

Uso dos serviços de saúde por parte de homens que fazem sexo com homens do Distrito Federal.

Use of health care services by men who have sex with men in the Federal District, Brazil.

Uso de los servicios de salud por parte de hombres que hacen sexo con hombres en el Distrito Federal, Brasil.

Fernando Alves Pimenta¹
Edgar Merchan-Hamann²

RESUMO

Introdução: o uso dos serviços de saúde por parte de lésbicas, gays, travestis, bissexuais, transsexuais e transgêneros (LGBTTT) é um tema pouco explorado. Nesta pesquisa buscou-se conhecer as dificuldades que estão vivenciando homens que fazem sexo com homens (HSH) no uso desses serviços enfatizando suas vivências e percepções sobre: (1) saúde, AIDS, homossexualidade e cidadania; (2) serviços públicos de saúde enfatizando aspectos de acolhimento, qualidade e humanização do serviço; (3) prevenção do HIV / AIDS; (4) discriminação e violência; (5) participação em grupos organizados. Métodos: Foram realizados dois grupos focais; um com

1 Mestre em Ciências da Saúde. Enfermeiro da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2. PhD em Saúde Pública. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva – Universidade de Brasília.

2 Mestrado em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília, mestrado em Master In Public Health Epidemiology pela University Of California Los Angeles (1991) e doutorado em Saúde Pública pelo Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente é Professor Adjunto da Universidade de Brasília..

adolescentes e um outro com adultos convidados a participar em local de reunião público em Brasília. A análise foi norteada pela teoria das representações sociais e pela hermenêutica dialética. Resultados: as percepções da maioria dos informantes de ambos os grupos foram negativas em relação ao SUS. A qualidade da assistência foi percebida como precária e desumanizada faltando preparo dos profissionais de saúde para lidarem com HSH. O acesso ao preservativo foi restrito pela falta de fornecimento ou pela necessidade de participar de atividades de planejamento familiar. Houve relatos de violência institucional. A realização do teste para HIV nem sempre contou com o aconselhamento pré e pós-teste. Conclusão: Ressalta-se a necessidade de sensibilizar e treinar os profissionais de saúde no sentido de lidarem com necessidades específicas do segmento LGBTTT e com a diversidade cultural e sexual na comunidade. Enfatiza-se na re-orientação das práticas de educação em saúde para redução da vulnerabilidade de LGBTTT.

Palavras-chave: Homossexualidade. Homens que fazem sexo com homens – HSH.

Serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: there are few research studies on health services utilization by lesbians, gays, transvestites, bisexuals, transsexuals and transgender (LGBTTT) in Brazil. In this research we seek to ascertain difficulties experienced by men who have sex with men (MSM) in the utilization of public health services emphasizing their perceptions on: (1) health; AIDS, homosexuality and human rights; (2) public health services emphasizing aspects of humane approach and care quality; (3) HIV/AIDS prevention; (4) discrimination and violence; (5) participation in social movements. Methods: We hold two focal group interviews; one of them with adolescents and the other with adults, who were invited to participate while they were at public place for entertainment in Brasília. Analysis was oriented by the theory of social representations and dialectic hermeneutics. Results: perceptions of most informants in both groups were negative towards the Brazilian Unified Health System. Care quality was seen as precarious and lacking humane approach from health professionals when dealing with MSM. There were restrictions in the access to condoms because sometimes the service has run off them or because of the compulsory participation in activities of family planning. There were narratives of institutional violence. HIV testing sometimes lacked pre or post-test counseling. Conclusion: we emphasize the need of sensitization and training of health professionals in order to cope with LGBTTT demands and with sexual / cultural diversity within the community. Practices of health education must be reoriented towards reduction

of LGBTTT vulnerability.

Key-words: Homosexuality; Men who have sex with men (MSM); Health services.

RESUMEN

Introducción: hay pocas investigaciones sobre el uso de servicios de salud por parte de lesbianas, gays, travestis, bisexuales, transexuales y transgéneros (LGBTT). Esta investigación objetivó conocer dificultades que están viviendo hombres que hacen sexo con hombres (HSH) en el uso de esos servicios haciendo hincapié en vivencias y percepciones sobre: (1) salud, SIDA, homosexualidad y ciudadanía; (2) servicios públicos de salud con realce para aspectos de acogida, calidad y humanización; (3) prevención de VIH/SIDA; (4) discriminación y violencia; (5) participación en grupos organizados. Métodos: Fueron realizados dos grupos focales; uno con adolescentes y otro con adultos en un lugar de diversión. El análisis fue guiado por la teoría de las representaciones sociales y por la hermenéutica dialéctica. Resultados: las percepciones de la mayoría de los informantes de ambos grupos fueron negativas con respecto al Sistema Único de Salud del Brasil. La calidad de la atención fue percibida como precaria y sin humanización faltando preparación de los profesionales para demandas de HSH. El acceso a condones fue restringido o por la falta de los mismos o por la necesidad de participar en actividades de planeación familiar. Hubo narrativas de violencia institucional. La serología para VIH no siempre fue acompañada de consejería pre y posts-test. Conclusión: resaltase la necesidad de sensibilizar y entrenar profesionales de salud para satisfacer necesidades específicas del segmento LGBTT

y de trabajar con la diversidad cultural y sexual en la comunidad. Recalamos la reorientación de las prácticas de educación en salud para reducción de la vulnerabilidad de LGBTT.

Palabras-clave: Homosexualidad. Hombres que hacen sexo con Hombres - HSH; Servicios de salud.

