configuração da epidemia^{60,65}.

Em meados dos anos 1980, é possível observar uma mudança da concentração de grupos do eixo Rio de Janeiro-São Paulo, para o eixo Rio de Janeiro-Nordeste e a presença marcante de dois ativistas como João Antônio Mascarenhas (articulador inicial do grupo de intelectuais que compôs o jornal *Lampião da Esquina* e fundador do grupo Triângulo Rosa) e Luiz Mott (fundador do Grupo Gay da Bahia – GGB). Suas atuações demonstram um menor envolvimento com projetos de transformação social, num sentido mais amplo, e uma ação mais pragmática, voltada

para a garantia dos direitos civis e contra a discriminação e a violência dirigidas aos homossexuais⁶⁶.

Tratava-se de um modelo de atuação que, parafraseando um documento do GGB, colocava “a causa gay em primeiro lugar”. A forte associação, de caráter negativo, entre aids e homossexualidade, que teve lugar no início da epidemia, levou vários grupos a optarem por não trabalhar prioritariamente com a luta contra a aids. Outros conseguiram conjugar a relação entre legitimidade da homossexualidade e atuação contra a epidemia e têm seu desempenho reconhecido na bibliografia sobre a “construção de uma resposta coletiva à aids”. Nesse período, muitas vezes visto como de desmobilização do movimento, foram obtidas conquistas, como a retirada da homossexualidade do código de doenças do Instituto Nacional de Previdência Social. A adoção e a disseminação da ideia de “orientação sexual” também foram marcantes, assim como um intenso debate acerca da inclusão da garantia de não-discriminação por “orientação sexual” na Constituição Brasileira⁶⁵.

A partir do início dos anos 1990, pode se dizer que o número de grupos/ organizações do movimento voltou a crescer, espalhando-se por todo o país, ao mesmo tempo em que seus formatos institucionais e suas propostas de atuação diversificavam-se. Por outro lado, nota-se também uma ampliação da rede de relações sociais do movimento e a presença de novos atores nesse campo, por exemplo, a mídia, as agências estatais ligadas aos temas justiça e saúde, parlamentares que incluem a bandeira dos direitos dos homossexuais em suas plataformas, o mercado especializado, organizações internacionais e grupos religiosos flexíveis ou especialmente voltados a questões ligadas à sexualidade. Um exemplo da diversificação de formatos institucionais e da transformação das relações estabelecidas pelo movimento com outros atores diz respeito à relação entre ativistas LGBT e partidos políticos⁶¹.

Nos anos 1990, assistimos à organização de setoriais LGBT em partidos como o PT e o PSTU, bem como o lançamento de candidaturas e a proposição de projetos de lei, o que demonstra uma transformação nas relações entre ativistas e partidos desde os conflitos observados no início dos anos 1980. Em começos dos anos 2000 amplia-se o leque de partidos que têm se aproximado da temática LGBT e de setoriais, das ações de políticas públicas e parlamentares e das candidaturas que se organizam a partir de vários partidos. Nesse processo, a proposição do projeto de lei sobre a parceria civil entre pessoas do mesmo sexo, em 1995, é um marco que indica as

primeiras conquistas dessa articulação LGBT pela via partidária. As mudanças, no entanto, não se restringem ao aumento e à diversificação dos grupos e à ampliação da rede de relações do movimento⁶⁵.

Acompanhando todos os fatos históricos envolvendo Aids, sexualidade e outros aspectos econômico e culturais, o movimento homossexual também foi se tornando mais identitário, levando em consideração o que é sua bandeira principal a questão da visibilidade. Nesse sentido temos como uma primeira modificação o aparecimento da letra L que representa o coletivo de lésbicas que estavam dentro do movimento tornando o movimento, até então homossexual, no movimento de gays e lésbicas (MGL). Após a epidemia de Aids um novo segmento clama por visibilidade, o de travestis muito associados a epidemia e a prostituição e assim o movimento incorpora mais uma letra a T, passando assim a ser o Movimento de gays, lésbicas e travestis (GLT)⁶⁰.

Pelo fato de desde sua origem o movimento homossexual ter em sua maioria gays a inclusão de letras se dava a partir de estratégias tanto de visibilidade quanto de diferenciação, não só identitárias mas enquanto demandas específicas. Porém essa questão das siglas do movimento também eram perpassadas como disse anteriormente por fatores econômicos e culturais. Daí durante esse mesmo período, estava em alta o modo de produção capitalista e a relação de mercado e nesse contexto surge a denominação de GLS (Gays, Lésbicas e simpatizantes), esta sigla é anterior a GLT, esta sigla não foi cunhada pelo movimento e sim pelo mercado que buscava absorver esse público, porém para o movimento isso não era um incômodo porque ela afirmava identidades reconhecidas⁶¹.

Então a partir dessa proposta de “visibilidade massiva” abordada pelas estratégias de mercado e com o incentivo da globalização e da grande circulação de informações que trazem referências diferenciadas, principalmente a acadêmica, há um aumento na quantidade de letras no nome do movimento passando primeiramente a ser conhecido como Movimento GLBT, com a inclusão dos bissexuais, travestis e transgêneros. Posteriormente após reuniões do movimento optou-se por colocar o L referente as Lésbicas como sendo a primeira letra por questões de visibilidade, já que estas seriam um dos grupos mais invisibilizados em vários aspectos^{60,65}.

De toda maneira, não se verifica uma concordância absoluta em relação às siglas que procuram definir o sujeito político do movimento, sendo comum a coexistência de diversas maneiras de denominação, que variam regionalmente ou

mesmo de grupo para grupo. Além disso, a variedade de estratégias de nomeação do sujeito político do movimento passa a coexistir e a ter que ser pensada em relação a outras siglas associadas a diferentes atores sociais: é o caso do mercado, que origina o GLS – “gays, lésbicas e simpatizantes” – ou do Estado, cujas políticas de saúde adotam os termos HSH – “homens que fazem sexo com homens” – e MSM – “mulheres que fazem sexo com mulheres”.

A sigla GLS foi criada por atores relacionados ao mercado na primeira metade da década de 1990 e tinha a proposta de definir um segmento de mercado direcionado a “gays e lésbicas”, mas que tivesse potencial inclusivo de consumidores “heterossexuais”, agregados como “simpatizantes”. Uma espécie de tradução do termo gay friendly ao contrário: se gay friendly denomina lugares não voltados para gays, mas que podem recebê-los, GLS denomina lugares ou iniciativas de mercado direcionadas para “gays e lésbicas”, mas abertas a “heterossexuais”. No início, a sigla indicava um público “moderno”, sintonizado com as últimas novidades em termos de música, moda e “cultura pop”. Com o tempo, porém, houve uma popularização da sigla, hoje muitas vezes utilizada apenas como sinônimo de algo que é gay ou direcionado a gays⁶⁷.

Enquanto que a sigla HSH – homens que fazem sexo com homens – foi introduzida no Brasil nos anos 1990, no contexto das políticas de prevenção às DST/aids. O objetivo de seu uso é fazer referência direta às práticas sexuais, contornando o problema representado pela não-coincidência entre práticas e identidades, que faz com que categorias como gays ou homossexuais não sejam adequadas para definir todos os sujeitos que poderiam ser alvo dos programas de prevenção. A utilização dessa sigla vem sendo questionada por ativistas, que criticam o uso de uma categoria que não remete a identidades e invisibiliza o sujeito político do movimento que demanda tais políticas. Assim foi que o uso das categorias HSH e “mulheres MSM deu lugar, ao longo dos últimos anos, a definições como “lésbicas, bissexuais e outras MSM” e a “gays, HSH e travestis”. Pesquisadores têm observado o risco de que categorias como HSH e MSM possam “dissolver a questão da não-correspondência entre desejos, práticas e identidades numa formulação que recria a categoria universal ‘homem’ com base na suposta estabilidade fundante do sexo biológico”⁶⁸.

A década de 60 notabilizou-se, dentre outros fatores, pela emergência de movimentos sociais como o negro, o feminista e o homossexual nos Estados Unidos

e na Europa. Embora questões relativas à sexualidade já fossem alvo de uma politização por parte de grupos homossexuais e houvesse tentativas de articulação de um movimento já ao final da década de 40, foi apenas nos anos 60 que esse movimento entra no cenário político do campo sexual com maior robustez. Costumeiramente, aponta-se o conflito em Nova York, em 28 de junho de 1969, entre a polícia e frequentadores do bar gay Stonewall Inn como um marco para o movimento homossexual, que acolhe esse dia para celebração e luta por direitos. É nessa data, um ano depois, que em São Francisco, reconhecida como um celeiro da contracultura na época, seria iniciada a tradição de realizar manifestações de rua, que ficariam famosas como as Paradas do Orgulho Gay⁶⁵.

No Brasil, a celebração dos eventos relacionados ao Orgulho Gay ocorre com mais força apenas na década de 90, naquilo que Facchini⁶⁰ denominaria a “terceira onda” do - expressão da autora - “movimento homossexual brasileiro”. Há uma maior ênfase nas produções científicas sobre a Parada de São Paulo, mas é possível pensar numa difusão desse evento ao longo do país, que vem sendo também tratada como objeto de estudo^{69,70}. É nesse contexto do reflorescimento do movimento homossexual, a partir do estreitamento das relações com o Estado, que deve ser situado o surgimento das primeiras manifestações do orgulho gay no país.

Diferente de outras manifestações políticas já realizadas até então, as Paradas pressupunham uma periodicidade anual, se destinando especialmente à celebração do “orgulho” e a “visibilização” das demandas do movimento, inaugurando um estilo diferenciado de atuação política no movimento. Ainda que tomando como modelo eventos semelhantes ocorridos em outros países, as paradas receberam um formato original no país, a partir de sua assimilação ao carnaval, tendo se espalhado ao longo de várias capitais e cidades do interior. Segundo a Interpride (rede internacional de entidades organizadoras de paradas), o Brasil é hoje o país com o maior número de paradas no mundo⁶¹.

Esse número pode ser atribuído a vários fatores: 1) a repercussão alcançada pela Parada de São Paulo; 2) o próprio esforço da militância em difundir essas iniciativas através da circulação de informações e compartilhamento de experiências; 3) o financiamento concedido por órgãos governamentais, principalmente daqueles que lidam com DST/Aids, que compreendem o evento como possibilidade de intervenção em relação às questões de saúde de populações de maior vulnerabilidade. No que diz respeito a esse último elemento, é importante frisar também que a partir

de 2005, como consequência do Programa Brasil sem Homofobia, o Ministério da Cultura tem lançado editais de apoio às Paradas⁶⁷.

O apoio do Ministério da Cultura às Paradas e também os prêmios culturais LGBT e o financiamento de pontos de cultura LGBT, ao partir do entendimento de que há uma expressão cultural correlacionada às identidades sexuais sinaliza para uma modificação que a dita população LGBT tem recebido por parte do governo federal, ampliando-se de uma população vulnerável (no que diz respeito às DST/Aids), para um grupo cultural⁶⁶.

E foi em decorrência da grande quantidade de movimentações LGBT, principalmente as Paradas do Orgulho Gay/Diversidade, em todo o território brasileiro que em 2008, realizou-se em Brasília uma Conferência Nacional GLBT inédita, com o tema “Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais”, precedida de reuniões regionais e estaduais. O conjunto das Conferências Estaduais, realizadas entre março e maio de 2008, contou com cerca de 10 mil participantes e resultou num total consolidado de 510 propostas, avaliadas e complementadas na etapa nacional. Na noite de 05 de junho, o Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, ministros e representantes do movimento discursaram na solenidade de abertura da Conferência Nacional, causando grande impacto na mídia e no movimento. Com este evento o Brasil tornou-se o primeiro país a promover uma atividade desta natureza⁷¹.

3.2 ARTICULAÇÃO PARA UMA POLÍTICA DE SAÚDE

A partir das articulações e de lutas do Movimento LGBT e buscando reduzir os números de indivíduos infectados com o vírus da Aids o Governo Nacional a partir de ações do Ministério da Saúde inicia uma série de planos, programas e eventos para discutir ações em saúde que fossem eficientes no combate da epidemia e é nesse contexto que se percebe a necessidade de ações específicas e inclusivas para todos os grupos populacionais (mulheres, crianças, LGBT, entre outras).

Foi na segunda metade dos anos 2000 que a pauta de saúde destes surgiu de forma mais evidente dentro dos planos, programas e eventos da área de saúde no Brasil que não eram voltados exclusivamente para a população, mas conformaram um importante conjunto de mecanismos que passaram a ser relevantes na

elaboração e na implementação de políticas públicas que contemplam demandas deste segmento.

Um dos eventos dos quais me refiro trata-se da 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília no período de 14 e 18 de novembro de 2007, que tinha como tema “Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento”, visando discutir e deliberar democraticamente sobre as políticas públicas de saúde do país, considerando os desafios que a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo depois de 20 anos – completados na época da conferência-, ainda apresentava que estão vinculados à gestão dos recursos humanos, à melhoria na qualidade da atenção e do acesso à saúde, ao aprimoramento dos mecanismos de controle, entre outros⁷².

Contou com a presença de quase cinco mil participantes, entre eles estavam gestores, trabalhadores dos serviços de saúde, usuários, parlamentares, professores, na qualidade de delegados e observadores. As propostas debatidas na conferência constam no Relatório final da mesma publicado em 2008, nos quais estas propostas estão subdivididas em três eixos temáticos. São eles, a) desafios para a efetivação do direito humano a saúde no século XXI: estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; b) políticas públicas para a saúde e qualidade de vida (o SUS na seguridade social e o pacto pela saúde) e por fim; c) a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

Temos algumas propostas que, como já disse anteriormente, aborda diretamente e indiretamente questões ligadas à saúde da população LGBT, que respaldarão ações discutidas num plano de saúde específico para a referida população, que será discutido posteriormente. Tais propostas estão a baixo descritas:

Assegurar a gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (GLBTT) o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde nas três esferas de governo, inclusive na abordagem da soropositividade ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Reconhecer as temáticas que envolvam a orientação sexual e as suas consequências sobre as concepções e práticas da saúde, da inclusão de item sobre livre expressão sexual nos formulários, da inclusão dos recortes raciais, geracionais, de gênero e livre expressão sexual na política de educação permanente, da sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos deste público e da implantação de grupos de promoção à saúde da população GLBTT nas unidades de saúde e saúde da família, contemplando as especificidades regionais e a efetivação da Portaria MS/GM nº 675/2006¹².

Revogar a portaria que proíbe a doação de sangue da população GLBTT, que viola os artigos nºs 1, 2 e 5 da Constituição Federal Brasileira¹².

Garantir o acesso de gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e transgêneros (GLBTT), prostitutas e outras populações de vulnerabilidade acrescida pelo estigma e preconceito aos bens e serviços de saúde nas três esferas de governo, implementando uma Política Nacional de Saúde Integral para essas populações e proporcionando ações que assegurem os direitos de cidadania plena, o reconhecimento e aceitação à “identidade social” adotada pela pessoa, quando for o caso, e que se respeite o direito à intimidade e à individualidade¹².

Apoiar e contribuir para a aprovação do PL 122/06, que criminaliza a homofobia e a lesbofobia, considerando que essa prática de discriminação de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais pode levar ao adoecimento de milhares de pessoas vítimas dessa discriminação motivada por orientação sexual¹².

Como se pode observar nesta conferência temos de fato as bases e o horizonte para o qual a saúde e suas políticas devem rumar no sentido da inclusão e adequação dos serviços prestados pelo SUS considerando as diversidades, em especial a sexual, a fim de torná-los mais resolutivos para a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais com ações e políticas públicas que atendam as reais necessidades reconfigurando práticas em direção a redução de estigmas e discriminação.

Um dos documentos que merecem ser mencionados nesta sessão é o de Saúde da População de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, elaborado para subsidiar o debate sobre a saúde da população GLBT, apresentado junto ao Ministério da Saúde no âmbito da Conferência Nacional GLBT. Este documento visa atender às deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde, esperando que a partir da Conferência Nacional GLBT as demandas apresentadas sejam aprofundadas e que se ratifique o conjunto destas demandas, entendendo que a exigência de aplicação não se situe apenas a nível nacional (Ministério da Saúde) mais nos níveis estadual e municipal, os reais executores dos serviços de saúde⁷³.

Um aspecto importante contido na estrutura e nas reivindicações descritas neste documento é entender que o desafio da promoção da equidade para a população GLBT deve ser compreendido a partir da perspectiva das suas vulnerabilidades específicas, demandando iniciativas políticas e operacionais que

visem a proteção dos Direitos Humanos e sociais dessas populações. Nesse sentido há um consenso sobre a necessidade do combate à homofobia no SUS, entendendo que a proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero não é apenas uma questão de segurança pública, mas envolve também a atenção a outras vulnerabilidades pertencentes a esses segmentos. O combate à homofobia é uma estratégia fundamental e estruturante para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção⁷³.

Dentre as estratégias de gestão e ação contidas no documento as que mais se aproximam do objetivo deste estudo são:

Sensibilizar gestores e gerentes públicos da saúde sobre os efeitos da homofobia, lesbofobia e transfobia como elemento da vulnerabilidade, que gera obstáculos ao acesso e à promoção da equidade da população GLBT. Incluir os conteúdos relacionados à população GLBT na formação dos profissionais da saúde de nível técnico e da graduação, bem como garantir o tema nos processos de Educação Permanente em serviço dos profissionais do SUS. Fortalecer a atenção básica ampliando e garantindo o acesso à população GLBT, promovendo a integralidade e a equidade da atenção integral à saúde. Implementar e aperfeiçoar as ações de enfrentamento da epidemia de AIDS e outras DST junto à população GLBT⁷²

Em 2010, o Governo Federal lança o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), este documento consiste na atualização das diretrizes existentes nas versões anteriores e incorporação de novas a partir da observância de tratados internacionais mais recentes – sejam ligados a Organização das Nações Unidas (ONU) ou a Organização dos Estados Americanos (OEA)- como também a partir das resoluções da 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos realizada em 2008, cujo tema foi “Democracia e Direitos Humanos: superando as desigualdades” tendo como objetivo principal constituir um espaço de participação democrática para revisar e atualizar o PNDH, com o desafio de tratar de forma integrada as múltiplas dimensões dos Direitos Humanos⁷⁴.

Essa terceira versão representa mais um passo largo nesse processo histórico de consolidação das orientações para caracterizar a promoção dos Direitos Humanos no Brasil. Entre seus avanços mais expressivos, destaca-se a transversalidade de suas diretrizes, de seus objetivos estratégicos e de suas ações programáticas na perspectiva da universalidade, indivisibilidade e interdependência de direitos⁷⁴.

A fim de facilitar o debate optou-se por estruturar as discussões e o próprio documento do PNDH-3 em eixos orientadores, são eles: a) interação democrática entre Estado e Sociedade civil; b) desenvolvimento e Direitos Humanos; c) universalizar direitos em um contexto de desigualdades; d) segurança pública, acesso à justiça e combate à violência; e) educação e cultura em Direitos Humanos e f) direito a memória e a verdade.

Ao longo do documento encontram diretrizes que abarcam a população em estudo enquanto cidadãos de direitos. Dentro do objetivo estratégico “Ampliação do acesso universal a sistema de saúde de qualidade” tem-se a ação programática:

Expandir e consolidar programas de serviços básicos de saúde e de atendimento domiciliar para a população de baixa renda, com enfoque na prevenção e diagnóstico prévio de doenças e deficiências, com apoio diferenciado às pessoas idosas, indígenas, negros e comunidades quilombolas, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, crianças e adolescentes, mulheres, pescadores artesanais e população de baixa renda⁷¹.

No que diz respeito ao objetivo estratégico “Garantia do respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero” tem-se as seguintes ações programáticas:

a) Desenvolver políticas afirmativas e de promoção de uma cultura de respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero, favorecendo a visibilidade e o reconhecimento social; b) Apoiar projeto de lei que disponha sobre a união civil entre pessoas do mesmo sexo; c) Promover ações voltadas à garantia do direito de adoção por casais homoafetivos; d) Reconhecer e incluir nos sistemas de informação do serviço público todas as configurações familiares constituídas por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), com base na desconstrução da heteronormatividade; e) Desenvolver meios para garantir o uso do nome social de travestis e transexuais; f) Acrescentar campo para informações sobre a identidade de gênero dos pacientes nos prontuários do sistema de saúde; g) Fomentar a criação de redes de proteção dos Direitos Humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), principalmente a partir do apoio à implementação de Centros de Referência em Direitos Humanos de Prevenção e Combate à Homofobia¹⁶ e de núcleos de pesquisa e promoção da cidadania daquele segmento em universidades públicas e h) Realizar relatório periódico de acompanhamento das políticas contra discriminação à população LGBT, que contenha, entre outras, informações sobre inclusão no mercado de trabalho, assistência à saúde integral, número de violações registradas e apuradas, recorrências de violações, dados populacionais, de renda e conjugais⁷¹.

Ainda se referindo a orientação sexual tem-se o objetivo estratégico “Redução da violência motivada por diferenças de gênero, raça ou etnia, idade, orientação sexual e situação de vulnerabilidade” tendo como ações programáticas:

Promover campanhas educativas e pesquisas voltadas à prevenção da violência contra pessoas com deficiência, idosos, mulheres, indígenas, negros, crianças, adolescentes, lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e pessoas em situação de rua⁷¹.

Implementar ações de promoção da cidadania e Direitos Humanos das lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBT) com foco na prevenção à violência, garantindo redes integradas de atenção⁷¹.

A partir das diretrizes expostas acima se percebe que há uma mobilização em vários níveis da esfera social e governamental em direção à uma saúde integral e garantia de direitos que estão interligados e entavando ou alavancando processos de “inclusão”, assegurando equidade principalmente no que diz respeito à acesso a saúde e em especial da população LGBT e nestes incluídos o grupo dos HSH. Por este motivo após todos esses movimentos em prol da população de LGBT o Governo Federal na figura do Ministério da Saúde divulga em 2010 o documento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

O objetivo geral dessa política é promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução de desigualdades e a consolidação do SUS em seus princípios norteadores que são a universalidade, integralidade e equidade. No que diz respeito aos objetivos específicos a política apresenta em três deles uma maior contribuição no entendimento do que está se buscando com esse ensaio:

Ampliar o acesso de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e serviços com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades Oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nas DST, HIV, AIDS, hepatites virais, etc. Promover o respeito aos grupos populacionais de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em todos os serviços do SUS⁷¹.

Para responder a demandas por ações específicas para esta população, o governo do estado de Pernambuco lançou em junho de 2010, o Plano Estadual de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis, cujo objetivo é “enfrentar a epidemia do HIV/Aids e das DST entre gays, outros HSH e travestis, por meio da redução de vulnerabilidades, estabelecendo política de prevenção, promoção e atenção integral à saúde no Estado de Pernambuco, em consonância com o Programa Brasil sem Homofobia”.

Este plano foi elaborado pelo Programa Estadual de DST/Aids, em conjunto com as Coordenações Municipais de DST/Aids e o Fórum de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais de PE (Fórum LGBT/PE), com apoio da Coordenação de Hepatites Virais, Gerência de Saúde do Homem da SES, Conselho Estadual de Saúde, Gerência de Saúde do Sistema Prisional e Departamento Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (MS) em consonância com o Plano Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

3.3. VULNERABILIDADE COMO UMA ABORDAGEM BASEADA EM DIREITOS

Neste tópico, discutimos o conceito de vulnerabilidade, entendendo ser este um importante articulador de aspectos individuais, coletivos e contextuais, no que se refere à prevenção de agravos à saúde e doenças. Partiremos do posicionamento do conceito no campo da saúde pública, em suas relações com as noções de prevenção e de risco, para chegar na problematização da vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids.

Consideramos que o conceito de vulnerabilidade pode nos ser útil por incorporar aspectos psicossociais dos sujeitos e sua inter-relação com os contextos nos quais estão inseridos, considerando a rede formada a partir das relações sociais estabelecidas por estes e de que forma a coletividade se faz presente nas decisões no que diz respeito principalmente as práticas de cuidado relativos a sua saúde.

É no campo dos direitos humanos que se localiza as raízes do conceito de vulnerabilidade, a partir do olhar para grupos sociais reconhecidos por sua fragilidade no que concerne à garantia dos direitos de cidadania. Na década de 1990, tal conceito passa a ser usado no campo da saúde pública, sobretudo nas discussões que abordavam a disseminação da AIDS em diferentes países do mundo. Localizar a

inscrição do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde, a partir das discussões sobre a AIDS, parece-nos um marcador importante, uma vez que, até então o conceito de vulnerabilidade era explicativo apenas em contextos relacionados a catástrofes⁷⁵.

Dessa forma, é possível afirmar que a construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está estreitamente relacionada ao esforço de superação das práticas preventivas e de leituras sobre epidemiologia em saúde apoiadas no conceito de risco.

O período da descoberta clínica da AIDS foi marcado pelo conceito fator de risco, empregado aos grupos sociais de onde surgiram os primeiros casos – homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. As pessoas pertencentes a essas “categorias” foram destituídos de sua humanidade, enquanto expressão da diversidade, e incluídos nos assim chamados grupos de risco, sendo apresentados à sociedade como os únicos susceptíveis à doença e, conseqüentemente, tornaram-se alvo de estigmas e preconceitos, potencializando práticas de exclusão já existentes⁷⁶⁻⁷⁸.

Na primeira metade dos anos 1990, a concepção de “grupo de risco” passou a ser criticada e em substituição, emergiu a ideia de comportamento de risco, como estratégia discursiva e programática para identificar as características individuais capazes de maximizar a susceptibilidade de indivíduos. Tal concepção resultou também em mudanças na forma de comunicar sobre o agravo e de promover estratégias de prevenção, notadamente mais individualizantes e voltadas a mudanças de comportamentos. Assim, embora mais avançada e menos estigmatizante, a ideia de “comportamento de risco” ainda estava centrada na responsabilidade e proteção individuais. O olhar para construção sociocultural do risco, por sua vez, não era enfatizado, mesmo quando a AIDS assumia o status de pandemia de características diversificadas, acometendo diferentes grupos populacionais. Nessa nova ideia de comportamento de risco desloca-se a responsabilidade de um grupo populacional específico, para os comportamentos específicos que tornariam as pessoas susceptíveis a infecção^{78,79}.

A mudança de compreensão de “grupo de risco” para “comportamentos de risco” trouxe aspectos positivos e negativos para a diminuição do preconceito e favorecimento do acesso e da garantia à saúde de populações específicas. Positivos no sentido da universalização das estratégias de intervenção bem como no engajamento das pessoas independente de grupos aos quais pertença. Juntamente a

essas ações, surgem, como já foi dito anteriormente, iniciativas a fim de reduzir estigmas anteriormente gerados. Negativamente, foi possível perceber um reforço à culpabilização dos indivíduos, em detrimento de um olhar mais acolhedor, consonante com o que preconiza o SUS. Esses, passam a ser por suas mudanças comportamentais; ou seja, estes, aos serem infectados, tornavam-se culpados por não terem exercido comportamentos seguros⁷⁸.

O conceito de vulnerabilidade surge assim como uma alternativa, diante das limitações tanto das noções de risco quanto de comportamentos de risco. Segundo Mann, Trantola e Netter⁷⁶, o conceito de vulnerabilidade não apenas propõe uma substituição de termos, mas, sobretudo apresenta uma metodologia para avaliar a susceptibilidade à infecção pelo HIV e AIDS e, conseqüentemente, reconfigurar estratégias de prevenção.

Segundo os autores, o comportamento individual seria o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justificaria focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia. Deste modo, propõem uma estrutura de análise que incorpora o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social.

O primeiro refere-se à auto-avaliação, através de perguntas, para se verificar o conhecimento, os comportamentos, o status social e o acesso à informação, avaliando-se como pode ocorrer a transmissão da doença. A vulnerabilidade coletiva está relacionada à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia e a vulnerabilidade social consiste na avaliação das realidades sociais através de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas.

Na tentativa de ampliar o conceito proposto por Mann, Tarantola e Netter⁷⁶, Ayres⁷⁷, no Brasil, aponta que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. O olhar do autor busca: 1) a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, 2) do contexto social ou vulnerabilidade social e 3) do programa/estratégias institucionais de combate à doença, no caso a AIDS, ou vulnerabilidade programática.

O significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo.

Neste sentido, o indivíduo não prescinde do coletivo, nem vice-versa: há relação intrínseca entre os mesmos. Além disso, o autor propõe que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como locus de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades⁷⁷.

O conceito de vulnerabilidade, hoje incorporado ao repertório teórico-metodológico em saúde, pode ser resumido como “o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos contextuais”⁸⁰. Tais aspectos estão implicados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção.

As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados – o individual, o social e o programático ou institucional, os quais remetem às seguintes questões de ordem prática: vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições?

Conforme Ayres, França Jr., Calazans e Salletti Filho⁸⁰, os componentes da vulnerabilidade individual que tem sido pontuados pelos estudiosos do tema são, fundamentalmente, de ordem cognitiva. Estão relacionados à quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la. Por outro lado, tais componentes são também de ordem comportamental, referindo-se à capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras. Portanto, no plano individual, considera-se que a vulnerabilidade a algum agravo está relacionada, basicamente, aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças.

Neste quadro conceitual, os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são entendidos e abordados como uma decorrência imediata da ação voluntária das pessoas, mas estão relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais, nas quais os comportamentos ocorrem. Considera-se ainda o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e o efetivo poder que podem exercer para transformá-los.

O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, as possibilidades de metabolizá-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana. Condições estas que estão diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens, dentre outras, que precisam então ser incorporadas às análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos aos quais elas dão sustentação⁸⁰.

Assim, essa perspectiva de vulnerabilidade pode ser apreendida como um reflexo das condições de bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão. Dessa forma a dimensão social busca exatamente focar os aspectos contextuais que conformam vulnerabilidades individuais, valendo-se de aspectos como as relações de gênero, raça, classe social bem como religião e religiosidade⁷⁸.

O componente institucional ou programático da vulnerabilidade conecta os componentes individual e social. Envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, os quais são importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e otimizar seu uso.

Já o componente programático nos orienta a situar as dimensões educativas para além do caráter normativo e centrado no objeto, levando-nos a articular as intervenções em saúde e as ações programáticas e, principalmente, a repensar o cuidado em saúde enquanto encontro de sujeitos. Nesse encontro de sujeitos é extremamente importante levar em consideração elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento, articulando "a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço". Desse modo, considera-se na análise dos estudos o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização dos serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com o profissional, o acolhimento do usuário pelo serviço, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde⁸⁰.

Articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas. Com essa afirmação, Ayres⁸⁰, explicitam a necessidade de um raciocínio sistemático anterior à ação, que caracterize as desigualdades sociais, geracionais, raciais, étnicas e de gênero para que ocorra uma análise crítica das situações discriminatórias desencadeadas por elas. Cada um desses planos pode ser tomado como referência para interpretar-se também outros agravos, além da AIDS. Essa abordagem pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que parecem úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade⁸¹.

A fim de atualizar o quadro conceitual da vulnerabilidade Mann⁷⁶, numa segunda versão a cerca deste quadro optaram por articular esse conceito ao quadro dos Direitos Humanos, tomando-o de forma mais positiva que na edição anterior, incluindo-o como recurso para avaliar situações de vulnerabilidade e instruir ações para a sua redução⁸².

No Brasil quando se decidiu por articular o quadro da vulnerabilidade aos direitos humanos buscaram-se novas bases epistemológicas e técnicas tentando propostas de reconstrução das práticas de saúde, tornando sua ação menos enquanto um mecanismo de avaliação epidemiológica e uma ponte entre os campos da saúde e do direito, embora o sendo também, e mais enquanto uma construção e legitimação de diversificadas formas de pensar e agir no campo da saúde o que se diferenciou do realizado nos Estados Unidos. Visou-se superar a divisão dos determinantes contextuais na explicação de vulnerabilidades, trabalhando com a ideia de “totalidades compreensivas” considerando os significados dos diversos aspectos individuais, sociais e programáticos implicados na exposição à infecção e adoecimento de forma conjunta, ou seja, na inter-relação dos componentes constituintes do quadro de vulnerabilidade e direitos humanos⁸².

No que diz respeito às dimensões deste quadro há uma necessidade de quebra da dicotomização na análise entre individual e coletivo muito presente no modelo apresentado no início da utilização do quadro da vulnerabilidade por seus precursores. No sentido de avançar no entendimento das dimensões e do movimento de ruptura das dicotomias deve-se trabalhar:

O individual sempre como contextos de interação, isto é, como identidade pessoal permanentemente construída nas interações eu-outro; o social já sempre como contextos de interação, isto é, como espaços de experiência concreta da intersubjetividade, atravessados por normatividades e poderes sociais baseados na organização política, estrutura econômica, tradições culturais, crenças religiosas, relações de gênero, relações raciais, relações geracionais etc; o programático já sempre como formas institucionalizadas de interação, isto é, como conjunto de políticas, serviços e ações organizadas e disponibilizadas em conformidade com os processos políticos dos diversos contextos sociais, segundo os padrões de cidadania efetivamente operantes⁷⁸.

Neste sentido o horizonte, o norteador das análises em vulnerabilidade e direitos humanos deixa de ser bem menos identitário, do âmbito do ser homem, nego, homossexual, adolescente, pobre, e bem mais nas relações sociais, base dos contextos de vulnerabilidade e de negligência ou violação dos direitos humanos são elas as relações de gênero, de raça, socioeconômicas entre outras⁸².

O que levou os estudiosos da vulnerabilidade a utilizar os direitos humanos em conjunto com as políticas e programas em saúde foi considerar que estes devem ter ciência e respeitar normas e padrões dos direitos humanos, entendendo que o desrespeito a esses direitos constitui um obstáculo à efetividade dessas políticas e programas de saúde pública. Nesse trabalho com saúde pública aprendeu-se que a atenção explícita aos direitos humanos mostra não só quem está ou não em desvantagem, mas também se uma determinada disparidade decorre de uma injustiça. Por este motivo, atualmente os direitos humanos são concebidos de modo a oferecer uma estrutura para ação e planejamento assim como argumentos fortes e convincentes no que diz respeito à responsabilidade do governo no que diz respeito não só a substituição de serviços, mas na criação de condições que se oponham a perpetuação de privação, marginalização e discriminação⁸³.

A incorporação dos direitos humanos nas práticas de saúde deu origem às abordagens de saúde baseadas em direitos, que são aplicadas com o objetivo de alcançar coerência ao atender necessidades de saúde individuais e coletivas, mas também busca avançar na promoção e proteção dos direitos humanos. Sendo assim o quadro da vulnerabilidade é uma dessas abordagens por focar nas ações e nas responsabilidades inculcadas aos governos e aos programas públicos de saúde, nesse sentido ao trabalhar com sujeitos de direitos, cabe a estas instituições e ações

garantir que esses direitos sejam respeitados proporcionando acesso aos serviços de saúde não discriminatórios e integrais bem como acesso aos insumos relacionados a prevenção de saúde, levando em consideração também as condições dos sujeitos usuários dos serviços e cobertos pelas ações dos programas de saúde. Afinal sabe-se que pessoas e grupos sociais que não tem seus direitos garantidos e/ou negligenciados possuem piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte, dessa forma acabam por apresentar uma maior vulnerabilidade aos agravos e principalmente ao HIV e a AIDS⁷⁸.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória por entender que a mesma adquire uma sensibilidade contextual, ao analisar em profundidade uma situação específica, procurando desvendar suas particularidades, para melhor entender o contexto social.

Segundo Minayo⁸⁴, esse tipo de abordagem, além de permitir revelar processos sociais ainda pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Desta forma, a pesquisa qualitativa proporciona um aprofundamento nas ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo.

4.1 LOCAL DE ESTUDO

O local escolhido para realização da pesquisa foi a cidade do Recife, por se tratar de um dos municípios contemplados para implementação da pesquisa nacional intitulada “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS”. Para isto, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a política LGBT implementada; ter mais de 50 mil habitantes; equipe das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) completa com cadastro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES e equipe da UBSF que há pelo menos um ano conta com a mesma composição de trabalhadores.

A cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, situada na região nordeste do país, é a quarta capital em brasileira na hierarquia da gestão federal e nona mais populosa, com uma população de 1.537.704 habitantes, de acordo com o censo demográfico de 2010⁸⁵. A cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA). Cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário de Saúde.

Em 2014, o modelo de governança foi reestruturado com objetivo de qualificar áreas estratégicas e garantir a presença da gestão no território e com isso, foi decidido repensar a divisão político administrativa da saúde criando-se dois novos

distritos sanitários a partir da divisão dos dois distritos mais populosos, resultando em oito distritos sanitários.

O Recife é o mais importante pólo médico do Norte/Nordeste e o segundo mais importante do Brasil, possuindo uma complexa rede de serviços no setor público, com 118 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 13 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e 5 policlínicas 24h, 121 Unidades Saúde da Família e 257 Equipes Saúde da Família, distribuídas nos Distritos Sanitários de Saúde.

Além disso, Recife possui o Centro Municipal de Referência em Cidadania LGBT, que funciona como articulador de uma rede de proteção e garantia de direitos à população LGBT, minimizando as vulnerabilidades a que este público está submetido. É o primeiro município do Estado a contar com serviços e atendimento específicos para vítimas de discriminação e violência com base na orientação sexual e/ou identidade de gênero.

4.2 AMOSTRA

Considerando que a fala tem significado direto, literal e explícito, deu-se voz a população de homens gays, bissexuais e trans e aos profissionais da equipe mínima das Unidades Básicas que operam na lógica organizativa da Estratégia Saúde da Família (ESF), como profissional da medicina, profissional da enfermagem, Agentes comunitários de Saúde (ACS). Nas Unidades Saúde da Família (USF) que possuíam profissional da odontologia, este também foi sujeito da pesquisa.

4.3 COLETA DE DADOS

4.3.1 Entrevistas

A primeira etapa da pesquisa foi realizada através de entrevistas individuais áudio gravadas com os profissionais da saúde. Para auxiliar na entrevista com a equipe multiprofissional e os ACS das Unidades Saúde da família, o pesquisador utilizou um questionário semiestruturado (ANEXO C), subdividido em 5 blocos: a) papel da USF na rede de atenção do município; b) a USF e o atendimento a população LGBT; c) a organização e qualidade da atenção à saúde da população LGBT; d) a política de saúde integral LGBT; e) outros. Cada entrevista teve uma duração média

de 30 minutos e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

4.3.2 Grupo Focal

A segunda etapa da pesquisa foi constituída pela realização dos Grupos Focais (GF). Essa técnica foi utilizada nessa fase, porque o debate entre as participantes favorece a uma ampla problematização sobre o tema da pesquisa, com um nível de reflexão que outras técnicas não conseguem alcançar. Além disso, facilita a formação de ideias novas e originais e funciona como um estimulador para geração das respostas pertinentes à questão sobre investigação.

Participaram, voluntariamente, dos GF homens gays, bissexuais e trans da cidade do Recife que foram convidados através da articulação com representantes da militância, de amigos dos integrantes da equipe e dos cartazes do projeto de pesquisa distribuídos nas Unidades de Saúde da Família, sendo sempre reforçados pelos profissionais dessas unidades.

A definição dos membros que fizeram parte do Grupo Focal foi considerada tarefa relevante uma vez que implica na capacidade de contribuição com os objetivos da pesquisa. A amostra foi intencional e os critérios de inclusão foram: identidade de gênero mulher transexual ou travesti; ou orientação sexual lésbica; frequentar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os Grupos foram separados de acordo com a Identidade de Gênero e a Orientação Sexual. Cada GF foi formado, em média, por 5 a 7 integrantes. Foram realizados dois grupos focais com lésbicas e dois com mulheres transexuais e travestis, com duração de 60 a 90 minutos.

O pesquisador foi a moderadora nos GF, desempenhando o papel de facilitar o debate, cultivando a empatia dos participantes, conduzindo o grupo nas discussões com entusiasmo e propiciando um ambiente adequado para desvelar diferentes percepções e pontos de vista.

Para ajudar o pesquisador na condução dos GF, um bolsista de pós-graduação foi o observador, que é essencial nessa técnica, para analisar a rede de interações presentes durante o processo grupal, apontando as reações do moderador com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações.

O observador teve uma posição menos ativa, restringindo-se ao registro de comunicações não-verbais, linguagem, atitudes preocupações e ordem de respostas que foram consideradas importantes. Ele manteve a atenção constante durante o trabalho de grupo na aparelhagem audiovisual e auxiliando o moderador na condução do grupo. Com habilidade fazia tanto a análise quanto a síntese das discussões do grupo e quando necessário fazia intervenções verbais para esclarecimento de algumas falas e mesmo para ajudar o coordenador na manutenção dos temas.

4.3.2 1 Execução dos Grupos focais

O local para realização das sessões foi um local neutro, isto é, fora do ambiente de trabalho e/ou convívio dos participantes, de fácil acesso, acolhedor e que assegurou a privacidade dos participantes, evitando-se espaços que pudessem trazer conflitos ideológicos, religiosos e culturais. A sala era confortável, com um clima agradável, livre de ruídos, possibilitando a captação das falas, sem “muitas” interferências.

A distribuição dos participantes na sala foi no formato de círculo para favorecer a interação entre eles. Esta distribuição foi com o intuito de promover um bom contato visual entre os participantes e a interação face-a-face, evitando-se assentos com ideia de prestígio. Para tanto, foram dispostos assentos em número suficiente para todos, com cadeiras não fixas para permitir um rearranjo que favorecesse a comunicação em grupo e a captação das falas pelos recursos tecnológicos. Por isso, foi importante propiciar um ambiente em que os participantes se sentissem confortáveis e seguros para exporem suas reais percepções.

Em cada sessão foram utilizados dois gravadores de voz com autonomia de mais de 120 minutos para gravação. Os gravadores foram distribuídos na sala em contra posição e a localização foi dimensionada considerando-se a disposição dos participantes no grupo, para com isto, garantir a gravação das falas de todos os participantes. Pelas características dos sujeitos foi feita a opção somente pelo gravador por acreditar que recursos de filmagem ou a presença de espelhos pudessem interferir na espontaneidade dos participantes, ou mesmo expor à constrangimentos.

Um instrumento importante para execução do Grupo Focal é o guia de temas (anexo 3), pois ele é composto por uma lista de temas e questões qualitativas e

abrangentes, que favoreçam a discussão, servindo de roteiro para o moderador, facilitando a condução do trabalho grupal ao encontro dos objetivos da pesquisa.

A sessão foi organizada com as seguintes atividades: preparação, apresentação, aquecimento inespecífico, aquecimento específico, desenvolvimento, encerramento do grupo e socialização com degustação. Todas as atividades tinham definição de tempo. A preparação foi exatamente arrumar o ambiente para o recebimento dos convidados, separando e organizando o material no local para que ocorresse a assinatura do TCLE e o preenchimento do questionário sociodemográfico, com intuito de conhecer esse perfil dos usuários. Já a apresentação, com um tempo médio de 15 minutos, foi o momento de nos apresentarmos, agradecer a presença de todos os participantes, distribuir os crachás, fazer uma breve introdução do tema, apresentação dos objetivos do trabalho, explicação sobre o uso do gravador, da técnica de grupo focal e das questões éticas.

O aquecimento inespecífico foi o momento de apresentação dos participantes e o tempo reservado para esse momento foi de aproximadamente 5 minutos e o aquecimento específico teve duração de 10 minutos e foi marcado por questões sobre o serviço de saúde. O desenvolvimento se deu com base num texto reflexivo presente no guia temático e com um tempo de 30 minutos destinado a essa atividade. De acordo com a complexidade de cada tópico a ser discutido, esse tempo foi ampliado.

No encerramento o coordenador realizou síntese do trabalho do grupo e fez esclarecimentos a respeito de questões abordadas pelo grupo na perspectiva ética, posicionamento da equipe em relação a alguns assuntos e esclarecimento sobre informações contraditórias. Na fase final ocorreu o momento de socialização com degustação de lanche.

Ao final de cada GF houve a transcrição imediata da discussão pelo moderador do grupo, juntamente com as anotações realizadas pelo observador dos mesmos.

4.3.2.2 Preparação da Equipe

A preparação da equipe é essencial para a qualidade do trabalho, assim a qualificação do coordenador e da equipe de apoio para realização da técnica ocorreu durante o desenvolvimento da pesquisa de campo. Os membros da equipe foram capacitados a partir de leituras, simulações de casos envolvendo erros mais frequentes e graves nos grupos focais e discussões para dirimir dúvidas. O

treinamento da equipe aconteceu nas dependências da Fundação Oswaldo Cruz - Pernambuco no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) com a presença da Prof^a visitante Dr^a Flávia do BonSUcessoTeixeira, da faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Esta etapa serviu para aprofundar e uniformizar o conhecimento da equipe.

Considerando a importância da interação da equipe para este trabalho, foram realizadas algumas reuniões de preparação da técnica, com discussão do guia temático, o objeto e os objetivos da pesquisa e a forma de condução da sessão. Caso algum dos participantes do grupo de pesquisa demonstre inabilidade para este tipo de trabalho, este não participava do grupo focal, ficando apenas na parte pré-grupo focal com o preenchimento do questionário sociodemográfico e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao mesmo tempo em que cada componente é considerado individualmente, existe também uma interdependência e um compartilhar de tensão que deve ser cuidadosamente balanceada para otimizar o resultado do grupo focal.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Os dados sócio demográficos foram analisados através de estatística descritiva, realizadas a partir do Software SPSS versão 18. Enquanto que as entrevistas dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços de saúde foram categorizadas a partir do software MAXQDA 20. Análise das categorias foi realizada tomando como horizonte epistemológico o Construcionismo Social e como referencial teórico-metodológico o estudo sobre as práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano.

Uma pesquisa construcionista em psicologia social se ocupa dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam e dão sentido ao mundo. Inspirada no referencial construcionista Mary Jane Spink⁸⁶ apresenta no livro “Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano” os pressupostos que subsidiam a análise das práticas discursivas em psicologia social, focalizando a produção de sentidos no cotidiano.

Para Spink e Medrado⁸⁷, sentido é entendido como uma construção social e um empreendimento interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a

partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. Produzir sentidos então é concebido como um fenômeno sociolingüístico que sustenta as práticas sociais. Sentido deixa portanto de ser um artefato e passa a se constituir como o resultado de um fluido processo de interanimação dialógica.

Nessa abordagem, as análises interessam-se pelos momentos de ressignificações, de rupturas, de produção de sentidos, nos momentos ativos do uso da linguagem e nas maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações sociais cotidianas. O foco da análise é buscar as interfaces entre os aspectos performativos da linguagem e as condições de produção a partir do contexto social, histórico e interacional. Para isso, há o pressuposto que a linguagem é ação e produz conseqüências, pois se entende que a pessoa em processos interacionais, produz um jogo de posicionamentos com seus interlocutores.

Spink e Medrado⁸⁷, a partir de Potter e Wetherell⁸⁸, definem os *repertórios discursivos* como dispositivos que utilizamos para construir versões das ações, eventos e outros fenômenos que estão a nossa volta. Eles estão presentes numa variedade de produções lingüísticas e atuam com substrato para uma argumentação e é por meio deles que podemos entender a estabilidade, a dinâmica e a variabilidade das produções lingüísticas humanas.

Spink e Medrado⁸⁷ estão interessados em identificar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo elas próprias. O objetivo não é o estudo das estruturas sociais nem dos processos mentais, e sim, a compreensão das ações e práticas sociais e dos sistemas de significação que dão sentido ao mundo. Outra marca dessa abordagem é seu compromisso político através de seus estudos que busca promover uma ação transformadora do social. Assim, na análise das práticas discursivas coloca-se em evidência e questiona-se os processos sociais, os quais, por meio da linguagem, institucionalizam e naturalizam fenômenos não naturalizáveis.

As práticas discursivas são constituídas por três elementos: “a dinâmica (que são os enunciados, orientados por vozes), as formas ou *speech genres* (que, para Bakhtin, são formas mais ou menos fixas de enunciados) e os conteúdos, os repertórios lingüísticos”²⁶. Diferentemente das representações sociais, ao trabalhar com práticas discursivas, a pesquisadora não está procurando as estruturas dos conteúdos, mas parte “do pressuposto que esses conteúdos associam-se de uma

forma em determinados contextos, e de outras formas em outros contextos.”²⁶, pois os sentidos são variáveis a partir de cada micro ou macro espaços.

Os repertórios interpretativos, que são o foco desse trabalho, podem ser entendidos como unidades de construção (termos e descrições) que são contextualizados. Esse conceito é importante para entendermos a polissemia como característica da linguagem. Os repertórios interpretativos, segundo Benedito Medrado⁸⁹ tem o objetivo de “entender como se organizam os fenômenos da ordem psicossocial, tais como atitudes, crenças, atribuições e comportamentos”⁸⁹, mas não tem a pretensão de querer afirmar que as mesmas pessoas produziram os mesmos repertórios em ocasiões diferentes, ou seja, não há aqui a intenção de generalização (o uso da linguagem é priorizada em detrimento da estrutura).

Como dito anteriormente, os repertórios fazem parte das práticas discursivas “(assim como os enunciados e os gêneros de linguagem), colaborando na produção de sentidos a respeito de determinado assunto”⁹⁰. Os repertórios interpretativos podem ser entendidos como unidades de construção (termos e descrições) que são contextualizados. Esse conceito é importante para entendermos a polissemia como característica da linguagem.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

Nesse estudo os aspectos éticos foram contemplados em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº466/12 para pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012). Procurou-se o contato mais próximo com as usuárias do serviço e com os/as profissionais, para estabelecer uma relação de confiança e respeito.

Por se tratar de um estudo unicêntrico, nacional, contemplando as cinco regiões do país, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, o qual foi apreciado e aprovado sob Parecer 652.643/14 (Anexo D). Após a aprovação do projeto, foi feito contato com a Secretaria Municipal de Saúde do Recife, que aprovou a execução da pesquisa conforme a carta de anuência (Anexo E) e posteriormente, com os(as) gerentes das Unidades Básicas de Saúde, que participaram da pesquisa.

Todos os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da mesma de

livre e espontânea vontade, mediante a assinatura do TCLE, documento no qual constam todas as informações necessárias sobre a pesquisa e seus objetivos, de forma simples e clara, para que os mesmos decidissem sobre sua participação ou não. Os sujeitos poderiam deixar de participar em qualquer momento que desejasse, sem nenhum tipo de risco ou prejuízo decorrentes desta decisão.

Em todo material não houve nenhum campo de identificação das pessoas envolvidas. Foi solicitada autorização das participantes da pesquisa para gravação de áudio durante as entrevistas. Caso a participante não se sentisse confortável o recurso de áudio seria suspenso e a oficina continuaria apenas com anotações. Em razão do objetivo do trabalho de identificar os sentidos coletivos produzidos pelos diferentes sujeitos no grupo, não apresentaremos as colaboradoras dessa pesquisa. Os fragmentos das falas serão acompanhados apenas por nomes fictícios cuja primeira letra está relacionada aos indicadores de identidade de gênero e/ou orientação sexual, com o objetivo de resguardar em sigilo suas identidades.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Serão apresentados a partir de agora, os resultados encontrados a partir da análise dos discursos de nossos interlocutores, bem como as discussões suscitadas a partir dos conteúdos que emergiram, mediante a aplicação das entrevistas e dos grupos focais.

5.1 APRESENTANDO OS INTERLOCUTORES DO ESTUDO

Nesta seção apresentaremos os interlocutores, ou seja, os profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família, bem como os usuários dos serviços e suas características sociodemográficas.

5.1.1 Profissionais de saúde da Unidades de Saúde da Família

Participaram do estudo 60 profissionais de saúde (10 médicos, 10 dentistas, 10 enfermeiros e 30 agentes comunitários de saúde), com média de idade de 47 anos, com idades variando de 25 a 67 anos. O tempo médio de exercício na função na unidade de saúde foi de 12 anos. 30 deles afirmaram já ter exercido atividade em outra unidade. A respeito dos profissionais que possuem uma formação superior (Graduação) estão formados em média há 20 anos, 31 deles possuem especialização, dentre as áreas de especialização estão a Saúde Coletiva (9) e Saúde da Família (16).

5.1.2 Usuários dos serviços de saúde

Participaram deste estudo 29 homens gays/bissexuais e 13 homens trans, as médias de idade foram de 23 e 27 anos respectivamente. Dentre os homens gays/bissexuais 20 deles disseram fazer parte do segmento gays, 8 bissexuais e um deles disse ser trans, no que diz respeito aos homens trans, 12 deles se consideram pertencentes ao segmentos trans e um deles disse fazer parte de um segmento que não estava entre os citados. Quanto a identidade de gênero, todos se identificaram com pertencentes ao gênero masculino (homem). No que se refere a orientação sexual, no grupo de homens trans 12 deles são heterossexuais e apenas 1 de descreveu como de orientação sexual gay. Como podemos observar na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da sexualidade e do gênero dos participantes do estudo em Recife, 2015

| | Gays e Bissexuais (N=29) Média de Idade = 23 anos N | Homens Trans (N=13) Média de Idade = 27 N |
|-----------------------------|--|--|
| Segmento LGBT | | |
| Gay | 21 | - |
| Bissexual | 8 | - |
| Trans | - | 12 |
| Outro | - | 1 |
| Identidade de Gênero | | |
| Mulher | - | - |
| Homem | 29 | 13 |
| Orientação Sexual | | |
| Gay | 21 | 1 |
| Bissexual | 8 | - |
| Trans | - | - |
| Heterossexual | - | 12 |
| Total | 29 | 13 |

Fonte: O Autor

No que diz respeito ao perfil socioeconômico dos participantes, entre os homens gays/bissexuais a maioria, 25, afirmaram ser pretos e pardos, a maioria está solteira (21), cursando o ensino médio (20), afirma não seguir nenhuma religião (11) e com renda variando de R\$ 466,00 – R\$ 1.395,00 (19). Enquanto que entre os homens trans 5 deles consideram-se brancos e outros 5, pretos e pardos, 7 deles estão solteiros, 7 deles estão cursando o ensino médio, a maioria disse não seguir nenhuma religião (6), 5 deles com renda entre R\$ 466,00 – R\$ 930,00.

Tabela 2 - Perfil socioeconômico dos participantes do estudo em Recife, 2015

| | Gays e Bissexuais (N=29) Média de Idade = 23 anos N | Homens Trans (N=13) Média de Idade = 27 N |
|-----------------------|--|--|
| Raça | | |
| Preto | 8 | 2 |
| Branco | 4 | 5 |
| Pardo | 17 | 3 |
| Amarelo | - | 1 |
| Outro | - | 2 |
| Estado Civil | | |
| Casado | 2 | 3 |
| União estável | 4 | 3 |
| Divorciado | - | - |
| Solteiro | 21 | 7 |
| Mora junto | 2 | - |
| Escolaridade | | |
| Fundamental | 3 | - |
| Médio | 20 | 7 |
| Superior | 5 | 6 |
| Especialização | 1 | - |
| Religião | | |
| Afro-brasileira | 5 | 1 |
| Católica | 8 | - |
| Espírita | 3 | 3 |
| Protestante | 2 | 2 |
| Nenhuma | 11 | 6 |
| Outra | - | 1 |
| Renda (RS) | | |
| Até 465,00 | 5 | |
| De 466,00 - 930,00 | 10 | 5 |
| De 931,00 - 1395,00 | 9 | 3 |
| De 1936,00 - 1860,00 | 2 | - |
| De 1861,00 - 2.790,00 | - | 1 |
| +2791,00 | - | - |
| Nenhuma | 3 | 4 |
| Total | 29 | 13 |

Fonte: O autor

Quanto a participação em movimento social, uso de serviços de saúde suplementar e vínculo com a UBS, como pode ser observado na tabela 3, a maioria dos homens gays/bissexuais disse não participar de movimentos sociais (20), também não faz uso de serviço de saúde suplementar (19) em decorrência disso possuem vínculo com a UBS (16). Enquanto que os homens trans, 7 deles dizem não participar de movimentos sociais, 7 deles não fazem uso de serviços suplementares de saúde e 11 afirmaram não possuir vínculo com a UBS.

Tabela 3 - Caracterização da participação no Movimento Social, uso da saúde suplementar e vínculo com a Unidade Básica de Saúde dos participantes do estudo em Recife, 2015.

| | | Gays e Bissexuais (N=29) Média de Idade = 23 anos N | Homens Trans (N=13) Média de Idade = 27 N |
|------------------------------|-----|--|--|
| Part. Mov. Social | | | |
| | Sim | 9 | 6 |
| | Não | 20 | 7 |
| Uso Saúde Suplementar | | | |
| | Sim | 10 | 6 |
| | Não | 19 | 7 |
| Vínculo UBS | | | |
| | Sim | 16 | 2 |
| | Não | 13 | 11 |
| Total | | 29 | 13 |

Fonte: O autor

5.2 TECENDO UMA DISCUSSÃO

Considerando o contexto em que as informações para esta pesquisa foram produzidas, conforme aqui apresentado, discutiremos a seguir alguns resultados obtidos a partir da análise proposta no capítulo anterior, tendo como corpus empírico as produções discursivas geradas nas entrevistas com os profissionais e nos grupos focais com os usuários dos serviços de saúde que se identificam como gays, bissexuais ou homens trans, denominados, ao longo desta tese, de homens GBT.

Seguindo orientação para análise das Práticas discursivas proposta por Medrado⁸⁹, identificamos em nosso material quatro linhas de análise que se configuram em grandes repertórios discursivos:

- 1) Sentidos de masculinidade e o “jeito de gay”;
- 2) Condições de saúde de homens GBT;
- 3) Atendimento: do geral ao particular;
- 4) Vulnerabilidade de homens GBT.

A fim de garantir o sigilo e a não identificação dos profissionais de saúde e dos usuários, optamos por codificar os enunciados. Utilizamos para os profissionais de saúde as iniciais de acordo com a função/profissão exercida na Unidade Básica de Saúde - MED (médicos), DEN (dentistas), ENF (enfermeiros) e ACS (agentes comunitários de saúde) – seguido da numeração referente a sua entrevista.

5.2.1 Sentidos de masculinidade e o “jeito de gay”

Nesse eixo analítico, buscamos, a partir da análise dos enunciados produzidos entre os participantes da pesquisa, identificar possíveis repertórios sobre masculinidade, compreendendo que masculinidades são construções históricas, relacionais e simbólicas⁶.

Para facilitar uma melhor compreensão desses repertórios, organizamos esta apresentação, inicialmente a partir dos diálogos com os profissionais de saúde e, depois, com os usuários dos serviços de saúde.

5.2.1.1 Profissionais de Saúde das Unidades de Saúde da Família

Nas produções discursivas dos profissionais da Unidade de Saúde da Família identificamos enunciados que remeteram a como estes produzem sentidos sobre essas pessoas com identidade de gênero masculina, homens GBT. Para dar início trazemos dois trechos que apresentam uma forma mais global de significar esses homens: “De igual para igual. E, como eu disse, eles estão preparados pra tratar de igual. Agora, assim. Por exemplo, chega um gay ele vai tratar ele [como] homem. Não vão tratar ele, sexualmente, na posição dele. Tá entendendo? (ACS30)” e “A gente tem o grupo de idosos, de hipertensos, de alimentação saudável, grupo de gestantes, um grupo de homens. Veja como mudou, GRUPO DE HOMEM [ênfatizando]; só o

nome do grupo, afasta eles (ACS1)”. Parece que os entrevistados, agenciam possibilidades distintas de referir os homens, mas não entendem a condição masculina como específica. Suas especificidades estão marcadas por recortes de orientação sexual, condição de vida reprodutiva, idade etc.

Além disso, nas entrevistas, há uma nítida distinção entre ser homens e ser gay, bissexual ou transsexual (GBT). Pensando na questão relacional de gênero, vemos a influência da matriz hetero-cis-patriarcal na conformação das masculinidades em nossa sociedade a partir do momento em que os homens GBT não são reconhecidos como homens (de verdade) no que diz respeito aos grupos.

Subjaz nesse sistema de sexo-gênero, a construção dos lugares sexuais e de gênero, em que se espera dos homens que sejam fortes, provedores, não sensíveis e terem relações sexuais apenas com mulheres, seja pelo seu prazer (quase sempre referido como insaciável) seja para fins de procriação, enquanto se vincula as mulheres à maternidade, sensibilidade e a passividade^{91,92}.

É neste contexto que surgem as categorias sexuais, dentro da sociedade patriarcal, pois o entendimento do ser homem, não está apenas em opor-se a mulher, mas no contraste entre o machão (aquele que supostamente reproduz as expectativas culturais), o “corno” (aquele que, do ponto de vista das práticas heterossexuais, não satisfaz sua parceira) e o “viado” (que não responde às expectativas de uma masculinidade viril, seja em práticas ou performances). A figura do machão unida à figura do pai constitui o modelo “ideal” de masculinidade, enquanto ao viado, por associação a características consideradas femininas, como a passividade, reserva-se a abjeção e a discriminação^{13,14}.

As performances de gênero são também referidas pelos entrevistados, especialmente quando aludem repertórios que apontam para uma identificação/diferenciação desses homens a partir do modo como se apresentam: “A gente percebe pelo comportamento e em alguns casos é auto declarado. Se não for algum desses casos não tem como perceber” (DEN1) e “Acho que mais pelo...assim eu não diria nem aparência acho que mais o modo de se expressar” (ACS18).

Essa linha performativa assume um aspecto de “jeito”, como se fosse algo específico dessa população, que é esperado, faz parte do estereótipo produzido socialmente, no qual espera-se desses homens que expressem maneirismos e posturas de gênero consideradas “afeminadas”, contrárias ao que se espera das condutas consideradas masculinas^{13,93}. Observamos isso nos enunciados abaixo,

quando fazem referência aquilo que nomeiam como “jeito” ou “comportamento”. Como no recorte de fala “A gente vai reconhecendo, através do jeito deles, né? Do jeito, da. Como é o nome, Jesus?, comportamento, através do comportamento. O jeito deles conversar que é diferente” (ACS20).

O pessoal fala, é assim mesmo sendo aquele, aquela, esqueci a palavra agora, aquele negócio fixo da gente ver os trejeitos, tal, ai sempre tem uma pessoa que vai dizer ah não, aquele cara ali é gay ou então, mulher eu nunca vi não, agora homem chama mais atenção (MED5)

No entanto, esse “jeito”, pré-definido que parece “subentender” o sujeito, também está associado a uma imagem formada no imaginário social, intimamente ligada aos veículos de mídia, com imagens que “traduzem” e/ou fabricam noções de vestuário, corpos, formas de se relacionar que compõem o estereótipo de homens gays em sua maioria⁹⁴. Esse tipo de associação, por vezes é referida pelos nossos entrevistados como desnecessária ou não deve tornar-se objeto de diálogo ou negociação, quando afirmam que

Eu acho que é uma coisa que não precisa ser dita, uma quando uma coisa que precisa ter sensibilidade pra saber. E eu acho que eu tenho essa sensibilidade, né? Você percebe, não é pela... Pelo estereótipo, mas quando você conversa com o paciente, necessariamente, você não tem que dizer a sua opção e nem a sua escolha sexual, né. Mais alguns pacientes você identifica (MED2)

Porém, para outros entrevistados, essa associação não é evidente, mas óbvia, quando afirmam que: “Só em olhar pra pessoa e conversar com a pessoa a gente já sabe” (ACS3); “Às vezes só de olhar o paciente fisicamente você já sabe que ele faz parte daquele grupo” (DEN5); “A maneira de falar, de se relacionar, não somente a questão da veste né? Pois isso ai hoje independe, mas ai pela característica, pela maneira de falar ai eles chegam e dizem mesmo” (ACS28); “Assim pelo jeito, pela aparência assim que as aparências a gente também identifica e... assim pelo jeito deles ser popular porque essas pessoas são muito populares” (ACS17).

Na mesma medida que identificamos nos repertórios dos profissionais aspectos relacionados a estereótipos, a identificação mediante características consideradas exclusivas e/ou marcantes do grupo. Percebe-se também que a preocupação com o “assumir-se”, “sair do armário” como recorrente em seus discursos. Uma das entrevistadas, por exemplo, disse que “identifica, mas as vezes eles não assumem e

a gente também não pode...isso é mantido em sigilo” (ACS1). Bem como no seguinte trecho: “Na verdade não tem só um, a gente tem alguns, alguns assumidos e outros que a gente percebe embora não sejam assumidos, alguns que a gente infelizmente ouviu comentários” (MED7).

Nas entrevistas realizadas, os profissionais relatam dificuldades dos usuários em “se assumir”, porém isso não é uma máxima, pelo contrário em outros enunciados observamos a questão de “sair do armário” para os profissionais como algo natural feito pelos homens gays, principalmente. Lembrando também que a questão de “sair do armário” é algo colocado e relacionado aos homens gays considerados afeminados, aqueles que notadamente possuem, aos olhos dos profissionais de saúde, alguma performance destoante do esperado para uma performance masculina. Esse processo, é denominado por Rogério Junqueira⁹⁵, enquanto processos heteronormativos de construção dos sujeitos masculinos, aos quais os meninos e/ou rapazes devem se afastar de forma veemente de aspectos relacionados ao feminino ou a homossexualidade. O referido autor pontua ainda que essa exigência se traduz numa pedagogia do armário que conforma heterossexismos e homofobia, praticada em ambiente escolar, em sua maioria, funcionando de forma camuflada ou explícita as injúrias, insultos e jogos de poder que se tornam marcadores corporais e psicológicos. Repercutindo nas formas pelas quais esses meninos/rapazes se relacionam com o mundo, cabendo a estes permanecer em “armários” que os retiram desse lugar de dissonância da heterossexualidade.

Porque alguns dizem, eles chegam a dizer que são homossexuais, eles dizem pra gente, mas também a para a população, mas a maioria são pessoas orientadas, com a mente aberta, mas eles tem dificuldade em procurar no bairro que moram, eu não sei, talvez pelo fato dos olhares de outras pessoas, aí eles terminam procurando fora (DEN8)

Tem pacientes que eles conseguem externar tranquilamente a forma deles se expressar, outros casos como temos Agentes de Saúde eles acabam falando quem é e quem não é simpatizante, tanto pelo visual, tanto pelo Agente de saúde ou pelo próprio paciente (DEN7)

No entanto, o exercício de “sair (ou não) do armário” e/ou assumir-se para o profissional de saúde, neste caso geralmente o profissional médico, está relacionado ao que Ramon Reis⁹³ considera como um dispositivo de regulação social, ou seja, o movimento de visibilizar ou invisibilizar o fato de serem homens GBT está relacionado a como estes homens acreditem que serão melhor atendidos/recebidos nos serviços

de saúde. Podemos observar em alguns trechos de fala como “Se ele que é muitas vezes a gente percebe ou ele espontaneamente falam, fora... acredito que tem alguns que não fale” (MED3) ou “Uns são completamente assumidos, outros só em consulta, que às vezes eu nem sabia e aí relatam, né?”(MED8); “Esse pessoal aqui, você conta nos dedos aqui dentro. De vez em quando é que eu descubro alguém (risos), porque sigilosamente me falam na consulta” (MED8).

Com os/as Agentes Comunitários de Saúde, a questão do usuário “assumir-se” apresenta um caráter mais natural, já que estes profissionais estão mais próximos deles, por fazerem parte da comunidade ao qual pertence a Unidade de Saúde da Família. Como vemos no trecho “Assim, porque chegou e já era comigo. Não escondeu não. Já era homossexual” (ACS26). Bem como em, “E assim, o dia a dia, a convivência a gente já sabe distinguir né? A gente não escanteia, mas a gente vai distinguir pra tentar respeitar conviver com eles do jeito que eles são” (ACS23).

5.2.1.2 Usuários dos Serviços de Saúde

Assim como ocorreu com os profissionais de saúde, os usuários dos serviços, auto referidos como pessoas com identidade de gênero masculina, apresentaram em suas falas repertórios discursivos que se remetem a questões, aqui consideradas, como referentes à construção de masculinidades. Estão relacionadas, principalmente, ao modo como são recebidos nos serviços de saúde por parte dos profissionais que atuam naquele ambiente.

Esses serviços de saúde, representados neste artigo pelas Unidades de Saúde da Estratégia Saúde da Família, são norteados pelos princípios dos SUS (de Universalidade, Integralidade e Equidade), sendo a porta de entrada dos usuários na Rede de Saúde.

As questões relativas ao modo como são construídas as noções de masculinidade também perpassam os usuários dos serviços. Percebemos isso quando ao analisar os enunciados encontramos elementos discursivos parecidos aos encontrados nos discursos dos profissionais.

O que queremos dizer com isso é que, essa masculinidade vista como um aspecto comportamental, visual, corporal que pode ser condensado como um aspecto de “jeito” que destoa ou distorce o que se espera de um homem: jeito de ser gay, que

é, sendo eles, visível, construído a partir de estereótipos/estigmas que acompanham esses homens a partir de um enquadre social.

No diálogo com os usuários que se definem como “gay”, identificamos que esse “jeito” de gay – algumas vezes nomeado pelos próprios homens gays como “pinta” ou “dar pinta” – está carregado de preconceito e estigma por parte da sociedade e que isso decorre, segundo os usuários, de generalizações que se fazem baseadas em estereótipos e/ou atitudes isoladas e descontextualizadas, muitas vezes devido ao desconhecimento das situações contextuais a que estão submetidos pessoas pertencentes ao grupo de homens gays, bissexuais e transexuais (GBT). Podemos perceber isso nos enunciados, “Mas é que o pensamento da sociedade é que gay e baderna, gay é putaria” (Part. OFHG1); “Mas isso é ocasionado porque muitas querem depravar, querem destruir, querem passar por cima de coisas que algumas não fazem, ai generaliza tudo” (Part. OFHG1); “Também acho. Ai não pode, dessa atitude dela, dizer assim: todo gay é ladrão e desmerecer todo mundo, porque todo mundo é gay, entendeu? Tem gente que realmente faz isso” (Part. OFHG1).

No entanto, essa reflexão sobre a generalização baseada em estigmas também é percebida como algo que atinge outras minorias/contextos em que esses sujeitos também estão inseridos, já que como pessoas, somos seccionados por vários marcadores sociais, como cor/raça, classe social, escolaridade, entre outros. Pode-se observar essa reflexão no trecho a seguir.

Mas isso não só acontece com os gays. Acontece com todo mundo, porque é a mesma coisa, generaliza todo que mora em favela. Todo mundo que mora em favela é marginal e ladrão. Não é assim, tem muita gente de bem que mora em favela. A mesma coisa é com negro: todo negro é ladrão, maloqueiro, marginal, não é (Part. OFHG1)

A interseccionalidade, evidenciada no recorte a cima, diz respeito aos modos como as categorias sociais e culturalmente construídas (sexo/gênero, classe social, religião, raça/etnicidade, orientação sexual, etc.) se manifestam em forma de desigualdade social, criando um sistema de opressão, a partir da sua inter-relação. Ao não considerar que estas categorias são independentes entre si e que a constituição de um sujeito não se resume ao somatório de pertenças, pois as várias facetas se fundem a um nível em que não pode ser dissociadas e restabelecidas a sua forma inicial. Justificando porque alguns grupos podem sofrer com opressões

múltiplas e simultâneas, como é o caso da população de homens gays, bissexuais e trans. O olhar baseado no conceito de interseccionalidade, revela como formas de discriminação e opressão interseccionais criam benefícios sociais e materiais para aquelas/es que gozam de privilégios normativos⁹⁶.

A negatividade que a “pinta” ou o “dar pinta” carrega é tão expressiva e depreciativa, que acaba por colocar os sujeitos (homens gays) em conflito consigo mesmos e com os outros. Ou seja, a associação desses homens a trejeitos ou performances femininas dificulta a relação deles com eles mesmos e com os pares. Esse tipo de avaliação é percebida em alguns enunciados desses homens, quando alegam que o preconceito, visto na sociedade de forma geral, também ocorre entre os próprios homens gays:

A gente mesmo age com preconceito com o próprio colega, por exemplo: a gente mesmo quando tá todo mundo aqui, porque é gay, mas é aquele gay tipo, mais machozinho, daí vem a travesti e fala: olha que coisa feia! (Part. OFHG1)

Como dito anteriormente, a questão da “pinta” é central e utilizada como forma de identificar os homens gays nos serviços de saúde, mas também, como informam também os participantes das oficinas, nos diversos setores da sociedade. Na saúde não é diferente, e por este motivo, alguns desses homens usuários dos serviços convivem com o “dilema” de assumir sua sexualidade/identidade de gênero durante o atendimento ou não. E então vai variar de pessoa para pessoa e do contexto do atendimento (da empatia e/ou da necessidade com o profissional de saúde). Alguns dos homens gays afirmam que não foram perguntados sobre orientação sexual, mas acreditam que a “pinta” pode ter sido a razão para isso não ter ocorrido, como é o caso desse participante da segunda oficina com homens gays:

No meu caso, quando fui pra o serviço nunca um médico chegou perguntando minha orientação sexual, nunca. Ai requer muito da questão do conceito antecipado que é a “pinta”, né? Mas nunca, eu posso dizer a você que nunca chegaram perguntando a minha orientação sexual (Part. OFHG2)

Os homens que se definiram como bissexuais disseram que tanto existem momentos em que assumiram como não assumiram, alegando tanto a necessidade de dizer sua orientação sexual, como a vergonha e até rejeição de si mesmos:

Não eu já precisei é falar é pro médico em exames de rotina normal e não vi nenhuma diferença no tratamento, não deixou de me tratar melhor ou de tratar pior. No meu caso o médico já chegou pra perguntar. Só que partiu de mim. Digamos a rejeição. E eu acabei negando (Part. OFHB)

Um conteúdo que emergiu a partir dessa discussão sobre assumir, “dar pinta”, “jeito”, foi se esses homens acreditavam que existia diferenciação no atendimento dos profissionais de saúde diante de um homem GBT. Nesse momento, destacamos o diálogo entre três participantes que desvela um pouco do que se refere essa questão na produção dos sentidos destes a respeito da sua relação com os profissionais de saúde:

Participante 1: porque depende do médico e depende do gay também. Eu já fui no médico que ele me atendeu super bem. Ele disse tira a roupa que vou lhe examinar todinho. Me olhou de cima a baixo, me tratou super bem. Ontem, quando eu fui quem me atendeu foi uma médica. A médica sim, sim, tá...

Participante 2: mas também pode ser o jeito dela atender qualquer paciente, a gente acha que é porque a gente é gay. Ainda tem isso de tudo trazer pra gente

Participante 3: Tu acha que foi por tua opção sexual?

Participante 1: não, até porque eu não disse e nem... eu cheguei normalmente (Diálogo Parts.OFHG1)

O mesmo ocorre no enunciado de um homem que se definiu como bissexual:

Quanto a mim eu nunca sofri nenhum tipo de destrato ou diferença nos meus tratamentos por conta da minha orientação ao contrário de Augusto eu não teria problema nenhum caso isso viesse a ajudar no tratamento ou adicionasse alguma informação pro tratamento dizer sobre a minha orientação. Acho que sim pode haver diferença no tratamento, mas eu nunca sofri nada relacionado a isso. Ouvi histórias a gente sabe que há casos (Part. OFHB)

Todavia, existem relatos de outros participantes das oficinas que revelam situações em que não só a questão do “jeito” ou da “pinta” são identificadas, mas associadas a um estigma, que ainda ronda a população de homens GBT, em especial os homens gays em maior proporção e os homens bissexuais, que é a Epidemia de Aids⁹⁷. Embora o tema seja pouco evidente, quando falam da experiência de homens trans, a associação homo/bi com o HIV/Aids está clara nos enunciados abaixo.

Vou dar um exemplo que já aconteceu com meu primo que é gay. Ele chegou num hospital doente, sentindo febre, bastante febre mesmo. Ai o médico viu assim, que tem alguns que dão certamente “pintas”, né? As vezes no modo de falar, de sentar, no modo de olhar, entendeu? E o médico teve uma

pergunta que não tinha nada a ver com o atendimento. Perguntou a ele se era gay e ele falou. Na mesma hora que ele falou que era gay, o médico pediu exame de aids, na mesma hora, ele tava com febre (Part. OFHG2)

Eu acho que tem pessoa que se deixa ser discreto, vamos dizer assim. Vou fazer uma suposição aqui agora: eu tô passando pela rua e sou muito feminino. Tem pessoa que descreve que você é gay já por aquilo; outras pessoas que se comportam mais masculinamente, tem gente que diz, oh é hetero, porque ninguém desconfia. Ninguém anda falando, até em postos de saúde, hospitais grandes ou até clínicas particulares. Ai quando um homossexual dá muita “pinta” e em certos casos o médico é preconceituoso e ele vê, ele acha que só porque é gay, tá dando “pinta” fica com todo mundo, tem relação sexual com todo mundo e por er aids. Pelo menos, esse é meu conceito porque ele pede o HIV (Part. OFHG2)

Esse tipo de atitude dos profissionais de saúde, aqui personificado pelo médico nos relatos dos participantes das oficinas, gera constrangimento nos usuários e pode vir a afastar esses homens dos serviços de saúde. Esse tipo de atitude relatada por esses homens vai de encontro com que se espera de um profissional competente e que segue o que o SUS preconiza. E esse tipo de atitude não escapa da percepção dos usuários, podemos observar nos trechos a seguir:

Agora se o médico, ele fosse, como posso dizer, mais competente no cargo dele, se atende um gay, atende também uma travesti . Ai ali não tem como dizer se ele tá vendo pela “pinta “ ou não. Vai perguntar o nome da pessoa, a pessoa não sei se vai dizer o verdadeiro nome, porque tem que mostrar a documentação, se a pessoa não mostrar a documentação não vai valer de nada. Então, se ele se deixar levar por uma “pinta” de um gay, imagine de uma travesti?! (Part. OFG2)

Causa um certo constrangimento. Tem pessoas que ficam muito constrangidas chegando lá no médico, dar pinta ou não pra fazer exame ou alguma coisa e ai o médico ter recio de tocar em você, de comunicar com você, por você ser gay (Part. OFHG2)

Uma coisa que eu vejo é que os médicos, eles não falam sobre DST's. se foi colocado pra eles, por exemplo o pedido de exame de HIV, mas não falou pra ele sobre a questão. Então, eles não falam, olha pra pessoa e diz vai fazer e pronto (Part. OFHG2)

Todas essas questões relacionadas a “pinta” nos remete ao que Reis⁹³ reflete em seus estudos a respeito desta temática, a qual este, lança luz sobre a dicotomia tão visível dentro do universo gay, que acaba por tolir algumas expressões/performances de gênero mais femininas por parte dos homens gays pelo fato da “pinta” estar associada ao desrespeito, as questões relacionadas a Aids, ligada a promiscuidade, por esse motivo a separação entre os homens gays afeminados e os homens gays heteronormativos, “masculinizados” e até “afeminofóbicos”. Essa

relação entre “pinta” e respeito, torna-se ainda mais evidente quando se trata do ambiente dos serviços de saúde, onde essa “pinta” surge como um empecilho, em alguns momentos, do atendimento.

Justamente pela sua associação aos gestos, voz e corpos espalhafatosos, observamos isso quando no dia-a-dia ouvimos frases como “seja gay, mas seja homem”, “não tenho problema com gays, desde que não chegue perto de mim” ou “seja gay, mas se dê ao respeito”, todas essas expressões estão inundadas de homofobia e de uma certa noção de como os homens gays devem se portar para que se tenham respeito, que baseia-se numa performance masculina e certa medida calculada.

Baseada nisso vemos em trechos de fala dos usuários questões relacionadas ao controle desses corpos, dessas performances afim de que não sofram com as condutas dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Isso pode ser verificados nesses enunciados: “Como ele falou: lá na comunidade tem que ser uma coisa e pra o mundo lá fora tem que ser outra. Tem que criar uma personalidade pra viver em sociedade” (Part. OFHG2).

A pessoa querendo ou não, mesmo não tendo, tem que ter dupla personalidade, tipo assim, ser mais um homem onde mora, perto da família, mesmo em casa e fora o que ela realmente é, um gay, livre. Isso que hoje em dia uns estão enfrentando essa barreira da violência contra os gays também. Tá passando um monte de marginais na rua e percebem que você é gay, vão mexer com você querendo ou não, porque eles pensam que ser gay é uma pessoa abominável, que não é uma pessoa, um mostro, mas somos todos iguais (Part. OFHG2)

5.2.1 Condições de saúde

Neste eixo analítico buscamos identificar quais são as condições de saúde da população de homens GBT, a partir das falas dos profissionais e dos usuários dos serviços de saúde.

5.2.2.1 Profissionais de Saúde das Unidades de Saúde da Família

No tocante as entrevistas com os profissionais de saúde emergiram dois conjuntos de repertórios, um relacionada às DST e HIV/Aids e outro mais geral, considerando outros acometimentos aos quais a população de homens GBT estaria suscetível.

5.2.2.1.1 Condições de saúde: DST e HIV/Aids

Historicamente a epidemia de Aids se tornou um marcador na saúde de homens com práticas homoeróticas, pelo fato de os primeiros casos terem sido encontrados em pessoas desta população, tanto que a mesma por vezes foi chamada de “peste gay”²⁵. Esse fato gerou grande onda de preconceito e discriminação, mesmo nos dias de hoje as pessoas com práticas homoeróticas, principalmente homens, ainda sofrem com a associação entre Aids-homossexualidade e os estereótipos e estigmas decorrentes da mesma¹⁵. Por esse motivo, quando se aborda a saúde de homens GBT a primeira e imediata referência é identificar a Aids, como se esta fosse o único e/ou primordial problema de saúde destes, como se o status sorológico para o HIV fosse a única medida para avaliar a saúde desses homens⁹⁸.