INTRODUÇÃO

O uso de serviços de saúde por parte dos Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) é um assunto pouco explorado apesar de ser um direito supostamente garantido a todos os cidadãos. Também esse acesso constitui um dos possíveis modos de se vincular à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), causa da síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids). Apesar da participação a cada vez maior de homens heterossexuais e das mulheres entre os casos diagnosticados de HIV e AIDS, os HSH, classificados nas categorias de transmissão da ficha de notificação como homo e bissexuais, continuam representando um contingente importante nas notificações oficiais. De 2005 a 2009, entre 38,0% e 51,1% dos casos de AIDS notificados no DF entre homens, corresponderam a essas categorias de transmissão. Isto constitui motivo de preocupação porque essa proporção era menor no quinquênio anterior (variando entre 28,4% e 38,0%) apesar desse dado ter melhorado no seu registro; entre 2001 e 2005 a proporção de casos cujo modo de transmissão era ignorada variou entre 20,3% a 27,7%, tendendo a decrescer e passando a variar de 15,6% a 20,4% no período 2006 – 2010¹.

Desde o final da década de 1980, pesquisas realizadas junto a HSH definiram perfis de risco e gradualmente foram aumentando os conhecimentos sobre a situação de risco dessa parcela da população². Os homossexuais se encontram em situação de especial vulnerabilidade por vários motivos e, apesar de ser um dos coletivos em que as medidas de prevenção e promoção foram impulsionadas com maior intensidade, há uma tendência na última década à reincidência de comportamentos de risco nesta população³.

Alguns autores, refletindo sobre o tema da prevenção de HIV/ Aids têm reforçado a proposição de que mais do que se preocupar com comportamentos individuais de risco e seus determinantes, i.e. com a vulnerabilidade individual, há que se atentar para o desenho traçado pela opressão e desigualdades sociais na expansão da epidemia. Assim, deve-se buscar mudanças de longo alcance dentro da sociedade a fim de que se possa efetivamente reduzir ou controlar o avanço dessa epidemia⁴. Este raciocínio deve extrapolar o campo da prevenção desse agravo e ser aplicável ao âmbito mais amplo da Educação em Saúde e da Promoção, em suas perspectivas de integralidade⁵ e emancipação⁶.

Podemos também considerar extensivo a outros campos o raciocínio de Ayres e colaboradores⁷, aprofundando as reflexões de Mann e Tarantola⁸ sobre a complexa problemática de HIV/Aids. Esses autores consideram a vulnerabilidade como um fenômeno complexo resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e estruturais, que acarretariam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior

ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. Dessa maneira, o termo vulnerabilidade deve ser entendido como composto de três dimensões: a individual, a social e a relacionada com o acesso a serviços de saúde de qualidade e com resolutividade.

As considerações anteriores devem ser válidas para todos os campos da saúde, em geral, e para as demandas específicas de coletivos minoritários tradicionalmente discriminados. Dentre tais segmentos da sociedade, destacam-se os cidadãos gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT) que, em culturas machistas e sob a pressão da tradição religiosa judeo-cristã, têm sofrido com a homofobia e com outras formas de violência e exclusão (Cohen, 1989; *inter alia*⁹). Enfrentar questões como os direitos à saúde, o acesso à atenção pelos serviços de saúde, a qualidade e resolutividade dos mesmos, constitui um exercício fundamental para a transformação desse quadro social.

Várias são as formas de discriminação geradas pela estigmatização da homossexualidade que aumentam a vulnerabilidade individual, diminuem a auto-estima e a percepção dos próprios direitos, e dificultam a estruturação de uma identidade plena levando ao fenômeno da homofobia internalizada¹⁰. Além da perspectiva individual, a homofobia presente na sociedade e na cultura prejudica a formação de redes de apoio e a participação cidadã¹¹. Tais fatos podem ser traduzidos em restrições ao acesso aos serviços públicos de saúde. Os programas existentes no Brasil na área de HIV/Aids abordam a questão da homossexualidade e têm sido pioneiros dentre os países em desenvolvimento. Mesmo assim, um trabalho desenvolvido junto a 465 homossexuais no Distrito Federal, apontou para distorções na oferta e na procura dos serviços de saúde na questão da prevenção

de DST / Aids, na testagem para o HIV e no aconselhamento¹². Não sabemos como os serviços de saúde satisfazem outras demandas em áreas diferentes do DST, HIV/Aids.

Há uma preocupação fundamental em relação ao problema acima colocado. Presume-se que os profissionais de saúde não estejam suficientemente preparados para o trabalho da atenção à saúde com a categoria de HSH e muito menos com a mais abrangente, LGBTT. As preocupações com o modo como as demandas desses homens e mulheres são atendidas nos serviços são reforçadas pela constatação da existência de violência institucional contra as mulheres como expressão dos preconceitos sexistas de muitos profissionais de saúde¹³. Portanto é concebível que haja homofobia nas instituições de saúde. Em alguns países, médicos generalistas e profissionais da saúde mental são mais procurados por gays e lésbicas e luta-se por uma maior conscientização entre os profissionais para proporcionar uma melhor atenção a estes coletivos¹⁴.

Por outra parte, não conhecemos em profundidade a percepção dos HSH sobre os serviços de saúde. Além disso, é necessário entender os homossexuais e seus grupos organizados enquanto sujeitos capazes de se definir e ocupar espaço próprio, recusando a ser reduzidos à condição de objeto. É importante ressaltar a relevância da participação comunitária e da sociedade civil organizada na programação e atendimento dos serviços pois dentre outros ganhos advindos dessa prática, foi graças à integração entre o governo e os movimentos organizados, inclusive algumas organizações de militância homossexual, que foram possíveis respostas e medidas que enfrentaram corajosamente a expansão da

epidemia de HIV/AIDS no Brasil¹⁵. Por isso é necessário saber até que ponto os HSH no nosso meio participam de movimentos da sociedade e seu vínculo com a questão da saúde.

O objetivo do presente trabalho foi conhecer alguns fatores de vulnerabilidade que afetam a prevenção de HIV/AIDS entre homens gays do Distrito Federal através de suas percepções e vivências cotidianas, enfatizando a relação com os serviços de saúde e os seus direitos.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo que buscou capturar a perspectiva dos participantes segundo os delineamentos de Ludke e André¹⁶. Mesmo não se tratando de um estudo de representações, o marco teórico e conceitual situa-se no campo das representações sociais desenvolvido por Moscovici na década de 1960¹⁷. Essa matriz teórico-metodológica possibilita a quem realiza a pesquisa um espaço destinado à interpretação permitindo a emergência de símbolos e significados bem como o desenvolvimento das intencionalidades¹⁸.

Também pressupomos que um pano de fundo ideológico deve nortear noções de direito à saúde, de integralidade e universalidade bem como da equidade. Por isso tentamos combinar o marco anteriormente citado com a hermenêutica dialética entendida como a revelação de contradições inerentes aos processos em que os conflitos das relações sociais se manifestam¹⁹.

Os dados foram coletados mediante a realização de duas entrevistas em grupo utilizando a técnica de Grupos Focais. Tal

técnica pressupõe a discussão sobre temas incluídos num roteiro aproveitando a interação comunicativa entre os participantes, o grau de consenso e de discrepância. Os sujeitos, informantes-chave, foram abordados em espaços comunitários de lazer para público homossexual. Os sujeitos foram congregados em uma sala, adequada para gravação da entrevista em grupo. Os grupos focais foram realizados com indivíduos selecionados pertencentes a duas faixas etárias diferentes, uma constituída de adolescentes e adultos jovens e outra por adultos, tentando que os grupos fossem homogêneos quanto à renda.

Para a seleção dos participantes, foi escolhido um local próximo do centro da cidade de Brasília onde se reúnem diversos segmentos de LGBTT com predomínio dos HSH. Foi explicado aos sujeitos elegíveis para cada grupo focal os objetivos da pesquisa e uma vez aceita a participação foram convidados para o local próximo previamente preparado para a gravação da entrevista em grupo. O primeiro grupo focal foi constituído por seis voluntários com idades entre 15 e 19 anos, sendo todos estudantes da rede pública de ensino do GDF. Eram moradores das cidades satélites de Sobradinho, Taguatinga, Samambaia e Riacho Fundo II. O segundo grupo focal esteve integrado por quatro pessoas, com idades de 27 a 44 anos, sendo que apenas um deles tinha curso superior. Todos relataram que trabalhavam em diversos empregos: atendente, contador em uma empresa de informática, técnico de enfermagem, promotor de festas e eventos. Três moravam em Taguatinga e um em uma invasão próxima do Plano Piloto.

O roteiro dos Grupos Focais foi elaborado para atender aos objetivos específicos. Ele

incluiu os seguintes tópicos: (1) imagens relacionadas à saúde e à relação da sexualidade com a saúde; (2) conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde (SUS); experiência com os serviços de saúde incluindo a testagem para HIV/AIDS e a distribuição de preservativos, percepção sobre acolhimento e qualidade dos serviços; (3) vivência da homossexualidade incluindo experiências relacionadas à violência e discriminação; (4) o fato de pertencer a grupos organizados e o contato com esses grupos. No grupo dos adultos foi perguntado também sobre possíveis mudanças na vida das pessoas decorrentes do advento da epidemia de HIV/Aids.

Para a interpretação dos dados foi utilizada a técnica de análise do discurso em que o trabalho de interpretação segue os seguintes passos, de acordo com Spink (1999) : (1) transcrição da entrevista em grupo; (2) leitura flutuante do material, intercalando a escuta do material gravado com a leitura do material transcrito de modo a afinar a escuta deixando aflorar os temas atentando para a construção lingüística e as manifestações de carga afetiva presente nos depoimentos. (3) após captados os aspectos mais gerais da construção do discurso, retorno aos objetivos da pesquisa, e definição o objeto da representação.

Os sujeitos assinaram um termo de consentimento com prévios esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados separando os dois grupos focais, de adolescentes

e adultos.

Percepções dos adolescentes.

SAÚDE

No grupo focal constituído pelos voluntários adolescentes, as palavras e expressões associadas à saúde são “*tranqüilidade*”, “*camisinha, para não pegar doença*”, “*uma pessoa saudável*”. Ao justificar suas respostas em referência ao preservativo um informante referiu-se ao seu papel na prevenção de DST/AIDS. Já o participante que se referiu à “*pessoa saudável*” remeteu a interpretação ao papel da boa alimentação e da higiene.

Quanto à sexualidade e seu papel na saúde, todos afirmaram ter o sexo relação com o processo saúde / doença e mais especificamente com a doença: “*porque no meio do sexo rola tudo, a maioria das doenças*”.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Os adolescentes gays negaram conhecer o SUS com esse nome. O atendimento público em saúde é percebido como péssimo por haver falta de medicamentos, demora, burocracia e excesso de filas. As palavras que mais foram repetidas foram “*péssimo*”, “*horível*” e “*demora*”. Estes pontos de vista não foram unânimes visto que foi citado um hospital regional de uma cidade satélite das mais carentes como tendo um bom atendimento. Foi mencionando que a causa da má qualidade no atendimento seria o mau humor dos profissionais de saúde. Todos os participantes haviam procurado o atendimento hospitalar por causa de fraturas ou outras lesões ósteo-

musculares devidas a traumatismos:

“Eu quando fui atendido, demorou muito e quando me atenderam foi muito mal”

“O serviço deveria ser mais organizado e ter mais profissionais para um bom atendimento.”

“Os médicos são horríveis porque não examinam os doentes direito e muitos voltam doentes para casa.”

Fora do âmbito hospitalar e dos pronto-socorros, a maioria referiu contato com os agentes comunitários de saúde (ACS), mas um dos participantes relatou não gostar de recebê-los por considerar a visita “chata” e tomar tempo desnecessariamente. Já um outro informante contestou este ponto de vista:

“Eu acho legal porque eles alertam as pessoas da nossa família de alguma doença.”