Tal atitude reducionista de pensar a respeito da saúde de homens gays e bissexuais, em especial, como reduzidos a HIV/Aids e DST pôde ser observado quando os profissionais em seus repertórios apontam questões relacionadas a busca por exames como algo relacionado a saúde desses homens como em “Pacientes que querem fazer exames de rotina, fazer a testagem para HIV” (ENF5) ou “Foram Mais direcionados a alguma queixa, ai geralmente se pede exames, eles gostam de fazer, principalmente voltados para DSTs” (ENF1) e até “alguns homens que souberam vieram atrás de teste de HIV de DRL” (ENF10). A explicação para a busca dessa população também está atrelada ao medo instaurado pela forma como foi divulgada e até veiculada a epidemia de Aids, e o fato de ser o uso de preservativo e a testagem as principais formas de confirmação de saúde. Assim como os homens GBT, nesse momento da análise focando mais no caso dos homens gays e bissexuais, já que a vivência da Epidemia de Aids é diferenciada no que diz respeito aos homens trans, já que estes por sua vez não foram alvo do estigma e da exclusão vivenciada pelos homens gays e bissexuais, os profissionais de saúde também estão impregnados por essas informações.

A redução dos números de novos casos de homens gays e bissexuais está no fato da grande taxa de testagem para o HIV, esses dados podem ser observados nos estudos de Antunes⁹⁹ e Galvão Neto¹⁰⁰, este último realizado na Região de Suape/PE, que constatou que a maioria dos participantes disse já ter feito o teste HIV pelo menos uma vez. Essa taxa alta de testagem para o HIV nessa população de homens gays e

bissexuais, pode ser identificada também nas falas dos profissionais de saúde ao relatar essa busca pelo teste rápido nas unidades de saúde como sendo um reflexo das condições de saúde dessa população. Como podemos perceber nos trechos abaixo:

O que eles procuram mais é a camisinha (rs). Tem um que eu fico morrendo de rir que ele vem tanto atrás de camisinha que eu digo assim: 'tás batendo forte. Tás melhor que eu' (rs, rs). A demanda maior hoje, eles tão sempre querendo fazer o exame de HIV. Direitinho (ACS14)

Outra questão levantada pelos profissionais de saúde foi a prevenção, algo que é constatado tanto nos estudos científicos realizados desde o início da epidemia^{13,49,99,100,101} como também nos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde^{102,103,104}. E que podemos constatar nos seguintes enunciados:

Demanda como outro qualquer. Uma coisa que eu que acho muito louvável que a grande maioria deles vem atrás de preservativos. E a gente orienta pra isso. Eu oriento também muito. Quem ver cara não ver AIDS, Não ver DST. Não ver nada disso, Eu oriento muito (DEN8)

Traz, mas os que procuram a gente o que eles querem mais é camisinha, sinceramente, nesse período de agente de saúde eu só vejo dois ou três que procuram mais unidade, são bem conhecidos aqui, mas é muito difícil eles virem pra coisa simples, pra pegar um encaminhamento para o oftalmologista, pra fazer um PSE então é difícilimo, pra fazer uma citologia então, as mulheres procuram mais mas os homens, são problemas gastro, eles querem mais ir ao dentista (DEN5)

Com o advento da Aids, a sexualidade sai do domínio privado e vai para a esfera pública, e com ela uma série de mudanças comportamentais e sociais acabaram por acontecer²⁴. Dessa forma, questões relacionadas às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) foram visibilizadas conjuntamente, ou seja, questões relacionadas a sexualidade ligadas a saúde passaram a ser centro, principalmente entre homens com práticas homoeróticas devido a noção de grupo de risco em voga naquele momento⁹². Apesar dos mais de 30 anos de convivência com a Epidemia de Aids, os estigmas e preconceitos originados do desconhecimento da nova doença ainda circulam com muita força na sociedade e não é diferente entre os profissionais de saúde, que continuam associando as condições de saúde de homens gays e bissexuais ao HIV/ids e as DST,s, reduzindo a saúde dessa população a um estigma. Esse tipo de pensamento e associação podemos perceber nos enunciados a seguir,

mesmo que seja reconhecido que esses homens são os que mais se cuidam no que diz respeito a saúde.

Pois é, não sei. A não ser que tenha relação com as DST, mas eu não sei afirmar se hoje essa é a realidade deles. Eu sei que quando o grupo populacional passou a ser um grupo considerado grupo de vulnerabilidade que necessitava de atenção especial de necessidade de saúde específica por conta da realidade, por causa da sexualidade deles, surge aquela história de DST e AIDS (ENF4)

Eles procuram mais... a gente aqui, na questão é...de preservativo. Eles procuram muito. É na questão de encaminhamentos para especialistas, e as vezes informação em relação a sexualidade, a doenças sexualmente transmissíveis (ACS25)

E é desse contexto que emergem discursos que apontam pras DST como uma das principais condições de saúde de homens gays e bissexuais juntamente com HIV/Aids, como podemos observar nos trechos abaixo.

Eu acho que o primeiro cuidado que esse pessoal precisa ter é com as DST's. É o primeiro cuidado que precisa ter, não que as outras pessoas não precisem mas assim eu acho que você tem que bater muito em cima dessas doenças (MED2)

Os homens quando geralmente procuram é orientação sobre DST é a liberação do preservativo que a gente é agora livre demanda não precisa passar pela gente passou na farmácia pediu leva (ENF2)

Eu acho que são ainda as doenças sexualmente transmissíveis principalmente na parte masculina, as mulheres elas...até cultural mesmo elas procuram mais as unidades de saúde os homens como tem mais receio então eles demoram um pouco pra vir entendeu? (ENF3)

Observa-se também uma certa culpabilização dos homens alegando o não uso do preservativo, algo que cientificamente está comprovado que esses homens estão entre os que mais fazem uso desse método de prevenção^{50,100}. Como nos trechos “Eu acho que as DST's, por falta de prevenção mesmo, do uso do preservativo que a forma hoje que previne” (ENF9) e “Eu acho que os agravos são as doenças sexualmente transmissíveis, por que muito não dão importância. Acham que a AIDS não existe, que o HPV não existe” (ACS22).

Os enunciados dos profissionais de saúde trazem consigo alguns dos mitos, estigmas e preconceitos oriundos dos primeiros anos da Epidemia. Mitos que pensamos estarem ultrapassados, mas que nos enganamos, pois estes estão mais enraizados no imaginário das pessoas do que se espera. Dessa forma, podemos

observar que a associação homossexualidade e Aids ainda se faz presente, mesmo já tendo se passado 3 décadas de luta contra a Aids.

Percebemos, então certa naturalização, ao considerar que o HIV/Aids e as DST são inerentes a este grupo, como se outros grupos populacionais fossem, em alguma medida, invulneráveis ou mais protegidos contra essa enfermidade, como podemos ver na fala desta ACS “HIV está em alta. Assusta muito. Principalmente a esse público” (ACS22) ou nesses trechos abaixo.

Geralmente a gente vê muita DST, as demandas gerais, esse foco muitos deles procuram muito para essa questão como se fosse uma coisa específica desse grupo, HIV, etc... muitas vezes ficamos sabendo que fulano é HIV positivo, fulano é ‘homo’, fazem muito essa associação que não é exclusivo (MED7)

Como disse anteriormente, está tão normalizada a associação entre os homens gays e bissexuais e a Aids que alguns profissionais, percebem o preconceito e mesmo assim nas suas condutas reiteram o mesmo, ao considerar que, mesmo sem investigação maior, o fato de serem da população LGBT, portanto, grupo de risco, que já assumem uma posição de pedir os exames para HIV e outras doenças oportunistas, fazem um atendimento todo voltado para a possibilidade de DST ou não uso do preservativo, desconsiderando a possibilidade de outras formas de adoecimento estarem instaladas naquele momento. Como vemos abaixo.

A gente diz assim: Tem que usar camisinha, senão você vai ter problemas. Cuidado quando tiver tossindo muito, quando tiver com alguma coisa. Por que muitas vezes você não sabe que tem o vírus. Se você tá perdendo peso, como é que tá a situação (DEN8)

Então, de rotina eu já peço todos os exames seu com as doenças como a tuberculose, inclusive HIV e agora a gente vai pedir porque algumas vezes você não se protegeu ou “chupou picolé sem saquinho”, ai ele riu. Ele disse: já! A pois, ai a gente vai fazer outra coisa. Ai eu pego o manual de DST e nós vamos conversar... sem problema! (ENF7)

Outro mito que se difundiu e foi muito utilizado na estigmatização dos homens com práticas homoeróticas foi a noção de promiscuidade, pois acreditava-se que a grande quantidade de parceiros sexuais fosse fundamental na infecção pelo vírus HIV. E atribuíram essa promiscuidade indiscriminadamente aos homens com práticas homoeróticas, esse estigma persiste até os dias de hoje e está visível em alguns enunciados dos profissionais entrevistados. “Eu acho precária, porque eles quando

quer uma pessoa eles não param para pensar ai vai de todo jeito , ai que eles as vezes estão bêbados e acaba adquirindo alguma doença, eu acho que deveria se cuidar mais” (ACS6) e “Eu acho que é AIDS. Por que já virou um mito. que tá ligada. A gente sabe que não é por ai. Eu acho que essa doença mesmo. Essas trocas de parceiros” (ACS22).

Percebe-se também a questão da multiparceria relacionada ao trabalho sexual, como um fator de risco para o HIV/Aids e as DST, principalmente no que diz respeito a transexuais, aos quais esse tipo de trabalho torna-se uma alternativa, principalmente pela não aceitação da família, quando da descoberta, ocasionando em muitos momentos a vivência da situação de rua. Mas retomando a questão da multiparceria, esse tipo de conteúdo emerge nos enunciados dos profissionais de saúde em vários momentos dentro desta tese, tal fato pode ser justificado, pela adoção do Ministério da Saúde (MS), nos primeiros anos da Epidemia de Aids, de uma campanha de prevenção ao HIV/Aids intitulada “DST: é preciso tratar, é preciso evitar”, que tinha como ponto forte a redução do número de parcerias sexuais, apontada como um dos fatores de risco. Essa ação do MS foi muito criticada por ativistas do Movimento de Aids, por julgá-la moralista.

No entanto, o MS não recuou sob a luz do argumento de que a redução de parceiros sexuais, bem como o uso do preservativo e o adiamento do início da vida sexual seriam cientificamente comprovados enquanto métodos eficientes para a redução da infecção por HIV¹⁰⁵. No cerne do que pretende essa estratégia de prevenção percebemos a responsabilização do sujeito pela sua prevenção, e em certa medida essa é a tônica de alguns discursos, aos quais, mesmo que não de forma direta, atribuem a culpa ou a exclusividade a certos grupos e em certas situações, como podemos ver na fala deste médico:

A Condição de saúde, em geral tem algumas peculiaridades, algumas pessoas que faz parte desse grupo pode ter... er...não necessariamente, mas algumas que a gente tem conhecimento, que trabalha com a noite, coisas desse tipo, claro que não todos, por que o gay quer vai trabalhar, mas alguns ficam vulneráveis a certos problemas, não por pertencer a esse grupo, mas por exercer essa atividade né, ai a gente vê que nesse grupo, eu acredito que o percentual que tem essa característica seja um pouco maior que a população em geral né? Não é nenhum preconceito, não pelo fato de ser gay ou lésbica, mas na parte transexual eu percebo que tem alguma relação, e isso então existem talvez, nesse caso, tenha uma vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, nesse grupo específico , mas não por ser gay ou lésbica entende? (MED7)

Em contrapartida, mesmo com repertórios embebidos de estigmas e preconceitos, em alguns trechos pode-se observar uma relativização da situação, entendendo a influência desses estigmas, mas percebendo os contextos diferenciados da população de homens GBT diante do HIV/Aids e das DST.

Veja normalmente eu como dentista né eu não vejo muita diferencia em termos de saúde bucal agora o que a gente ouve falar que essa pessoas que são consideradas grupos de riscos é por doenças sexualmente transmissível pelo próprio HIV ela estão tendo mais cuidado por que receberam muita informação eu não sei se estou correta eu soube que diminuiu muito por que receberam maior informações então eles estão mais informados e se cuidando mais (DEN6)

Existe aparentemente uma tentativa dos profissionais de saúde, em considerar que os agravos em saúde da população de homens GBT são equiparados aos da população geral. Porém, no desenrolar da construção da fala emergem repertórios que reiteram vários estigmas relacionados ao HIV/Aids e DST, culpabilização e/ou responsabilização pela infecção.

Olha, eu não vejo diferença, é... dos outro paciente não, a procura pelas mesmas razões. A não ser com exceção, é... de um ou outro que possa ter, por exemplo: possa ser soro positivo, né? . Que não é... que não é assim da população LGBT, não é a procura, não é por isso, não é a maioria, né? , mas normalmente a procura é as queixas, não é diferente das outras pessoas que não pertencem a esse grupo (MED2)

HIV tem aumentado. Anos atrás a situação era bem mais estável. Drogas também e tal, fora isso são coisas normais. Diabetes, HIV, Hipertenso. Uma demanda meio que especifica deles, não pelo fato de serem LGBT, mas acomete (MED10)

Podemos observar também a partir dos enunciados que se seguirão, uma certa diferenciação entre homens e homens gays, como se ambos não estivessem na mesma categoria, que foi algo observado no primeiro eixo desta análise.

Está nivelado. Entendeu? Tem as doenças que pra mim... como eu falei: tá nivelado. Eu não vejo uma classificação exclusivamente só porque você é homossexual, tá com aquela doença. Do jeito que eu pego condiloma em mulheres, eu pego em homens, eu pego em homossexual, eu pego em quem são 'heteros' também" (ENF7)

Na minha opinião não é muito importante não, porque a doença deles é a doença da população em geral, que são as DST, eles estão propensos a pegar as famílias de casa também. Então qualquer faixa etária, qualquer mulher, qualquer homem, qualquer homossexual são as mesmas coisas. Então não acho que tenha que ter uma política especificamente pra esse grupo não (ACS28)

5.2.2.1.2 Condições de Saúde: outros acometimentos

Apesar de uma maior presença de falas dos profissionais considerando como um condição de saúde da população de homens GBT o HIV/Aids e as DST, tivemos também enunciados que apontavam pra outros tipos de acometimentos, de agravos em saúde. Portanto, nesse momento trataremos de discutir tais agravos.

Fugindo do estigma associado aos homens GBT, identificamos nos enunciados de alguns profissionais uma normalização das demandas e uma equiparação dessas condições de saúde com a população geral, considerando que não exista demanda específica e sim um quadro geral e igual. Considerando a busca pelos serviços de saúde, por parte desses homens, pelos mesmos motivos de qualquer outro usuário. Como podemos ver abaixo.

As demandas são demandas de saúde de forma geral da nossa população, com relação a esse grupo tem casos específicos que a gente descobre na comunidade que eu poderia associar ao fato dele ser um paciente deste grupo que você está se referindo, mas como tem coisas específicas de qualquer paciente, não sei se você está me entendendo, eu não vejo como distinguir necessidades específicas por que são desse grupo, mas porque são pessoas e pessoas tem necessidades individuais, eu não consigo classificar esse grupo, a gente necessitando numa demanda específica, existiram casos pontuais (DEN2)

A condição de saúde é igual a todo mundo. Porque você tem preferência sexual por mulher ou por homem, sendo homem ou mulher não impede de você ter hipertensão, não impede de você precisar fazer uma citologia, se for mulher uma mamografia, se for um homem e tiver na idade de fazer um exame de próstata, ou então, "tipo assim," a situação é igual (ENF7)

Por que igual a qualquer outro grupo a saúde da família ela é responsável de forma integral pela questão de saúde de todo comunitário e independente de opção sexual, então a gente se preocupa com as condições de saúde e as condições que possam levar a comunidade a adoecer então independente do qual grupo seja e de responsabilidade dos profissionais da equipe (ENF1)

Eu não vejo diferença, porque assim, pelo menos eu não vejo nenhum tipo de doença que vá pegar só esse tipo de grupo, que precise de uma ação voltada para isso. Eles que são homens e mulheres, independente de orientação sexual, que vão ter suas doenças, seus problemas que serão resolvidos como qualquer outro tipo de pessoa, seja LGBT ou não, então pelo menos eu não vejo nada relacionado a isso não (MED5)

Nesse sentido, de pensar que não existe uma demanda específica dessa população, alguns profissionais chegam a pontuar algumas doenças, consideradas comuns para a população mundial, principalmente a doenças crônicas, como diabetes e hipertensão.

Olha antes era mais na questão de...de HIV de doenças sexualmente transmissível mas já diminuiu muito, mais acho que a questão mais da saúde mesmo! De qualidade de vida de procurar saber é... exercícios e procurar se cuidar mesmo! Mais a Diabetes, hipertensão, colesterol que tá acontecendo muito pela questão da alimentação né! Por que se propaga pela televisão essas coisas é mais essa questão mesmo! (ACS7)

Olhe, aqui... eu não posso dizer a vocês com certeza... por que eu cuido da parte odontológica. Mas eu acho que uma coisa normal. É uma gripe que eles tem, é uma dengue que eles tem. É que a gente trata de igual pra igual. Não tem isso não (DEN9)

Alguns profissionais chegam a considerar que a população de homens GBT possuem condições de saúde melhores que do restante da população, principalmente por considerarem que estes se cuidam de forma melhor e mais efetiva, principalmente no que diz respeito a saúde sexual, que em certo modo é um resquício da grande influência da Epidemia de Aids no cuidado em saúde desses homens.

Muito melhor! Por que ainda ontem eu tava aqui fazendo o teste de HIV e sífilis e eu tava dando o resultado né só tinha mulheres e eu dizendo pra elas que atualmente não existe esse grupo de risco que é homossexuais, mulheres de programa acabou (MED3)

De muitos que eu tenho na minha área, tem muitos gays na minha área (na maioria, homens) e nos casos de doenças sexualmente transmissíveis, só tem esse 2 casos de HIV e ...os demais ... se cuidam e... não tenho queixas de doenças por conta do homossexualismo não. Eles tão se cuidando bem melhor (ACS14)

Dentre os agravos em saúde citados pelos profissionais tem-se o uso de drogas, atribuído principalmente pela situação de rua a que alguns homens GBT estão expostos, principalmente por motivos de conflitos familiares resultantes da sua sexualidade (identidade de gênero e/ou orientação sexual). Atribuem também ao trabalho sexual, que pode ser uma resultante também da situação de rua, bem como a susceptibilidade destes a DST.

No que a gente tem aqui é principalmente o uso de drogas, que a gente tem muitos pacientes usuários de drogas que ai é difícil a gente trazer pro posto, a gente vê quando vai fazer visita, a gente acaba encontrando eles na rua a gente vê conversa alguma coisa mas assim...essa parte do do é que muitos são expulsos da própria casa né? Ai viram moradores de rua e usuários de drogas aí é complicado essa parte (MED1)

Outros também, são usuários de drogas e fazem programa. Eles ficam com medo, por usarem vários tipos de drogas, usam drogas injetáveis. Ai eles mesmos tem medo do resultado (ACS1)

5.2.2.2 Usuários dos Serviços de Saúde

Igualmente aos profissionais de saúde, as condições de saúde da população de homens GBT também foi um dos pontos abordados pelos próprios homens, quando estes, ao avaliarem os serviços e os profissionais de saúde, relatam experiências de exclusão no cotidiano dos serviços. E o que vemos nas falas desses homens gays, bissexuais e trans, que participaram das oficinas, são situações que esperávamos que não acontecessem neste momento em que essa tese se circunscreve. Situações inundadas de estigmas, principalmente relacionados a epidemia de Aids.

Como já foi dito ao longo desta tese, durante muito tempo foi muito forte, e pelo visto ainda perdura, a associação da Aids as homossexualidades, e pelo que se observa nas falas dos usuários, está é uma prática reconhecida por estes nos profissionais de saúde aos quais entraram em contato. Como podemos ver quando o usuário relata:

Eu não sei, como nunca tive e se Deus quiser nunca vou ter, não conheço os sintomas e não sei se tem febre, mas chegou com febre e o médico de repente pediu pra fazer exame de sangue. Daí meu primo perguntou pra quê? Pra ver se encontra aids. Tipo, foi uma coisa que ele conversou comigo que achei absurda, querer comparar que um gay só vai para o hospital quando tem uma doença tipo assim, um câncer, uma aids. Tipo, fiquei impressionado com essa pergunta do médico. Não posso dizer que hoje em dia isso é preconceito, se eles acham que todos os gays que vão ao hospital tem essa doença, não sie te dizer. Isso eu já presenciei não por mim, mas por um parente meu, isso eu não vou negar. Eu acho que existe certa diferença em alguns hospitais e a questão é essa, meu primo ter passado por essa, então existe diferença (Part. OFHG2)

Outrossim, essa prática de considerar que o fato de o homem ser gay/bissexual já está invariavelmente infectado pelo HIV, independente da sintomatologia apresentada pode ser vista em mais outros trechos, como em:

De certa forma tem médicos que dão diagnósticos sem se preocupar de fazer nenhum exame. Ai, só porque a pessoa é homossexual, gay tal, diz você tá com tal doença, sem fazer o menor exame, sem diagnóstico, só olhando. Só porque tem muitos anos de medicina. Esse negócio, acho totalmente inadequado (Part. OFHG2)

A conduta de certos profissionais chega a atingir a própria família desses homens gays, no momento em que expõem de forma inadvertida, um diagnóstico precipitado e preconceituoso. Como é o caso neste relato:

Depois que o exame saiu que eu cheguei na sala, ele muito antes disso ele assustou minha mãe e a meu namorado, disse que era normal isso entre homossexual hoje, ele disse tá na moda né?! Que seria normal, mas até aí então, depois que eu cheguei na sala, depois que ele abriu o exame que ele foi ver que não era o que ele pensava foi que ele veio perguntar o que eu tava sentindo (Part. OFHG3)

A associação da epidemia de Aids, em seu início, aos homens gays (de forma mais incisiva) e bissexuais, gerou no imaginário social vários mitos. Ocasionalmente, principalmente, devido ao desconhecimento tanto de médicos, cientistas e sociedade civil aliado ao fato de esta ter como primeiras vítimas homens gays. A influência da mídia também auxiliou na difusão de informações que caracterizavam a epidemia de aids como “peste rosa”, “câncer gay”¹³. Mas onde quero chegar é que, esses movimentos iniciais originaram um estigma sobre a população de homens gays que os perseguem até hoje. Como podemos ver nos seguintes enunciados:

Foi que ele veio perguntar o que eu tava sentindo. Perguntei pra ele porque ele não fez aquilo antes?! Ele fez assim, não porque eu pensei que você teria com o vírus. Eu fiz assim, não, mas assim querendo ou não o senhor teria que me perguntar porque teria acontecido assim e assim. Pois eu peguei e disse que não queria mais o atendimento dele não ia tomar medicamento, peguei saí. Depois de dois dias tive uma recaída fui pra um hospital. Cheguei lá que fiz uns exames tava com suspeita de um começo de tuberculose. Pronto foi aí que minha família se acalmou mais porque hoje se um homossexual hoje ficar doente, ou emagrecer é porque tá com aids (Part. OFHG3)

O nome do vírus é hiv não é LGBT. Eles confundem muito isso, eles acham que o hiv é exclusivo da população LGBT. E não é! Eu acho que na opinião deles, eu acho que eles deveriam mudar, se pudesse eles mudariam pra botar vírus LGBT (Part. OFHG3)

A expressão desse estigma pode ser observada nos enunciados dos usuários, quando estes apontam para uma certa compulsoriedade nos exames de HIV, teste rápido, pedido pelos médicos, que os atenderam ou atenderam a pessoas próximas, assim que lhes foi revelada a orientação sexual do paciente. Podemos observar esse tipo de situação nas falas destes participantes.

Porque hoje em dia também, um pouquinho aqui pegando sua fala, que a maioria dos médicos estão pedindo exame de hiv para todos os pacientes. Tem médico que pede pra acompanhar a doença do paciente, mas também tem uns que pedem pela orientação sexual da pessoa. Que, se você vai numa instituição de saúde, você vai pra se tratar do que você tá sentindo naquele momento, né? Então, o médico vai fazer um pré-diagnóstico pra depois ter o diagnóstico completo. Agora, identificar a pessoa pela orientação sexual é meio complicado. Então, é o preconceito dos médicos que fazem isso. O sistema ele é pra todos, mas a pessoa. (Part. OFHG1)

Aí não precisa ele informar que é pra hiv, pede como qualquer outro e ele mesmo ver. Agora chegar na frente do paciente e falar que vai pedir hiv só pela orientação sexual? Mas a questão da febre não é só a aids, tem a dengue, tem várias coisas, mas só que le quis dizer assim: olha, vamos fazer o exame pra ver se tá com dengue, com aids, mas chegou num ponto principal (Part. OFHG2)

Em uma das estratégias de controle da epidemia, utilizou-se da noção de “grupos de risco”, no qual foi incluído os homens gays/bissexuais e que foi um forte fator de estigma também. Atualmente essa noção foi *superada*, primeiramente pela noção de comportamentos de risco, e mais atualmente pelo quadro da Vulnerabilidade⁸⁰. Porém, o grifo no termo *superada* indica, alguns aspectos dessas construções teórico-práticas ainda perduram nas práticas e nas políticas de saúde. Como podemos observar nesse trecho de fala do usuário que aponta para uma noção de comportamento de risco quando diz:

Não, já aconteceu de perguntarem assim , você da o ânus?, porque assim é mais fácil de você pegar o vírus dando do que comendo, e eu perguntei como que é isso? Que se de qualquer jeito que você for fazer você pega. Não tem diferença (Part. OFHG3)

Em contrapartida, se a noção de risco e de comportamento de risco ainda não foram superadas no âmbito dos serviços de saúde, por parte dos seus profissionais, para os usuários não só está superada como invertida, colocando então a população heterossexual como o foco dos novos casos de infecção por HIV no país. Vejamos: “Se você analisar hoje em dia quem é grupo de risco, quem tá sendo mais grupo de risco são os heterossexuais. Mas, porque os hetero podem doar e os gays não?” (Part. OFHG2).

Às vezes até os heteros tem doenças, que alguns gays não têm. Quando a aids foi descoberta era o câncer gay, doença gay, na década de 90, mas hoje em dia, todos estão sujeitos a tudo, tanto heterossexual, homossexual, bissexual, travesti, transgênero e só porque o gay? (Part. OFHG2)

5.2.3 Atendimento em saúde: do geral ao particular

Neste eixo analítico nos propomos a falar sobre o atendimento ofertado, aos homens gays, bissexuais e trans, nos serviços de saúde a partir dos discursos dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços.

5.2.3.1 Profissionais de Saúde das Unidades de Saúde da Família

Ao analisarmos as entrevistas dos profissionais de saúde emergiram quatro conjuntos de repertórios, o quais discorreremos a seguir.

5.2.3.1.1 *Atendimento igualitário/não discriminatório*

A partir dos enunciados, retirados das entrevistas, dos profissionais de saúde percebeu-se uma construção narrativa, que aponta para um atendimento que busca a igualdade entre os sujeitos e buscando a não discriminação dos usuários dos serviços. Nesses enunciados eram ressaltadas questões relacionadas ao respeito com quem estava sendo atendido, colocando como um ponto facilitador do manejo e acolhimento desses homens GBT. Como podemos observar nos trechos abaixo destacados.

O Paciente foi atendido como outro qualquer, foi respeitado, sem nenhuma intercorrência. (...) Sim, Porque ele atende aquele paciente como uma pessoa qualquer, respeitando ele. (...) Estão sim, pela mesma justificativa, as pessoas atendem independente da situação sexual dele, da escolha (ENF5)

Os que chegam aqui são atendidos normalmente, a gente respeitando o lado sexual deles, masculino, feminino, gay o que for a gente respeita (...) Não, porque assim eu procuro levar para o lado médico, atender de acordo com as normas médicas, respeitando o que ele fala e ele também vai respeitar o que eu pergunto (MED9)

Normal, como qualquer usuário igual todo mundo não vejo diferença não taxo entendeu? Atendo normal a pessoa pra mim é normal e merece toda atenção, todo cuidado, todo respeito (...) Responsabilidade igual a qualquer outra população acho que tratar com respeito fazer um acolhimento uma escuta é valorizar o que é se dito e diante das questões encontradas você ir direcionando mesmo fazendo os encaminhamentos necessários (ENF2)

Todavia, percebemos que, mesmo com o esforço de discursos velados, ressaltando a questão do respeito, existe uma confusão entre os profissionais de saúde no que diz respeito ao conceito de equidade e igualdade, focando num conceito

arraigado de igualdade que remete para a noção de universalização de direitos. Sendo que não é esse tipo de atendimento que o SUS prega na busca pela igualdade de gênero e de um atendimento equânime, que considere as diferenças nos atendimentos focados nas necessidades dos usuários dos serviços.

Outro aspecto que identificamos nos enunciados dos profissionais de saúde foi uma ideia do que eles definiram como certa “ética profissional”, que seria central para que os atendimentos acontecessem sem nenhum empecilho. Nesse sentido, os profissionais apontam para desconsideração de crenças pessoais, como as religiosas:

A gente sente que as crenças pessoais das pessoas podem interferir na forma de julgamento, mas no ponto de vista pessoal, tem muitos ACS que são evangélicos e que tem algumas crenças que podem atrapalhar no seu julgamento pessoal, mas não presenciei nenhum tipo de interferência de cunho profissional, de algum ACS de se negar a levar um encaminhamento ou marcar uma consulta, nesses anos eu nunca presenciei não (DEN2)

É o mais positivo possível porque apesar de a maioria ser de um credo protestante e tenderia ter maior preconceito mas aqui não, aqui tem muita clareza no sentido de que devemos mesmo sendo contra a filosofia homossexual, a gente tem que preservar o direito do indivíduo ao acesso à saúde e aí aqui pelo menos pelo o que eu vejo nos companheiros de trabalho, não vejam eles tratarem com preconceito não, eles tentam, eles chegam a garantir esse acesso a unidade (ACS12)

Olhe veja só! Uma coisa é ele está preparados outra coisa é eu conseguir aceitar o outro da forma que ele é, aí nesse caso ou eu uso da ética que eu tenho na qual que eu aprendi para trabalhar ou eu vou me embaraçar um pouquinho e isso tem acontecido por que a ética no trabalho é tudo tá entendendo o que eu quero te dizer? Unas usam a ética e outros usam de ética misturado com carisma mais a ética só ela não é boa ela é feia (ACS29)

Mas não só de desconsiderar as crenças, mas como um dever enquanto profissional da saúde que, deveria, estar preparado para todas as situações dentro dos serviços

A gente é preparado pra isso, eu acho que eu disse, na fala já né. A gente é preparado pra isso, porque eu não tou aqui pra atender, por exemplo, o branco, o bonito, o limpo, eu tou aqui é pra atender é tudo: o preto, o pobre, o rico, o homossexual, o bissexual, eu tou aqui é pra atender tudo, então a gente não tem que tá se assustando com o que chega (ENF3)

Em outros enunciados, vemos questões de reciprocidade, já que são bem recebidos nas visitas domiciliares, de humanidade e de não existir recusa no atendimento, por parte de nenhum membro da equipe. Tais como em: “Profissional né? Sim, a partir do momento que a gente entra na casa desse povo eles atendem a

agente muito bem então a gente procura dar o melhor pra eles, para que eles se sintam bem, mais aberto” (ACS2); “Eu não tenho dificuldade não, nenhuma dificuldade. Pra mim é a questão que eu já falei, questão de gênero e de humanidade então o ser humano está acima de tudo” (ACS24) e “Rapaz a minha equipe aparentemente a gente nunca teve problema não de agente de saúde fazer algum comentário ou se recusar a atender, graças a deus ainda não tive esse problema não” (ENF2).

Permanecendo numa ideia de que os atendimentos não devem ser diferenciados, encontramos nos enunciados dos profissionais uma noção de normalidade, como se atender as pessoas de forma diferenciada fosse uma patologização do atendimento, ou algum privilégio. Como vemos a seguir:

População LGBT. De jeito nenhum. Ela é igual pra todo mundo. Toda igual. Todas as ações são iguais. A única coisa que a gente faz aqui, é que se você chegar e ser homossexual, você vai ser atendido igual a todo mundo, e vai chegar para o profissional que está atendendo (...) Não tem diferença. Você é homossexual e você vem na Unidade tomar vacina - você toma. Você vem na Unidade fazer um curativo - você faz! Você vem consultar um médico - você... É igual gente! O serviço é igual. Não muda! (ENF7)

Eu acho que é uma atendimento normal, porque é uma pessoa como qualquer outra, eu acho que a gente colocar distinção entre raça, classe ou sexualidade eu acho que hoje, com tanta discussão sobre o assunto eu acho que é burrice rotular a pessoa (DEN8)

Os profissionais ainda apontam um atendimento idealmente sem discriminação, sem preconceito, livre de rótulos, mas persistindo na ideia de que os atendimentos não devem ser diferenciados. Podemos perceber nesses trechos:

Eu vejo essa condição com naturalidade, não discrimino, atendo como atendo os outros usuários. (...) No sistema como um todo eu não sei dizer, mas aqui eu não vejo necessidade de fazer um atendimento diferenciado, a gente precisa acolher e diminuir preconceito (DEN1)

É como eu falei foi ótimo a gente não tem discriminação tanto faz lésbica, por sinal eu mesmo tenho assim na minha área tenho pacientes que são lésbico são gays e é normal o atendimento é como se eu atendesse outra pessoa porque não tem discriminação (ACS16)

Esse tipo de pensamento recai no desrespeito aos princípios do SUS e em contrapartida na negligência do que consta nos autos da Política nacional de Saúde Integral da População LGBT. Em alguns momentos, em alguns dos enunciados, tem

se uma fagulha do que poderia ser entendimento correto, mas o discurso do atendimento igualitário se faz presente mais uma vez, como nesses recortes:

A responsabilidade é a mesma que eu tenho com qualquer outro paciente, eu tenho que tá responsável pelos agravos que a aquela população tiver mais sujeita. Eu tenho que priorizar as ações que são para todos, se eu estou com tuberculoso eu tenho que garantir que o tuberculoso faça raio x de tórax, o que eu ele precisar, seu eu estou com uma população de LGBT, se o paciente estiver exposto a um risco maior, tenho que garantir que ele tenha acesso aos exames que ele vai precisar, a medicação que ele vai precisar, como todo paciente tem direito (MED10)

Eu acho que não muda você atender uma pessoa que tem uma opção do mesmo gênero não vai mudar o atendimento.... e não vai mudar em nada o atendimento. Por que os cuidados que você ter quem ver com relação a proteção é os mesmos que você vai ter com os heteros os bis e não existe distinção de prevenção é pra todos e independente de classe! (ENF4)

O sentimento de que o desconhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT por parte dos profissionais de saúde, se potencializa na medida que percebemos em seus enunciados o constante aparecimento do atendimento em saúde para a população de homens GBT não assume uma perspectiva individualizada e que leve em conta a diversidade. Esse tipo de postura equânime lhes parece errado, ao ponto de considerarem um atendimento diferenciado como uma forma de discriminação e preconceito^{106,107}, como vemos a seguir: “Não porque se fizer isso ta criando um tipo de preconceito, não isso que a gente quer, ele deve ser atendido aqui igual a todos como na comunidade” (ACS2).

O que percebemos é que, para alguns profissionais, um atendimento voltado para as necessidades da população de homens GBT, ocasionaria uma separação, gerando algum tipo de discriminação. Mas ao que parece essa discriminação surge muito mais próxima da possibilidade de o grupo de homens GBT está sendo privilegiado no serviço em detrimento da chamada população geral.

Não especificamente tem grupos de gays, grupos de... não tem! Como tem grupo de hipertenso, como tem grupo de gestante, de idosos, não, - é tudo igual gente. Se a gente fizer isso a gente cria um pré-conceito. “Grupo de gordo, eu tô no meio né. Grupo de gordo. Bom, não pode!” É igual. Só muda a opção sexual (ENF7)

Eu já falei, é a questão da informação. Podem ser criados grupos também. Apesar que eu acho que todo mundo tem que ser atendido igualmente. A gente não pode está discriminando por que eu acho que quando você cria grupo disso, grupo daquilo no lugar de ajudar você discrimina mais (ACS15)

Eu acho que eles devem entrar como qualquer usuário como qualquer ser...né como qualquer um que precise da saúde eu acho que quanto mais se cria essa história separada mais vai ter essa separatividade mais discriminação, muitas pessoas podem não querer ir para não se expor né para aquela unidade por que é gay isso e aquilo... então acho que a identidade deles não é essa enredou! (MED3)

E mesmo, ainda tratando do mesmo que os trechos anteriores, gostaria de ressaltar nesse momento a preocupação deste profissional em como se reportar aos homens GBT, o que só reafirma do desconhecimento da Política de Saúde da população LGBT e também o despreparo para o atendimento.

É mais essa questão de como a gente se reportar pra ele. Na hora do atendimento não existe diferença nenhuma, mas na questão de como chamar. A gente fica meio desconfortável. A gente não quer discriminar mas ao mesmo tempo você quer saber exatamente como se reportar pra ele (DEN9)

5.2.3.1.2 Dificuldades ou não no atendimento

Nessa categoria agrupamos os enunciados que diziam respeito as dificuldades ou facilidades vivenciadas pelos profissionais no atendimento de homens GBT. Alguns trechos selecionados arremetem para aspectos do atendimento que os profissionais julgam terem sido facilitadores do mesmo. É o caso desses trechos:

Eu acho assim, que a abertura de diálogo que eu tenho... Porque eu tenho que perguntar, não tenho? Eu não tenho que tá me intimidando pra perguntar a pessoa se ela é homo, bi ou hetero. Não tem isso, e o que cada um é... Não, e eu não tenho que ter dificuldade nenhuma, então eu tenho abertura pra isso, eu acho que isso facilita muito. Por que vergonha de ter que fazer, tipo pedir desculpas, eu não tenho que pedir desculpas e a pessoa não tem que me pedir desculpas ao responder, que é uma coisa que tem que ser espontânea e eu acho que sou bem espontânea (ENF3)

Eu acho que como eu já trabalho na unidade e faço atendimento domiciliar, eu acho que é fácil da gente se dá com essas pessoas (...)Não teve dificuldades. Porque ele solicitou um exame e eu falei pra doutora e ela atendeu ele e passou o exame e ele foi encaminhado (ACS3)

Acho que todos eu não vejo dificuldade disso, eu não vejo é é.... até por que cada caso é um caso cada paciente é um paciente cada problema é um então se essas coisas ficarem bem divididas entre mim e um paciente eu não vejo dificuldade nenhuma (ACS29)

A questão do “assumir” dos usuários aparece mais uma vez como facilitador ou dificultador para os profissionais no manejo com os homens GBT, agora mais

diretamente relacionado ao atendimento. Alguns profissionais em seus enunciados pontuam que a abertura dos usuários facilitou na resolutividade do atendimento, como vemos em: “As facilidade (ficou calado por um tempo) eu acho que pela pessoa ser sido espontânea e por ele mesmo terem é por eles mesmo terem aberto pra comentar” (ACS18) e “Primeiro que ele chegou e se identificou. Assim, ele era uma pessoa de fácil acesso, de conversa e ele também foi muito claro no que ele queria aqui na procura dele, então, por isso foi bem fácil assim conduzir o atendimento” (ENF9).

Todavia, quando os usuários não abriam sua orientação sexual ou identidade de gênero para os profissionais de saúde, isto acabava por constituir-se num dificultador do bom andamento do atendimento, visto que, esses profissionais alegam constrangimento e dificuldade em trabalhar certos aspectos da saúde desta população. Como se segue nos trechos abaixo.

Eu procuro ser muito direto, algumas situações a gente pode ter alguma dificuldade, quando o paciente não assume sua condição então às vezes você pode se sentir constrangido de perguntar alguma coisa, por exemplo: a gente atende um homem com uma fissura anal e ai você tem que ser direto: você tem relação homossexual? Então o paciente muitas vezes se sente agredido se porventura ele pertencer a esse grupo, mas eu procuro ser direto e perguntar, se ele disse que não, mas aqui é assim, se pode ter uma ligação com esse tipo de prática sexual ai não é questão de discriminação, é questão

Porque depende do próprio paciente, se o paciente for um paciente assumido fica mais fácil trabalhar, com um paciente não assumido é mais difícil que a última vez que eu atendi um homem mas que ele já tinha o nome dele de mulher então ele já se assumiu é muito mais fácil pra eu poder trabalhar que com aquelas pessoas que não se assumem ai fica mais difícil né? Não sabe nem como abranger um paciente desse (MED1)

De primeira, não. É difícil porque tem algumas pessoas que não se assumem por causa da família ou por causa de preconceito mesmo da rua. Eles não querem assumir, então fica difícil nesse caso. Mas quando eles se abrem e conversam então fica mais fácil pra gente ajudar no que eles precisarem (ACS28)

Além das questões relacionadas ao “assumir-se” para o profissional de saúde, existe um outro fator, apontados por eles como relacionadas ao fato dos usuários se excluírem ou até mesmo fugirem do atendimento, apresentando em alguns momentos dificuldades que são internas e que não dizem respeito apenas a situação do atendimento na Unidade de Saúde. Esses casos são relatados pelos profissionais nos seguintes enunciados:

Foi da melhor forma possível, sem deixar ele constrangido, agora eu noto que o próprio homossexual ou lésbica, ele de certa forma se exclui do processo,

não sei porquê. Pode ser processo histórico de exclusão, mas quando a gente vai abordar eles ficam meio que receosos, tentam fugir do assunto e às vezes, aí eles não dão oportunidade, apesar de agente estimular, dizer “olha, tem um atendimento pra você lá, você chegando não vai ser tratado com preconceito, se você for, pode falar com o profissional, que é seu direito (ACS12)

Já atendi a alguém da pop LGBT. Bom, eu já atendi vários, mas formam atendimentos tranquilos, mas eu percebo que existe, não especificamente porque um dos pacientes que atendi era LGBT, mas porque eu já sabia que ele tinha HIV e ele não me dizia de forma alguma. Então, isso é uma dificuldade num consultório odontológico, onde aqui por exemplo são duas dentistas, é muita gente circulando no mesmo ambiente, para o paciente se abrir e falar de questões pessoais, mas em geral um atendimento similar a outros atendimentos. Me senti preparada, porque também me acho de uma minoria no país, então eu já tenho esse olhar de tratar as minorias e tentar ser mais sensível a algumas características de cada grupo (DEN4)

5.2.3.1.3 Capacitação

Um bom atendimento engloba vários elementos, e são esses elementos que facilitarão ou dificultarão o andamento deste atendimento. Um deles é sentir-se preparado para tal função. Vemos nos enunciados dos profissionais de saúde que alguns deles sentiram-se preparados para atender uma pessoa pertencente ao grupo dos homens GBT, alegando que já haviam participado de cursos, capacitações, de algum tipo. Como é o caso dos trechos abaixo: “A partir do momento que a gente se forma como ACS a gente tem todas as informações, a gente já participou de vários cursos, a gente está preparado para atender” (ACS2) e “Nós temos capacitação e como a gente faz capacitação e estamos na dinâmica, a gente consegue fazer tudo dentro da necessidade dele” (ACS9). Ou por participar de grupos que discutem a realidade desta população: “Acredito que sim porque já, eu faço parte de um GT de educação popular e aí tento estar conversando em relação a nossa política LGBT, pego a construção de um seminário distrital da população” (ACS12). E até por conhecerem pessoas que fazem parte deste grupo populacional e manterem algum vínculo afetivo e/ou afetivo-familiar:

Primeiro que elas conhecem as pessoas, porque elas moram dentro da comunidade. Isso já é um facilitador para a abordagem. Elas conhecem as famílias, elas sabem como chegar, porque independente de ser LGBT ou não tem que saber abordar. Então, elas estão preparadas, sim (DEN5)

No entanto, existe uma flexibilização nessa concepção de estar preparado ou não, considerando como um ponto de equilíbrio o fato de os profissionais de saúde

serem pessoas e possuírem idiossincrasias. Então haveria de se levar em consideração todas essas nuances para afirmar ou considerar uma equipe como preparada para o atendimento de homens GBT. Pode-se observar isso nesse recorte da entrevista de uma enfermeira:

Por que como eu disse, cada pessoa é cada pessoa. A gente tem pessoas que já tem mais idade, que está na saúde há mais anos. Tem gente com a mente mais aberta, outros não. Tem uma agente de saúde que ela tem dois filhos homossexuais, a gente percebe que ela tem uma certa... Um é cabeleireiro, a gente vai no salão, vem aqui. Uns sim outros não, vai de acordo com o que acredita, suas crenças que foram criados. Lógico que não vai usar isso como obstáculo. Melhorar, não dá pra fingir que é tudo numa boa, a gente tem 18 ACS, 3 técnicos, 3 enfermeiros cada um com uma cabeça, e outras coisas que seriam do dia a dia que complica (ENF10)

E existem os que se consideram preparados, mas que acreditam na educação continuada, na reciclagem, na ideia de que se deve sempre estar atualizado. Que observamos nos trechos a seguir:

Eu acho que os ACS estão preparados mais é sempre necessário uma educação continuada então aprendizado, atualização, modos de conhecimentos, novas técnicas tem que ter uma coisa continua-a. Pra sempre esta participando (ENF4)

Mas assim como alguns acreditam que as ferramentas que possuem os tornam preparados para atender pessoas com identidade de gênero masculina, existem profissionais de saúde, dentre os entrevistados, que se consideram despreparados com é o caso dessa enfermeira que diz “Não é comum, não é o que a gente atende todo dia, mas não sei se é dificuldade, talvez a gente precise estar mais preparada pra isso mesmo. Pra lidar com isso, talvez” (ENF6), que evidencia uma deficiência no atendimento que pode muito bem estar relacionada com a baixa procura dessa população em estudo dos serviços de saúde, associada também com uma falta de capacitação. Essa mesma deficiência é elucidada por outros profissionais de saúde.

Como é o caso do entendimento da falta de capacitação em âmbito geral na equipe de saúde: “Eu acho que não, como eu disse a você, além da falta de capacitação que eu acho que é da equipe em geral, e minha também, porque faz muito tempo a gente precisa se adequar, existe também esse preconceito” (DEN8). Mas não só a falta, mas a necessidade de que se capacite os profissionais de saúde:

Assim como eu, acho que todos nós precisaríamos de uma capacitação pra a gente ter uma boa abordagem, são tantas coisas que muitas vezes a gente pode se perder para poder garantir essas pessoas a confiança e o acolhimento dessas pessoas (MED4)

Essa ausência de capacitação leva os profissionais a terem que se capacitar a partir da sua experiência no dia-a-dia, na lida com os problemas de saúde dessa população e no convívio com os mesmos, muitas vezes precisando do auxílio dos próprios usuários para esclarecimentos a respeito das suas especificidades e peculiaridades do seu atendimento, indo desde a como devem ser chamados. Essas situações são observadas nesses enunciados:

Olha a gente não tem preparação nenhuma pra fazer esse atendimento. A gente nunca teve uma palestra. O distrito nunca disponibilizou nada pra gente, nem folheto, nem palestra, nada. Então o que a gente aprende, o que a gente sabe é o que a gente faz no dia a dia mesmo. É o próprio contato com o usuário (ACS28)

Se eu estava preparada? Muito não, assim não...pela convivência de trabalho eu atendi mas não tem preparo não (...) Assim porque ele falou...ele perguntou muito e faz tempo, mas assim foi a pouca orientação que eu tenho né eu queria ter mais orientação pra esclarecer mais coisas pra ele (ACS8)

Quanto às capacitações, os profissionais de saúde divergiram nas suas respostas, associando suas respostas a vivências/experiências nos serviços de saúde, principalmente nas variadas gestões desses serviços. Por este motivo, temos alguns enunciados de profissionais que disseram não ter feito nenhum tipo de capacitação:

Sinceramente, não. Não tivemos, não fui convidada pra participar de nenhuma capacitação em relação a isso. Nenhum curso de capacitação em relação a isso. Não é que eu esteja aberta nem fechada, não tem nada disso. É questão de realmente oportunidade (MED4)

Não existe preparo ,digamos assim, não preparam a gente. Eu acho que tem profissionais que já não parte para essa pessoa pelo preconceito que sofrem. Eu acho que tem profissionais que não chegam até eles por preconceitos próprios deles (ACS13)

Por outro lado, outros dizem não existir nenhum tipo de capacitação, oferecida pelos Gestores da Saúde, que sejam voltadas para a saúde da população LGBT. Como podemos ver abaixo:

Eu não tenho essa experiência, porque eu não vejo ninguém se mexer, até mesmo em Saúde da Família ninguém vem orientar a gente ou fazer

capacitação, ontem mesmo teve a capacitação de hipertensão e diabetes (Hiperdia) mas se tiver algum gay hipertenso e diabético ele vai entrar no grupo normalmente, sem distinção de gênero, mas eu não vejo se mexerem muito não (MED9)

É porque assim como a gente não tem um...nunca existiu pelo menos no tempo que eu to na prefeitura uma capacitação pra atender essa população específica não é? porque o que a gente aprende é no dia-a-dia na nossa convivência que a gente passa muito pra eles é que independe de escolhas sexuais tem que atender e atender bem não é? com respeito e tem que trazer as necessidades dessa população como uma outra demanda qualquer a gente não separa (ENF2)

Também não! Nem médico, nem enfermeiro que querendo ou não cada um tem a sua parte específica né? Como num é todo dia que tu pega um paciente LGBT até pra tu ter o conhecimento de como lidar, como se aproximar dessa pessoa é mais difícil até hoje eu tô aqui há cinco anos na prefeitura do Recife e nunca teve um curso, nunca teve nada voltado pra essa parte, pra outras sim mas pra essa parte específica não (MED1)

Esses enunciados dos profissionais de saúde denunciam uma deficiência da Gestão Pública dos serviços de saúde, que a partir do momento que se propõe a implantar a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, deveria capacitar/proporcionar aos profissionais de saúde o aparato físico e teórico-prático para que estes possam operar de forma eficaz as ações preconizadas pela política supracitada. Todavia, não é isso que ocorre. E por este motivo os profissionais, que possuem condições e interesse em estar mais aptos para o exercício da sua função terminam por procurar formas de construir esse conhecimento, necessário, para o atendimento de populações específicas, no caso a população LGBT.

Dessa forma, temos em nosso corpus de análise enunciados de profissionais que afirmam ter feito algum tipo de capacitação:

Eu não te digo que não, ate porque eu já participei de algumas capacitações na GESTOS, foi muito bom por sinal, hoje eu tenho uma visão diferente do que eu tinha, não foi direcionada para os profissionais da unidade, foram pra algumas pessoas, eu fui contemplada, mas que faz muito tempo, a gente não vê muito tipo de trabalho para unidade LGBT (DEN8)

Sim, porque a gente já fez bastante cursos e nos cursos a gente tem essa abertura também. E o nosso trabalho é justamente para isso, para atender as pessoas independente de cor, raça, religião, sexualidade, a gente tem que saber com quem a gente trabalha (ACS15)

Porque a gente tá preparado a gente fez uma capacitação não só pra comunidade não só pra esse povo (LGBT) mas pra comunidade em comum tá entendendo? E na hora que a gente aborda uma pessoa que é homossexual a gente trata de igual para igual e percebe-se qual a necessidade e a carência daquela pessoa (ACS16)

Explorando essas capacitações feitas por conta própria, tentando saber se algum deles havia feito capacitação que fosse voltada para o manejo com a população LGBT. Obtivemos como resposta enunciados que aludem ao fato de que esses profissionais entrevistados, não haviam buscado este tipo de capacitação, alegando que nunca foi ofertado pelos gestores, que outras capacitações já incluiriam problemas e agravos dessa população quando tratados na população geral, retornando para a noção de igualdade já citada anteriormente.

Boa parte dessas coisas a gente tem não exclusivamente para esse tipo de grupo, é uma pessoa comum, qualquer, no caso de jovens, a gente atende e vai trabalhar em cima de drogas, da questão sexual, mas não especificamente para esse grupo, eles estão inseridos na sociedade e eu não que deva atividades específicas para grupo não (MED7)

Não por que a gente não teve essa preparação não a gente tem sim é... orientação para a área tal traz o nome coisas assim agora uma capacitação um momento pra nos instruir pra se aproximar deles por que eles já estão retraídos e agente não tem a liberdade de de invadir a privacidade da outra a não ser que eles der espaço se eles deixassem a gente chega. Ai a gente não tem essa preparação de invadir eles (ACS30)

Ainda em relação à oferta ou necessidade de capacitação, percebemos que os profissionais de saúde referiam-se em alguns momentos a contextos de HIV/Aids, rememorando cursos ou outros trabalhos no setor saúde relacionados com a prevenção de HIV/Aids, como podemos ver nos enunciados a seguir.

O mínimo de contato que tive com temas direcionados para a população LGBT foi quando trabalhei na gestão, eu tive um contato mínimo pra isso. A gente teve contato com a coordenação de DST e Aids que fazia sempre um trabalho com eles nesse sentido (ENF4)

Esse ano foi introduzido aqui na unidade recentemente né o exame rápido para sífilis e HIV e foi uma coisa específica mais acredito que não não tenha problema (...) Eu acho que não! A gente já recebeu muitos treinamentos para tratamentos de uma forma geral de doenças venéreas, HIV mais específico para essa população não. Não que eu tenha participado! (MED3)

Eu preciso fazer capacitação (risos). Eu preciso fazer capacitação. Vai ter uma capacitação agora dos testes rápidos, né? Eu acho que seria interessante cada vez mais a prefeitura do Recife, nós que ficamos na atenção básica, de capacitar a gente mesmo pra lidar com esse público, né? Inclusive em termo de todas as especialidades, em todos os aspectos, inclusive na parte psicológica, né? Tem dificuldade de tudo, cirurgia, de tudo (MED8)

Os enunciados, expressam reflexos da associação da população de homens gays, majoritariamente, a epidemia de Aids, denotando mais um flagrante do estigma

que persegue essa população e que segundo Parker e Aggleton¹⁰⁸ se configura num dos fatores da não procura dessa população pelos serviços públicos de saúde, priorizando a ida a serviços particulares ou planos de saúde pagos⁵⁰. Todavia, há uma invisibilidade no que tange os homens bissexuais, que assim como os homens gays, também foram vítimas dos estigmas decorrentes da noção de grupos de risco e posteriormente de comportamentos de risco, ao passo que foram enquadrados enquanto um grupo “ponte” responsabilizado pela heterossexualização da epidemia de Aids, principalmente quanto as mulheres^{13,109}. Poderíamos considerar que o esquecimento destes por parte dos profissionais de saúde seria algo positivo, porém, a invisibilidade no que diz respeito as categorias sexuais, acarretam em mais malefícios do que benefícios, quando tratamos de questões de saúde.

5.2.3.1.4 Estigmas no atendimento

A epidemia de Aids é conhecida como um fenômeno social e midiático além de todas as questões relacionadas a infecção. Levando em consideração a complexidade e a multifacetada abordagem da Aids, temos no cerne da resposta a epidemia questões relacionadas ao estigma, discriminação e, em certos momentos a negação coletiva. E o combate a essas respostas sociais tem sido o muro mais difícil de se transpor na busca de ações efetivas para a diminuição de novos casos^{109,110}. O que vem sendo observado ao longo dos anos é que as metáforas iniciais sobre a infecção pelo HIV persistem e junto delas a grande influência dos estigmas, que continuam no centro de toda a luta contra a epidemia global de Aids^{110,111}. Espera-se que os profissionais de saúde, como operadores da saúde, principalmente na atenção básica, que prima pela proximidade desses profissionais com a comunidade, fossem capazes de atender essas populações alvo das políticas de forma equânime e universal. No entanto, o que se observou nas entrevistas foram discursos velados, cuidadosos, mas que não camuflaram por completo os estigmas e discriminações que estavam impregnados na sua prática. Isso pode ser corroborado por enunciados como estes:

Sim, Eu acho que eles devem ser atendidos, se chegar aqui eu atendo, ele vai ser atendido como um todo, claro que eu vou olhar o lado de DST por conta desse lado 'bissexual' que eles devem ter, mas eu acho que eles devem ser tratado como um todo e não separadamente (MED9)

Uma das coisas é a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Eu tenho receio que essa população de gays seja mais promiscua e tenha mais facilidade de adquirir doenças sexualmente transmissíveis. Como: sífilis, herpes, e o próprio HIV. Eu acho que deveria haver uma campanha dirigida a identificação de HIV (MED6)

Quando vê que tá assim com algum doença que a gente vê assim que não sabe nem o que é voê sabe que essas pessoas que tem esses problemas não é bem problemas é essa situação de sexo eles as vezes não se previne a gente tem medo é disso de pegar uma doença e transmita pra outro e saia propagando (ACS17)

Vê-se que a tendência em buscar/associar a procura de pessoas da população de homens gays e bissexuais por serviços com as DST's e o HIV, como se esse fosse o único e exclusivo problema de saúde, e esse tipo de atitude dos profissionais é que culmina na recusa ou na dificuldade de vínculo dos homens GBT com as USF. Essa dificuldade é percebida por alguns dos profissionais, como vemos em:

A gente tem que ter uma forma de aproximação melhor, como amigos eles são ótimos, mas eles tem receio de falar de si mesmo porque em tempo de AIDS hoje em dia eles tem a preocupação de que qualquer problemas de saúde que eles tenham alguém possa pensar que eles estão com AIDS, ate mesmo uma tosse que eles tenham, uma tosse não quer dizer que ele esteja com AIDS, mas como a tuberculose faz parte da AIDS , um dos problemas que a AIDS ocasiona, eles tem receio de falar sobre isso, pra que a gente não pensa, mas a gente ainda não tem aquele jeitinho de chegar e dizer, a gente sugere, mas ainda não tem aquela confiança (DEN8)

Da mesma forma que os homens gays/bissexuais se tornam pessoas estigmatizadas, os lugares que realizam atendimentos específicos para HIV/Aids também sofrem estigmatização e associação a homossexualidade, tornando-se um entrave para a adesão de pessoas da população em geral ao tratamento Antirretroviral, por isso o estigma tem sido a pedra no sapato das ações de prevenção e promoção da saúde.

O único que eu conheço é o CTA, que eles fazem mas eu sei porque eu tenho uma amiga minha que ela era aconselhadora lá do atendimento, e ela atendia muitos. Que ela tinha muitos pacientes, muita gente pra fazer o teste, muito gay, muito travesti, ela passava muito pra mim que ela tinha esses lá. Eles procuravam muito pra fazer teste rápido, teste de HIV. Mas eu não conheço outro lugar que tenha não (ENF6)

Eles tão no Gouveia de Barros eles estão lá com o teste rápido, inclusive chegou pra nossa unidade agora o teste rápido de sífilis e HIV e parece que no Gouveia de Barros eles têm um atendimento bem especializado, bem pra eles (...)talvez a gente esteja até separando esse grupo, não sei se é legal separar o grupo, mas acho que sim, principalmente quando eles ficam doente ou quando eles realmente teriam que ter uma acessibilidade rápida e uma

referência e contra referência com todas as especialidades (...)A gente tem necessidade de todos os especialistas e prontamente atendê-los, porque eles não podem esperar, correm contra o tempo, né? (MED8)

Esses processos de estigmatização de pessoas e lugares acontece num processo que Mann⁷⁶ define como “negação coletiva”, visto que, atribuir a doença a um grupo ou lugar seria uma forma de se sentir protegido, invulnerável àquele agravo. Ainda relacionado a epidemia de Aids, temos um outro estigma relacionado a sexualidade, que é revelada com a eclosão da Aids e que cria um mito de hipersexualização, funcionando como um fator de exclusão:

Então por isso que digo hoje, talvez o perfil deles seja outro, eles podem ser muito mais excluídos até pra essa questão pra vida sexual da sexualidade deles, do que a gente conseguir imaginar. Ai realmente pra dizer de certeza, eu teria que me apropriar um pouco mais, o que eu tenho é de uma vivencia de um tempo atrás, e de uma realidade bem pontual bem importante na necessidade deles, o que foi mais ou menos dentro desse campo de DST e AIDS num contexto geral (ENF4)

E conseqüentemente com o grande número de casos em homens gays e bissexuais e as multiparcerias tem-se um outro estigma, o das relações promiscuas, portanto, pessoas pornográficas e que podem ser motivo de chacota, piadas, entre outros, como vemos no seguinte trecho.

Só tem um, que a turma perturba muito, mas não é porque ele é homossexual e sim por que bebe muito. A turma abusa ele; Ele é muito pornográfico. A turma gosta de agitar. Não por discriminar. Nem espancar. Ele que é bem agressor (ACCS14)

Uma outra dimensão do estigma dirigido a essa população é o religioso, que também é evidenciado nos enunciados dos profissionais, como no log abaixo.

Essa coisa eu penso que vai da educação começando pela formação da criança pra mais tarde a mãe o futuro próximo para poderem oferecer igualdade, humanidade e precisa de tudo isso. Por que os adultos nós a gente pode até receber orientações mais tem muitos estigmas que ficam principalmente religiosas a gente tem muita relacionamento da área de religião de não aceitam (ACS30)

Ao passo que existe a estigmatização dos lugares, como lugares que atendem homens GBT, há um movimento de considerar que essas pessoas sejam atendidas nos mesmos lugares que a população geral, no entanto, não é levado em consideração as questões específicas que envolvem as populações de homens gays,

bissexuais e trans. O argumento da não separação diz respeito apenas a não privilegiar uma população em detrimento de outras. Todavia, a criação de espaços de atendimento específico não tem o propósito do privilégio, mas sim de proporcionar um melhor atendimento e maior adesão dessa população aos serviços públicos de saúde. Contudo, o despreparo e a influência de crenças pessoais e uma identificação dessas pessoas enquanto patologias, já que os comparam com pessoas “normais”, atribuindo-lhes características de anormais, que remete muito ao que Goffman¹¹² caracteriza como estigma.

Eu acho que não deveria existir serviço, entendesse? Porque se é aberto, é aberto pra todos. Agora o olhar da gente tem que ser mais caprichoso, entendeu? Porque como te falei, eles são muito noturnos, não se alimenta bem e tem que sempre tá informando é assim, é assim. Não tem que existir diferença, nós somos um todo, né? (ACS26)

A gente visita eles como se fosse um paciente normal. A gente tem que respeitar por que a opção sexual é questão de cada um e a gente tem que ver ele como paciente, como ser humano. A opção sexual é escolha dele. Não interessa a gente. A gente tem que respeitar, visitar, tratar bem como tratasse uma pessoa normal. Por que na verdade eles são pessoa normal (ACS1)

5.2.3.2 Usuários dos Serviços de Saúde

Pensar o eixo atendimento em saúde pela ótica dos usuários, implica partir das considerações destes acerca dos cuidados em saúde, como estes consideram a saúde dos mesmos e quanto a busca pelos serviços. Dessa forma, no momento em que o assunto “cuidados em saúde de homens” emerge durante a oficina com os homens gays temos o seguinte diálogo:

Participante 4: o gay é mais cuidadoso

Participante 1: isso é muito relativo

Participante 2: na verdade... Nem sempre. Você vê o próprio homem é machista. Ele só vai ao posto, ele só vai ao posto de saúde, ele só vai tratar da saúde, quando ele tá com o pé na cama, ou o pé na cova. Isso é bem dizer 90% dos homens, mas isso é...

Participante 4: mas são mais velhos, pessoas antigas

Participante 2: não, jovens também, todos os homens são assim. Claro, que a questão ser machista, tá entendendo? A questão do machismo e parte também tem a questão de que as unidades de saúde, o horário não condiz com que os homens, né, eles trabalham, só chegam o que 8, 9 horas, a maioria. Então, o sistema de saúde, ele não atende esse horário e não consegue atender os homens, né? Que necessitam de ter acesso a saúde. Ai geralmente, a maioria só vai mesmo, quando tá com o pé na cova, quando já tá com um problema grave já (Diálogo OFHG1)

No diálogo a cima os participantes relatam questões que são centrais quando se pensa a saúde dos homens, que são as relações de gênero, o machismo existente nos homens e nos serviços. Um exemplo disso é a ideia de que homens gays se cuidariam mais, isso pode estar associado a relação feita entre homens gays e performances femininas, já que socialmente existe uma tendência a considerar que o ambiente das Unidades de Saúde da Família sejam ambientes preferencialmente femininos e ser função feminina o cuidado de si e dos outros^{7,8,11}.

Em consonância com a literatura, os homens gays, participantes desta pesquisa, assumem que não buscam, tanto como gostariam/deveriam os serviços de saúde. Acentuando as dificuldades de atendimento, o caso desse participante “eu acho que esse é o meu caso. Eu não tenho costume de tá indo ao posto de saúde com frequência, porque assim: o atendimento lá não é bom; o atendimento lá é terrível” (Part. OFHG1). Outros recortes vão mais além e elucidam a questão dos horários dos postos de saúde, da entrega e quantidade das fichas, enfim questões estruturais dos serviços, como vemos abaixo:

Assim, o que a gente falo foi da UPA, porque você chegar num posto de saúde pra ser atendido é todo um processo. Você tem que chegar de madrugada pra pegar ficha, as vezes. É. Porque muitas vezes eu já saí de casa as 6 da manhã e já tinha estourado a quantidade de pessoas limite. Porque tem gente que vai de 2, 3, 4h da manhã pra lá” (Part. OFHG1)

Essas questões, que funcionam como um dos motivos para a procura dos serviços de alta complexidade, no caso dos serviços públicos, e de serviços privados. Já que, para estes homens, a demora por atendimento na atenção básica, não condiz com o esperado por estes num serviço público de saúde. Como observamos nos trechos de fala a abaixo.

Normalmente eu só é, tenho crise de asma, que é muito raro ter, mas quando eu tenho... E quando eu preciso mesmo pra urgentemente, lá no posto de saúde lá do meu bairro e muito difícil conseguir uma ficha. Eu mesmo quando preciso de atendimento, alguma coisa assim, geralmente eu vou aqui nas clínicas, porque eu tenho o cartão das clínicas, aí eu tinha minha pediatra, que eu chego lá de vez em quando. Dr^a tá tudo bom? Olha eu... vejo alguém ou uma linha pra me atenderem ou fazer alguma coisa, porque se eu for pro posto (Part. OFHG1)

Ainda sobre ir aos serviços de saúde, tem-se questões que estão permeadas de estigmas, por parte dos próprios usuários, como é o caso deste enunciado

“geralmente eu não tenho esse problema de ir ao médico assim porque é, diferentemente eu não sou muito de sair de casa, sou bem caseiro” (Part. OFHG1) como se os agravos em saúde só ocorresse com quem tem vidas noturnas e agitadas, recaindo no reducionismo da promiscuidade e associando homens gays a este tipo de marca, naturalizando esse tipo de estigma a essa população. Isso é reflexo de como a sociedade encara a homossexualidade e de como esses preconceitos e discriminações estão impregnados nos discursos também de homens gays.

Numa análise mais global feita por alguns dos participantes, temos o que considera o serviço como algo traumático, como se pode ver em “eu só vou quando minha prima me arrasta, porque eu tenho trauma, mas não de ser gay. Eu tenho medo do atendimento dentro dos hospitais, de tudo dentro do hospital” (Part. OFHG2), ao qual só consegue adentrar, buscar, esse serviço acompanhado de alguém de sua confiança. E tem-se aqueles que consideram os serviços precários não só para a população de homens GBT, mas para a população como um todo, de forma geral, como vemos aqui “É verdade. Não é precário só pra gente que é homossexual. Pra todas as classes, pra todo mundo, pra todas não” (Part. OFHG1).

No que diz respeito ao atendimento, o momento em que a queixa vai ser tratada, os usuários relatam a indiferença de alguns médicos, quanto as queixas, ao que é relatado pelos usuários e descaso em detrimento de outros que atuam de forma mais humanizada e atenciosa, como vemos em:

Eu também a mesma coisa. Eu cheguei no posto, na UPA, acabado né? Tinha ido até, na época eu tava namorando, tinha ido com meu namorado. Aí eu disse a ela que eu tava com febre, dor de cabeça, mancha no corpo, tava com a garganta inflamada. Ela olhou pra mim, você não tá com a garganta inflamada, passou paracetamol, fui embora. Tomei a injeção, voltei no outro dia pior ainda. Ai, o outro médico que me atendeu, ele foi muito mais atencioso. Ele me examinou, olhou e disse realmente sua garganta está inflamada. Ah, porque eu vim ontem aqui e ela disse que eu não tinha nada, passou um paracetamol e ai pronto, foi bem diferente (Part. OFHG1)

Quando questionados se acreditavam que essa situação poderia ser devido a algum tipo de preconceito ou estivesse associado a questões relativas a orientação sexual e identidade de gênero, alguns participantes se manifestaram contrários a esta possibilidade. Atribuindo o descaso a algo já inerente ao profissional médico, como algo interno e específico daquele profissional que o atendeu, ou uma possível desqualificação do profissional, como se pode ver nos enunciados a seguir.

Que ela era totalmente desqualificada pra tá ali. Por que, como uma pessoa não examina a pessoa e diz ... E eu sabia que estava com a garganta inflamada, que estava sentindo dor, eu disse que estava, ela disse que eu não tava. Ai eu fui no outro. O outro médico me atendeu super bem, me disse realmente o que eu tava, passou exames pra mim e ela não. Ela simplesmente... (Part. OFHG1)

Alguns dos usuários naturalizaram as atitudes dos profissionais de saúde a ponto de considerarem que em vários desse momentos não existia nenhum tipo de preconceito por parte dos profissionais em suas atitudes no momento da consulta, como vemos em “É o jeito dele mesmo. Na maioria das vezes é assim, nem preconceito é” (Part. OFHG1). Todavia, esse tipo de entendimento não era unânime no grupo, outros participantes relataram situações contrárias a esse posicionamento apontando sim, para questões relativas a diferença de atendimento relacionada a sua orientação sexual como foi o caso deste participante:

Eu acho que todos tem que ser tratados de maneira igual, porque eu não sou diferente de ninguém, todo mundo é igual a mim, todo mundo tem o mesmo direito, mas assim eu acho errado, porque eu já cheguei uma vez num posto de saúde e já riram de mim e me trataram como se eu fosse assim, uma pessoa que tivesse menos importância, somente pela minha opção sexual ou preferência (Part. OFHG1)

Além da chacota sofrida pelo participante acima, foi pontuado a maior dificuldade nos serviços de saúde para pessoas trans, apontadas como as que mais sofrem dentro dos espaços dos serviços de saúde. Ponto abordado no seguinte enunciado:

No meu ponto de vista quem sofre mais esse tipo de preconceito, que tem o difícil acesso as unidades de saúde são as travestis, porque os médicos e as enfermeiras, eles não são capacitados, tem dúvida, não sabe como atender a travesti. Se é o médico ou a médica que vai atender a travesti, tem muito essa dúvida dentro mesmos dos profissionais. No meu ponto de vista, geralmente, quem mais tem a dificuldade a esse acesso, sofre são as travestis e as transexuais do que os gays propriamente. Porque se chegar aqui quem vai atender? O homem (Part. OFHG1)

A ideia de que não existe interferência da orientação sexual/identidade de gênero no atendimento, permeia vários momentos do grupo e nas falas de alguns participantes, como na deste participante “a questão de ser homossexual não interfere muito no atendimento não” (Part. OFHG1). E imerso nesse tipo de pensamento, temos

momentos em que a homofobia acaba não sendo percebida, por estar tão internalizada é muitas vezes invisibilizada. Dessa forma, o discurso proeminente na sociedade de que a “homofobia não existe”, ou de que “tudo agora é homofobia” são assimilados e reproduzidos pelos próprios sujeitos vítimas da violência, e por este motivo, situações de discriminação por orientação sexual acontecem e não são vistas como tal. No diálogo abaixo, temos exemplos desses discursos veiculados na sociedade sendo reproduzidos.

Participante 1: Não. Foi isso que eu frisei no final. Não, não. Pela qualidade do médico mesmo que não tem nível pra tá ali. Só tem nível superior, mas qualidade não tem não.

Participante 3: A gente tem que saber diferenciar. tem certas pessoas que acham qualquer coisa é homofobia.

Participante 1: exatamente o que tô dizendo... as pessoas colocam na cabeça...

Participante 3: as pessoas também têm o direito de não aceitar, de não concordar com isso. Então, não é porque eu fui atendido diferente que é homofobia. Não é porque alguém não aceita a minha opção sexual que eu vou dizer tu é homofóbico. Porque a pessoa pode não aceitar, mas respeita, como eu já disse também a algumas pessoas: eu não preciso de aceitação, respeito já basta (Diálogo Parts.OFHG1)

Da mesma forma que apresentamos enunciados que retiram a homofobia das atitudes dos profissionais de saúde, abrangemos também os que, em seus relatos de experiências/vivências nos serviços de saúde com os profissionais denunciam os flagrantes de atitudes imersas em preconceito, discriminação e estigma. Como é o caso observado nos trechos abaixo, aos quais assim que o profissional soube da sua orientação sexual, imediatamente fechou seus diagnósticos, independente do que o paciente apresentava ou até de exames anteriores, amparado pelo seu tempo de trabalho no serviço de saúde e usando de um lugar de saber-poder. E em um dos casos o enquadrado no estigma do HIV/Aids e prosseguiu com o atendimento.

Eu já sofri, vou resumir a história: eu tive um problema que até hoje eu não sei do que se tratou e fui pra vários médicos particulares, públicos e um deles tinha 40 anos de formado em urologia. A primeira pergunta que ele me fez foi essa qual a minha orientação sexual. Respondi e a partir da minha resposta, ele já me deu o diagnóstico de uma certa doença que eu já tinha feito exames também e não tinha acusado nada e por eu responder isso, ele disse é isso. Ainda disse: você não sabe mais do que eu, porque tenho 40 anos de formado e ninguém me engana não. A pessoa tem 40 anos de formado e não pode se enganar não?! Qualquer ser humano erra, se engana. Eu tô aqui com todos os exames. Ele pediu pra repetir todos os exames numa clínica particular, eu repeti tudinho, trouxe pra ele, ele calou, não tinha mais o que dizer (Part. OFHG2)

Mas pra mim uma coisa que me chocou muito foi uma vez que eu fui pra uma UPA com minha mãe e meu namorado. Chegando lá na hora do atendimento o médico perguntou qual era a minha opção sexual. Eu disse a ele que era homossexual, ele também não me perguntou mais nada fez a prescrição e me mandou direto pro exame, quando chega lá que fui perguntar pra menina na hora de tirar sangue ela fez não você tá fazendo teste rápido pra HIV e de escarro pra tuberculose (Part. OFHG3)

A partir de experiências como as citadas acima, entendimentos, como os que virão nos enunciados abaixo, como de que a postura dos profissionais de saúde deve ser livre de preconceitos, mesmo que esses usuários considerem que esses profissionais são pessoas comuns e portanto, tiveram educação familiar, o que acontece é que para os usuários essa educação familiar estaria associada ao preconceito expressado durante o atendimento.

Eu acho que isso recaí muito ao preconceito, que o profissional ele tem ser, vamos dizer assim, inerte a qualquer tipo de preconceito. Mas, como são pessoas e tem uma formação bem estruturada familiar, porque acho que preconceito vem diretamente relacionado a educação familiar, porque quando a criança nasce, ela nasce sem preconceito, então, quem dá educação é a família. Então, isso recaí a preconceito individual de cada médico, não vamos generalizar aqui porque todos não são assim (Part. OFHG2)

Então, existe a identificação de preconceitos na atuação dos profissionais de saúde e a partir dessa identificação, por parte dos usuários, tem-se um pedido por mais ética por parte dos mesmos, como podemos ver nesse trecho de fala “no geral é isso mesmo, o preconceito como todo mundo vê tá bem implícito, explícito; os médicos poderiam ser mais éticos...” (Part. OFHG2). O que os usuários vem denunciar é principalmente uma atitude de julgamento moral, por parte dos profissionais, que atendem de forma diferenciada não só pela orientação sexual, mas também pelo estado em que se encontram as pessoas que buscam o atendimento, como neste enunciado “não só com gays, às vezes com bandidos, criminosos, pessoas embriagadas que bebem, a gente vê que não há um devido atendimento (Part. OFHG2). E nesse outro recorte de fala de um homem bissexual:

Influenciou com certeza porque meu pai tem todo aquele padrão né?! De ser uma pessoa mais velha, uma pessoa estudada e heterossexual e tal. Só que eu acho que fosse uma pessoa que, digamos assim, que sua orientação sexual fosse mais visível, eu acredito que não teria sido dessa forma. Por exemplo, no mesmo horário chegou um paciente que tinha bebido, que tava em condições alcolicas, assim né visivelmente... e eu vi que os profissionais

deixavam de propósito ele esperando mais do que o devido e ele tinha sofrido um acidente tava todo ensanguentado lá no corredor e via que de propósito eles deixavam, tipo assim, bebeu porque quis, então imagino que não só ele mas que outras situações eu vejo que eles colocam diferenciações. Então é, eu pessoalmente, se pudesse evitar falar da minha orientação sexual no atendimento nos serviços de saúde eu evitaria falar, pra não sofrer esse tipo de rejeição, digamos assim (Part. OFHB)

No enunciado acima ainda identificamos, um receio em revelar a sua orientação sexual, por medo de rejeição, baseada na forma como os profissionais de saúde tratam pessoas consideradas culpadas pelo seu estado de saúde, portanto, desse que as pessoas que busquem os serviços pertencerem a um certo padrão social estes então seriam bem atendidos. Em outro recorte há uma referência ao uso de crenças religiosas por parte dos profissionais de saúde durante o atendimento, que não condiz com as atribuições de sua função e que incomodou a pessoa que estava recebendo o atendimento, como podemos ver abaixo.

O que me chocou singularmente falando foi a atitude de um enfermeiro do SAMU que foi fazer um resgate comigo e daí ele ficou no meio termo de saber que primeiramente eu era do candomblé entendeu?! Que ele veio orar dentro da ambulância, ali não é local de orar ate então eu não estava a beira da morte eu estava de posse das minhas faculdades mentais entendeu?! Inclusive quando eu cheguei no hospital que o médico veio e apertou meu pé eu até perguntei se ele tava doido de apertar meu pé daquele jeito, meu pé tava normalmente. Então ele orou dentro da ambulância achei totalmente desnecessário ai no final ele disse amém, nun sei o que, ai eu disse axé também e ele notou e não gostou ai ficou de cara feia. Mas ele tem que entender que ele tava ali pra fazer um resgate, ele não tá ali pra definir ninguém por opção sexual nem religião, inclusive ele também tocou nessa parte da opção sexual minha entendeu?! Porque disse a ele que era algo particular, meu, e que não dizia respeito a ele nem ninguém vir falar até então eu não conhecia ele e não dei ousadia de ele vim falar dessa parte que é muito pessoal meu. Então já foi dentro da ambulância tenso tá ligado?! Mas mesmo assim pra mim o serviço foi bom (Part. OFHG3)

Diante das situações de preconceito, apresentadas pelos usuários, acima, encontramos nos recortes de fala, indicativos de que esse tipo de atitude dos profissionais dificulta - *“eu não acho que eles afastam, mas dificultam”* (Part. OFHG2) - e, até mesmo, afasta esses homens dos serviços públicos de saúde, principalmente pelo medo e insegurança quanto a possibilidade de um atendimento que acolha suas demandas e que seja respeitoso.

Pela pergunta que você colocou se afasta, acho que dependendo da pessoa, porque do médico lógico que a pessoa vai se afastar e não vai mais querer

voltar lá. Ele fica inseguro em procurar qualquer médico que venha do sistema, a atitude do médico ela afasta (Part. OFHG2)

Ao tocar em questões relacionadas ao preconceito, temos nas falas de dois participantes a problemática da doação de sangue por homens que possuem relações homo/bissexuais, aos quais estes, em caso de multiparceria, principalmente, estão impedidos de realiza-la, como podemos observar na fala que se segue, “eles falaram aqui também no tópico dos gays doarem sangue, nem todos os lugares são aceitos por incrível que pareça” (Part. OFHG2). E no recorte de fala deste homem bissexual:

Eu vi que assim, essa questão do serviço de saúde quanto ao tema da orientação sexual eu acho que eles tentam fechar os olhos. E como se não existisse, tipo assim, isso daí é irrelevante. Pelo menos eu vejo mais ou menos dessa forma. Quando você vai doar sangue e eles perguntam se você tem relações homossexuais já... né?! Já cortam, então assim, as vezes você caba tendo que mentir, por você saber que já vai ser excluído, que você não vai poder doar sangue, por exemplo, por causa da sua orientação sexual (Part. OFHB)

No que diz respeito aos homens transexuais existe uma queixa particular no que diz respeito ao atendimento por parte dos profissionais de saúde, relacionada diretamente a uma das pautas mais importantes no reconhecimento desses homens como sujeitos de direitos, como cidadãos: o reconhecimento do nome social.