Outro participante confundiu o ACS com o agente de vigilância e controle de endemias e um outro não teve esse atendimento ou nunca tomou conhecimento sobre a existência do Programa de Saúde da Família (PSF) na sua comunidade.

Apenas um informante citou ter realizado o teste sorológico de HIV, tendo demorado o resultado 25 dias. Esse informante declarou que, ao ser atendido na rede pública, não recebeu nenhum tipo de aconselhamento pré ou pós-teste. Dos participantes que não fizeram o teste de HIV/AIDS, um afirmou ter sempre usado o preservativo. Os restantes cogitaram sua realização: *“Eu nunca fiz o teste, mas já*

pensei várias vezes”.

Na opinião de um deles, há barreiras à realização do teste relacionadas com intimidação e/ou medo do estigma:

“... tenho vergonha de chegar lá e pedir o exame de AIDS, sei lá tenho vergonha de me olharem assim... mal...”

Ao serem perguntados se esse sentimento de vergonha estaria associado ao fato de serem homossexuais, a maioria consentiu, mas de forma não-verbal, apenas um afirmou que o fato de ser gay é causa de vergonha, por estar associado à questão da AIDS. Apenas um participante, afirmou não ter nenhum problema em realizar o teste.

Ao serem perguntados como adquiriam os preservativos, a maioria respondeu que comprava os mesmos. Um dos participantes referiu que para receber preservativos de forma gratuita na rede pública de serviços de saúde é necessário participar de uma palestra sobre métodos anticoncepcionais u qual não tinha “nada a ver” com ele.

Além dos aspectos formais do atendimento, a maioria dos voluntários relatou não ter tido um bom acolhimento por parte dos profissionais de saúde. Um dos participantes diz que preferia ser atendido por profissionais do sexo feminino. Contudo, os restantes disseram não ter preferência quanto ao sexo do profissional, importando mais a “*boa educação*”.

Houve também relatos de atitudes e expressões de preconceito por parte dos profissionais em relação à questão homossexual. Um dos participantes referiu que o profissional

deixou a porta aberta do consultório do pronto-socorro para que os outros servidores e pacientes “*não pensassem mal*” dele, o que levou à situação constrangedora de ser examinado sem privacidade. Houve também um relato de assédio sexual por parte do médico durante atendimento, porém o informante não especificou o tipo de assédio.

Apenas um participante referiu que gostaria de perguntar aos profissionais de saúde sobre os problemas de saúde relacionados à homossexualidade. Um outro informante relata que a mãe, contra sua vontade, pretende encaminhá-lo a um urologista e a um psicólogo por causa da sua orientação sexual. Os restantes não se pronunciaram inicialmente. Porém, mais tarde, todos rejeitaram a procedência de programas de recuperação e/ou tratamento de homossexuais, pois isso não resolveria a situação. Ao contrário, na visão dos participantes, “*talvez até criasse outros problemas*”.

Todos os integrantes do grupo focal concordaram que o serviço de saúde não está preparado para lidar com os homossexuais por causa do preconceito.

“ O médico ficou olhando “feio” e esnobe...”

“...acho que deveria haver uma reunião com todos os médicos para lidar com os gays, para poder acabar com o preconceito.”

“Ainda tem médico que demonstra ter medo de ficar trancado na sala p’ra poder examinar o gay.”

VIOLÊNCIA

Ao abordar a questão do preconceito em outros ambientes, a escola é citada várias vezes como o local em que sofreram mais com a discriminação, intolerância e perseguição pelo fato de serem homossexuais assumidos. Houve relatos de maus tratos verbais e físicos, inclusive por parte de alguns professores:

“A professora disse: anda logo seu gay...”

“Uma professora cravou as unhas nas minhas costas...”

A maioria dos participantes relatou ter sido vítima de violência física e verbal por parte de colegas de escola, vizinhos e pessoas nas ruas, citaram como formas mais comuns as imitações jocosas e preconceituosas, “piadas”, “tapas”, “paredão” e “chutes” e referiram que, mesmo a polícia, não resolveria o problema, pois ela mesma é considerada preconceituosa.

PARTICIPAÇÃO

Nenhum dos voluntários adolescentes entrevistados havia participado em grupos gays organizados. Houve, porém, outras formas de participação em instâncias da sociedade tais como os grupos religiosos, geralmente por influência familiar. Não houve satisfação nem permanência prolongada nesses grupos.

Grupo focal de adultos.

SAÚDE

No grupo focal integrado por adultos, as expressões associadas pelos participantes quanto ao conceito de saúde foram vinculadas à prevenção de doenças, ao sexo, à orientação sexual, à saúde mental e ao saber viver em sociedade:

“(saúde) é ter uma vida saudável, sexualmente né? Transar sempre com preservativo, não usar drogas injetáveis e fazer tudo que é saudável em relação ao sexo. No caso da proteção fazendo sexo seguro, sexo saudável, você não vai contrair nenhum tipo de doença.”

“É estar bem consigo mesmo principalmente nós que estamos nesse meio... É saber lidar com os problemas que enfrentamos na sociedade também.”

Ao falar de saúde, um outro participante referiu-se também à questão da dificuldade de se assumir e afirmar a sua homossexualidade principalmente no meio familiar. Outro informante relata ser uma questão de angústia e sofrimento, pois a sociedade percebe os homossexuais de modo negativo:

“Para mim vida saudável é uma angústia que eu tenho comigo, uma angústia muito forte, o que eu acho bom, o que me ajuda a movimentar mais essa angústia é não enxergar o mundo por meio da sexualidade; o mundo tem uma visão de que os homossexuais são promíscuos e infiéis. Nossa vida saudável é meio gritante, vida saudável é aquilo que é natural, eu sei que muitos são contra, mas os homossexuais --homem com homem, mulher com mulher-- é uma situação meio gritante, tipo uma aberração”

Os outros voluntários discordaram que a homossexualidade fosse uma aberração, mas houve contradições em alguns discursos:

“Eu não acho aberração, eu acho

que o mais importante é você estar bem consigo mesmo, depois que eu passei para o mundo gay eu me acho normal, vivo minha vida normalmente; eu ando normal; eu trabalho e vivo normalmente, o meu tipo de amizade é o mesmo. É lógico que muda... algumas pessoas... nunca tive problema por ser homossexual”

“Eu queria falar da aberração, às vezes pode ser uma aberração mesmo porque a maioria da população é hétero, então as pessoas vêem o mundo hétero normal, mas eu acho o meu mundo normal”.

Segundo outros informantes, para a sociedade a heterossexualidade é considerada como o único padrão possível de relação entre dois seres, sendo a homossexualidade um comportamento que destoa dos padrões ditados pela sociedade, pela religião e pela ciência. Eis alguns dos depoimentos:

“A grande questão é a sociedade”

“As religiões na realidade rejeitam o homossexualismo, mas é questão de política, elas querem trazer os homossexuais para dentro da igreja dizendo que vão curá-los”

“Não é problema só com a religião, é também com a sociedade e com os cientistas”

Foi interessante constatar que, ao colocar o tema da importância que o sexo teria para a saúde, os relatos estabeleceram um nexos com os programas e campanhas voltados para a

prevenção de DST/AIDS. Houve críticas no sentido dos mesmos enfatizarem fortemente a questão sexual, deixando de lado outros aspectos como o carinho e o respeito. Na opinião de um participante:

“Eles pensam que os gays só precisam de camisinha, que a gente pensa em sexo 24 horas por dia; na minha opinião, as campanhas são direcionadas só para os gays”

SERVIÇOS DE SAÚDE

Ao serem questionados sobre o SUS, todos o conheciam. A maioria qualificou o sistema como precário que deveria atender a população. Este propósito não é atingido pois não funciona:

“É a máquina do governo que menos funciona no Brasil. A saúde não está preparada para atender os héteros muito menos os homossexuais”

Um outro participante refere que os postos de saúde não deveriam funcionar, pois não possuem utilidade; além disso atrasam a realização das cirurgias. A palavra mais mencionada como adjetivo para o atendimento foi “*péssimo*”. Essa caracterização é atribuída pelos participantes à má remuneração dos funcionários, falta de uma boa administração e de treinamentos dos funcionários. Isto leva ao mau humor e ao estresse dos profissionais de saúde, percebido pelos participantes de modo unânime. Entretanto um dos informantes refere que:

“O SUS é uma boa idéia, acontece que tem muitas roubadas, tantas fraudes,

por isso até hoje não deu certo; mas que é uma boa idéia, isso é!”

No entanto as percepções que prevaleceram foram as que apontaram para ineficiência administrativa, precariedade e falta de humanização do atendimento médico-hospitalar.

“O médico de hoje, você entra na sala ele nem pergunta seu nome, já vai passando o remédio, às vezes a pessoa precisa de uma conversa, uma conversa psicológica, uma conversa com o médico; por isso que o povo fala que os médicos atendem mal”.

Ao colocar a questão do preservativo, os voluntários referem ser a conscientização tão importante quanto à distribuição do mesmo. Segundo um dos participantes: “*A camisinha e conscientização tem que andar sempre juntos*”.

Quanto à aquisição dos preservativos, os integrantes acham que não é fácil encontrá-los mediante distribuição gratuita na rede de serviços de saúde. Na maioria das vezes em que procuraram pelos mesmos nos serviços, não foram disponibilizados. Segundo um dos informantes:

“Já que a camisinha é o maior meio de prevenção, eu já fui em dois postos de saúde e não tinha camisinha”

Um outro participante relatou seu desconhecimento sobre a distribuição gratuita via serviços de saúde e criticou as campanhas episódicas:

“Nem sabia que os postos de saúde distribuía preservativos. A distribuição

ocorre sempre nos bares, principalmente no carnaval e na parada gay; o povo pensa que a gente transa somente no carnaval ou na parada; o povo pensa que a gente vai transar na parada gay. A homossexualidade é genitalizada. Isso me incomoda!”

De acordo com outro informante, o local de distribuição de preservativos nos serviços de saúde deveria favorecer a privacidade:

“Com certeza deveria ter um lugar onde as pessoas deveriam ficar mais à vontade, quando for fazer exames ou receber os preservativos, sempre tem gente nos corredores”

Apenas um dos participantes referiu que não usava camisinha com o seu parceiro com quem teve uma relação de 13 anos de duração, *“pois tinha muita confiança nele”*. Porém existe uma inconsistência no discurso deste informante, pois fez mais de oito testes de AIDS/HIV ao contrair uma pneumonia.

Em relação à realização do teste de HIV/AIDS, a maioria realizou o exame nos serviços públicos. Apenas um referiu tê-lo feito também na rede privada. Todos relataram muita ansiedade e preocupação na realização e na espera do resultado. Segundo um dos participantes:

“O exame de HIV poderia sair mais rápido, tipo uma semana; demora mais de um mês para receber o resultado e a gente pode até morrer com a ansiedade”

Quanto à questão do aconselhamento,

não houve consenso quanto à sua realização pelos serviços de saúde. Percebe-se que não é uma prática consumada em todos os locais de realização do exame de AIDS/HIV. Outra questão percebida foi o que foi descrito como *“despreparo”* dos profissionais para atender os usuários desse serviço. De acordo com um deles:

“Quando eu fiz o exame de HIV eu passei um mês para receber; eu sabia que não tinha nada, nem sífilis tinha; a médica tratou-me muito mal, dizendo que se dessa vez não deu, da próxima era certeza de dar positivo”

Porém um outro voluntário referiu ter sido bem acolhido no serviço em que fez o teste. Ele referiu ter feito o exame na rede privada e relatou que não recebeu nenhum tipo de orientação; apenas o resultado do exame.