A utilização do nome social por pessoas transexuais veio em consonância com a redação e aprovação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, desde então a questão da utilização e inclusão do nome social em documentos oficiais, bem como órgão da administração pública e serviços assistenciais tem ocorrido de forma sequencial. Então o que se observa nos enunciados dos homens transexuais, participantes do nosso estudo, é um descontentamento e reivindicação que os profissionais de saúde respeitassem o seu nome social, como podemos ver abaixo

Gostaria que nos serviços de saúde eu fosse atendido normalmente, sem que ninguém perguntasse sobre minha identidade, principalmente que eu precisasse explicar e que o momento da entrega da carteirinha e a pessoa me chamar não fosse sempre essa expectativa com ansiedade de respeitarem ou não meu nome social (Part. OFHT)

Começando pelo tratamento de recepção pelo nome correto, sem precisar de explicações que geram constrangimento. Seguido de profissionais da saúde na maioria das vezes que não sabem tirar nem uma mínima porcentagem das

dúvidas dos paciente e muitas vezes os próprios médicos e enfermeiros dificultam até de que o paciente fique a vontade, diferenciando o tratamento (Part. OFHT)

Colocar o nome social nos cartões dos hospitais públicos e particulares, pois só no cartão do SUS não serve de muita coisa. Os médicos continuam chamando pelo nome de registro e tratando no feminino os homens trans (Part. OFHT)

Além dos profissionais de saúde não respeitarem o uso do nome social desde a porta de entrada da Unidade de Saúde até o momento do atendimento, os homens trans ainda relatam a necessidade de explicar para os profissionais o que eles são e o constrangimento que isso gera nos mesmos, ao terem que fazer esse tipo de explicação. Por esse motivo, muitos apontam a necessidade de treinamento dos profissionais das USF para que, dessa forma, estes possam proporcionar um atendimento digno e humanizado. E para que, enfim, os homens trans possam ter suas necessidades reais atendidas, podemos observar a questão da necessidade de treinamento sendo elucidada nos seguintes trechos: “Acredito que os funcionários não é preparado e por isso fico na situação constrangido quando pelo meu nome e sinto espanto, surpresa e até cara de riso” (Part. OFHT); “O médico endocrinologista perguntou o que eu era homem, mulher, hermafrodita e que gostaria que fosse educado” (Part. OFHT); “O médico e demais profissionais de saúde deveriam ter treinamento e não preconceito com a nossa existência, não haver recusa de tratamento ou modificar o nosso CID, isso quando nem sabem” (Part. OFHT).

As dificuldades de acesso aos serviços públicos, pode ser um dos motivos da baixa procura dos homens trans por esses serviços, já que em suas falas a experiência destes com o Sistema Suplementar de saúde apareceu de forma marcante nesse grupo, poucos referiram experiências com o SUS, sendo que as poucas falas remetem ao início das atividades no hospital. Todavia, o acesso a esses serviços também se mostrou deficiente, no que diz respeito ao respeito ao nome social. Havia um desconhecimento do grupo de que a Carta dos Usuários do Sistema de Saúde também seria aplicável ao sistema suplementar. Diferentes relatos de desrespeito e dificuldade em marcar a consulta quando o profissional sabe que o cliente é trans.

Mesmo que esses homens trans busquem os serviços suplementares e que consigam acessar os mesmos, esse acesso não se configura enquanto uma garantia de atendimento, ocorrendo vários tipos/motivos para a recusa, como “Não sei o que

você é”, “nunca tratei de uma pessoa assim, me explica de novo” ou até “Não tenho autorização do CFM para fazer isso (Prescrever hormônios)”. A hormonioterapia foi algo recorrente entre o grupo de homens trans como o que eles consideram assistência em saúde. Foi relatada a dificuldade de conseguir a receita, principalmente pela recusa dos médicos, porém, ter a receita não é garantia de ter acesso ao hormônio prescrito. “Quando conseguimos receita pra o tratamento hormonal, muitas farmácias não tem o medicamento ou literalmente não querem nos vender” (Part. OFHT).

A dificuldade em obter a medicação e a prática de adquiri-la no mercado paralelo foi elemento comum ao grupo. Duas situações foram relatadas: a percepção que o farmacêutico recusa fornecer a medicação ainda que a possua (situação de constrangimento diante do nome civil, conselhos para que deixe de usar) e a medicação está sendo insuficiente para abastecer as academias. Muitos homens trans estão adquirindo o produto na academia. O preço é o mesmo do mercado paralelo. E como foi comum a todos os homens (GBT) as dificuldades de horários, as filas e a burocracia também foram levantados como dificultador da utilização dos serviços públicos de saúde, como é observado nos enunciados: “Haver políticas e diretrizes para o atendimento menos burocrático e mais humano” (Part. OFHT); “Acabar com a fila gigantesca para pegar ficha para consultas, pois tem gente que precisa virar a noite do lado de fora do hospital para conseguir marcar uma consulta” (Part. OFHT); “Deveria ter horário mais flexível e atender a qualquer necessidade dos usuários. Profissionais capacitados para atender qualquer usuário, mais acolhedor e menos burocrático” (Part. OFHT).

5.2.4 Vulnerabilidade de homens GBT

5.2.4.1 Profissionais de Saúde das Unidades de Saúde da Família

Como já foi abordado de forma mais detalhada em outro momento desta Tese, a noção de vulnerabilidade passa a ser incorporada ao repertório teórico-metodológico da saúde, a partir dos estudos, no Brasil, de Ayres e colaboradores, principalmente no contexto da Epidemia de Aids. Dessa forma, o conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como “o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas

individuais, mas também coletivos contextuais”⁸⁰. O modelo da vulnerabilidade está conformado por três dimensões interdependentes que possibilitam a apreensão da maior ou menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade, são elas a dimensão individual que diz respeito a compreensão do comportamento pessoal, a dimensão social que compreende o contexto social e a dimensão programática a qual compreende os programas/estratégias institucionais de combate às doenças⁷⁷.

No entanto, nesse eixo de análise nos deteremos ao que Ayres⁷⁷ nomeia de vulnerabilidade programática, sendo esta a dimensão presente nos repertórios dos profissionais de saúde, principalmente, por serem os executores dos programas e ações em saúde junto à população. Os conteúdos existentes nos repertórios dizem respeito as ações em saúde, aos serviços de saúde e propostas de atuação que possibilitem a redução de vulnerabilidades.

Um dos fatores que vulnerabiliza a população de homens GBT está relacionada à existência de ações de saúde específicas para essa população. Tais ações estão postuladas no texto da Política de Saúde Integral da População LGBT e se configuram enquanto um direito dessa população e que deve ser garantido pelo Estado. Sabe-se que a não garantia de direitos é um fator de vulnerabilidade^{83,110}.

O que podemos perceber, portanto, é que os profissionais de saúde, no tocante as ações de saúde específicas para a população de homens GBT, produzem sentidos diversos. Um desses sentidos é a não identificação dessas ações o que os leva a acreditar que não exista nenhuma ação voltada para essa população ou não conhecem, chegam a citar ações, como o novembro azul, voltadas pra população masculina mas com enfoque generalista, universal, no que diz respeito aos homens. Porém, não veem nenhuma ação de promoção à saúde voltada pra a população LGBT.

Em relação a isso infelizmente a gente não vê um trabalho voltado, exclusivamente para esse público pelo menos aqui nessa unidade da gente, a gente ta começando agora, porque trocou de equipe também, mas não se vê um trabalho específico para a comunidade LGBT não (ACS5)

Eu acho que a saúde ainda não discutiu como se discute em outros grupos, o que é que a gente vai ver dentro desse grupo? Não só as DSTs, eu acho que ainda não houve muita orientação, muita divulgação, mas em relação a outros aspectos do LGBT, o que a gente pode estar vendo a mais de diferenciado (ENF1)

Porque não vejo ação voltada para esse grupo , ainda não ouvi falar em geral particularmente desse grupo . Porque eu tenho casos de três pessoas na minha área que são soro positivo e que elas tá tendo relacionamento avulso

e que elas quando vir que você sabe, que muita gente tá sabendo ai elas se mudam. Percebo não. É porque não tem ação voltada para isso (ACS6)

Todavia, em contrapartida ao desconhecimento dessas ações, acredita-se que o desenvolvimento das mesmas seja algo, a ser pensando e desenvolvido no âmbito da Atenção Básica, como forma de garantir a busca dessas pessoas pelos serviços de saúde, possibilitando a formação do vínculo desses homens GBT com a unidade.

Eu acho que assim, não só para comunidade LGBT, mas um trabalho voltado que eu acho que a gente falta, tem a distribuição de preservativos, tem as orientações do dia normal, na visita, mas não tem as orientações como tem nos hipertensos, o grupo de diabéticos, tem um trabalho voltado para esse alvo, mas no LGBT ainda não temos, pelo menos na unidade (ACS5)

Não, eu acho assim que pode até tá divulgando mais o que é, o que a gente faz, tá entendendo? Pode até tá divulgando e até tá dizendo: é aberto pra toda a população. Porque muitas vezes... tou dizendo que acontece não... "Não, não é pra mim isso..." Eu acho assim que pode tá alertando mais a população sobre todos os riscos, dessa da população específica, né. Ao que pode ta acontecendo e como é que pode tá se prevenindo. É a questão da educação em saúde, educação em saúde, educação em saúde (ENF3)

O que a gente podia fazer era isso melhorar as campanhas enquanto a hepatite, Hiv, uso de drogas, melhorar o recebimento das pessoas principalmente pelo consultório de rua e o consultório na rua que, como nós estávamos conversando, muitos desses pacientes são moradores de rua que não chega até a gente mas ai esse consultório de rua e na rua pode organizar esses pacientes e trazer ele pro PSF (MED1)

Talvez se a gente trabalhasse mais algumas questões, deixasse aberto, por exemplo, fizesse mais ações voltadas sobre DST's ou outras necessidades deles, talvez a gente pudesse ficar mais perto desse público, mas de fato a gente não trabalha muito essa questão (ENF9)

Porém, assim como existem discursos a favor da idealização e realização de ações específicas, também existem ideias contrárias a isso. Por considerar que a realização de ações específicas um privilégio ou até mesmo uma forma de exclusão. Considerando que não deva existir distinção, pregando uma igualdade entre os atores sociais, desconsiderando as especificidades das minorias bem como um dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), a equidade.

Porque eu tenho o momento só do planejamento familiar, tem o momento só do hipertenso, só do diabético, então não tenho um momento do L... LGBT, não tem esse momento não, eles estão incluídos dentro dos demais grupos. Não existe essa diferença (ENF3)

Não eu acho que, se houver na academia, nos estudos, nas pesquisas que indiquem que este grupo tem uma necessidade específica, como qualquer

política de saúde tem que ser desenvolvida, ai a gente se enquadra dentro dessas políticas de saúde, mas eu prefiro acreditar que eles devem ser absorvidos como pacientes não de um grupo específico, eu acho que, eu acho que é uma forma de discriminar, de criar um 'bloco', a minha visão é essa (DEN2)

Numa tentativa de sanar uma necessidade identificada por esses profissionais de saúde, por conta própria eles decidem realizar algumas ações, que estes consideram como uma forma de reduzir a vulnerabilidade desses homens GBT. Porém, o que se pode observar é que existe uma tendência em ofertar ações, principalmente ou até primordialmente, voltadas para a prevenção de DST, HIV/Aids, como podemos perceber nos recortes de fala abaixo.

Eu acho que é o que a gente faz, a gente procura recebê-los, atender na medida do possível, ver o que ele ta precisando, é o que a unidade faz, é o serviço que a gente oferece, porque o saúde na família atende o paciente como um todo, a gente trabalhar muito com prevenção, faz medicação, faz cura, mas o “carro –chefe” é a prevenção (MED9)

Não existe, pelo menos eu não tenho conhecimento de um programa específico para essa população, não existe. O programa que a gente tem hoje é um de DST/Aids do Ministério que não é específico dessa população, aqui na unidade a gente inclui ele dentro...a população dentro de todos os outros, mas não existe na cidade do Recife (ENF2)

Não se pode descolar das ações de saúde a existência de serviços de saúde aptos para receber as demandas, por esse motivo, um outro conteúdo que emergiu nas falas dos profissionais, diz respeito aos serviços de saúde específicos para o atendimento de homens GBT, voltados pra suas necessidades e especificidades. Quanto à existência desses serviços, percebemos que os profissionais acreditam que pode existir, mas que falta identificar, mas localizam elementos que possam conformar esses espaços enquanto espaços de atendimento de homens GBT como em “Eu vejo alguns serviços, mas assim, falta identificar, poderia se intensificar” (ACS5) ou:

Não identifico, porém peguei um folderzinho um dia desses no hospital da mulher que está sendo terminado ainda e estavam falando da atenção a esta população. Poderá ser atendido no hospital da mulher, os transexuais, eles vão ter também este acesso que é muito importante (ACS15)

Porém, mesmo quando não identificados os serviços de saúde, enquanto específicos para a população em estudo, é observado e pontuado pelos profissionais de que seria de fundamental importância que esses espaços sejam criados e

disponibilizados, como estratégia de redução de vulnerabilidades, garantindo um dos direitos primordiais que é o direito a saúde, assegurando a dignidade humana.

Deve. É porque é uma população que tem crescido. Crescido no sentido das próprias pessoas já se identificarem. Coisa que não acontecia a algum tempo atrás. Então tem que ter algum tipo de organização voltada para essas pessoas (MED6)

É mais em termo de orientação né e os cuidados que tem deve ter de cuidar dessas pessoas como pessoas comuns como todo mundo e abrir mais um espaços pra eles eu acho que deveria infelizmente não dá pra ter psicólogo né pra tá acompanhando porque não tem aqui na unidade tem que encaminhas e pra encaminhar é muito complicado porque até parece que não tem na rede é deveria abrir mais um espaço pra eles (ACS4)

Eu acredito assim que deveria ter um local específico só pra dar palestras pra essas pessoas, assim que não tem vínculo com psf e agente de saúde. Deveria ter mais assim uma atenção a ele, mais assim informações essas pessoas que são desgarradas (...) Deveria ter sim...pra garantir os direitos deles né (ACS17)

Da mesma forma que aconteceu com as ações específicas, acontece aqui, quando se trata dos serviços específicos de saúde. O mesmo argumento de que se deve melhorar a rede de saúde como um todo, para que esta possa absorver todas as demandas de todos os grupos populacionais, emerge como um contraponto a criação desses serviços específicos. Porém, sabe-se que no tocante a grupos minoritários, que tem seus direitos negados há uma urgência e necessidade de ações afirmativas e mais diretas, a fim de sanar grandes disparidades. No entanto, esse aspecto não é considerado por alguns dos profissionais entrevistados, como podemos observar nos recortes abaixo.

Olha, eu vou ser sincera, eu desconheço se existe ou se isso faz parte da política LGBT de ter serviços que eu acredite que não seja específicos para esse público, a inclusão dentro da atenção básica é feita pela USF e eu acho que é dessa forma que deve ser feita (ENF5)

Não sei como estão organizadas as ações e serviços dirigidos a pop LGBT. Eu acho que se eu fosse de implantar, eu não implantaria não, porque eles iam se sentir magoados, porque é como se fosse separando, que eles são humanos também, como todo mundo (ACS20)

Igualmente com as ações específicas em saúde, vemos um reflexo da epidemia de Aids, no imaginário, relacionado aos homens GBT, quando do questionamento sobre o conhecimento de algum serviço específico, estes citam serviços relacionados ao tratamento de pessoas com HIV/Aids, citando Hospitais de referência, Centros de

Testagem e Aconselhamento (CTA's) e Serviços de Atendimento Especializado (SAE). Podendo ser observado nos seguintes recortes: “Eu desconheço. Não me lembro de nenhum serviço LGBT. O que eu conheço são os serviços para doenças sexualmente transmissíveis” (MED6); “Até então eu não a conheço, pode até ter mas eu não a conheço o que eu sei é que tem no Pátio de São Pedro um local onde eles vão fazer é exame de HIV, pegar é preservativo” (ACS16); “Tem é parece que o GUAS tem sobre doenças sexualmente transmissíveis que assim tanto faz ele como mulher assim ou qualquer outro já trabalham com doenças sexualmente transmissíveis dão palestra” (ACS17) bem como em:

Sim. Tem as policlínicas que existem, que são encaminhamentos que a gente pode dar pra outros profissionais, tem os locais que eles podem realizar exames de teste rápido, como os CTA's. hoje a gente tem testagem de HIV, de sífilis (ENF9)

Advindo de um desconhecimento de locais/serviços de saúde específicos para o atendimento de pessoas com identidade de gênero masculina. Tem-se um conhecimento associado aos pontos e/ou serviços de saúde responsáveis pelo acolhimento de pessoas soropositivas para o HIV e aqueles que buscam a testagem. Enquadrando mais uma vez a saúde de homens GBT, em especial homens gays e bissexuais, a ações específicas de prevenção à IST, HIV/aids. Dessa forma, quando levados a propor ações/soluções que possam reduzir vulnerabilidades, aos quais homens GBT estão expostos. Os profissionais de saúde da atenção básica sugerem a inserção da testagem rápida no contexto da atenção básica como forma de garantir a entrada dessa população nos serviços de saúde.

A testagem é temática recorrente nas falas de profissionais da saúde, principalmente pela grande difusão da sua importância no cenário mundial advinda da publicação da meta 90-90-90, proposta pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). Publicada em 2015, esta meta tem como proposta que até 2020 90% das pessoas vivendo com HIV saberão se possuem o vírus, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticadas, receberão a terapia antirretroviral (TARV) e 90% de todas as pessoas recebendo TARV terão supressão viral, estarão indetectáveis¹¹³.

Talvez por este motivo, existam nos discursos dos profissionais, aqueles que consideram o teste rápido como um instrumento prático e eficaz, pela facilidade da

sua utilização, todavia, não somente para pessoas LGBT, mas para homens e mulheres, como se estes fossem diferente dos primeiros. Como pode ser observado no recorte abaixo.

E também por causa da distância que atrapalha, mas eu acho que teste rápido aqui na unidade, é uma das propostas que eu vou levar para minha equipe pra ver se a gente faz ainda nesse primeiro semestre, seria uma coisa bem interessante, porque eu queria direcionar não só pra comunidade LGBT, mas para os homens e as mulheres, porque muitas vezes a pessoa não diz ou não se coloca como LGBT, como gay ou como lésbica, às vezes é "bi", eu acho que é importante que esse teste rápido seja uma coisa mais ampla, ainda esta muito restrito e às vezes isso atrasa o tratamento de muita gente, e como a AIDS demora pra se detectada no organismo, esse teste rápido iria facilitar muita coisa, esse teste rápido era pra ser uma coisa mais acessível (DEN8)

Há os que consideram que a inserção do teste rápido na atenção básica pode favorecer o acesso rápido ao diagnóstico e assim os homens GBT podem ser atendidos a sua necessidade, que estaria resumida a detecção da presença do vírus HIV, mais uma vez incorrendo no reducionismo da pluralidade das questões de saúde que envolvem as pessoas com identidade de gênero masculina ao HIV/Aids.

Bom seria que as unidades de saúde tivesse aquele teste rápido né? Uma acessibilidade melhor para eles terem os resultados. E a rejeição acaba dificultando muito a vida desses publico que necessita desse exame. Ter aquele acesso direto para que ele seja atendido, diante de sua necessidade (ACS24)

Em consonância com a necessidade de inserção do teste rápido nos serviços da atenção básica de saúde, os profissionais pontuam a distribuição de um outro insumo, também relacionado as IST, HIV/Aids, o preservativo. Este insumo assume algumas funções dentro do serviço segundo as falas dos profissionais, tais como a centralidade da sua distribuição enquanto facilitador do acesso aos serviços "Facilidade maior na distribuição de preservativo, porque preservativo falta e dificulta muito o acesso" (DEN8), ou enquanto única atividade proposta relacionada a este público "Os que eles oferece...sei não, só as camisinhas que a gente entrega...sei não tem muito não" (ACS8), em contrapartida a centralidade pode residir no fato de que é o mais buscado pela população de homens GBT, como nesses dois recortes: "Aqui na unidade é como eu falo só tem os panfletos as camisinhas a gente orienta eles, eles mesmo as vezes pedem eu observo isso e tem as vezes umas palestras" (ACS7)

e “Tipo muito deles querem camisinha para as relações sexuais, muitos querem fazer exames” (ACS19).

Todavia, é entendido que ações que ultrapassem os limites da simples distribuição de preservativos são importantes e devem ser incluídas na agenda das UBS, tais como orientação, principalmente, por meio de palestras que possam fomentar discussões e construção de conhecimentos sobre saúde, prevenção e vacinação, como vemos abaixo.

A gente faz ações para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis então a gente sempre salienta a importância do uso da camisinha e a importância da vacinação de Hepatite B e no demais é igual a todos os outros grupos. Só no reforço nos cuidados da DSTs reforma muito o uso da camisinha e a vacinação da Hepatite B (ENF10)

O que pode ser feito primeiro o ideal seria é a gente tem uma melhoria bem para estrutura da própria unidade uma estrutura física acredito que podia ser melhorada, segundo a gente receber mais materiais áudio visual como uma TV, um DVD e instrumentos que a gente possa utilizar para difundir para pessoas a importância dos cuidados do uso da camisinha e da identificação precoce de DSTs. Então eu acho que seria uma coisa importante para melhorar a estrutura e infraestrutura da unidade e melhorar no sentido de receber é matérias para que a gente possa dinamizar as palestras (DEN10)

Nas falas dos profissionais existem alguns elementos que são recorrentes, tais como orientar, construir palestras, informar. Todos esses termos dizem respeito a uma produção de conhecimentos, a um empoderamento desses homens GBT. Porém para que a atuação desses profissionais possa ser efetiva e promova a redução de vulnerabilidades e principalmente não torne-se um fator de vulnerabilização desta população faz-se necessário a divulgação e conhecimento dos meios/diretrizes/normativas que possibilitem a sua atuação. A Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, documento que orienta a atuação dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção em saúde foi lançada em 2011. Entretanto, percebe-se um desconhecimento dos profissionais de saúde da sua existência e de suas prerrogativas. Pode-se observar isso na fala da dentista, quando afirma não existir uma política específica, mas que acredita na existência de estudos e capacitações, porém não identifica isso dentro da unidade de saúde em que atua.

Olhe saindo do saúde da família, eu não sei dizer se existe alguma política específica, acredito até que exista, alguns estudos algumas capacitações, aqui dentro da unidade a gente não tem uma política específica, como a gente tem para hipertenso, para diabético, mas esse grupo ele é atendido de forma normal, como qualquer outro usuário (DEN2)

Outro profissional, levanta a questão, também, de não existir uma política específica, e acrescenta que o caso de comprovação de alguma necessidade específica da população LGBT tem que ser apresentada pelos gestores de saúde para que se oriente a organização da assistência. Esse tipo de argumentação, só comprova que mesmo a Política de saúde da população LGBT tendo sido lançada há 4 anos – no momento da realização da entrevista- ainda não era do conhecimento dos profissionais a sua existência e também a sua necessidade.

Veja bem, eu vou responder do jeito que estão perguntando, para esse grupo específico, eu acho que se existir necessidades comprovadas particulares a esse grupo, isso tem que ser nos trazido para que a gente possa organizar nossa assistência, eu encaro como pessoas todas iguais, se houver necessidades específicas então isso tem que trabalhar de maneira política, específica, coisa que a gente aqui da atenção básica não tem (DEN2)

Mediante a “não existência” de uma política de saúde específica, este outro profissional, pontua enquanto ação que realiza, como forma de atender as demandas da população LGBT, a individualização do atendimento. “A gente não tem nenhuma ação específica para esse grupo. O que a gente faz é individualizar. Existe nenhuma política pública pelo menos aqui, implantada em nível de ponta para a gente trabalhar com esse grupo” (MED2). Enquanto que outro profissional, desconhece a política, pontua que realiza atendimento “igual para qualquer pessoa”, como se este tipo de prática fosse norteada pelos princípios do SUS e não constituíssem um atendimento discriminatório. “Eu não conheço nenhuma organização pra essa população. Nunca ouvi falar aqui na prefeitura de Recife, desconheço. É atendimento igual pra qualquer pessoa” (MED10).

Entretanto, quando do conhecimento da política, a uma percepção de que esta é pouco divulgada e que recebe pouco investimento da gestão pública, há o entendimento do quanto a sua divulgação facilitaria e/ou potencializaria as ações para redução de vulnerabilidades para a população LGBT.

Eu acho que é pouco falado e pouco divulgado, inclusive a própria política dentro das ações no município, a gente em momento nenhum foi chamado, tanto para os profissionais quanto para o usuário. (...)Então, que a população e os profissionais de saúde tenham conhecimento nessa nova política e que ela possa ser trabalhada com os profissionais e que isso possa facilitar o atendimento. (...) Como conversamos anteriormente, essa política não foi divulgada, falta investimento da gestão (ENF8)

A formação profissional foi um outro aspecto apreendido, a partir dos discursos dos profissionais das UBS, como um fator de redução de vulnerabilidades. Partindo de uma premissa básica de que a informação é uma chave importante para a redução de vulnerabilidades e/ou para orientar a atuação dos profissionais para que esta funcione como promotora de espaços de redução de vulnerabilidades, livres de discriminação, preconceito e estigmas a partir práticas emancipadoras e acolhedoras, propiciando um maior e melhor acesso a essa população tão vulnerável aos serviços públicos de saúde. Por este motivo encontramos nos recortes de fala, queixas relativas a falta de formação e preparo dos profissionais para atender a população e uma denúncia do descaso da gestão pública para com os investimentos necessários para que essa capacitação/formação ocorra de forma efetiva.

Na verdade eu não encontrei dificuldade não, mas acredito que se houvesse um investimento maior da gestão em formação dos profissionais para o atendimento, seria melhor, a questão da empatia, da questão do respeito na consulta (ENF8)

Primeiro, como eu falei, preparar “quem vai receber, quem vai atender, quem vai fazer o acolhimento dessa população” e até mesmo a população LGBT deve ser orientada também a procurar a unidade de saúde porque eu acho que eles não são (MED9)

Eu acredito que pode melhorar se a gente, através dessa política, dar o acesso de qualidade, preparando os profissionais de saúde, dizendo que garante esse direito do acesso com qualidade... Eu acredito que tende a melhorar bastante (ACS10)

Primeiro, eu acho que teria que o distrito tomar conhecimento de que existe em todos os lugares uma população LGBT, não só existe nos grandes centros, existe também nas comunidades. Tentar identificar isso pra poder ver o que eles dispõem o que eles podem dispor para poder a gente realmente usar o que se dispõe porque a gente não pode usar, não pode buscar meios pra gente realizar uma ação sem recursos técnicos pessoais, recursos humanos, recursos materiais pra fazer grupo, fazer alguma ação maior e educativa (MED4)

Percebe-se até este momento que existe um somatório de questões que dificultam a atuação dos profissionais, que vão além de suas práticas, mas que possuem um caráter programático da vulnerabilidade⁷⁸. O desconhecimento de políticas públicas de saúde para a população da qual se trata esta tese concomitante com a falta de (in)formação por parte dos profissionais oriunda do descaso da gestão pública para com as demandas tanto dos profissionais quanto da população que adentra nas UBS, reverbera de forma intensa principalmente na busca de pessoas LGBT pelos serviços. E diante desse panorama, identificamos nos discursos dos

profissionais uma necessidade percebida por estes de ações com a população geral para a quebra de preconceito, visando reduzir preconceitos advindos não só de profissionais, mas também de outros usuários para evitar situações de preconceito e discriminação dentro dos serviços.

As ações sugeridas por profissionais da saúde vão desde a organização de palestras “Eu acho que a gente poderia fazer mais palestras, tentar trazer mais temas atualizados, tentar tirar o preconceito” (DEN7), bem como trabalhos informativos trabalhando com grupos, formados por usuários, grupos de gestores, profissionais:

Eu acho que a gente poderia trabalhar em cima desse preconceito existente, eu acho que a gente poderia trabalhar em cima da informação, trabalhar informação em geral para esse grupo também, eu não considero interessante fazer um grupo isolado né? Porque acho que já é uma forma de discriminar (MED10)

Eu acho que é isso, fazer algumas oficinas, no caso, um matriciamento que possa orientar os profissionais pra qualquer coisa ter um olhar de respeito, e se por acaso tentar identificar alguém na área que tenha esse olhar (olhar preconceituoso), quebrar (DEN7)

Cabe a estes profissionais trabalhar a informação a fim de assegurar a quebra de paradigmas culturais, assegurando o respeito as diversidades sexuais ou não:

Eu acho que a gente tem que informar mais a população, fazer trabalho de divulgação, quebra de preconceito, porque isto é uma coisa cultural, então tem muita gente que não aceita ainda infelizmente. Mas como está surgindo a política, tem que ser trabalhada e tem que ser informada (ACS15)

Dessa forma, a partir da quebra de paradigmas engessados na sociedade quanto as diversidades, propor ações de garantas dos direitos humanos, assegurando atendimento livre de preconceitos e não discriminatório:

É ver o homossexual (...), não por diferença, é ele chegar na unidade, garantir que faça a consulta, que ele utilize o nome social dele, “você quer ser chamado como?”, e garantir isso sem nenhuma postura de preconceito, eu acho que vai por aí, tratando ele não por diferente, mas como um igual, um sujeito de direitos, no mínimo isso, que você não vê ele como a opção dele, mas que você garanta o acesso, garanta o direito a saúde (ACS12)

E então, proporcionar a educação em saúde, baseados nos programas existentes, entendendo que este tipo de ação educativa já é preconizada pelo SUS e assegurada pela Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. Ainda que

haja um entendimento, por parte dos profissionais de saúde, de que a procura pelos serviços e o processo de adoecimento não sejam de responsabilidade única e exclusiva da população LGBT, mesmo compreendendo que existe uma multifatorialidade (políticas públicas, ações de saúde promovidas pelos serviços, investimento da gestão pública). Entretanto, persiste uma responsabilização e/ou culpabilização do sujeito pela sua condição de saúde, e em se tratando de homens gays e bissexuais essa condição de saúde é reduzida ao estigma da Aids. Os profissionais terminam por reduzir os sujeitos aos seus comportamentos de risco distanciando-se da noção de vulnerabilidade, mesmo que da individual. Já que esta segundo Ayres et. al. (2003) estaria relacionada à quantidade e qualidade das informações que dispõem esses homens e a capacidade de elaborá-las e de transforma-las e ações protegidas e protetoras.

Dessa forma, nesse movimento de responsabilizar o sujeito pela prevenção, observamos na fala deste médico um associação da juventude ao maior risco de infecção pelo HIV, quando diz:

Ou é um grupo mais jovem né? Pelo menos que a gente tem de conhecimentos e dessa área é que é o grupo mais jovem. E que você precisa estar conscientizando a respeito de todas essas coisas que eles têm um pouquinho mais de risco. E também com relação as drogas. Eu acho que é isso (MED2)

Essa associação entre juventude e o risco acrescido de infecção pelo HIV pode estar associado à informação sobre o aumento no número de novos casos na população de jovens homens que fazem sexo com homens (HSH), que segundo dados estatísticos teriam a prevalência da doença de 4,3% na faixa etária que vai de 18 a 24 anos. E quando comparados com os jovens da população geral a chance de um jovem HSH estar infectado é 13 vezes maior. Todavia esta população é considerada mais vulnerável, principalmente pela falta de campanhas e programas que abarquem seus contextos sociais e culturais e não somente comportamental. Essa vulnerabilidade foi identificada pelo Ministério da Saúde (MS), tanto que no ano de 2012 a temática da campanha de Carnaval – um dos períodos mais intensos de atividades de prevenção por parte do MS- foi voltada para essa população e contava com o slogan “Na empolgação pode rolar de tudo. Só não rola sem camisinha. Tenha sempre a sua”.^{114,115,116}.

Nessa lógica de responsabilizar, culpabilizar e atribuir maior risco aos comportamentos individuais dos homens gays e bissexuais. Temos entre as falas dos profissionais a dificuldade de negociar o sexo seguro, ou seja, a dificuldade de propor para o parceiro a utilização do preservativo durante as relações sexuais, a responsabilidade pela saúde sexual deles e de seus parceiros. Como pode ser visto nesses recortes.

Para que eles se protejam por amor a eles. Eu sempre digo se a gente não se ama não ama ninguém. Por mais que você goste, que esteja apaixonado. Mesmo que vc faça isso pra ganhar dinheiro, exija que tenha camisinha. Se não tiver você tenha a sua. E você use (DEN8)

A multiparceria, como dito anteriormente nesta tese, é algo recorrente nas falas dos profissionais como “fator de risco”. Um resquício das primeiras ações do MS em busca de uma resposta efetiva a epidemia de aids em seus primeiros anos e que perdura no imaginário dos profissionais até os dias atuais. Todavia, o diferencial é que na fala dessa enfermeira a questão da multiparceria não está focada apenas na população LGBT, como pode-se observar.

Hoje eu não vejo isso. Eu vejo as DST em si, tá nivelada pra mim. Agora claro, se você tem uma vida que tem muitos dos parceiros, você não se protege, você vai se “fumar”. Não importa a sua preferência sexual. Não importa se você é gordo ou magro; branco – amarelo, a doença vai chegar para você vai depender do tipo de exposição (“né”) de cada um (ENF7)

Os profissionais também associam o maior risco de infecção ao sexo anal, prática mais comum entre homens gays e bissexuais, por este possuir uma alta probabilidade de transmissão em caso de ato sexual anal receptiva desprotegida¹¹⁷, por este papel central na desproporcionalidade do número de casos nessa população, os profissionais consideram que se faz necessário um trabalho massivo de informação, como vemos a seguir.

Eu acredito que voltando a pergunta anterior a mesma coisa mais organização com eles porque assim tem deles que são muito dispersos assim pegando eles e fazendo uma lavagem cerebral explicando o que é doença e se pode pegar se pode contrair com esse...o sexo que eles produzem né (ACS17)

A necessidade de informar a população de homens gays e bissexuais parece permanecer como central nos discursos dos profissionais, por considerarem que o conhecimento sobre a doença e as formas de prevenção sejam importantes na

redução do número de novos casos dentro dessa população, tendo em vista que em pesquisas realizadas encontrou-se dados que apontam para um nível de conhecimento abaixo da média em mais de 40,7% dos entrevistados em várias cidades brasileiras^{32,34,117}. Então a educação em saúde surge como uma forma de reduzir essa vulnerabilidade individual, como podemos observar nos recortes abaixo.

Se eles quiserem fazer o exame, isso eu tenho conhecimento. Que eles podem procurar as unidades de saúde específicas para colher os exames que eles quiserem fazer. Agora se eles procuram ou não a gente não pode obrigar. A gente orienta né? agora obrigar a gente tem que respeitar. Agora orientação é nosso papel (ACS19)

5.2.4.2 Usuários dos Serviços de Saúde

A população de homens gays, bissexuais e trans, dados os estigmas associados a essas orientações sexuais por si só já vivencia diversas situações de vulnerabilidade. O direito a saúde de qualidade é uma das prerrogativas do SUS e assegurado por uma política de saúde específica para a população LGBT. Que em tese, deve atuar enquanto instrumento de redução de vulnerabilidades. Entretanto, ao nos debruçarmos nos relatos de experiências vivenciados pelos homens GBT, observamos problemáticas que se constituem em barreiras para a busca desses homens aos serviços públicos de saúde e que conseqüentemente o colocam em situações de vulnerabilidade quanto aos agravos em saúde.

Dentre as questões levantadas pelos homens GBT, estão as questões relacionadas a estruturação das UBS, tanto físicas “algumas outras situações que eu pude também observar é quando eu precisei me tratar no SUS a estrutura era muito... não era da melhores” (Part. OFHB); quanto relacionadas ao bom andamento das funções desempenhadas pelos profissionais par que a unidade de saúde funcione a contento. Como é o caso da demora de atendimento, a demora para fazer e receber exames, entre outros, pode-se observar isso nas falas dos usuários abaixo:

A demora também no atendimento é grande, a questão dos exames, que chega na unidade de saúde e passa pra você fazer em outro hospital e se for uma coisa mais especializada você espera mais tempo, seis meses, um ano tempo absurdo pra fazer um exame e pra um tratamento de saúde é uma grande desvantagem (Part. OFHB)

Assim, o que a gente falo foi da UPA, porque você chegar num posto de saúde pra ser atendido é todo um processo. Você tem que chegar de

madrugada pra pegar ficha, as vezes enfrentar 2, 3 dias... problemas estruturais (Part. OFHG1)

Há uma ponderação, por parte dos usuários, em não considerar que essas questões estruturais afetam apenas a população de homens GBT, mas todos os usuários dos serviços, como vemos em “Não é precário só pra gente que é homossexual. Pra todas as classes, pra todo mundo, pra todas não” (Part. OFHG1). Entretanto, a violência estrutural nos serviços de saúde não passa despercebida da percepção dos usuários dos serviços, tanto que o preconceito é temática recorrente nos recortes de fala dos mesmos ao longo dessa tese.

Aqui consideramos estigma como forma de organização intergrupala organizada em torno das relações de poder entre grupos, resultando em crenças ideológicas que justificam a expressão de atitudes negativas e depreciativas, bem como a expressão de comportamentos hostis (discriminação) em relação aos membros de grupos minoritários¹¹⁸. Dessa forma, por decorrer de hierarquias sociais, baseados em relações assimétricas de poder, pode-se pensar que o preconceito empodera o grupo dominante, constituído de pessoas cis-heteronormativas, e inferioriza o grupo minoritários, composto pelas pessoas com identidade de gênero masculina. Este fato verticaliza a relação entre a equipe de saúde e os usuários do serviço, enfraquecendo o respeito mútuo entre esses atores. Em consonância com este pensamento temos o que Parker e Aggleton¹⁰⁸ concebem as condutas de estigma, preconceito e discriminação enquanto decorrentes de um processo social, resultantes de meios que materializam relações de poder e dominação, e conseqüentemente reforçam as desigualdades de gênero, idade, sexualidade ou de orientação sexual, raça, etnia. O preconceito é empregado por atores sociais reais que buscam legitimar o seu próprio status dominante dentro de suas estruturas existentes de desigualdade social. Os efeitos desse preconceito internalizado podem ser visto abaixo, quando os usuários relatam o constrangimento sentido a partir de comportamentos e atitudes dos profissionais de saúde quanto a forma como são tratados e recebidos nos serviços de saúde, podendo atuar como fator de afastamento dos usuários dos serviços de saúde.

Um certo constrangimento. Tem pessoas que ficam muito constrangida chegando lá no médico, dando pinta ou não pra fazer exame ou alguma coisa e ai o médico ter receio de tocar em você, de comunicar com você, por você ser gay. (Part. OFHG2)

Pela pergunta que você colocou se afasta, acho que dependendo da pessoa, porque do médico lógico que a pessoa vai se afastar e não vai mais querer voltar lá. Ele fica inseguro em procurar qualquer médico que venha do sistema, a atitude do médico ela afasta. Às vezes, ele prefere se cuidar dentro de casa ou até um vizinho que tenha um remédio do que pedir pra o próprio médico. (Part. OFHG2)

Eu acho que todos tem que ser tratados de maneira igual, porque eu não sou diferente de ninguém, todo mundo é igual a mim, todo mundo tem o mesmo direito, mas assim eu acho errado, porque eu já cheguei uma vez num posto de saúde e já riram de mim e me trataram como se eu fosse assim, uma pessoa que tivesse menos importância, somente pela minha opção sexual ou preferência. Tratar com respeito/preconceito (Part. OFHG1)

O entendimento dos prejuízos causados por essa violência estrutural existente nos serviços de saúde, que se materializa também na forma de preconceito, estigma e discriminação, colocando esta população em situações de vulnerabilidade, se acentua, quando, ao compreender que pessoas com identidade de gênero diferente do sexo biológico – pessoas trans. Estão em situação ainda mais agravada do que homens gays e bissexuais. Tal ponto é referido no trecho de fala a seguir:

No meu ponto de vista quem sofre mais esse tipo de preconceito, que tem o difícil acesso as unidades de saúde são as travestis, porque os médicos e as enfermeiras, eles não são capacitados, tem dúvida, não sabe como atender a travesti. Se é o médico ou a médica que vai atender a travesti, tem muito essa dúvida dentro mesmos dos profissionais. No meu ponto de vista, geralmente, quem mais tem a dificuldade a esse acesso, sofre são as travestis e as transexuais do que os gays propriamente. Porque se chegar aqui quem vai atender? O homem. (Part. OFHG1)

Atrelado ao preconceito relacionado ao ser homem gay, bissexual e trans, tem-se o que Parker e Camargo⁵⁴ nomearam de “sinergia de pragas”, nos quais há um acúmulo de diferenças de poder nas hierarquias de classe, raça, gênero e orientação sexual somando-se a isso tem-se ainda o estigma relacionado a epidemia de Aids, derivado dos primórdios da descoberta, pela associação da população de homens gays e bissexuais. Partindo dessa dupla estigmatização, os usuários dos serviços identificaram, como pode ser visto nos recortes de fala a seguir, um reducionismo, por parte dos profissionais de saúde, da sua saúde a problemas decorrentes, apenas, da infecção pelo HIV e/ou alguma IST ^{110,112,119,120,124}.

Uma coisa que eu vejo é que os médicos, eles não falam sobre DST's. se foi colocado pra eles, por exemplo o pedido de exame de hiv, mas não falou pra ele sobre a questão. Então, eles não falam, olha pra pessoa e diz vai fazer e pronto. (Part. OFHG2)

O nome do vírus é HIV não é LGBT. Eles confundem muito isso, eles acham que o HIV é exclusivo da população LGBT. E não é! Eu acho que na opinião deles, eu acho que eles deveriam mudar, se pudesse eles mudariam pra botar vírus LGBT. (Part. OFHG3)

Não já aconteceu de perguntarem assim, você dá o ânus?, porque assim é mais fácil de você pegar o vírus dando do que comendo, e eu perguntei como que é isso? Que se de qualquer jeito que você for fazer você pega. Não tem diferença. (Part. OFHG3)

Reduzir a saúde de pessoas com identidade de gênero masculina, apenas ao HIV/Aids ou IST é negar a diversidade de existências e de ser homem, desconsiderando principalmente a população de homens trans que vivencia uma invisibilidade dentro dos serviços de saúde, que vai desde não respeitar o nome social a não possuir ações que abarquem suas demandas. Este tipo de atitude ocasiona uma maior exclusão social e conseqüentemente coloca homens gays, bissexuais e trans em situação de maior vulnerabilidade, para além da que já é vivenciada por esta população. Principalmente pela generalização baseada em julgamentos morais e/ou de classe, como é identificado por estes participantes:

Mas isso não só acontece com os gays. Acontece com todo mundo, porque é a mesma coisa, generaliza todo que mora em favela. Todo mundo que mora em favela é marginal e ladrão. Não é assim, tem muita gente de bem que mora em favela. A mesma coisa é com negro: todo negro é ladrão, maloqueiro, marginal, não é (Part. OFHG1)

O estigma e a discriminação advindo dos profissionais de saúde desperta nos potenciais usuários dos serviços sentimentos que podem dificultar a entrada destes nos UBS. Acrescenta-se a isso o machismo, que está arraigado na nossa sociedade e que interfere diretamente nesse “ir aos serviços de saúde”, como é relatado por este participante:

Não, jovens também, todos os homens são assim. Claro, que a questão ser machista, tá entendendo? A questão do machismo e parte também tem a questão de que as unidades de saúde, o horário não condiz com que os homens, né, eles trabalham, só chegam o que 8, 9 horas, a maioria. Então, o sistema de saúde, ele não atende esse horário e não consegue atender os homens, né? Que necessitam de ter acesso a saúde. Ai geralmente, a maioria só vai mesmo, quando tá com o pé na cova, quando já tá com um problema grave já. (Part. OFHG1)

Como reflexo dessas questões relacionadas a violência estrutural nesses serviços de saúde¹¹⁰. Tem-se dentre os participantes deste estudo, homens gays,

bissexuais e trans que ou nunca foram aos serviços de saúde, ou evitam e só os buscam em último caso, como podemos ver abaixo.

Bom acho que a experiência ue me marcou, a primeira que me veio a mente, foi eu precisei usar o SUS eu tava com dor de garganta. Aí foi uma situação muito nova pra mim, eu nunca tinha usado o sistema público, pelo menos, e sei lá acho que você vê né todas as mazelas e carência ue o sistema público tem. E aí que também você se sente muito impotente diante de tudo e por mais indignado que eu tivesse eu só esperei mesmo pra ser atendido e fui embora (Part. OFHB)

Como forma de reaproximar a população de homens GBT dos serviços públicos de saúde, principalmente da atenção básica, os usuários apontam que haja uma maior circulação de informação e principalmente respeito e decorrente disso a humanização dos profissionais, que teria um impacto direto no atendimento e acolhimento desta população já tão marginalizada e vulnerabilizada.

Quando falo da forma do tratamento humanitário e mais a questão do acolhimento no serviço de saúde, porque, assim, não generalizando, mas a grande maioria não tem esse, não faz esse tratamento humanizado, infelizente. São poucos que eles tratam bem as pessoas. (Part. OFHG1)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos então, neste momento na sessão onde trataríamos das considerações finais, todavia, não acredito que este seja um fim, mas uma continuação. Espero que a partir do que está tecido nessas poucas páginas, acrescentar algo as discussões que tangem a saúde de homens gays, bissexuais e transexuais.

No que diz respeito aos sentidos de masculinidade por profissionais e usuários dos serviços de saúde. O que nos salta aos olhos durante toda a tessitura do texto e que nos parece ponto comum é a construção de um tipo de masculinidade pautado no que os profissionais consideram como “jeito de gay” e que os usuários dos serviços de saúde nomeiam de “pinta”. O que os profissionais da saúde descrevem em seus enunciados como “jeito de gay”, que seria a forma como estes identificam e/ou classificam corpos considerados de homens não heterossexuais, assume uma conotação pejorativa, em certa medida, por basear-se em estereótipos, estigmas e discriminações que desqualificam, denigrem esses homens que não correspondem ao que é considerado masculinidade hegemônica. O “jeito de gay” então, nada mais é do que uma expressão da homofobia, que percebida ou não, internalizada ou não, permeiam esses profissionais e que em algum momento ou não permeiam também suas práticas de cuidado e atenção aos homens gays, bissexuais e transexuais.

Como foi dito acima, o que é considerado “jeito de gay” pelos profissionais da saúde é nomeado pelos usuários dos serviços de saúde de “pinta”, que é uma gíria do meio LGBT pra determinar que um homem possui trejeitos femininos, possui um caráter negativo e pejorativo e também carrega consigo uma forte carga de homofobia. A “pinta” ela assume um papel de divisão de grupos entre os gays “do meio” e os “fora do meio”, como bem pontua Miskolci¹²¹. Entretanto, esse caráter dicotômico também está relacionado a Epidemia de Aids, já que os estigmas estavam estreitamente ligados a corpos e jeitos e práticas sexuais relacionadas a feminilidade/passividade.

Por este motivo as questões relacionadas a “pinta” estão intimamente ligadas as posições sexuais, posto que estas produzem identidades sociais. Interferem e/ou contribuem nas dinâmicas de gênero que envolvem os relacionamentos afetivo-sexuais. As posições sexuais e as escolhas dos parceiros estão ligadas as denominações que envolvem identidades sexuais bipartidas no modelo de atividade e passividade, ao qual o primeiro são considerados homens mais masculinos e o

segundo homens mais femininos – a estes está associada a “pinta”. Os versáteis surgem como formas híbridas e intermediárias dessa dicotomia. Esse modelo ativo/passivo, possibilita incorporação de estereótipos que envolvem raça/etnia e geração, quando engessam homens negros como ativos e asiáticos como passivos devido ao tamanho do pênis, e jovens como prioritariamente passivos e homens maduros enquanto ativos. Dessa forma, as posições sexuais contam com influências idiossincráticas dos sujeitos, bem como aspectos relacionados ao quanto de conhecimento, estes, possuem sobre risco e proteção – quanto as IST/HIV/aids, considerando conjuntamente as categorias sociais e os estereótipos de gênero. Todavia, não estão descoladas dos estilos corporais que permeiam os desejos sexuais¹²³.

De onde decorrem as subalternizações, aos quais os homens com práticas sexuais e posições sexuais relacionadas a passividade, e então ao feminino, as “pintosas”. Sujeitos ao estigma e discriminação por seus pares incorrem na preocupação em acobertar suas representações identitárias, advindas de seus estilos corporais, atenuando suas performances em outros ambientes, para além dos relacionados a homossociabilidade. Daí derivam as questões levantadas pelos usuários ao referirem-se, que quando se dá “pinta” nos serviços de saúde não se é respeitado, bem atendido, ouvido, entre outros. Por este motivo, alguns desses homens gays acabam por sujeitar-se a uma constituição corporal, forçada, que atenda aos padrões de uma masculinidade dominante, para então se encaixar numa lógica violenta e rígida⁹³.

Ser homem gay, bissexual ou transexual per si, já é uma vivência “marginal” e excludente, rodeada por diversos estigmas, preconceitos e discriminação. Como já foi incansavelmente debatido no meio científico somados aos estigmas relacionados a identidade de gênero e orientação sexual tem-se o estigma da Aids^{108,110,111,113}. Tal associação, gerou na teia social a formação de vários mitos que se perpetuam mesmo depois de decorridas três décadas e de tantos avanços teórico-práticos e tecnológicos de atuação profissional e tratamento medicamentoso. Consubstanciado a toda essa estigmatização, o que foi observado, baseado nos recortes de fala dos profissionais de saúde, foi um reducionismo à saúde desses homens como restrita ao HIV/Aids e IST, ou seja, reduzindo-os ao estigma, naturalizando o vírus na população de homens gays/bi/trans.

Identificou-se também, a existência dos mitos da Aids, quando estes profissionais justificavam o porquê de considerar o HIV e as IST, tal como a promiscuidade relacionada com as multiparceria, uma das justificativas no início da epidemia para inclusão dos homens com práticas homoeróticas e a grande incidência de novos casos dentro deste grupo, chegando esses profissionais a considerar que a culpa seria das práticas sexuais dessa população¹⁰⁵. Portanto, o estigma e preconceito, identificado nos profissionais os leva a uma responsabilização do sujeito pela sua prevenção/saúde retornando a uma noção de grupos de risco.

Existiu entre as falas dos profissionais, os que consideraram que a saúde desta população estaria melhor do que da população geral, por considerar que aqueles se cuidam bem mais que estes. Outros consideraram que os problemas de saúde de ambas as populações geral e de homens GBT, são os mesmos, citando doenças comuns como hipertensão, diabetes, entre outras. Todavia, mesmo nas falas destes, não se percebeu nenhuma menção ou referência a especificidades nas condições/necessidades de saúde entres os grupos de homens gays, bissexuais e transexuais, principalmente no que se refere aos homens trans. Isto pode se dever ao grande destaque que leva a população de homens gays quando se refere ao movimento LGBT, por parte das pessoas da população geral e do engajamento deste movimento social na luta contra a Aids. E também pela invisibilidade que colocou um véu sobre a existência dessa população de homens trans, que somente nos últimos anos vem se fortalecendo.

Se por parte dos profissionais tem-se a presença de estigmas e preconceitos, quando analisamos as falas dos usuários, tais elementos existentes na atuação dos profissionais não passam despercebidos. Os usuários reconhecem nos profissionais a associação entre a aids e a homossexualidade, tanto que demonstram desconforto em ir aos serviços por várias vezes serem encarados como se estes fossem o próprio vírus do HIV, “foi gay tá infectado” foi algo recorrente em seus relatos de vivências nos serviços públicos de saúde. Os estigmas do início da epidemia estão muito claros para esses usuários que a partir do momento em que abrem a sua sexualidade é/ou são “descobertos” pelos profissionais e é pedido compulsoriamente os exames anti-HIV, práticas essas consideradas excludentes que que arremetem, para esses usuários, as noções de comportamentos de risco e grupos de risco. Em relação aos homens trans, que não viveram esse contexto da Aids de forma tão direta e carnal,

suas principais questões estão relacionadas a sala de espera, quando precisam de um ginecologista e ao não respeito ao nome social.

Quando falou-se a respeito do atendimento prestado pelos profissionais. A visão destes sobre suas práticas foram de prestar um atendimento igualitário/não discriminatório baseados no respeito com os usuários, a sua individualidade e independente da sexualidade. Entretanto observa-se uma confusão destes entre igualdade e equidade^{106,107,125,126}. Há a consideração de uma ética profissional pautada na não interferência de crenças pessoais, reciprocidade. Porém, novamente existe uma noção de normalidade, colocando o atendimento diferenciado, quando direcionado a uma pessoa LGBT, enquanto uma patologia ou privilégio, como se este tipo de prática ocasionasse discriminação. Recaindo mais uma vez no desconhecimento do que seria a equidade.

Os profissionais pontuam também que não tem dificuldade no atendimento, principalmente por uma questão de convivência (devido as visitas domiciliares), as conversas e o respeito, alegam que quando o usuário dos serviços “assume” sua sexualidade pode reverberar de duas formas , positivamente enquanto facilitador ou negativamente gerando constrangimento no usuário, atuando como um dificultador. O que ocasiona, em alguns casos a fuga destes do atendimento, geralmente, segundo os próprios profissionais, por dificuldades internas, sem relação com os serviços.

Todavia, a capacitação desses profissionais, pode ser um termômetro quanto a algumas de suas dificuldades quanto ao atendimento desses homens gays/bi/trans, visto que há aqueles que acreditam estar capacitados e também tem-se aqueles que não se consideram capacitados, alegando a não existência de capacitações por parte do governo. Dentro os “capacitados” há uma fala muito significativa de que estes aprendem no dia-a-dia com a população, no convívio. Todavia, é visível a defasagem da gestão pública quanto a preparação desses profissionais para a demanda tão específica que é o cuidado da população LGBT.

A sucessão de questões relativas a estigmatização da população de homens gays/bi/trans, repercute de forma negativa também no atendimento, entendendo que os profissionais de saúde são pessoas que pertencem a uma sociedade e que os estigmas são construídos nas relações sociais. É percebido que existe uma tendência desses profissionais em considerar as IST/HIV/Aids, como exclusivo da população, em especial de homens gays, levando em conta a invisibilidade nestas questões das populações de homens bissexuais e homens trans. Há uma consideração de que

homens gays só busquem/procurem por serviços referentes ao cuidado de IST/HIV/Aids, em contrapartida ocorre a estigmatização de qualquer lugar que realize o acolhimento de homens gays/bi/trans. Dessa forma, configurando o fenômeno que Mann⁷⁶ denominou de negação coletiva, que funciona como salvaguardo que alimenta um sentimento de invulnerabilidade, já que este está associado a um grupo ou lugar.

Há observância de estigmas relacionados a hipersexualização e de cunho religioso e uma noção de que separar/existir um lugar específico para o cuidado de pessoas GBT, por exemplo os ambulatórios trans, seriam uma tentativa de privilegiar esta população. Elucidando o desconhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT.

No que diz respeito aos usuários, são relatadas as interferências das relações de gênero e como o machismo, tão impregnado em nossa sociedade e nas instituições, reverbera no atendimento dos homens gays/bi/trans, principalmente baseados numa crença de que homens gays se cuidam mais e na invisibilidade das outras duas identidades sexuais. Neste momento são apontados, o que para estes usuários se configuram em impeditivos, tais como a indiferença de alguns médicos para com as queixas levadas, descaso do profissional médico, que os usuários qualificam enquanto uma questão de personalidade do sujeito ou deficiência na qualificação.

Consideram também a interferência das crenças pessoais, de julgamentos morais para com as minorias, crenças religiosas, sendo assim, pedem por mais ética por parte dos profissionais. Entretanto, há uma naturalização dessas atitudes dos profissionais, por parte de alguns, que não entendem tais atitudes enquanto LGBTfobia velada. Mas, dentro desse grupo existe os homens que identificam diferenças no atendimento devido a sua orientação sexual, há aqueles que receiam serem “descobertos” por medo da rejeição do profissional. O estigma da Aids, também se faz presente nas falas dos usuários, em relação ao atendimento, principalmente quando do “descobrimento” de sua orientação sexual, como o diagnóstico compulsório de HIV/Aids, antes de qualquer investigação mais detalhada.

A experiência transexual nos serviços de saúde também não escapa aos olhos e corpos desses homens, a maior dificuldade é percebida e sentida. A dificuldade de ter o nome social respeitado, do seu corpo respeitado, da sua existência respeitada. A necessidade de ter que explicar quem ou que são, mediante o preconceito internalizado dos profissionais de saúde, é o principal motivo da não entrada de

homens trans na porta de entrada do serviço de saúde, a atenção básica. Talvez por isso, a maioria desta população de homens, em especial a de homens trans, opte por buscar serviços privados ou de alta complexidade.

Ao longo de toda a tessitura desta tese o construto da vulnerabilidade se apresenta, seja nas falas dos profissionais ou na dos usuários, os homens gays/bi/trans. Isto porque, desde a forma como a mesma é pensada e se configura, não há como torna-la algo concreto/palpável. Faço uma separação, apenas para dar luz a alguns posicionamentos dos profissionais e usuários, que podem se configurar especificamente enquanto vulnerabilidade programática, já explicada ao longo desta tese. Todavia, enquanto ilustração teórica.

Partindo disto, foi observado que, quanto aos profissionais, ao se referirem as ações propostas/realizadas pelas UBS as falas nos remetem ao desconhecimento e até da inexistência de ações afirmativas, voltadas para a população GBT, entretanto há uma consideração de que tais ações previstas pela Política de Saúde LGBT devam existir e ser aplicadas no âmbito da atenção básica. Todavia, assim como em outros aspectos que envolvem os homens gays/bi/trans e os serviços de saúde, há uma ideia de que a proposição de ações de saúde afirmativas, funcionariam como um privilégio ou geraria mais discriminação baseados na mesma ideia de igualdade, já vista em outros momentos ao longo deste texto. O desconhecimento, a inexistência ou a falta de necessidade deste tipo de ação, configuram barreiras à entrada/busca desses homens nos/dos serviços da atenção básica, configurando-se em fator de vulnerabilidade, visto que não cumpre com a garantia de direitos. Quando da oferta de alguma ação que possa englobar essa população há sempre a tendência de se referir a ações de prevenção de IST/HIV/Aids no que diz respeito aos homens gays/bissexuais e o “esquecimento” da população de homens trans.

No tocante aos serviços de saúde específicos, alguns profissionais apontam a existência, porém falta a identificação desse lugares, entretanto, quando referiram aos locais citavam sempre locais estigmatizados enquanto atendimento a pessoas vivendo com HIV/Aids. Viu-se também que alguns sugeriram a necessidade de criação e disponibilização desses serviços, assegurando assim a dignidade humana. Todavia, existem os profissionais que consideram que haja um maior investimento na melhoria da rede como um todo em detrimento da criação de serviços específicos, como a criação de ambulatórios trans entre outros.

Somado ao desconhecimento, inexistência ou necessidade de ações e serviços há o desconhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, os profissionais da saúde das UBS que foram entrevistados não conheciam a política, não sabiam do que se tratava, nem o que constava em seu texto. Apontaram como principais motivos do desconhecimento a pouca ou nenhuma divulgação desta, bem como a inexistência de formação profissional que capacitasse-nos para o trabalho com pessoas da população LGBT.

O preconceito e os estigmas enraizados nas práticas de cuidado dos profissionais de saúde não passaram despercebidos pelos homens GBT usuários dos serviços. O reducionismo das condições de saúde dos homens gays/bissexuais as IST/HIV/Aids e os estigmas a isto associado e o desrespeito ao nome social dos homens trans, são alguns dos exemplos mais vívidos nas falas desses homens. Os aspectos até aqui elucidados caracterizam, dão substância a violência estrutural que permeia os serviços de saúde. Essas situações de estigma e preconceito “naturalizadas” nos serviços e aplicadas por profissionais de saúde atuam enfraquecendo a autoestima das pessoas marginalizadas, fazendo com que as mesmas introjetem imposições modelares, como sendo verdadeiras e subjugando-as como impotentes e desprovidas de direitos.

Por este motivo, há uma busca por parte dos homens trans de serviços alternativos, como o setor privado e por parte dos homens gays/bissexuais de serviços de alta complexidade, aos quais possam entrar resolver seu problema de saúde pontualmente “escapando” da exposição aos preconceitos e dos estigmas, presentes nos profissionais e nos serviços de saúde.

Respondendo ao objetivo geral desta tese, destacamos que os estigmas associados a homens gays, bissexuais e transexuais em consonância com as construções de masculinidade (re)produzidos pelos/as profissionais são percebidos pelos usuários, que consideram tais valores, crenças e desconhecimentos como interferências diretas nas práticas de cuidado, bem como dificultar a busca destes pelos serviços de saúde. Ao assumir uma visão reducionista quanto a saúde dessas pessoas produz-se uma visão limitada das vulnerabilidades masculinas, ponto importante a ser trabalhado entre gestores/as, profissionais e pesquisadores/as para que os mecanismos de enfrentamento da LGBTfobia sejam efetivos e, assim, o cuidado integral não seja restrito no âmbito do SUS, assim como é preconizado na Política de Saúde Integral da População LGBT. Diante do cenário que se inaugurou

em 2016, com o Impeachment da Presidenta da República, os desmontes que estão sendo realizados no SUS e as mudanças na forma como nossas Políticas de Saúde estão sendo geridas, fico com a fala de um dos participantes que representa muito o que espero do país neste momento histórico-político. “Espero que essa frase a esperança é a última que morre mude esse quadro do Brasil de saúde e também do preconceito” (Part. OFHG2).

Em consonância com o que foi dito na apresentação deste trabalho de tese, chego nesse momento, ao qual escrevo essas considerações finais, em que me proponho a falar das limitações que se apresentaram no decorrer da tessitura do texto.

Um dos primeiros problemas que enfrentamos encontra-se no fato de esta tese derivar de um projeto maior, de âmbito nacional, com aplicação em várias cidades e com instrumentos e metodologia previamente definidos. Isso nos impossibilitou de acessar conteúdos/informações que pudessem auxiliar no momento de análise e construção da discussão, impedindo que alguns cruzamentos e inferências pudessem ser feitos e/ou aprofundados. Mas, podem surgir perguntas do tipo “mas não era uma pesquisa qualitativa?”, “porque vocês não fizeram adaptações?”, primeiro que os objetivos dessa tese foram desenhados após a coleta dos dados e segundo que por se tratar de uma pesquisa nacional os procedimentos de coleta e os roteiros, além de muito rígidos e engessados, deviam ser aplicados de forma igual em todo o território.

Outro ponto a ser considerado, foi a utilização de uma equipe de coleta, tendo em vista que existia um prazo curto de tempo para realização de todas as etapas. Sabe-se que mesmo que a equipe seja muito bem treinada, e a equipe desta pesquisa recebeu treinamento dos coordenadores gerais da pesquisa, alguns desencontros ocorrem, e nesse meio tempo alguns contratempos ocorreram e informações foram perdidas. Isso refletiu de forma muito consistente quando nesta tese observamos a escassez de discursos/ recorte de fala da população de homens trans. Isto deveu-se a um problema técnico com um dos gravadores de áudio (único na realidade) utilizados na realização do grupo focal com esses homens apresentou um problema e corrompeu o arquivo de áudio, ocasionando na perda deste. Nos obrigando a contar apenas com os relatórios escritos do coordenador do grupo – Neste momento trave-se de um dos treinadores nacionais da pesquisa - e do co-coordenador do grupo – neste caso o autor deste trabalho de tese, contamos também com materiais físicos produzidos pelos participantes em umas das atividades realizadas.

O recrutamento dos participantes para os grupos focais, no caso os homens gays, bissexuais e trans, também se apresentou como uma das dificuldades, mesmo que tendo ocorrido a contento. Foi necessário um esforço de grupo muito grande, pela necessidade de realização num pequeno espaço de tempo, devido aos prazos curtos da pesquisa nacional. Tal necessidade de acelerar as etapas da pesquisa culminou na impossibilidade de melhor avaliação do andamento dos grupos focais e conseqüentemente na robustez do dados coletados.

Todavia, mesmo com essas limitações que se apresentaram no decorrer deste trabalho, o que aqui se apresenta, não perde a sua importância e muito menos é invalidado. Pelo contrário, a intenção de apontar também o que não deu certo e/ou que não seguiu o roteiro idealizado quando da tessitura do método, é que sirva como forma de aprendizado para que em momentos futuros quando outros pesquisadores optarem por realizar estudos parecidos possam então, se precaver desses eventos externos que atravessam o fazer científico.

REFERÊNCIAS

1. Haraway, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, 1995;(5); 0741.
2. Neves, S, Nogueira, C. Metodologias feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas ciências sociais. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 2005;18(3):408-412.
3. Freman, D. O cientista como rebelde. 1 ed. Vol. 3. São Paulo, Instituto Moreira Sales; 2009.155-67.
4. Cáceres, C. A masculinidade como questão para pesquisa e para políticas públicas. In: Parker, R, Corêa, S, organizadores. *Sexualidade e política na América Latina*. Rio de Janeiro: ABIA. 2003.
5. Oliveira, C. Os homens também mudam. In: Parker, R, Corêa, S, organizadores. *Sexualidade e política na América Latina*. Rio de Janeiro: ABIA; 2003.
6. Medrado, B.; Lyra, J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Revista Estudos Feministas*, (UFSC. Impresso), 2008;16:809-840.
7. Aquino, EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2006; 40(1):121-132.
8. Schraiber, LB, Gomes, R, Couto, MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde Coletiva*,2005;10(1):7-17.
9. Korin, D. Nuevas perspectivas de genero en salud. *Adolescência Latinoamericana*, 2001;2(1):67-79.
10. Courtenay, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 2000;50(1):1385-1401.
11. Figueiredo, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, 2006;10(1):105-109.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida. Políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
13. Parker, R. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller; 1991.
14. Green, J. *Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX*. São Paulo: UNESP; 2000.

15. Terto Jr. V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/Aids. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, 2002;8(17):147-158.
16. Engels, F. A origem da família, da propriedade privada e do estado. Konder, L, tradutor. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1982.
17. Costa, M. Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento. 8. ed. São Paulo: L & PM; 1986.
18. Gauderer, C. A vida sem receitas. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 1994.
19. Cabral, JT. A sexualidade no mundo Ocidental. Campinas: Papyrus; 1995.
20. Foucault, M. História da sexualidade 1: A vontade do saber. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
21. Giddens, A. A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. Trad. Magda Lopes. 2. ed. São Paulo: UNESP; 1993.
22. Conceição, ISC. Educação sexual. In: Vitiello, N, organizdor. Adolescência hoje. São Paulo: Roca; 1998. 71-76.
23. Sales, JM. Os pais dos adolescentes. In: Vitiello, N, organizador. Adolescência hoje. São Paulo: Roca;1988. 29-34.
24. Paiva, V. A psicologia redescobrirá a sexualidade?. *Psicologia em Estudo*, 2008;13:641-451.
25. Parker, R. Na contramão da Aids: Sexualidade, intervenção e política. São Paulo. Editora 34; 2000.
26. Spink, MJP, Menegon, VM, Medrado, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicol. Soc.* . 2014;26(1):32-43.
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Histórias da luta contra a AIDS. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
28. Marques, MCC. A história de uma epidemia moderna – a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. São Carlos: Rima; 2003.
29. Barbosa JR, A. Szwarcwald, CL, Pascom, ARP, Souza Junior, PB. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009;25(4).
30. Andrade, SMO, Tamaki, EM, Vinha, JM, pompilio, MA, Prietro, CW, Barros, LM et al. Vulnerabilidade de homens que fazem sexo com homens no contexto da AIDS. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007;23(2):479-482.

31. Beloqui, JA. Risco relativo para Aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. *Revista Saúde Pública*, 2008;42(3):437-442.
32. Kerr, LRFS, Mota, RS, Kendall, C, Pinho, AA, Mello, MB, Guimarães, MDC et. al. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*, 2013;27:427-35.
33. Veras, MASM, Calazans, GJ, Ribeiro, MCSA, Oliveira, CAF, Giovanetti, MR, Facchini, R et al. High HIV prevalence among men who have sex with men in a time location sampling survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav.*2015;19 (9);589-98.
34. Kerr, LRFS, Kendall, C, Guimarães, MDC, Mota, RS, Veras, MA, Dourado, I et al. HIV prevalence among man who have sex with men in Brazil, results of the 2nd national survey using respondente-driven sampling. *Medicine*, 2018;97(1suppl).
35. Greco, M, Silva, AP, Merchán-Hamann, E, Jeronymo, ML, Andrade, JC, Greco, DB. Diferenças nas situações de risco para HIV de homens bissexuais em suas relações com homens e mulheres. *Revista Saúde Pública*, 2007;41(2):109-117.
36. Mazzariello, CC. Sexualidade e prevenção do HIV/Aids entre jovens gays numa favela de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2017.
37. Costa, CCP. Políticas institucionais de HIV/AIDS no Brasil : resultados de uma pesquisa qualitativa. [tese]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2016.
38. Queiroz, AAFLN. Vulnerabilidade ao HIV de homens que fazem sexo com homens usuários de aplicativos geossociais para encontros [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2017.
39. Santos, KR. Risco e Barebacking: reflexões [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia; 2018.
40. Pinheiro, TF. Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/aids [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina; 2015.
41. Lima, DJML. Análise da vulnerabilidade ao HIV/AIDS de homens que fazem sexo com homens segundo práticas sexuais. [dissertação] - Universidade Federal do Ceará. Faculdade Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2014.
42. Calazans, GJ. Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens [tese]. São Paulo, Faculdade de Medicina; 2018.
43. Freitas, NO. Representações Sociais Sobre Hiv/Aids De Jovens Homossexuais Masculinos: Implicações Nas Práticas De Prevenção [dissertação]. Recife: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco; 2016.

44. Saggese, GSR. Entre perdas e ganhos: homossexualidade masculina, geração e transformação social na cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2015.
45. Parker, R. Empoderamento erótico e cidadania sexual para homens que fazem sexo com homens e tribos afins. In: Rios, LF, organizador. Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: ABIA; 2004.11-13.
46. Santos, MA. Prostituição masculina e vulnerabilidade às DSTs/Aids. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2011;20(1):76-84.
47. Parker, R. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade Latino-Americana: Implicações para intervenções em face do HIV/Aids. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1997;7(1):99-108.
48. Lima, FSS, Silva, MJG, Godoi, AMM, Merchán-Hamann, E. Homens que fazem sexo com homens: uso dos serviços de saúde para prevenção/control de HIV/Aids em Brasília-DF. Ciências Saúde. 2008;19(1):25-34.
49. Brignol, SMS. Estudo epidemiológico da infecção por HIV entre homens que fazem sexo com homens no Município de Salvador/BA. [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013.
50. Galvão Neto, C, Medrado, B. Sexo entre homens em Suape: informações sobre práticas sexuais, prevenção e acesso à saúde. In: Rios, LF.; Vieira, L.; Queiroz, TN, organizadores. Gays, lésbicas e travestis em foco: diálogos sobre sociabilidade e acesso à educação e saúde. Recife: Editora UFPE, 2016.
51. Mello, L, Perilo, M, Braz, CA, Pedrosa, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. Sexualidad, Salud y Sexualidad. Revista Latinoamericana, 2011;(9):7-28.
52. Costa, CL, Ávila, E. Glória Anzaldúa, a consciência mestiça e o feminismo da diferença. Estudos Feministas. 2005;13(3):691-703.
53. Piscitelli, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. Sociedade e Cultura. 2008;11(2):263-74.
54. Parker, R, Camargo Jr., KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad. Saúde Pública, 2000;16(Sup 1):89-102.
55. Calderaro, F, Fernandes, BE, Mello, L. Cidadania TTLBG e o direito à saúde no Brasil. In: Rocha, D, organizador. Diversidade e equidade no SUS: parceria universidade e educação popular. Goiânia: Cãnone; 2008.57-68.
56. Barbosa, RM, Facchini, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009;5(25):291-300.

57. 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*, São Paulo, 2008;2(17):11-21.
58. Tagliamento, G. (In)Visibilidades caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral. [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2012.
59. Cardoso, MR, Ferro, LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Rev. Psicologia: Ciência e Profissão*, Paraná, 2012;32(3).
60. Facchini, R. Sopa de letrinhas?: movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 1990. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
61. Facchini, R, França, IL. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 2009;(3):54-81.
62. Green, J. Mais amor e mais tesão: a construção do movimento brasileiro de gays, lésbicas e travestis. *Cadernos Pagu*, Campinas, 2000;(15):271-295.
63. MacRae, E. A construção da igualdade: identidade sexual e política no Brasil da Abertura. Campinas: Unicamp; 1990.
64. Trevisan, J. S. Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. 3. ed. Rio De janeiro: Record; 2000.
65. Facchini, R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o campo e para a "arena" do movimento LGBT brasileiro. *Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades*, 2012;3.
66. Corrêa, T. O Governo carnalizado ou o carnaval governado: política e estética no campo de ação da 9ª Parada da Diversidade de Pernambuco. [dissertação]. Recife: Programa de Pós- Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Pernambuco; 2012.
67. França, I. Cercas e pontes: o movimento GLBT e o mercado GLS na cidade de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Pós-graduação em Antropologia Social; 2006.
68. Carrara, S.; Simões, J. A. Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira. *Cadernos Pagu*, 2007;28:65-100.
69. Campos, E. C. de. Religião e homossexualidade: ícones religiosos na Parada do Orgulho Gay. [dissertação]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás, Pós-graduação em Ciências da Religião; 2007.

70. Machado, F. V. Muito além do arco-íris: a constituição de identidades coletivas entre a sociedade civil e o Estado. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
71. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
72. Presidência da República (BR), Secretaria Especial de Direitos Humanos. Direitos Humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de GLBT. Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT. Brasília: SEDH-Presidência da República; 2008.
73. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Proposta). Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
74. Secretaria Especial dos Direitos Humanos (BR). Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2010.
75. Mann, J. e Tarantola, DJM, editores. AIDS in the World II. Nova York: Oxford University; 1996.
76. Mann, J, Tarantola, DJM, Netter, TW, organizadores. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.
77. Ayres, JR, JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 2002.
78. Ayres, JR, Paiva, V, França JR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: Paiva, V, Ayres, JR, Buchalla, CM, organizadores. Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: JURUÁ; 2012. 71-94.
79. Lopes, F. Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidades. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
80. Ayres, JR, JRCM, França Júnior, I, Calazans, GJ; Saletti Filho, HC. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D, Freitas, CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003:117-139.
81. Meyer, DE, Mello, DF, Valadão, MM, Ayres, JR, JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad Saúde Pública 2006; 22(6):1335-42.
82. Ayres, JR, Paiva, V, Buchalla, CM. Direitos Humanos e Vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva, V, Ayres, JR, Buchalla,

CM, organizadores. Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: JURUÁ; 2012. 9-22.

83. Gruskin, S.; Tarntola, D. Um panorama sobre saúde e Direitos Humanos. In: Paiva, V, Ayres, JR, Buchalla, CM, organizadores. Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e promoção da saúde. Curitiba: JURUÁ; 2012. 23-42.

84. Mynaio, M.C. S. O desafio do conhecimento. pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCUTEC; 2007.

85. Costa, JHM. A AIDS tá no babado: concepções do HIV/AIDS entre homossexuais da zona urbana de Senhor do Bonfim. [dissertação]. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia; 2007.

86. Spink, MJP, Menegon, VM. Porque jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: Spink, MJP, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 1999.

87. Spink, MJP, Medrado, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink, MJP, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 1999.

88. Potter, J, Wetherell, M. Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour. London: Sage Publications; 1987.

89. Medrado, B. O masculino na mídia: repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira.[dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1998.

90. Aragaki, S, Piani, P, Spink, MJ. Uso de repertórios linguísticos em pesquisas. In: Spink, MJ, organizadora. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014. 229-246,.

91. Fry, P, MacRae, E. O que é homossexualidade. São Paulo: Brasiliense; 1991.

92. Parker, R. G, Bastos, C, Galvão, J, Pedrosa, J. S. A AIDS no Brasil [1982-1992]. In História social da AIDS. Relume-Dumará.1994;2.

93. Reis, R. É preciso ser bem visto, não manchar a reputação se dar o respeito: dos regimes de visibilidade nas trajetórias de homens homossexuais. Revista Ártemis, 2017;23(1):38-54.

94. Darde, VW da S. A construção de sentidos sobre a homossexualidade na mídia brasileira. Em questão. 2008;14(2):223-234.

95. Junqueira, RD. Pedagogia do armário: a normatividade em ação. Retratos da Escola, 2013;7(13).]

96. Nogueira, C. Interseccionalidade e Psicologia Feminista. Salvador: Devires; 2017.
97. Parker, R. O fim da AIDS?. Rio de Janeiro: ABIA; 2015.
98. Tuller, D. For gay men, health care concerns move beyond the threat of AIDS. The New York Times, 14 aug; 2001.
99. Antunes, MC. Territórios de Vulnerabilidade ao HIV: Homossexualidades masculinas em São Paulo. [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2005.
100. Galvão Neto, CJM. Comportamentos, atitudes e práticas sexuais e de prevenção em saúde de homens que fazem sexo com homens em SUAPE [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2013.
101. Vieira, N. A. Entendendo que entende: comportamentos, atitudes e práticas de risco e de prevenção para aids entre homens que fazem sexo com homens. [dissertação]. Reife: Instituto Aggeu Magalhães; 2006.
102. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico AIDS-DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
103. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico AIDS-DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
104. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico AIDS-DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
105. Galindo, D. Dados científicos como argumento: o caso da redução de parcerias sexuais na prevenção ao HIV no Brasil. Athenea Digital, 2003;3:26-41.
106. Fébole DS. A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2017.
107. Paulino DB. Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família. [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2016.
108. Parker, R.; Aggleton, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Social Science & medicine, 2001;57(1):13-24.
109. Parker, R. Práticas sexuais e mudança de comportamento entre homens que fazem sexo com homens no Rio de Janeiro, 1990-1995. In: Parker, R, Terto Jr., V, organizadores. Entre homens: homossexualidade e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1998. 15-48.

110. Parker, R, Monteiro, S, Villela, W, organizadores. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. Estigma e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
111. Bastos, FI, Monteiro, S, Villela, W (org). Da persistência das metáforas: estigma & discriminação em HIV/Aids. Estigma e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013:91-103.
112. Goffman, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Nunes, MBML, tradutora. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
113. UNAIDS (BR). 90-90-90: Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS; 2015.
114. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa com homossexuais; 2015.
115. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: manual para Profissionais Médicos/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
116. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa de Comportamento, Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP). Práticas sexuais relacionadas à transmissão do HIV; 2008.
117. Gomes, RRFM, Batista, JR, Ceccato, MGB, Kerr, LRFS, Guimarães, MDC. HIV/AIDS knowl - edge among men who have sex with men in Brazil: applying the item response theory. Rev Saúde Pública, 2014;48:206-15.
118. Nunes, AVL, Camino, L. Atitude político-ideológica e inserção social: fatores psicossociais do preconceito racial? Psicologia & sociedade,2011;23(1):135-143.
119. Martin, LG. Stigma: a social learning perspective. In Ainlay, SC, Becker, G, Colman, L MA, organizadores. The Dilemma of Difference. New York: Plenum; 1986. 145-161.
120. Reis, RK, Gir, E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/Aids. Rev. Esc. Enferm. USP, 2009;44(3)759-765.
121. Miskolci, R. Discreto e fora do meio – notas sobre a visibilidade sexual contemporânea. Cadernos Pagu, 2015;(44):61-90.
122. Rios, LF, Albuquerque, AP, Santana, WJ, Pereira, AF, Oliveira Jr, CJ. Posições sexuais, estilos corporais e risco para o HIV entre homens que fazem sexo com homens no Recife (Brasil). Cien Saude Colet, 2017.

123. Rocha GM, Kerr, LRFS, Brito, AM, Dourado, I, Guimarães, MDC. Unprotected receptive anal intercourse among men who have sex with men in Brazil. *AIDS Behav*, 2013;17:1288-95.

124. Pereira, E. O. Acesso e qualidade da atenção à saúde para a população LGBT: a visão dos médicos de uma capital do nordeste brasileiro. [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.

125. Ferreira, BO. Babado, confusão e gritaria: vivências e reflexões da população LGBT no SUS. [dissertação]. Teresina: Universidade Federal do Piauí; 2016.

**APÊNDICE A – TABELA REFERENTE AOS CÓDIGOS DAS ENTREVISTAS
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

| <i>Distrito/Categoria profissional</i> | <i>Código da Entrevista</i> |
|---|------------------------------------|
| <i>I</i> | |
| <i>Médico/a</i> | MED1 |
| <i>Enfermeiro/a</i> | ENF1 |
| <i>Dentista</i> | DEN1 |
| <i>Agente Comunitário de Saúde</i> | ACS1 |
| | ACS2 |
| | ACS3 |
| <i>II</i> | |
| <i>Médico/a</i> | MED2 |
| <i>Enfermeiro/a</i> | ENF2 |
| <i>Dentista</i> | DEN2 |
| <i>Agente Comunitário de Saúde</i> | ACS4 |
| | ACS5 |
| | ACS6 |
| <i>III</i> | |
| <i>Médico/a</i> | MED3 |
| <i>Enfermeiro/a</i> | ENF3 |
| <i>Dentista</i> | DEN3 |
| <i>Agente Comunitário de Saúde</i> | ACS7 |
| | ACS8 |
| | ACS9 |
| <i>IV</i> | |
| <i>Médico/a</i> | MED4 |
| <i>Enfermeiro/a</i> | ENF4 |
| <i>Dentista</i> | DEN4 |
| <i>Agente Comunitário de Saúde</i> | ACS10 |
| | ACS11 |
| | ACS12 |
| <i>IV</i> | |
| <i>Médico/a</i> | MED5 |
| <i>Enfermeiro/a</i> | ENF5 |
| <i>Dentista</i> | DEN5 |
| <i>Agente Comunitário de Saúde</i> | ACS13 |
| | ACS14 |
| | ACS15 |
| <i>V</i> | |
| <i>Médico/a</i> | MED6 |
| <i>Enfermeiro/a</i> | ENF6 |
| <i>Dentista</i> | DEN6 |
| <i>Agente Comunitário de Saúde</i> | ACS16 |
| | ACS17 |
| | ACS18 |
| <i>V</i> | |
| <i>Médico/a</i> | MED7 |

| | |
|------------------------------------|-------|
| <i>Enfermeiro/a</i> | ENF7 |
| <i>Dentista</i> | DEN7 |
| <i>Agente Comunitário de Saúde</i> | ACS19 |
| | ACS20 |
| | ACS21 |
| <i>VI</i> | |
| <i>Médico/a</i> | MED8 |
| <i>Enfermeiro/a</i> | ENF8 |
| <i>Dentista</i> | DEN8 |
| <i>Agente Comunitário de Saúde</i> | ACS22 |
| | ACS23 |
| | ACS24 |
| <i>VII</i> | |
| <i>Médico/a</i> | MED9 |
| <i>Enfermeiro/a</i> | ENF9 |
| <i>Dentista</i> | DEN9 |
| <i>Agente Comunitário de Saúde</i> | ACS25 |
| | ACS26 |
| | ACS27 |
| <i>VIII</i> | |
| <i>Médico/a</i> | MED10 |
| <i>Enfermeiro/a</i> | ENF10 |
| <i>Dentista</i> | DEN10 |
| <i>Agente Comunitário de Saúde</i> | ACS28 |
| | ACS29 |
| | ACS30 |

APÊNDICE B- ARTIGO SUBMETIDO PARA REVISTA

“Assim pelo jeito, pela aparência...”: Repertórios sobre masculinidades por pessoas com identidade de gênero masculina e por profissionais que atuam na Atenção Básica

“Just like this way, by appearance...”: Repertory about masculinities of people with male gender identity and healthcare professionals which work at Basic Healthcare Attention.