A maioria negou ter sido vítima de preconceito ou discriminação nos serviços de saúde, embora um dos participantes refira desconforto com determinadas *“piadinhas”* feitas por médicos. Percebe-se uma contradição pois o mesmo voluntário que referiu mau tratamento após a realização do teste, relatou não ter tido nenhum tipo de episódio de discriminação, afirmando inclusive que: *“Nunca, até os médicos brincam comigo”* Outro participante relata: *“Nunca (foi discriminado), porque eu não dou espaço”*

Um dos voluntários relatou que a discriminação pode decorrer do comportamento inadequado de alguns usuários gays:

“Tem bichinhas que são escandalosas, que chegam brigando,

gritando e acabam com a nossa reputação”

Com exceção de um voluntário, todos os participantes afirmaram não ter nenhum constrangimento em perguntar aos médicos sobre questões de saúde-doença relacionadas ao sexo.

“Nunca precisei, mas acho que tem que falar a verdade pra poder se tratar”

A maioria dos participantes referiu não ter necessidade de atenção específica para os gays, pois consideram essa atitude algo preconceituosa, fazendo uma comparação com o sistema de cotas das universidades para afro-descendentes. Segundo relato:

“Eu não gosto disso, de ter um cuidado especial com os gays, porque acho isso um preconceito”

Ao serem questionados sobre a presença de piadas ou expressões preconceituosas nos serviços de saúde, houve consenso sobre a existência dessa prática embora alguns negaram terem sofrido esse tipo de discriminação. De acordo com um dos informantes:

“Olha só, as piadinhas escondem um grande preconceito, tipo: chegaram as moças! Isso é falta de ética”

Quando questionados quanto às mudanças provocadas pelo advento do HIV/AIDS, um dos informantes referiu que a principal mudança foi do ponto de vista da prevenção.

“Mudou na questão da prevenção, porque é melhor se prevenir do que remediar”

VIOLÊNCIA

A maioria relatou ter sido vítima de violência verbal. O único informante que referiu violência física relatou ter sido vítima da ação de policiais militares.

PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS

A maioria dos integrantes conhecia grupos de militância homossexual. Apenas um deles respondeu: *“Eu não sabia que tinha isso”*. Um outro foi exceção por ser o único que referiu ter participado de um grupo de militância no Rio de Janeiro. Um outro participante referiu que sabia que existia um grupo gay que organiza a Parada do Orgulho LGBTT, mas que nunca participou do mesmo.

DISCUSSÃO

Nas percepções predominantes sobre as saúde nos dois grupos focais estiveram presentes a prevenção de DST e Aids, e o sexo saudável ou seguro. O segundo grupo, dos adultos vinculou a saúde à auto-afirmação da condição homossexual e à vivência da mesma, à consciência da identidade e ao fato de estar *“bem consigo mesmo”*. Não houve referência à saúde como um direito.

A representação sobre os serviços foi a de um sistema decadente e desacreditado. Na maioria dos depoimentos ficou expresso com clareza que o atendimento da rede pública, salvo poucas exceções, é considerado de escassa qualidade e com um mau acolhimento. Quanto ao atendimento de HSH, de um modo geral, percebe-se uma notável falta de preparo e de orientações específicas por parte dos profissionais e os funcionários de recepção dos serviços para atender da clientela LGBTT.

Esta falta de qualidade nos serviços reveste particular importância na realização do teste de HIV/AIDS. Há de se destacar que o âmbito dos serviços destinados à prevenção e diagnóstico do HIV é um dos únicos em que foi citado um bom acolhimento apesar de não haver consenso. Não obstante, nem sempre houve a realização do aconselhamento pré ou pós-teste HIV, sendo esta uma das principais medidas de educação e promoção da saúde preconizadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde.

Um outro fato que se destaca é que, nos serviços que deveriam estar distribuindo preservativos gratuitamente, o acesso é dificultado para essa categoria (HSH) e para os jovens, em geral. Isto já havia sido constatado no caso de adolescentes morando em cidades satélites de Brasília selecionados por amostragem em escolas públicas²⁰ e no estudo junto a 465 HSH também do Distrito Federal¹². Para receberem esse material preventivo, os jovens HSH devem participar de uma palestra de planejamento familiar voltada para o público heterossexual que “deve planejar” seu futuro reprodutivo. Isto é inadequado às expectativas dessa população – principalmente dos jovens - inclusive porque existe a idéia hegemônica de que não há futuro reprodutivo para o homossexual. O vínculo do exercício da sexualidade com a reprodução é uma representação que ainda se mantém aferrada a práticas nos serviços. Nessa pesquisa, cerca de 90% dos sujeitos adquiriam o preservativo mediante a compra. Tal foi o meio de aquisição predominante no trabalho realizado no Rio de Janeiro durante a 8ª Parada do Orgulho LGBTT²¹. A maioria dos entrevistados, 68,9%, comprava os preservativos contrastando

com os dados do IBOPE, citados na mesma pesquisa, que mostram que 71% conseguem gratuitamente os preservativos.

O uso dos serviços foi também abordado na pesquisa referida acima¹², realizada no DF. Cerca de 50% dos entrevistados referiram ter utilizado os serviços públicos especializados na testagem do HIV/AIDS mesmo com distorções quanto ao objetivo do teste. Ressaltamos que no nosso estudo foi verificado que o acesso é limitado, que não há privacidade, que submete os indivíduos a estigma pela falta de privacidade, que há violência no mínimo simbólica, ou então está orientado para o público heterossexual. Isto pode ser contraditório com as falas que referiram que o homossexual não deve ser tratado de forma diferenciada. Se, por um lado, os nossos informantes estavam cientes da incapacidade dos serviços para lidarem com as suas demandas, por outro, há a percepção do risco de implementar serviços especiais que possam caracterizar uma discriminação positiva para HSH.