Celestino Galvão Neto - Instituto Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE. Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária Recife/PE - Brasil CEP: 50.740-465. E-mail: celestino.galvao@gmail.com¹

Ana Maria de Brito - NESC, Instituto Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE, Recife/PE - Brasil. E-mail: anabrito1009@gmail.com²

Benedito Medrado – Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Psicologia, Recife/PE – Brasil. E-mail: benetidomedrado@gmail.com³

Andréia Carvalho - Instituto Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE. Recife/PE – Brasil. E-mail: nutdeia@yahoo.com.br⁴

Flávia Bonsucesso Teixeira - Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Uberlândia/ MG – Brasil. E-mail: flavia.teixeira@ufu.br⁵

Resumo

O estudo objetivou apreender os repertórios sobre masculinidades produzidos por pessoas com identidade de gênero masculina e profissionais que atuam na Atenção Básica de Saúde da Cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, por meio de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Os dados foram coletados via de entrevistas semiestruturadas realizadas com os/as profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família (N= 60) e oficinas com usuários dos serviços de saúde (N= 40), por meio de um roteiro de atividades, que incluíam perguntas problematizadoras articuladas. As falas geradas nesta pesquisa são aqui consideradas produções dialógicas, cuja análise foi realizada a partir de técnicas empregadas na análise de práticas discursivas, em abordagem construcionista social. Os resultados sinalizam que as construções de masculinidade (re)produzidas pelos/as profissionais/as muitas vezes se articulam com estigmas que são verbalizados pelos usuários, que consideram tais valores, crenças e desconhecimentos como interferências diretas nas práticas de cuidado de homens gays, bissexuais e transexuais, bem como dificultar a busca destes pelos serviços de saúde. Ao desconsiderar práticas e experiências de si para além da cis-heteronormatividade, produz-se uma visão limitada das masculinidades.

Palavras-chave: saúde, gênero, sexualidade, masculinidades, identidade de gênero.

Abstract

The study has objectived the learning the repertory about masculinity produced by people with male gender identity and professionals who work at Basic Healthcare Attention in Recife, State of Pernambuco, Brazil, through a qualitative research, in descriptive and exploratory

disposition. The data was collected through semi structured interviews which were answered by health professionals of the USF - Family Health Unity (N=60) and workshops with the users of health services (N=40), through an activity script, with includes articulated problematizing questions. The lines answered in this research are considered dialogic productions, which the analysis was done in the analyzation of discursive practices, in a social constructionism approach. The results signal that the construction of masculinity (re)produced by professionals often are articulated with stigmas which are verbalized by the users, who considers these values, beliefs and unfamiliarity as a direct interference in the practice of care of gay man, bisexuals and transsexuals, and also make it harder the search for this healthcare services. Disregarding experiences and practices of yourself beyond the cis-heteronormativity produce a limited vision of masculinities.

Key-Words: Health, gender, sexuality, masculinity, gender identity

Introdução

As questões relacionadas ao masculino, sejam elas de ordem científica ou político-cultural, estão atreladas aos modos de produção de homens, ou seja, aos modos como foram construídas as relações de gênero e conseqüentemente os lugares ocupados/designados por homens e mulheres nas teias sociais (JOAN SCOTT, 1994).

Houve uma demora em considerar os homens em estudos científicos por seu caráter universal. Como afirma Benedito Medrado, em sua dissertação de mestrado (1997),

Por muito tempo, temas como heterossexualidade, branquidade e ‘fase adulta’, por exemplo, foram considerados padrões de normatividade, gerando um conjunto de argumentos que fundamentavam, e que ainda fundamentam, uma variedade de estudos com foco sobre as, assim denominadas, minorias sociais: homossexuais [LGBT], negros, mulheres, crianças, jovens e idosos.

[...]

Embora percebamos uma tendência nos estudos científicos a relacionar o conceito de “homem” ao genérico “ser humano”, um conjunto de pesquisadores(as) têm-se dedicado a refletir sobre as especificidades do conceito de “masculinidade”, como uma questão pertinente aos estudos das Ciências Humanas e Sociais, tendo em vista que [...], estudar os homens como atores sociais pertencentes a um dado gênero é algo (p. 21-22)

Contudo, esses estudos, em sua maioria, tendem a focalizar três focos temáticos: a vida reprodutiva (considerando que muitas práticas consideradas culturalmente masculinas criam obstáculos ao desenvolvimento das mulheres), a sexualidade (a partir da ênfase, sobretudo, na homossexualidade como prática muitas vezes considerada o antagônica da masculinidade) e a paternidade (pela via da ausência). Dessa forma, os estudos sobre masculinidade focaram-se centralmente na vilania dos homens, tratando-os como algozes. Tal crítica é desenvolvida em diversos estudos (entre eles, OLIVEIRA, 2003; CÁCERES, 2003; MEDRADO, LYRA, 2008).

A preocupação em estudar masculinidades a partir de uma perspectiva de gênero se desenvolve e se amplia a partir do reconhecimento de um jogo entre uma masculinidade

hegemônica e as diversas formas de subalternização de outras experiências masculinas, silenciadas por (e subjugadas a) esta.

A partir da inserção do debate feminista, neste campo, a forma de considerar a masculinidade e seus temas foi reorganizada, passando-se a compreender que a mesma se constrói histórica e socialmente, afinal as masculinidades são “produtos de interações sociais dos homens com outros homens e com mulheres, ou seja, as masculinidades como expressões da dimensão relacional de gênero” (MEDRADO, LYRA, 2008, p. 810).

A discussão sobre masculinidade, no campo dos direitos sexuais, é também objeto de reflexões importantes, dado que muitas das leituras críticas sobre a condição de ser homem em nossa sociedade provêm de largo debate no campo dos estudos sobre sexualidade (CÁCERES, 2003).

Ao mesmo tempo, no campo dos estudos sobre gênero e saúde têm enfatizado a necessidade de entender especificidades da saúde, adoecimento e morte de homens, visibilizando-se idiosincrasias que diferenciam homens e mulheres, por exemplo, quanto ao risco de adoecimento e morte por causas externas.

Nessas leituras, enfatiza-se também a dimensão relacional de gênero, que considera uma perspectiva histórica, e aborda, dentre outros aspectos, duas contribuições caras às ciências sociais: (1) o caráter social do adoecimento em geral; e (2) a perspectiva de gênero como forma particular da relação saúde-sociedade (SCHRAIBER, GOMES E COUTO, 2005).

Na esfera da saúde pública, a “masculinidade hegemônica” como modelo ideal produz danos e riscos à saúde, o que colabora para a consideração do gênero como categoria importante na caracterização dos padrões de morbi-mortalidade masculina.

Para Daniel Korin (2001) e Will Courtenay (2000), a construção de gênero interfere não apenas nos comportamentos assumidos pelos homens em relação à sua saúde, mas também na construção da percepção desses homens em relação aos seus corpos, especialmente entre os mais negros e pobres e/ou com performances consideradas “mais femininas”.

Pensar a baixa procura pelos serviços de saúde (notadamente os serviços de atenção básica) como sendo uma característica da identidade masculina ou mesmo uma desvalorização do autocuidado seria limitar o fenômeno em questão, principalmente quando se considera os processos de socialização dessa categoria social. Como bem destaca Wagner Figueiredo (2005), os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas, uma vez que nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade.

Ao considerar a influência das construções de gênero e da sexualidade na tríade saúde-cuidado, que produz diferenças nas formas de cuidado de homens e mulheres, ficou visível a influência destas nos cuidados da população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBT) configurando-se como desafio para a saúde pública e para as políticas de saúde (LIONÇO, 2008). Todavia, vale ressaltar que não é este o primeiro momento em que a saúde da população LGBT entra na pauta das políticas de saúde.

A pauta da saúde LGBT emerge a partir do enfrentamento, no Brasil, da epidemia de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e aids, nos anos 1980. Naquele momento (e, em certa medida, ainda hoje), os homens gays e bissexuais juntamente com as travestis assumiam um lugar de abjeção, configurando entre os grupos que, considerados, de risco. E estavam no cerne do problema, dessa forma o movimento, até então nomeado homossexual, se junta a outros grupos organizados na luta contra a aids e concomitantemente à onda de preconceito e discriminação decorrente da associação homossexualidade-aids (TREVISAN, 2000; GREEN, 2000a; PARKER, 2000; FACCHINI, 2005).

A construção da resposta brasileira à epidemia de aids esteve centrada nas práticas sexuais e culminou num grande número de propostas que nortearam ações em saúde, que em seu início foram direcionadas para homens gays, bissexuais, homens que fazem sexo com homens (HSH). Todavia, mesmo diante do sucesso das ações de promoção e prevenção, esses homens continuam sendo vistos como vilões, convivendo ainda com os estigmas e estereótipos oriundos dos primeiros anos da epidemia. Mesmo com a gama de estudos que apontam esta população como a que mais praticam o sexo seguro e possuem maior informação sobre IST/aids. (TERTO JR., 2002; BRINGNOL, 2013; GALVÃO NETO, 2016; SEFFNER; PARKER, 2016).

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis em consonância com o Programa Brasil sem Homofobia. Tais políticas públicas deram visibilidade a sujeitos, antes excluídos, colocando homens gays em destaque, entretanto engessando e/ou focalizando todas as ações para essa população relacionadas ao enfrentamento da aids, desconsiderando outros aspectos da saúde destes, tanto por parte de quem formula a política como de quem aplica, o caso dos profissionais de saúde (FÉBOLE, 2017; PAULINO, 2016; FERREIRA, 2016; PEREIRA, 2015).

Entendendo que a saúde da população, e neste artigo nos detendo ao caso das pessoas que se identificam como pessoas com identidade de gênero masculina, não se resume apenas as questões relacionadas ao HIV/aids, e que a LGBTfobia inserida no contexto das relações entre

profissionais e usuários dos serviços de saúde, contribui para condições de abjeção que produz sofrimento, adoecimento e morte desta população.

Essa literatura sobre gênero na interface com o feminismo, sobre saúde coletiva em seu diálogo com o conceito de gênero e sobre IST/HIV/Aids nos fornece um parâmetro amplo e complexo que, certamente, nos permite pensar experiências que não foram diretamente exploradas por esses estudos, especialmente quando exploramos a dimensão das identidades de gênero e das transmasculinidades. Entendendo que homens trans são sujeitos que almejam modificações corporais, e que na produção dos seus corpos está o cerne de algumas das suas problemáticas em saúde, na medida em que não há ainda conhecimento, tecnologia, ou serviço público adequado a algumas demandas. É na busca pelo acesso as modificações corporais que identificamos as deficiências das políticas públicas para homens trans, que associadas a invisibilidade, negligenciam o processo de terapia hormonal, que culminam tanto em práticas não institucionalizadas (automedicação) como em dificuldades na busca por atendimento e acolhimento médico especializado, relacionando essa procura por ajuda médica apenas em condições agravadas de saúde (BRAZ, SOUZA, 2016). Padrão semelhante se encontra na literatura sobre homens e saúde em geral, mas que parecem agravadas em função da não-resposta adequada a demandas particulares (QUIRINO; MEDRADO; LYRA, 2016).

Diante disso, objetivamos neste estudo apreender repertórios sobre masculinidades produzidos por pessoas com identidade de gênero masculina e profissionais que atuam na Atenção Básica de Saúde da Cidade do Recife, Pernambuco, Brasil.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório que integrou a pesquisa nacional “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS” Tratou-se de uma pesquisa avaliativa com triangulação de métodos e três eixos de investigação envolvendo gestores municipais de saúde, profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica de Saúde e usuários/as LGBT. A pesquisa teve abrangência nacional, com a participação das cinco macrorregiões, incluindo o Distrito Federal e 16 estados totalizando 28 sítios. Por se tratar de um estudo unicêntrico, nacional, coordenado pelo Núcleo de Saúde Pública da UnB, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS-UNB), aprovado sob parecer 652.643 em 07/05/2014.

O artigo aqui apresentado refere-se a um recorte da pesquisa realizada em Pernambuco e foca-se nos discursos dos profissionais da Atenção Básica de Saúde e dos usuários (que se definem a partir a identidade de gênero masculina) sobre suas experiências nos serviços de

saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com os/as profissionais, e por meio de oficinas com usuários, a partir de roteiro de atividades que incluíam perguntas disparadoras/problematizadoras articuladas através em técnicas utilizadas em grupos focais, dinâmicas de grupo e rodas de conversas (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014). O roteiro completo da Oficina e da entrevista semiestruturada pode ser acessado no site da pesquisa (<http://www.nesp.unb.br/saudelgbt>).

A amostra foi intencional e contribuíram para a pesquisa profissionais de saúde lotados nas Unidades Básicas de Saúde sorteadas, dentro das Regiões Sanitárias da cidade de Recife, Pernambuco, Brasil e homens que se reconheciam como gays, bissexuais e homens trans. Outros critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos e ter frequentando (ou frequentar) alguma unidade do SUS.

O recrutamento se deu por meio de articulação com representantes da militância LGBT, organizações não-governamentais que trabalham com essa população. As Oficinas foram separadas por grupos que, em princípio, responderia aos marcadores gênero e sexualidade. Embora fosse possível que um homem transexual também se identificasse como gay ou bissexual.

Participaram da pesquisa 60 profissionais de saúde (10 médicos, 10 dentistas, 10 enfermeiros e 30 agentes comunitários de saúde), com média de idade de 47 anos, com idades variando de 25 a 67 anos. O tempo médio de exercício na função na unidade de saúde foi de 12 anos. 30 deles afirmaram já ter exercido atividade em outra unidade. A respeito dos profissionais que possuem uma formação superior (Graduação) estão formados em média há 20 anos, 31 deles possuem especialização, dentre as áreas de especialização estão a Saúde Coletiva (9) e Saúde da Família (16).

No que se refere aos usuários, participaram 40 homens, com média de idade de 24 anos, variando de 18 a 37 anos. Quanto a cor/raça, 28 deles se disseram pretos ou pardos, 9 como brancos, 1 amarelo e dois se identificaram como outra cor/raça. No que diz respeito ao estado civil, 26 está solteiros, 7 vivendo em união estável, 5 casados e 2 afirmaram morar junto do parceiro. A maioria deles não possui nenhuma religião (17). Os homens se auto referiram como gays (19), bissexuais (8) e transexuais (13), quanto a orientação sexual, 20 deles se disseram homossexuais, 8 bissexuais e 12 heterossexuais. 25 deles disseram não participar de movimentos sociais, bem como não usar serviço de saúde suplementar e 23 deles afirmaram não possuir vínculo com nenhuma UBS.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas de forma individual e duraram em média 60 minutos. As cinco Oficinas tiveram duração de 60 a 90 minutos e uma média de 8

integrantes e seguiram um roteiro de atividades definido e que contemplava: apresentação da pesquisa e do termo de consentimento livre e esclarecido; aquecimento; desenvolvimento; problematização e encerramento.

As falas geradas nesta pesquisa são aqui consideradas produções dialógicas, cuja análise foi realizada a partir de técnicas empregadas na análise de práticas discursivas, em abordagem construcionista social. Essa abordagem concebe a linguagem como prática social, que incita a circulação de conteúdos, constrói sentidos e produz efeitos. A produção de sentidos é defendida, portanto, prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. Atenta-se, assim, para a compreensão das práticas discursivas presentes no cotidiano - narrativas, argumentações e conversas – e os repertórios discursivos que lhes dão sustentação são utilizados nelas (SPINK, M.; MEDRADO, 1999).

A fim de garantir o sigilo e a não identificação dos profissionais de saúde e dos usuários, optamos por codificar os enunciados. Utilizamos para os profissionais de saúde as iniciais de acordo com a função/profissão exercida na Unidade Básica de Saúde - MED (médicos), DEN (dentistas), ENF (enfermeiros) e ACS (agentes comunitários de saúde) – seguido da numeração referente a sua entrevista. Para os enunciados dos usuários dos serviços de saúde, participantes das oficinas de trabalho, criou-se um código de identificação referente a qual oficina e segmento da população de homens o sujeito participou – OFHG (oficina homens gays), OFHB (oficina homens bissexuais) e OFHT (oficina homens trans) – seguida da numeração referente a qual oficina participou, em caso de realização de mais de uma.

Resultados e Discussões

“Então a gente conhece pelo modo, gestos ...”: a visão dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família

Podemos identificar nos repertórios dos profissionais da Unidade de Saúde da Família enunciados que nos remeteram a como estes produzem sentidos sobre essas pessoas com identidade de gênero masculina, homens GBT. Para dar início apresentamos dois trechos, que apresentam uma forma mais global de significar esses homens.

“De igual para igual. E, como eu disse, eles estão preparados pra tratar de igual. Agora, assim... Por exemplo, chega um gay ele vai tratar ele [como] homem. Não vão tratar ele, sexualmente, na posição dele. Tá entendendo?” (ACS30)

“A gente tem o grupo de idosos, de hipertensos, de alimentação saudável, grupo de gestantes, um grupo de homens. Veja como mudou, GRUPO DE HOMEM [ênfatisando]; só o nome do grupo, afasta eles” (ACS1)

Parece que os entrevistados, agenciam possibilidades distintas de referir os homens, mas não entendem a condição masculina como específica. Suas especificidades estão marcadas por recortes de orientação sexual, condição de vida reprodutiva, idade etc.

Além disso, nas entrevistas, há uma nítida distinção entre ser homens e ser gay, bissexual ou transsexual (GBT). Pensando na questão relacional de gênero, vemos a influência da matriz hetero-cis-patriarcal na conformação das masculinidades em nossa sociedade a partir do momento em que os homens GBT não são reconhecidos como homens (de verdade) no que diz respeito aos grupos.

Subjaz nesse sistema de sexo-gênero, a construção dos lugares sexuais e de gênero, em que se espera dos homens que sejam fortes, provedores, não sensíveis e terem relações sexuais apenas com mulheres, seja pelo seu prazer (quase sempre referido como insaciável) seja para fins de procriação, enquanto se vincula as mulheres à maternidade, sensibilidade e a passividade (FRY e MACRAE, 1991; PARKER, 1998)

É neste contexto que surgem as categorias sexuais, dentro da sociedade patriarcal, pois o entendimento do ser homem, não está apenas em opor-se a mulher, mas no contraste entre o machão (aquele que supostamente reproduz as expectativas culturais), o “corno” (aquele que, do ponto de vista das práticas heterossexuais, não satisfaz sua parceira) e o “viado” (que não responde às expectativas de uma masculinidade viril, seja em práticas ou performances). A figura do machão unida à figura do pai constitui o modelo “ideal” de masculinidade, enquanto ao viado, por associação a características consideradas femininas, como a passividade, reserva-se a abjeção e a discriminação (PARKER, 1991; GREEN, 2000b).

As performances de gênero são também referidas pelos entrevistados, especialmente quando aludem repertórios que apontam para uma identificação/diferenciação desses homens a partir do modo como se apresentam:

“A gente percebe pelo comportamento e em alguns casos é auto declarado. Se não for algum desses casos não tem como perceber” (DEN1)

“Acho que mais pelo...assim eu não diria nem aparência acho que mais o modo de se expressar” (ACS18)

Essa linha performativa assume um aspecto de “jeito”, como se fosse algo específico dessa população, que é esperado, faz parte do estereótipo produzido socialmente, no qual espera-se desses homens que expressem meneirismos e posturas de gênero consideradas

“afeminadas”, contrárias ao que se espera das condutas consideradas masculinas (REIS, 2017; PARKER, 1991). Observamos isso nos enunciados abaixo, quando fazem referência aquilo que nomeiam como “jeito” ou “comportamento”.

“Tem paciente que a gente sabe porque já chega com seus companheiros aqui e vimos que é o companheiro dele e pelo jeito dele ser” (DEN3)

“Então a gente conhece pelo modo, gestos e ele mesmo conta a gente, quando pedem camisinhas” (ACS6)

“A gente vai reconhecendo, através do jeito deles, né? Do jeito, da ... Como é o nome, Jesus? [pausa], comportamento, através do comportamento. O jeito deles conversar que é diferente” (ACS20)

“O pessoal fala, é assim mesmo sendo aquele, aquela, esqueci a palavra agora, aquele negócio fixo da gente ver os trejeitos, tal, ai sempre tem uma pessoa que vai dizer ah não, aquele cara ali é gay ou então, mulher eu nunca vi não, agora homem chama mais atenção.” (MED5)

“A maioria... eles se identificam pelos trejeitos, por tudo. Nunca me disse que é, nem eu perguntei. Já atendi vários” (DEN8)

No entanto, esse “jeito”, pré-definido que parece “subentender” o sujeito, também está associado a uma imagem formada no imaginário social, intimamente ligada aos veículos de mídia, com imagens que “traduzem” e/ou fabricam noções de vestuário, corpos, formas de se relacionar que compõem o estereótipo de homens gays em sua maioria (DARDE, 2008). Esse tipo de associação, por vezes é referida pelos nossos entrevistados como desnecessária ou não deve tornar-se objeto de diálogo ou negociação, quando afirmam que

“Eu acho que é uma coisa que não precisa ser dita, uma quando uma coisa que precisa ter sensibilidade pra saber. E eu acho que eu tenho essa sensibilidade, né? Você percebe, não é pela... Pelo estereótipo, mas quando você conversa com o paciente, necessariamente, você não tem que dizer a sua opção e nem a sua escolha sexual, né. Mais alguns pacientes você identifica” (MED2)

“Eu não lembro se eu já atendi algum, agora eu já vi, tipo fila de consulta para outro médico ou médica no caso, no acolhimento, agora se já passou algum por minha mão, não percebi não se era LGBT” (MED5)

Porém, para outros entrevistados, essa associação não é evidente como óbvia, quando afirmam que:

“Só em olhar pra pessoa e conversar com a pessoa a gente já sabe.” (ACS3)

“Às vezes só de olhar o paciente fisicamente você já sabe que ele faz parte daquele grupo” (DEN5)

“A maneira de falar, de se relacionar, não somente a questão da veste né ? Pois isso ai hoje independe, mas ai pela característica, pela maneira de falar ai eles chegam e dizem mesmo” (ACS28)

“Assim pelo jeito, pela aparência assim que as aparências a gente também identifica e...assim pelo jeito deles ser popular porque essas pessoas são muito populares” (ACS17)

“Muitos mesmo se vestem de mulher e muitos aparentemente é mulher, mas se veste de homem e que a gente respeita” (ACS10)

Na mesma medida que identificamos nos repertórios dos profissionais aspectos relacionados a estereótipos, a identificação mediante características consideradas exclusivas e/ou marcantes do grupo. Percebe-se também que a preocupação com o “assumir-se”, “sair do armário” como recorrente em seus discursos. Uma das entrevistadas, por exemplo, disse que “identifica, mas as vezes eles não assumem e a gente também não pode...isso é mantido em sigilo. (acs)”. Bem como no seguinte trecho:

“Na verdade não tem só um, a gente tem alguns, alguns assumidos e outros que a gente percebe embora não sejam assumidos, alguns que a gente infelizmente ouve comentários” (MED7)

Nas entrevistas realizadas, os profissionais relatam dificuldades dos usuários em “se assumir”, porém isso não é uma máxima, pelo contrário em outros enunciados observamos a questão de “sair do armário” para os profissionais como algo natural feito pelos homens gays, principalmente. Lembrando também que a questão de “sair do armário” é algo colocado e relacionado aos homens gays considerados afeminados, aqueles que notadamente possuem, aos olhos dos profissionais de saúde, alguma performance destoante do esperado para uma performance masculina. Esse processo, é denominado por Rogério Junqueira (2013), como processos heteronormativos de construção dos sujeitos masculinos, aos quais os meninos e/ou rapazes devem se submeter afastando de forma veemente de aspectos relacionados ao feminino ou a homossexualidade. O referido autor pontua ainda que essa exigência se traduz numa pedagogia do armário que conforma heterossexismos e homofobia, praticada em ambiente escolar, em sua maioria, funcionando de forma camuflada ou explícita na forma de injúrias, insultos e jogos de poder que se tornam marcadores corporais e psicológicos. Repercutindo nas formas pelas quais esses meninos/rapazes se relacionam com o mundo, cabendo a estes permanecer em “armários” que os retiram desse lugar de dissonância da heterossexualidade.

“Porque alguns dizem, eles chegam a dizer que são homossexuais, eles dizem pra gente, mas também a para a população, mas a maioria são pessoas orientadas, com a mente aberta, mas eles tem dificuldade em procurar no bairro que moram, eu não sei, talvez pelo fato dos olhares de outras pessoas, aí eles terminam procurando fora” (DEN8)

“Tem pacientes que eles conseguem externar tranquilamente a forma deles se expressar, outros casos como temos Agentes de Saúde eles acabam falando quem é e

quem não é simpatizante, tanto pelo visual, tanto pelo Agente de saúde ou pelo próprio paciente” (DEN7)

“Até porque eles mesmo são transparente não tem assim tipo aquela situação dele é restrita eles aceitam o jeito que eles são e são abertos” (ACS16)

No entanto, o exercício de “sair (ou não) do armário” e/ou assumir-se para o profissional de saúde, neste caso geralmente o profissional médico, está relacionado ao que Ramon Reis (2017) considera como um dispositivo de regulação social, ou seja, o movimento de visibilizar ou invisibilizar o fato de serem homens GBT está relacionado a como estes homens acreditem que serão melhor atendidos/recebidos nos serviços de saúde. Podemos observar em alguns trechos de fala como “*Se ele que é muitas vezes a gente percebe ou ele espontaneamente falam, fora... acredito que tem alguns que não fale*” (MED3) ou “*Uns são completamente assumidos, outros só em consulta, que às vezes eu nem sabia e aí relatam, né?*” (MED8)

“Esse pessoal aqui, você conta nos dedos aqui dentro. De vez em quando é que eu descubro alguém (risos), porque sigilosamente me falam na consulta” (MED8).

Com os/as Agentes Comunitários de Saúde, a questão do usuário “assumir-se” apresenta um caráter mais natural, já que estes profissionais estão mais próximos deles, por fazerem parte da comunidade ao qual pertence a Unidade de Saúde da Família. Como vemos no trecho “*Assim... por que chegou e já era comigo. Não escondeu não. Já era homossexual*” (ACS26). Bem como em:

“Da minha área, todos os que eu tenho são assumidos, são pessoas mesmo que jogam as mãozinhas, ficam a vontade, não tem frescura mesmo” (ACS22)

“Ah , pelas características e porque ele deixa não só transparecer , mas assume mesmo a sua identidade quanto a esse grupo” (ACS24)

“É... eu, assim! Eles não vão dizer né! Que eu sou eles não vão dizer, assim com o dia a dia e com a convivência é que pode saber!” (ACS7)

“E assim, o dia a dia, a convivência a gente já sabe distinguir né? A gente não escanteia, mas a gente vai distinguir pra tentar respeitar conviver com eles do jeito que eles são” (ACS23)

“Lá na comunidade tem que ser uma coisa e pra o mundo lá fora tem que ser outra”: dos dialogando com usuários sobre suas posições e estratégias para (r)existir nos serviços de saúde

Assim como ocorreu com os profissionais de saúde, os usuários dos serviços, auto referidos como pessoas com identidade de gênero masculina, apresentaram em suas falas repertórios discursivos que se remetem a questões, aqui consideradas, como referentes à

construção de masculinidades. Estão relacionadas, principalmente, ao modo como são recebidos nos serviços de saúde por parte dos profissionais que atuam naquele ambiente.

Esses serviços de saúde, representados neste artigo pelas Unidades de Saúde da Estratégia Saúde da Família, são norteados pelos princípios dos SUS (de Universalidade, Integralidade e Equidade), sendo a porta de entrada dos usuários na Rede de Saúde.

As questões relativas ao modo como são construídas as noções de masculinidade também perpassam os usuários dos serviços. Percebemos isso quando ao analisar os enunciados encontramos elementos discursivos parecidos aos encontrados nos discursos dos profissionais.

O que queremos dizer com isso é que, essa masculinidade vista como um aspecto comportamental, visual, corporal que pode ser condensado como um aspecto de “jeito” que destoa ou distorce o que se espera de um homem: jeito de ser gay, que é, sendo eles, visível, construído a partir de estereótipos/estigmas que acompanham esses homens a partir de um enquadre social.

No diálogo com os usuários que se definem como “gay”, identificamos que esse “jeito” de gay – algumas vezes nomeado pelos próprios homens gays como “pinta” ou “dar pinta” – está carregado de preconceito e estigma por parte da sociedade e que isso decorre, segundo os usuários, de generalizações que se fazem baseadas em estereótipos e/ou atitudes isoladas e descontextualizadas, muitas vezes devido ao desconhecimento das situações contextuais a que estão submetidos pessoas pertencentes ao grupo de homens gays, bissexuais e transexuais (GBT). Podemos perceber isso nos enunciados abaixo:

“Mas é que o pensamento da sociedade é que gay e baderna, gay é putaria” (Part. OFHG1)

“mas isso é ocasionado porque muitas querem depravar, querem destruir, querem passar por cima de coisas que algumas não fazem, ai generaliza tudo” (Part. OFHG1)

“Também acho. Ai não pode, dessa atitude dela, dizer assim: todo gay é ladrão e desmerecer todo mundo, porque todo mundo é gay, entendeu? Tem gente que realmente faz isso” (Part. OFHG1)

No entanto, essa reflexão sobre a generalização baseada em estigmas também é percebida como algo que atinge outras minorias/contextos em que esses sujeitos também estão inseridos, já que como pessoas, somos seccionados por vários marcadores sociais, como cor/raça, classe social, escolaridade, entre outros. Pode-se observar essa reflexão no trecho a seguir.

“Mas isso não só acontece com os gays. Acontece com todo mundo, porque é a mesma coisa, generaliza todo que mora em favela. Todo mundo que mora em favela é marginal e ladrão. Não é assim, tem muita gente de bem que mora em favela. A mesma coisa é com negro: todo negro é ladrão, maloqueiro, marginal, não é” (Part. OFHG1)

A interseccionalidade, evidenciada no recorte acima, diz respeito aos modos como as categorias sociais e culturalmente construídas (sexo/gênero, classe social, religião, raça/etnicidade, orientação sexual etc.) se organizam em forma de desigualdade social, criando um sistema de opressão, a partir da sua inter-relação. Ao não considerar que a constituição de um sujeito não se resume ao somatório de pertencas, pois as várias facetas se fundem a um nível em que não pode ser dissociadas e restabelecidas a sua forma inicial. Justificando porque alguns grupos podem sofrer com opressões múltiplas e simultâneas, como é o caso da população de homens gays, bissexuais e trans. O olhar baseado no conceito de interseccionalidade, revela como formas de discriminação e opressão interseccionais criam benefícios sociais e materiais para aquelas/es que gozam de privilégios normativos (NOGUEIRA, 2017).

A negatividade que a “pinta” ou o “dar pinta” carrega é tão expressiva e depreciativa, que acaba por colocar os sujeitos (homens gays) em conflito consigo mesmos e com os outros. Ou seja, a associação desses homens a trejeitos ou performances femininas dificulta a relação deles com eles mesmos e com os pares. Esse tipo de avaliação é percebida em alguns enunciados desses homens, quando alegam que o preconceito, visto na sociedade de forma geral, também ocorre entre os próprios homens gays:

“Os próprios Gays (entre aspas) tem preconceito, dos seus iguais. Porque assim, ele se achando mais garoto, mais homem, isso não torna ele menos gay do que os outros só por serem afeminados” (Part. OFHG1)

“a gente mesmo age com preconceito com o próprio colega, por exemplo: a gente mesmo quando tá todo mundo aqui, porque é gay, mas é aquele gay tipo, mais machozinho, daí vem a travesti e fala: olha que coisa feia!” (Part. OFHG1)

“Eu conheci um garoto, que disse que por eu ser pintoso, que ele tinha preconceito de mim” (Part. OFHG1)

Como dito anteriormente, a questão da “pinta” é central e utilizada como forma de identificar os homens gays nos serviços de saúde, mas também, como informam também os participantes das oficinas, nos diversos setores da sociedade. Na saúde não é diferente, e por este motivo, alguns desses homens usuários dos serviços convivem com o “dilema” de assumir sua sexualidade/identidade de gênero durante o atendimento ou não. E então vai variar de pessoa para pessoa e do contexto do atendimento (da empatia e/ou da necessidade com o profissional de saúde). Alguns dos homens gays afirmam que não foram perguntados sobre orientação sexual, mas acreditam que a “pinta” pode ter sido a razão para isso não ter ocorrido, como é o caso desse participante da segunda oficina com homens gays:

“No meu caso, quando fui pra o serviço nunca um médico chegou perguntando minha orientação sexual, nunca. Ai requer muito da questão do conceito antecipado que é a “pinta”, né? Mas nunca, eu posso dizer a você que nunca chegaram perguntando a minha orientação sexual” (Part. OFHG2)

Os homens que se definiram como bissexuais disseram que tanto existem momentos em que assumiram como não assumiram, alegando tanto a necessidade de dizer sua orientação sexual, como a vergonha e até rejeição de si mesmos:

“Não eu já precisei é falar é pro médico em exames de rotina normal e não vi nenhuma diferença no tratamento, não deixou de me tratar melhor ou de tratar pior...” (Part. OFHB)

“No meu caso o médico já chegou pra perguntar. Só que partiu de mim. Digamos a rejeição. E eu acabei negando” (Part. OFHB)

Um conteúdo que emergiu a partir dessa discussão sobre assumir, “dar pinta”, “jeito”, foi se esses homens acreditavam que existia diferenciação no atendimento dos profissionais de saúde diante de um homem GBT. Nesse momento, destacamos o diálogo entre três participantes que desvela um pouco do que se refere essa questão na produção dos sentidos destes a respeito da sua relação com os profissionais de saúde:

“Participante 1: porque depende do médico e depende do gay também. Eu já fui no médico que ele me atendeu super bem. Ele disse tira a roupa que vou lhe examinar todinho. Me olhou de cima a baixo, me tratou super bem. Ontem, quando eu fui quem me atendeu foi uma médica. A médica sim, sim, tá...”

Participante 2: mas também pode ser o jeito dela atender qualquer paciente, a gente acha que é porque a gente é gay. Ainda tem isso de tudo trazer pra gente

Participante 3: Tu acha que foi por tua opção sexual?

Participante 1: não, até porque eu não disse e nem... eu cheguei normalmente” (Diálogo Parts.OFHG1)

O mesmo ocorre no enunciado de um homem que se definiu como bissexual:

“Quanto a mim eu nunca sofri nenhum tipo de destrato ou diferença nos meus tratamentos por conta da minha orientação ao contrário de Augusto eu não teria problema nenhum caso isso viesse a ajudar no tratamento ou adicionasse alguma informação pro tratamento dizer sobre a minha orientação. Acho que sim pode haver diferença no tratamento, mas eu nunca sofri nada relacionado a isso. Ouvi histórias a gente sabe que há casos” (Part. OFHB)

Todavia, existem relatos de outros participantes das oficinas que revelam situações em que não só a questão do “jeito” ou da “pinta” são identificadas, mas associadas a um estigma, que ainda ronda a população de homens GBT, em especial os homens gays em maior proporção e os homens bissexuais, que é a Epidemia de Aids (PARKER, 2015). Embora o tema seja pouco evidente, quando falam da experiência de homens trans, a associação homo/bi com o HIV/Aids está clara nos enunciados abaixo.

“Vou dar um exemplo que já aconteceu com meu primo que é gay. Ele chegou num hospital doente, sentindo febre, bastante febre mesmo. Ai o médico viu assim, que tem alguns que dão certamente “pintas”, né? As vezes no modo de falar, de sentar, no modo de olhar, entendeu? E o médico teve uma pergunta que não tinha nada a ver com o atendimento. Perguntou a ele se era gay e ele falou. Na mesma hora que ele falou que era gay, o médico pediu exame de aids, na mesma hora, ele tava com febre”(Part. OFHG2)

“Eu acho que tem pessoa que se deixa ser discreto, vamos dizer assim. Vou fazer uma suposição aqui agora: eu tô passando pela rua e sou muito feminino. Tem pessoa que descreve que você é gay já por aquilo; outras pessoas que se comportam mais masculinamente, tem gente que diz, oh é hetero, porque ninguém desconfia. Ninguém anda falando, até em postos de saúde, hospitais grandes ou até clínicas particulares. Ai quando um homossexual dá muita “pinta” e em certos casos o médico é preconceituoso e ele vê, ele acha que só porque é gay, tá dando “pinta” fica com todo mundo, tem relação sexual com todo mundo e pode ter aids. Pelo menos, esse é meu conceito porque ele pede o HIV” (Part. OFHG2)

Esse tipo de atitude dos profissionais de saúde, aqui personificado pelo médico nos relatos dos participantes das oficinas, gera constrangimento nos usuários e pode vir a afastar esses homens dos serviços de saúde. Esse tipo de atitude relatada por esses homens vai de encontro com que se espera de um profissional competente e que segue o que o SUS preconiza. E esse tipo de atitude não escapa da percepção dos usuários, podemos observar nos trechos a seguir:

“Agora se o médico, ele fosse, como posso dizer, mais competente no cargo dele, se atende um gay, atende também uma travesti . Ai ali não tem como dizer se ele tá vindo pela “pinta “ ou não. Vai perguntar o nome da pessoa, a pessoa não sei se vai dizer o verdadeiro nome, porque tem que mostrar a documentação, se a pessoa não mostrar a documentação não vai valer de nada. Então, se ele se deixar levar por uma “pinta” de um gay, imagine de uma travesti?!” (Part. OFG2)

“Causa um certo constrangimento. Tem pessoas que ficam muito constrangidas chegando lá no médico, dar pinta ou não pra fazer exame ou alguma coisa e ai o médico ter recio de tocar em você, de comunicar com você, por você ser gay” (Part. OFHG2)

“Uma coisa que eu vejo é que os médicos, eles não falam sobre DST’s. se foi colocado pra eles, por exemplo o pedido de exame de HIV, mas não falou pra ele sobre a questão. Então, eles não falam, olha pra pessoa e diz vai fazer e pronto” (Part. OFHG2)

Todas essas questões relacionadas a “pinta” nos arremete ao que Reis (2017) reflete em seus estudos a respeito desta temática, a qual este, lança luz sobre a dicotomia tão visível dentro do universo gay, que acaba por tolir algumas expressões/performances de gênero mais femininas por parte dos homens gays pelo fato da “pinta” estar associada ao desrespeito, as questões relacionadas a Aids, ligada a promiscuidade, por esse motivo a separação entre os homens gays afeminados e os homens gays heteronormativos, “masculinizados” e até “afeminofóbicos“. Essa relação entre “pinta” e respeito, torna-se ainda mais evidente quando se trata do ambiente dos serviços de saúde, onde essa “pinta” surge como um empecilho, em alguns momentos, do atendimento.

Justamente pela sua associação aos gestos, voz e corpos espalhafatosos, observamos isso quando no dia-a-dia ouvimos frases como “seja gay, mas seja homem”, “não tenho problema com gays, desde que não chegue perto de mim” ou “seja gay, mas se dê ao respeito”, todas essas expressões estão inundadas de homofobia e de uma certa noção de como os homens

gays devem se portar para que se tenham respeito, que baseia-se numa performance masculina e certa medida calculada.