Finalmente, é conveniente frisar que apesar do fato dos informantes perceberem como natural a existência e a necessidade do serviço de saúde, em nenhum momento foi caracterizado como um direito dos cidadãos. Ficou implícita esta noção na discussão sobre a pertinência ou não de existir uma abordagem específica para HSH.

Os dados acima coletados em relação à violência e discriminação complementam os resultados obtidos pela já citada pesquisa de HSH no DF²², em que os participantes HSH de Brasília declararam terem sido vítimas de violência em razão da sua orientação sexual. Os depoimentos revelaram que há um clima de

homofobia em várias instâncias da sociedade do DF. Cerca de 49% dos entrevistados nessa pesquisa referiram violência verbal, 11,4% violência física e 4,1% relataram antecedentes de violência sexual.

De acordo com os resultados da pesquisa do Rio de Janeiro²¹, quase 60 % dos entrevistados foram vítimas de algum tipo de agressão motivada pela orientação sexual. Essa informação analisada com os dados de outras precedentes confirma o alto grau de disseminação de atitudes homofóbicas na sociedade brasileira. Segundo outras informações obtidas, os crimes violentos e de maior visibilidade se combinariam a outros de menor potencial ofensivo como formas de discriminação mais veladas, ofensas e ameaças. Além disso, a pesquisa mostra também que dependendo do tipo de agressão, alguns segmentos tendem a ser mais atingidos que outros e que isso varia de acordo com a identidade sexual, grau de instrução e cor/raça. A discriminação é particularmente sentida por informantes de raça “negra”. No nosso estudo não foi mencionada a cor como fator motivador de violência mesmo tendo integrantes negros e pardos nos dois grupos. Os tipos de agressão variam desde o impedimento de entrada em comércio até problemas no trabalho e no âmbito do bairro em que moram. É importante notar que nesse estudo a escola também é citada como local comum de ocorrência de violência, inclusive tal dado é reiterado quando se pergunta quais os autores das agressões: os colegas de escola ou de trabalho ocupam o segundo lugar ficando imediatamente depois dos agressores desconhecidos.

Outro dado importante é o mau tratamento dispensado por policiais /

seguranças, servidores públicos e professores, sendo citados também como um dos grupos que cometeram algum tipo de agressão contra os homossexuais. No segundo grupo focal, um dos integrantes foi agredido por policiais no Rio de Janeiro. Na pesquisa realizada nessa cidade, a forma mais comum de violência foi a agressão verbal, relatada por cerca de 56,3 %; segue-se a violência física, referida por 16% dos entrevistados. A violência sexual foi relatada por cerca de 6% do total de uma amostra composta por 403 indivíduos. Também se destaca a presença de casos de chantagens e extorsões cometidas com fins lucrativos. É importante salientar que os entrevistados da pesquisa do Rio de Janeiro, a exemplo dos voluntários do grupo focal de adolescentes, parecem não confiar nas instituições civis e militares para a solução desse grave problema social.

Houve em nossa pesquisa relatos que mostram certa justificção da violência praticada contra HSH no âmbito dos serviços de saúde alegando motivos (*comportamento inadequado de alguns usuários gays*), que provavelmente denotam auto-preconceito. A pressão social e as expectativas criadas em torno da hegemonia do modelo heterossexual de sociedade e de família afetam homens e mulheres homoafetivos de modo a deteriorar sua auto-estima e a negar sua identidade. O fenômeno da homofobia internalizada foi descrito em 1982 por Maylon²³ e ficou durante um tempo restrito à área clínico-terapêutica. Mais recentemente, na década de 90, reconhece-se sua influência no processo de assunção da identidade LGBTT e nas relações micro-sociais¹⁰. Em pesquisas mais recentes as implicações da homofobia internalizada para a

saúde têm sido apontadas²⁴. Destaca-se que os dois tipos de homofobia podem estar envolvidos na maior prevalência de sofrimento mental experimentada entre pessoas homossexuais²⁵.

Quanto à participação em movimentos, nenhum dos integrantes dos dois grupos focais participava, no momento da realização dos mesmos, de organizações de militância homossexual nem de outros grupos políticos. Isso pode estar corroborando dados de pesquisa anterior¹¹, que mostra que a homofobia presente na sociedade prejudica a estruturação e formação das redes de apoio social dificultando o acesso pleno aos seus direitos e o livre exercício da cidadania. A escassa participação demonstrada no DF Este corrobora dados da pesquisa anteriormente citada do DF²², onde cerca de 86% dos entrevistados nunca participaram de atividades ligadas a grupos organizados, sendo que apenas cerca de 5% participavam dessas organizações no momento da realização dessa pesquisa. Em relação à pesquisa do Rio de Janeiro²¹, deve-se salientar que houve maior relato de participação em grupos e movimentos sociais nessa cidade embora quase 56% dos entrevistados nunca tenham participado de movimentos sociais. Dos que referiram participação nesses grupos, os grupos religiosos e as Organizações Não Governamentais (ONG) foram os mais citados. Ressalta-se que não foi conferida nenhuma importância especial à existência desses grupos.

As razões alegadas pelos nossos participantes para explicar ou mesmo “justificar” a discriminação ou o incômodo com que são tratados os HSH nos serviços de saúde, remetem à noção de estigma, esquadrihada enquanto fenômeno social interacional por

Goffman em 1963²⁶, e definida nos seus atributos descritivos sócio-psicológicos por Link na década de 1990²⁷. Todos os atributos do processo de estigmatização descritos por Link e Phelan²⁷ aparecem nos discursos e nas vivências dos nossos informantes: a diferença entre grupos da sociedade e a veiculação de informação ou observação dessas diferenças de modo assimétrico (vistas como “desvio” em relação a uma norma ou a expectativa sociais do outro grupo) e desfavorável para um dos grupos; a rotulação social que leva a diferenciar “eles” de “nós” (alteridade), a marginalização social e formas de rejeição.