Baseada nisso vemos em trechos de fala dos usuários questões relacionadas ao controle desses corpos, dessas performances afim de que não sofram com as condutas dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Isso pode ser verificados nesses enunciados:

“Como ele falou: lá na comunidade tem que ser uma coisa e pra o mundo lá fora tem que ser outra” (Part. OFHG2)

“Tem que criar uma personalidade pra viver em sociedade” (Part. OFHG2)

“A pessoa querendo ou não, mesmo não tendo, tem que ter dupla personalidade, tipo assim, ser mais um homem onde mora, perto da família, mesmo em casa e fora o que ela realmente é, um gay, livre. Isso que hoje em dia uns estão enfrentando essa barreira da violência contra os gays também. Tá passando um monte de marginais na rua e percebem que você é gay, vão mexer com você querendo ou não, porque eles pensam que ser gay é uma pessoa abominável, que não é uma pessoa, um mostro, mas somos todos iguais” (Part. OFHG2)

Para uns “jeito” e para outros “pinta”: produção de masculinidades

O que nos salta aos olhos durante toda a tessitura do texto e que nos parece ponto comum é a construção de um tipo de masculinidade pautado no que os profissionais consideram como “jeito de gay” e que os usuários dos serviços de saúde nomeiam de “pinta”. O que os profissionais da saúde descrevem em seus enunciados como “jeito de gay”, que seria a forma como estes identificam e/ou classificam corpos considerados de homens não heterossexuais, assume uma conotação pejorativa, em certa medida, por basear-se em estereótipos, estigmas e discriminações que desqualificam, denigrem esses homens que não correspondem ao que é considerado masculinidade hegemônica. O “jeito de gay” então, nada mais é do que uma expressão da homofobia, que percebida ou não, internalizada ou não, permeiam esses profissionais e que em algum momento ou não permeiam também suas práticas de cuidado e atenção aos homens gays, bissexuais e transexuais.

Como foi dito acima, o que é considerado “jeito de gay” pelos profissionais da saúde é nomeado pelos usuários dos serviços de saúde de “pinta”, que é uma gíria do meio LGBT pra determinar que um homem possui trejeitos femininos, possui um caráter negativo e pejorativo e também carrega consigo uma forte carga de homofobia. A “pinta” ela assume um papel de divisão de grupos entre os gays “do meio” e os “fora do meio”, como bem pontua Miskolci (2014). Entretanto, esse caráter dicotômico também está relacionado a Epidemia de Aids, já que os estigmas estavam estreitamente ligados a corpos e performances e práticas sexuais relacionadas à feminilidade/passividade.

Por este motivo, aspectos relacionados à “pinta” estão intimamente ligadas às posições sexuais, posto que estas produzem identidades sociais. Interferem e/ou contribuem nas

dinâmicas de gênero que envolvem os relacionamentos afetivo-sexuais. As posições sexuais e as escolhas dos parceiros estão ligadas as denominações que envolvem identidades sexuais bipartidas no modelo de atividade e passividade, em que os primeiros são considerados homens mais masculinos e o segundo homens mais femininos, aos quais se associa a “pinta”.

Os auto-referidos como “versáteis” surgem como pretensas formas híbridas e intermediárias dessa dicotomia. Esse modelo ativo/passivo possibilita incorporação de estereótipos que envolvem raça/etnia e geração, quando engessam homens negros como ativos e asiáticos como passivos devido ao suposto tamanho pequeno do pênis, e jovens como prioritariamente passivos e homens maduros como ativos. Ressalta-se que vários outros aspectos interferem nessa costura.

Dessa forma, as posições sexuais podem contar com posicionamentos dos sujeitos, bem como aspectos relacionados ao quanto de conhecimento estes possuem sobre risco e proteção especialmente em relação às IST/HIV/aids, considerando conjuntamente as categorias sociais e os estereótipos de gênero. Todavia, não estão descoladas dos estilos corporais que permeiam os desejos sexuais (RIOS et al., 2017).

Decorrem daí as subalternizações, aos quais os homens com práticas sexuais e posições sexuais relacionadas a passividade, e então ao feminino, as “pintosas”. Sujeitos ao estigma e discriminação por seus pares incorrem na preocupação em acobertar suas representações identitárias, advindas de seus estilos corporais, atenuando suas performances em outros ambientes, para além dos relacionados a homossociabilidade. Daí derivam as questões levantadas pelos usuários ao referirem-se, que quando se dá “pinta” nos serviços de saúde não se é respeitado, bem atendido, ouvido, entre outros. Por este motivo, alguns desses homens gays acabam por sujeitar-se a uma constituição corporal, forçada, que atenda aos padrões de uma masculinidade dominante, para então se encaixar numa lógica violenta e rígida (REIS, 2017).

Considerações Finais

As dificuldades ou a decisão de não buscar os serviços de saúde por parte dos homens gays, bissexuais e trans é perpassada por uma gama de fatores. Nossa pesquisa aponta que a percepção de masculinidade (re)produzida pelos profissionais de saúde é alcançada pelos usuários e que está pode sim atuar enquanto um fator de afastamento desses homens dos serviços de saúde, por compreender os estigmas e a homofobia que estão internalizadas nas práticas dos profissionais.

Outro ponto que pode ser observado é a invisibilidade dos homens transexuais nas narrativas dos profissionais de saúde e da mesma forma a invisibilidade de questões

relacionadas a masculinidade por homens transexuais no que tange a sua entrada nos serviços de saúde. Dessa forma, percebemos as questões relacionadas as transmasculinidades não sendo consideradas como um ponto de análise ou como algo que seja central para a discussão da atuação dos profissionais e como um objetivo da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT.

Dessa forma, o entendimento da influência que as construção de gênero e consequentemente das masculinidades são um ponto importante a ser trabalhado entre gestores, profissionais e pesquisadores para que os mecanismos de estigma e homofobia sejam enfrentados assegurando que o cuidado integral de homens gays, bissexuais e transexuais não seja prejudicado no âmbito do SUS, assim como é preconizado na Política de Saúde Integral da População LGBT.

Referencias

- BRIGNOL, SMS. Estudo epidemiológico da infecção por HIV entre homens que fazem sexo com homens no Município de Salvador/BA. 2013. Tese - Universidade Federal da Bahia ,Salvador, 2013.
- CÁCERES, C. A masculinidade como questão para pesquisa e para políticas públicas. Em: PARKER, R; CORÊA, S. (Org.). *Sexualidade e política na América Latina*. Rio de Janeiro: ABIA. 2003.
- COURTENAY, WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, v. 50, n. 1, p. 1385-1401, 2000.
- DARDE, VW da S. A construção de sentidos sobre a homossexualidade na mídia brasileira. *Em questão*, v.14, n. 2., P. 223-234, 2008.
- FACCHINI, R. *Sopa de letrinhas?: movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 1990*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- FÉBOLE DS. *A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS*. Dissertação - Universidade Estadual de Maringá, . Maringá, 2017.
- FERREIRA BO. Babado, confusão e gritaria: vivências e reflexões da população LGBT no SUS. [Dissertação]. Teresina (PI): Universidade Federal do Piauí; 2016.
- FIGUEIREDO W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, v.10, n.1, p. 105-109, 2006.
- FRY, P.; MACRAE, E. (1991). *O que é homossexualidade*. São Paulo: Brasiliense.
- [GALVÃO NETO, CJM.](#); MEDRADO, B. . Sexo entre homens em Suape: informações sobre práticas sexuais, prevenção e acesso à saúde. Em: RIOS, LF.; VIEIRA, L.; QUEIROZ, TN.

(Org.). *Gays, lésbicas e travestis em foco: diálogos sobre sociabilidade e acesso à educação e saúde*. Recife: Editora UFPE, 2016.

GREEN, J. “Mais amor e mais tesão”: a construção do movimento brasileiro de gays, lésbicas e travestis. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 15, p. 271-295, 2000.

JUNQUEIRA, RD. Pedagogia do armário – a normatividade em ação. *Retratos da Escola*, v. 7, n. 13. 3013.

KORIN, D. (2001). Nuevas perspectivas de genero en salud. *Adolescência Latinoamericana*, v. 2, n.1, p. 67-79, 2001..

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*, São Paulo, v.17, n. 2, p. 11-21, 2008.

MEDRADO, B. *O masculino na mídia. Repertórios sobre masculinidade na propaganda televisiva brasileira*. São Paulo. 148 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). PUC/SP, 1997.

MEDRADO, B.; LYRA, J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Revista Estudos Feministas* (UFSC. Impresso), v. 16, p. 809-840, 2008.

MISKOLCI, R. “Discreto e fora do meio – Notas sobre a visibilidade sexual contemporânea”. *Cadernos Pagu*, n. 44, p. 61-90. 2015.

NOGUEIRA, C. *Interseccionalidade e Psicologia Feminista*. Salvador Bahia: Editora Devires. 2017.

OLIVEIRA, C. Os homens também mudam. Em: PARKER, R; CORÊA, S. (Org.). *Sexualidade e política na América Latina*. Rio de Janeiro: ABIA. 2003.

PARKER, R. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller. 1991.

PARKER, R. et al. Práticas sexuais e mudança de comportamento entre homens que fazem sexo com homens no Rio de Janeiro, 1990-1995. In: PARKER, R.; TERTO JR., V. (Org.) *Entre homens: homossexualidade e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1998. p. 15-48.

PARKER, R. G. *Na contramão da Aids: Sexualidade, intervenção e política*. São Paulo. Editora 34. 2000.

PARKER, R. *O fim da AIDS?*. Rio de Janeiro: ABIA. 2015.

Paulino DB. *Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família*. Dissertação - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

PEREIRA, EO. *Acesso e qualidade da atenção à saúde para a população LGBT: a visão dos médicos de uma capital do nordeste brasileiro*. Dissertação - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

QUIRINO, T.; MEDRADO, B.; LYRA, J. Atenção em saúde aos homens no cotidiano da atenção básica: diálogos com usuários e profissionais. *Athenea Digital*, v. 16, p. 481-506, 2016.

REIS, R. “É preciso ser bem visto, não manchar a reputação se dar o respeito”: dos regimes de visibilidade nas trajetórias de homens homossexuais. *Revista Ártemis*, v. 23, n.1, p. 38-54.2017.

RIOS, L.F. et. al. Posições sexuais, estilos corporais e risco para o HIV entre homens que fazem sexo com homens no Recife (Brasil). *Cien Saude Colet* [periódico na internet],2017.

SCHRAIBER, LB.; Gomes, R.; Couto, MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SCOTT, JW. Prefácio a Gender and politics of History. *Cadernos Pagu*, n.3, p. 11-27. 1994.
SEFFNER F.; PARKER R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 293-304, 2016.

SOUZA, ER.; BRAZ, C. Políticas de saúde para homens trans no Brasil: contribuições antropológicas para um debate necessário. In: VAL, Alexandre Costa et al. (orgs.) *Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde*. Ouro Preto: Editora da UFOP, 2016.

SPINK MJP; MENEGON VM; MEDRADO B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. *Psicol. Soc.* [online]. V. 26, n. 1, p. 32-43, 2014.

SPINK, MJP. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, MJP.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

FREMAN DYSON. O cientista como rebelde. Em serrote, v3. São Paulo, Instituto Moreira Sales, nov. 2009. p 155-67.

TERTO JR, V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/Aids. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, v. 8, n. 17, p.147-158. 2002.

TREVISAN, J. S. *Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*. 3 ed. Rio De janeiro – Record, 2000.

Contribuição de cada autor

¹Participou na concepção, estruturação, análise e interpretação dos dados e escrita do manuscrito.

² Participou na concepção, revisão e aprovação do manuscrito para ser publicado.

³ Participou na concepção, interpretação dos dados, revisão e aprovação do manuscrito para ser publicado.

⁴ Participou na análise e interpretação dos dados.

⁵ Participou da revisão do manuscrito.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO PARA PARTICIPANTE DA OFICINA

Questionário

1. Município _____

2. No segmento LGBT você se considera como: (pode marcar mais de uma questão, se for o caso):

 Lésbica Gay Bissexual Transexual
Travesti
 Outros: _____

3. Sua identidade de gênero é (escolha uma das seguintes respostas):

 Mulher Homem
 Outros: _____

4. Qual a sua idade? _____

5. Considerando a classificação do quesito cor estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como você se define?

 Preto/a Branco/a Pardo/a Amarelo/a
Indígena
 Outros: _____

6. Em relação a sua vida afetiva, como você se considera?

 Casado/a Em união Estável Divorciado/a,
separado/a
 Solteiro/a Moro junto (não configurando união estável)
 Viúvo/a
 Outros: _____

7. Qual a sua orientação sexual?

- Lésbica Gay Bissexual Heterossexual
 Outros: _____

8. Qual é o seu grau de escolaridade?

- Ensino fundamental
 Ensino médio
 Ensino superior
 Pós-graduação (especialização)
 Pós-graduação (mestrado, doutorado)
 Outros: _____

9. Qual é a sua religião?

- Afro-brasileira Católica Espírita Kardecista
 Protestante Nenhuma
 Outros: _____

10. Você já foi ou é militante do movimento social?

- Sim Não

11. Em qual faixa salarial você se enquadra?

- Até R\$ 465,00
 De R\$ 466,00 a R\$ 930,00
 De R\$ 931,00 a R\$ 1.395,00
 De R\$ 1.396,00 a R\$ 1.860,00
 De R\$ 1.861,00 a R\$ 2.790,00
 De R\$ 2.791,00 a 6.000,00
 Mais de R\$ 6.000,00

12. Utiliza serviços de saúde suplementar (plano de saúde - privado)?

- Sim Não

13. Considerando que haverá um sorteio aleatório para participação de uma discussão em um grupo focal, você sendo sorteado(a), aceitaria participar dessa discussão a se realizar em um único encontro?

Sim Não

14. Você tem vínculo com alguma unidade de saúde da família?

Sim Não

Se sim, qual? _____

15. Se você aceita participar, como podemos entrar em contato com você?

E-mail:

Telefone: _____

Endereço:

Outro meio: -

ANEXO B- ROTEIRO PARA EXECUÇÃO DAS OFICINAS

OFICINA – ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO À POPULAÇÃO LGBT

Objetivo: identificar e refletir sobre o acesso da população LGBT aos serviços de saúde e a qualidade da atenção recebida.

Participantes: 10 a 12 participantes de um dos diferentes segmentos da população LGBT

Tempo: aproximadamente 1h30

PREPARATIVOS PRÉ-OFFICINA

A) Recrutar e selecionar participantes

1 - Realizar primeiro contato com potenciais participantes

- Entrar em contato com possíveis participantes
- Esclarecer como conseguiu o contato do participante, explicar o objetivo e a forma de participação na oficina
- Apresentar o TCLE
- Tirar dúvidas sobre a pesquisa e a oficina

2 - Realizar segundo contato com potenciais participantes

- Confirmar participação
- Orientar sobre local de realização
- Atentar para a importância de chegar no horário para início da oficina. Atrasos de mais de 10 minutos impossibilitarão a participação.
- Se possível, já coletar o TCLE e ficha com dados sócio-demográficos
OBS: O contato inicial deve ser feito por um dos coordenadores da oficina, pois isso facilita que a pessoa tenha o coordenador como referência inicial em um contexto de oficina completamente desconhecido.

OBS: Realizar uma oficina apenas quando tiver confirmado o número suficiente de participantes

2 Preparar contexto e materiais:

- Lugar silencioso, restrito, bem arejado e de fácil acesso aos participantes
- Sala com cadeiras suficientes e dispostas no formato de círculo

OBS: as cadeiras dos coordenadores ficam no círculo

- Parede onde se possa colar folhas e cartazes
OBS: é importante que na sala não tenha outros estímulos presentes, como cartazes, imagens, mesa com lanche, telefone, etc.
- Cartazes com os dizeres “Concordo”, “Discordo”, “Tenho Dúvidas” (com letras grandes)
- Crachás para cada um dos participantes (inclusive os coordenadores)
- Canetinhas estilo pincel
- Papel sulfite
- Canetas
- Fita crepe
- Cópias do TCLE para todos os participantes
- Lista impressa com as frases do “Aquecimento específico”
- Tabela impressa para anotar os resultados da fase do “Aquecimento específico”
- Lista impressa do texto a ser lido no “Desenvolvimento”

COORDENAÇÃO DA OFICINA

- No dia da oficina, iniciar a oficina apenas se todos os que confirmaram a participação estiverem presentes (ou no mínimo 8 pessoas).

OBS: Caso alguém esteja atrasado, informar a todos que esperarão 10 minutos para iniciar a oficina, dada a importância que todos estejam presentes desde o início.

Sala de Espera (antes de entrar na sala, enquanto os participantes esperam para iniciar a oficina): preencher ficha com dados sócio-demográficos.

- Apenas quando for iniciar a oficina propriamente dita, convidar os participantes para entrarem na sala.
- Esclarecer que cada um pode se sentar onde preferir.

OBS: A dupla de coordenadores pode se sentar junta ou separada.

OFICINA

Apresentação (tempo aproximado de 15 minutos):

- Apresentar-se
- Agradecer a presença de todos
- Retomar os termos do TCLE (objetivo da pesquisa e condições de participação).

OBS: Caso não tenha sido feito no contato anterior com o participante, distribuir o TCLE, ler conjuntamente e pegar a assinatura

- Informar que vai ligar o gravador, após ter coletado TCLE e a ficha
- Distribuir crachás e canetinhas e pedir que anotem o nome

OBS: respeitar o nome social das pessoas

OBS: fazer cada uma dessas ações antes de prosseguir para a seguinte.

- Fazer o contrato: objetivo, duração, ir ao banheiro, desligar celular, importância da participação, não há certo ou errado, importância da conversa entre todos, falar um de cada vez, respeito mútuo, sigilo entre as pessoas sobre o que vão conversar ali, e perguntar se tem mais alguma regra que alguém gostaria de propor para que todos tenham uma conversa produtiva

Aquecimento inespecífico (tempo aproximado de 5 minutos):

Pedir aos participantes que se apresentem, um de cada vez, falando 3 coisas:

1) o próprio nome

2) uma qualidade pessoal que se inicia com a primeira letra do seu nome (ex: Ana Alegre, Beatriz Bela, Carlos Corajoso, etc), ou o mais próximo possível. Para quem tiver nomes com letras que não combinam com alguma característica, pode simplesmente falar a característica mais marcante que tiver. Contudo, de preferência, uma característica com a primeira letra do nome.

3) e completando a seguinte sentença (de acordo com a orientação sexual/identidade de gênero do grupo da oficina): Exemplos: (no grupo com gays) “Para mim, ser gay é...”; ou (no grupo com lésbicas)

“Para mim, ser lésbica é...”, ou (assim, sucessivamente) “Para mim, ser bissexual é...”, ou “Para mim, ser travesti é...”, ou “Para mim, ser mulher transexual é...”, ou “Para mim, ser homem transexual é...”

- Após explicar, dar um exemplo: “Eu sou Gilberto, sou guerreiro e pra mim ser gay é amar os homens”
- Após dar a instrução, perguntar quem quer começar.
- Seguir, até todos se apresentarem.

Aquecimento específico (tempo aproximado de 10 minutos):

- Orientar os participantes que vão conversar sobre ir ao serviço de saúde, os motivos de ir, o que acham do serviço prestado.
- Instruir que todos fiquem em pé e à medida que você ler algumas frases eles devem ir para um dos locais, conforme sua opinião pessoal de Concordo, Discordo, Tenho Dúvidas.
- Colocar, um ao lado do outro, no chão, os cartazes Concordo, Discordo, Tenho Dúvidas.

OBS: Cuidar para que façam isso de forma calma. Se estiverem correndo, muito agitados, pedir para fazerem com calma, reflexivamente. É importante que seja feita de forma calma para não ter uma quebra no ritmo com o próximo exercício.

OBS: Evitar posicionar os cartazes no chão ao mesmo tempo que faz a explicação do exercício para que não haja dispersão dos participantes e cause dúvidas.

OBS: Para fins da pesquisa, deve-se anotar para saber quantos ficam em cada item. Um dos coordenadores fica responsável por anotar na tabela, enquanto o outro conduz o exercício com a leitura das frases.

Tabela para anotação de quantas pessoas se posicionam em cada opção a cada questão.

| Questão | Concordo | Discordo | Tenho Dúvida |
|---------|----------|----------|--------------|
| 1 | | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |

- Fazer um exercício como exemplo:

Leia “Adoro rapadura” e pedir para que eles se desloquem para o local do Concorde, ou Discordo, ou Tenho Dúvidas

- Se todos tiverem entendido, passar para a leitura das outras frases.

OBS: à medida que lê cada frase e eles se deslocam, peça para que se olhem entre si e vão vendo os “resultados” de cada frase, ou seja, quantos e quem está em cada grupo. Isso vai gerando proximidade no grupo e fomentado reflexões sobre quem são eles e o que pensam.

Lista das frases a serem lidas:

1. Eu cuido bem da minha saúde.
2. Eu converso com outras pessoas sobre questões de saúde.
3. Sempre que preciso procuro o serviço de saúde.
4. Os profissionais de saúde são as pessoas que melhor podem cuidar da minha saúde.
5. Na minha opinião, os serviços de saúde estão preparados para me atender.

6. A identidade de gênero/orientação sexual* do paciente influencia no atendimento em saúde.
7. Eu sempre conto aos profissionais de saúde sobre minha identidade de gênero/orientação sexual*.
8. Geralmente tenho que explicar aos profissionais de saúde sobre minha identidade de gênero/orientação sexual*.
9. Sempre sou bem atendido no serviço de saúde.
10. Geralmente encontro respostas para as minhas questões quando vou ao serviço de saúde.
11. Acho fácil me locomover (andar, pegar ônibus, pegar carro) e chegar no serviço de saúde.
12. O horário de funcionamento do serviço de saúde é bom para mim.
13. Penso que devo ser atendido(a) nos mesmos locais que o resto da população.

*Importante: Quando a oficina for de mulheres transexuais, homens transexuais e travestis, utilizar o termo “identidade de gênero”. Quando a oficina for de gays, lésbicas e bissexuais, utilizar o termo “orientação sexual”.

- Após a leitura de cada uma das frases, solicitar que todos andem pela sala, se olhem, vão conversando e acabem por escolher alguém para montar uma dupla para o próximo exercício, em que terão que conversar sobre saúde.

OBS: caso haja um número ímpar de participantes, formar um trio.

- Checar se as duplas foram formadas e pedir para que se sentem em círculo novamente, no mesmo lugar que estavam antes.

OBS: é importante que se sentem nos lugares que estavam antes do exercício para, potencialmente, as duplas se sentarem separadas. Isso evitaria um contexto de muita proximidade que poderia dificultar o exercício da lembrança.

Desenvolvimento (tempo aproximado de 30 minutos):

- Pedir que todos respirem calmamente e profundamente por três vezes.

OBS: se estiverem agitados, pedir para respirarem mais vezes até se acalmarem.

- Contar aos participantes que esse exercício se chama “Um atendimento marcante em saúde”. Solicitar a eles que adotem uma postura confortável na cadeira, abaixem a cabeça, e façam esse exercício de lembrança:

Pedir que todos encostem as costas na cadeira, tenham braços/mãos sobre as pernas, pernas descruzadas e com os pés no chão, em paralelo, e a cabeça abaixada. Não é necessário fechar os olhos. Cheque se estão todos nessa posição. Caso alguém não esteja, repita essa instrução para todos os participantes.

- Depois de todos estarem numa posição adequada, leia lentamente, com pausas, o trecho abaixo:

OBS: A leitura deve ser feita de modo a ajudar o grupo a ir se lembrando de situações. À medida que se lê, os participantes imaginam. O ritmo deve estar adequado a esse objetivo.

“Em nossa sociedade, desde que nascemos vamos ao serviço de saúde, ao médico, por diferentes razões. Às vezes, nos levaram, outras vezes, nós decidimos ir. Assim, quando nos sentimos com algum problema de saúde, procuramos os serviços de saúde. Lembre-se das vezes que isso ocorreu e que você foi ao serviço de saúde (aguardar um pouco). Quando foi? (aguardar um pouco) Por que foi? (aguardar um pouco) Lembre de uma situação (aguardar um pouco). Agora, lembre de outra (aguardar um pouco). Agora, escolha uma dessas situações que ficou marcada na sua memória (aguardar um pouco). Por que ela ficou marcada? (aguardar um pouco) O que ocorreu? (aguardar um pouco) Quem estava presente? (aguardar um pouco) O que você fez? (aguardar um pouco) E os outros, o que fizeram? (aguardar um pouco) Como você se sentiu? (aguardar um pouco) Era o que esperava do serviço de saúde? (aguardar um pouco) Por que? (aguardar um pouco) Se não foi o que esperava, como gostaria que fosse? (aguardar um pouco). Agora, aos poucos, no seu ritmo, volte aqui para a sala”

- Pedir ao grupo: “Agora, calmamente, junte-se à sua dupla, sente-se ao lado dela, e conte o que ocorreu com você. Conte apenas o que você se sentir confortável”.
- Dar 10 minutos para que conversem.

OBS: Esse exercício pode trazer algumas lembranças desconfortáveis para algum participante, o que é esperado quando conversamos sobre saúde e doença. Eventualmente, apesar de pouco provável dado o contexto da pesquisa, isso pode gerar algumas emoções a mais. Caso a pessoa esteja sob controle (ou seja, são apenas algumas lágrimas mas ela está conversando com o outro), não é preciso fazer nada. Caso alguém se emocione um pouco mais (não consiga estar nem conversando com o outro), é importante que um dos coordenadores se aproxime da pessoa, e pergunte se ela precisa de alguma ajuda. Tipicamente, ela contará a situação promotora do desconforto. O fato de ser ouvida já promove o acolhimento suficiente para que se possa continuar o exercício. Então, é possível convidar a dupla para contar sobre a lembrança dela.

- Checar se terminaram e fazer um novo pedido.
- Entregar uma folha a cada dupla e solicitar: “Baseado nas experiências de vocês, escrevam algumas dicas para os profissionais de saúde fazerem um bom atendimento com as mulheres transexuais” (modificar de acordo com segmento que está participando da oficina.)
- Dar 10 minutos para que cada a dupla faça sua lista.

OBS: a lista deve conter sugestões dos dois membros da dupla. Elas não precisam ser consensuais. O importante é a riqueza e a variedade das dicas.
- Pedir a todos que coletem na parede essas dicas.
- Após todos terem colado as dicas na parede, convidar para que todos visitem e leiam o painel de dicas, em silêncio.

Comentários (tempo aproximado de 30 minutos):

- Abrir os comentários, perguntando o que os tocou durante a oficina.
OBS: Sempre chamar as pessoas pelo nome que consta no crachá.

- Explorar as observações dos participantes.
OBS: Sequencialmente, procure: 1) ouvir alguns participantes sobre o que os tocou; 2) identificar temas que se repetem nas falas desses participantes; 3) fazer perguntas sobre esses temas; 4) convocar os participantes a opinarem sobre esses temas; 5) encerrar a conversa, resumindo os temas mais debatidos.

- Ao final, agradecer a participação de todos.
- Apenas após esse encerramento, desligar o gravador.
- Após terminar a oficina, recolher e guardar todas as listas afixadas na parede. Eles serão material a ser analisado.

ANEXO C – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**ANÁLISE DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NO SUS
ESTAÇÃO RECIFE**

ENTREVISTAS INDIVIDUAIS SEMIESTRUTURADAS

DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A):

| | |
|--|-------|
| Idade: | |
| Função/Cargo: | |
| Há quanto tempo exerce essa função na Unidade? | |
| Já exerceu essa atividade em outra UBSF? | |
| Em caso positivo, por quanto tempo? | |
| Tempo de Formado: | |
| Instituição de Formação (Graduação): | |
| Possui Residência ou Especialização? | |
| Em caso positivo, em que área? | |
| Data: | Hora: |
| Entrevistador(a): | |

Inicialmente o pesquisador deverá contar um pouco sobre a pesquisa e de seus objetivos. E deverá falar do processo de escolha desta unidade básica de saúde.

PERGUNTAS:

Bloco A: Papel da Unidade de Saúde da Família na rede de atenção à saúde no seu município

1A. Em sua opinião, qual o papel da USF na rede de atenção à saúde do seu município?

2A. A nossa pesquisa trabalha com dois conceitos importantes: acesso e qualidade. Em sua opinião, o que seria o acesso? E a qualidade?

3A. Você acredita que existam grupos populacionais da área de abrangência da USF que você atua que tenham dificuldade para acesso a esse serviço de saúde?

3A.1. Se **sim**: Quais são esses grupos e quais dificuldades eles encontram?

3A.2. Se **não**: Por quê?

Bloco B: A Unidade de Saúde da Família e o atendimento à população LGBT (acesso)

1B. Existe na área de abrangência da USF em que você atua, algum(a) paciente da população LGBT?

2B. Como você soube que ele(a) era LGBT? [Interrogar sucintamente sobre saberes acerca de histórias com experiência(as) com outros profissionais (da equipe ou não)].

3B. Em algum momento de sua atuação nessa USF, você atendeu a alguém da população LGBT?

Se **sim**:

3B.1. Me conte como foram(oi) esse(s) atendimento(s).

3B.2. Você sentiu que estava preparado(a) para esse atendimento?

3B.3. Quais foram as facilidades encontradas por você ao conduzir esse atendimento?

3B.4. Quais foram as dificuldades encontradas por você ao conduzir esse atendimento?

3B.5. Após o atendimento deste (a) houve vinculação dele (a) paciente à USF? Se sim, como você percebeu que esse vínculo foi estabelecido?

Se **não**:

3B.6 Por que você acha que nenhum paciente da população LGBT procurou a USF?

3B.7. Você considera que esteja preparado para atender a pacientes dessa população? Por quê?

4B. Quais facilidades você acredita que encontraria ao conduzir esse(s) atendimento(s)?

5B. Quais dificuldades você acredita que encontraria ao conduzir esse(s) atendimento(s)?

6B. Quais são as principais demandas de saúde da população LGBT em sua equipe?

7B. Em sua opinião, quais as condições de saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais atualmente?

8B. Em sua opinião, quais doenças e/ou agravos mais acometem essa população atualmente? Por quê?

9B. Como estão organizadas as ações e serviços de saúde dirigidos à população LGBT na rede de atenção à saúde na cidade do Recife?

10B. Se o(a) entrevistado(a) considerar que não há as ações e serviços de saúde dirigidos à população LGBT, interrogar como ele(a) acredita que esses serviços de saúde devem ser dirigidos na USF e na rede de atenção à saúde do município.

11B. O que você acredita que deva ser de responsabilidade da USF no cuidado em saúde a essa população?

12B. Como você percebe a relação dos(as) ACS de sua equipe com a população LGBT?

13B. Os Agentes Comunitários de Saúde trazem para a Unidade Básica demandas vindas da população LGBT?

13B.1. Se sim, quais?

13B.2. Se não, por que você acredita que eles não trazem essas demandas?

14B. Em sua opinião, os(as) ACS estão preparados(as) para identificar/atender às demandas dessa população? Por quê?

15B. Em sua opinião, os(as) demais membros da equipe estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?

Bloco C: A organização e qualidade da atenção à saúde da população LGBT (qualidade)

[Agora vamos avaliar a forma e a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT pelas equipes Saúde da Família?]

1C. Em sua opinião, o que pode ser feito para melhorar a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT nas USF?

2C. Como você avalia a forma (organização) das ações e serviços ofertados à população LGBT pelo sistema municipal de saúde?

3C. Como você avalia a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT pelo sistema municipal de saúde?

4C. Em sua opinião o que pode ser feito para melhorar a forma e a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT no sistema de saúde municipal de saúde?

5C. Você identifica, na rede de saúde de seu município, outros pontos de atenção à saúde da população LGBT?

5C.1. Se sim, quais?

5C.2. Se não, quais pontos você acha que deveriam existir para prestar atenção em saúde a essa população?

6C. Como você observa que tem sido a relação entre as USF com os demais pontos da rede de atenção integral à saúde da população LGBT?

C. Em sua opinião, o cuidado em saúde integral a essa população deva ser prestado na USF ou em um ambulatório específico para atender às suas demandas? Por quê?

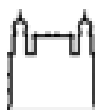
Bloco D: A política de saúde integral LGBT

- 1D.** Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBT?
- 2D.** Se conhece, qual a sua opinião a respeito dela?
- 3D.** Você acredita que essa política atende às demandas dessa população? Por quê?
- 4D.** Na sua opinião deve existir uma política específica de saúde integral para a população LGBT?
- 5D.** Como você avalia a institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da população LGBT em sua USF?
- 6D.** Como avalia a institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da população LGBT em seu município?
- 7D.** Em algum momento de sua formação você recebeu capacitação/informação sobre a atenção em saúde para a população LGBT?
- 8D.** Você participou de alguma capacitação sobre saúde da população LGBT pela Secretaria Municipal de Saúde? Quando?

Bloco E: Outros

- 1E.** Existe algo relacionado ao tema dessa pesquisa/entrevista que eu não tenha perguntado e que você gostaria de falar a respeito?
- 2E.** Como foi para você, participar desta entrevista?
- 3E.** Alguma sugestão para melhorar a entrevista?

ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS, a ser realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública/NESP/CEAM/UnB, em rede de parceiros com a FIOCRUZ/PE, as Universidades Federais da Paraíba, Piauí, Uberlândia, Universidade de São Paulo, Universidades Estaduais de Maringá e do Rio de Janeiro, financiada pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS).

O objetivo da pesquisa é analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS).

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer deste procedimento e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um grupo em formato de oficina que será gravado e posteriormente transcrito. O procedimento tem um tempo estimado para sua realização previsto em 2 horas.

Informamos que você pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Ministério da Saúde (MS) e na Universidade de Brasília (UnB) e demais instituições parceiras, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados ficarão sobre a guarda da pesquisadora responsável.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor entrar em contato com o NESP/UnB em horário comercial, no período de 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00; com a Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, na Universidade de Brasília – no Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, pelo telefone (61) 3340-6863, no horário das 8 às 12 e das 14 às 18h; com a Profa. Dr^a Ana Maria de Brito (81) 3101-2614, ou com a Profa. Dr^a Carmelita (81) 3355-1884.

 Nome do participante / assinatura

 Nome pesquisador / assinatura

_____ de _____ de _____

ANEXO E- Parecer consubstanciado do CEP



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASILIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde. **Pesquisador:** Maria Fatma de Sousa Azeite **temática:**

Versão: 3

CAAE: 25856813.9.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Secretaria de Gestão Participativa

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 652.643

Data da Relatoria: 07/05/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa pretende analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT), no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, vai mapear as dimensões do acesso desta população aos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores. O projeto vai comparar os elementos das dimensões do acesso e da qualidade identificados com as ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral a LGBT, bem como identificar estratégias e redes para a atenção à saúde, acessadas pela população LGBT. Trata-se de pesquisa qualitativa, que utilizará a triangulação de técnicas de coleta de dados, uma vez que há diferentes participantes envolvidos no estudo, o que permitirá ampliar as informações referentes ao objeto da pesquisa. Participarão da pesquisa a população LGBT, gestores locais/municipais, gerentes das Unidades Básicas de Saúde, com foco nas Unidades Básicas que operam na lógica organizativa da Estratégia Saúde da Família. O estudo será de abrangência nacional e contemplará as cinco regiões: no Norte, Belém, Santarém, Macapá e Rio Branco. No Nordeste, Salvador, Feira de Santana,

| | | | |
|------------------|---|-------------------|---------------|
| Endereço: | Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro | | |
| Sitio: | Asa Norte | CEP: | 70.910-000 |
| UF: | DF | Município: | BRASILIA |
| Telefone: | (61)3107-1947 | Fax: | (61)3307-3759 |
| | | E-mail: | cep@unb.br |



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASILIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 652.643

Página 01 de

Vitória da Conquista, Recife; João Pessoa, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Teresina, Picos. No Centro-Oeste, Campo Grande, Brasília, Ceilândia, Taguatinga, Sobradinho, Goiânia. No Sudeste, Rio de Janeiro, São Paulo, São José do Rio Preto, Belo Horizonte, Uberlândia, Vitória. No Sul, Curitiba; Porto Alegre e Pelotas. A coleta dos dados será realizada por meio de um questionário eletrônico e entrevistas individuais semiestruturadas, a serem aplicadas com os gestores dos municípios, gerentes das Unidades Básicas de Saúde, profissionais das equipes de Saúde da Família, e ainda Grupos Focais com a População LGBT. A análise dos dados será mediada pelo uso dos softwares NVivo9 e Qualiquissoftware do Discurso do Sujeito Coletivo. A estimativa é de 100 participantes, incluindo a população LGBT, profissionais de saúde e gestores. O questionário eletrônico, a ser desenvolvido pelo Centro de Tecnologias Educacionais Interativas em Saúde (CENTEIAS), incluirá questões dirigidas aos gestores do SUS. As entrevistas individuais semiestruturadas, serão aplicadas aos gestores dos municípios, gerentes das Unidades Básicas de Saúde e profissionais das equipes de Saúde da Família. Os Grupos Focais (GF) serão realizados com a População LGBT, com roteiro próprio por grupo de população, e discussões registradas em meio eletrônico (áudio) e, posteriormente, transcritas. Cada grupo contará com uma participação média de seis participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Específicos:

- (1) Mapear as dimensões do acesso da população lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais-LGBT nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores.
- (2) Identificar e apreender as dimensões da qualidade da atenção integral nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores.
- (3) Comparar os elementos das dimensões do acesso e da qualidade identificados com as ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT.
- (4) Identificar as estratégias e as redes para a atenção à saúde acessadas pela população LGBT.

avaliação dos Riscos e Benefícios:

| | | | |
|------------------|---|-------------------|---------------|
| Endereço: | Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro | | |
| Bairro: | Asa Norte | Cep: | 70.910-900 |
| UF: | DF | Município: | BRASILIA |
| Telefone: | (61)3107-1947 | Fax: | (61)3307-3799 |
| | | E-mail: | cepfs@unb.br |



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASILIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 652.643

Riscos:

Embora a pesquisadora informe que não há riscos para os participantes de pesquisa, solicita-se

que verifique o item - Pendências – abaixo.

Página 12 de

Benefícios:

Serão beneficiados, com este projeto de pesquisa, a população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e os gestores do Sistema Único de Saúde, no âmbito da implantação e institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dados de pesquisa podem identificar elementos relacionados funcionalmente a processos de sofrimento desta população, decorrentes de discriminação e preconceito, assim como, dados sobre como essas pessoas, cidadãos e cidadãs, promovem e produzem sua saúde e como os serviços de saúde da rede SUS integram este processo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram inseridos os seguintes documentos ao processo: (a) carta de encaminhamento da pesquisadora ao CEP-FS/UnB; (b) projeto de pesquisa com planilha de orçamento, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, e cronograma; (c) Folha de Rosto, assinada pela Diretora da FS/UnB; (d) Termo de Concordância assinado pela Coordenadora de Atenção Básica de Formosa/GO e Gerente de Regional de Saúde do Norte de Formosa/GO; (e) Termo de Responsabilidade e Compromisso de Pesquisa, assinado pela pesquisadora; (f) TCLE; (g) Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa; (h) Lattes da pesquisadora responsável pela pesquisa e equipe.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

| | | | |
|------------------|---|----------------|---------------|
| Endereço: | Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro | | |
| Bairro: | Asa Norte | CEP: | 70.910-000 |
| UF: DF | Município: | BRASILIA | |
| Telefone: | (61)3107-1947 | Fax: | (61)3307-3766 |
| | | E-mail: | cepfs@unb.br |



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASILIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 652.643

(1) Solicita-se à pesquisadora que explicita os procedimentos a serem adotados caso as entrevistas, grupos focais ou questionários eletrônicos provoquem eventuais constrangimentos para os participantes de pesquisa.

Resposta: a pesquisadora esclarece que caso a aplicação do questionário provoque qualquer desconforto ou constrangimento ao participante de pesquisa, este será informado sobre a opção de não responder à respectiva questão, ou, ainda, sobre a possibilidade de desistir de participar da pesquisa.

Página 03 de

(2) O cronograma de pesquisa requer atualizações.

Resposta: a pesquisadora providenciou a atualização.

(3) O projeto de pesquisa também foi submetido ao CEP-SES/DF, com os Termos de Concordância das autoridades de saúde do DF?

Resposta: o projeto não foi submetido ao CEP-SES/DF. No entanto, será submetido à CONEP por se tratar de estudo multicêntrico.

(4) O TCLE deve incluir, além do telefone do CEP-FS/UnB, o e-mail de contato do CEP.

Resposta: as alterações solicitadas foram efetuadas pela pesquisadora.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

| | | | |
|------------------|---|-------------------|---------------|
| Endereço: | Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro | | |
| Bairro: | Asa Norte | Cep: | 70.910-900 |
| UF: | DF | Município: | BRASILIA |
| Telefone: | (61)3107-1947 | Fax: | (61)3307-3769 |
| | | E-mail: | cepfs@unb.br |



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASILIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Protocolo: 652.643

BRASILIA, 19 de Maio de 2014

Assinado por:
Marie Togaehl
(Coordenador)

Página 04 de

| | | | | | |
|------------------|---|-------------------|---------------|----------------|---------------|
| Endereço: | Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro | | | | |
| Bairro: | Asa Norte | CEP: | 70.910-900 | | |
| UF: | DF | Município: | BRASILIA | | |
| Telefone: | (61)3107-1047 | Fax: | (61)3307-3700 | E-mail: | cep/fs@unb.br |