Neste sentido, também pode ser observada uma conduta reificante ou um processo de “reificação”, por parte de profissionais de saúde desses serviços quando se deparam com pacientes HSH. De acordo com Honneth²⁸, a reificação corresponde ao processo de “esquecimento” de reconhecimento intersubjetivo que subjaz a toda relação assimétrica advinda da despersonalização e desumanização das relações. Tal processo é visto como próprio da sociedade capitalista tardia em que vivemos. Isto pode significar que os profissionais dos nossos serviços públicos de saúde, estariam influenciados pelo mesmo tipo de discurso presente em outros âmbitos da sociedade hegemônica.

Neste caso é possível desvendar as implicações para a saúde pública, não tanto na linha em que Link e Phelan o abordam no seu artigo sobre estigma e saúde pública²⁹, dando relevância às doenças como fonte de estigma. Neste caso, uma característica de diversidade social (a homossexualidade) age como fonte de estigma, que por sua vez não apenas cria as conhecidas dificuldades associadas à

violência nas suas diversas formas, mas coloca outras novas quando os HSH são “obrigados” a uma consulta de emergência no serviço de saúde, como ficou dito nos depoimentos. Este processo deveria se dar de modo natural e não apenas emergencial, por exemplo, ao receber um Agente Comunitário de Saúde em casa. Isto porque entendemos a adesão vinculativa ao serviço de saúde como a forma de garantir o direito à saúde dentro do SUS .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa foram abordadas as vivências e percepções de HSH enquanto usuários de serviços de saúde. É importante realizar uma escuta qualificada de outros atores envolvidos no processo. A visão dos profissionais da saúde, suas dúvidas e representações devem ser levadas em conta. Em trabalho realizado no México e apoiado por entidades internacionais, Saavedra³⁰, relata a experiência de sensibilização da sociedade e a potencialidade dos serviços de saúde como aliança estratégica de promoção de uma sociedade sem homofobia.

As informações relativas à violência e discriminação pelos participantes da presente pesquisa apresentam alto grau de concordância com os dados das outras pesquisas acima citadas. Tais resultados continuam a apontar para a vulnerabilidade social geral de HSH que pode ser ainda pior para outros segmentos como os transgêneros. A homofobia afeta vários aspectos da vida de homens e mulheres homoafetivos e se encontra no cerne das representações sociais que moldam os papéis e as expectativas de gênero. Enquanto construção social e cultural, a homofobia permeia em diversos graus os discursos da

Religião, Arte, Literatura, Ciência, Tecnologia e da Política, bem como as práticas atreladas a esses campos. Nesse sentido, iniciativas do governo Lula (Brasil sem Homofobia³¹; Escola sem Homofobia) que motivaram recentes polêmicas no começo do governo Dilma Rousseff, além de pioneiras, são procedentes dada a necessidade de promover mudanças nos valores na sociedade que levem ao reconhecimento e não à reificação dos HSH, o que certamente levará muito tempo.

De acordo com os princípios da promoção da saúde estabelecidos na Carta de Ottawa, além da formulação de políticas públicas saudáveis e da promoção de ambientes sociais saudáveis, os serviços de saúde devem adotar uma postura abrangente que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Dessa forma é necessária uma re-orientação dos mesmos que pressupõe reformulações na educação e ensino dos profissionais de saúde para que haja mudanças de organização dos serviços de saúde e das atitudes dos servidores no sentido de poder focalizar e atender as necessidades integrais dos indivíduos aos quais às vezes é negado o convívio da família bem como os direitos sexuais e reprodutivos. Note-se que, no paradigma da conversão do modelo de atenção básica em curso atualmente no país, é a família o objeto de intervenção. É preciso então problematizar a noção de família quando se trata das necessidades específicas de LGBTT.

Os dados analisados evidenciam a necessidade de investir em programas de sensibilização nas escolas formadoras de profissionais de saúde, principalmente aqueles que têm maior contato com os pacientes HSH na assistência, em particular os de Enfermagem e Medicina. Contudo, todas as

categorias profissionais que possuem contato direto ou indireto com os clientes / usuários de serviços, deveriam receber treinamento e aprimoramento contínuo e constante a fim de que possam lidar com a diversidade sexual e cultural da população. Previamente, essas categorias profissionais devem ser pesquisadas mediante uma abordagem teórico-metodológica que compreenda suas relações com o outro (alteridade) e as intersubjetividades que permeiam as relações, bem como as representações sociais subjacentes³². Desse modo pode ser melhor direcionado um trabalho que objetive a abordagem integral de sujeitos sociais com sua diversidade e demandas.

Enfatiza-se na re-orientação das práticas de educação em saúde para a redução da vulnerabilidade de cidadãos homossexuais. Deve-se passar do reconhecimento dos três aspectos da mesma, o individual, o social e o institucional (relacionado à qualidade dos serviços de saúde), para uma perspectiva de direitos humanos³³.

É necessário que haja o aprofundamento das questões levantadas inclusive abordando as percepções das outras categorias do complexo LGBTQTT. Também é preciso conhecer as atitudes, motivações e representações dos profissionais e gestores do SUS, de modo a obter subsídios para a reorientação das práticas de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Governo do Distrito Federal - GDF / Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Boletim Epidemiológico de DST / Aids do Distrito Federal. 2010; (2): 26-27.
2. Pollak M, Schiltz MA. As Pesquisas sobre bi e homossexuais masculinos na Europa. In: Loyola MA (organizadora). AIDS e Sexualidade: O ponto de Vista das Ciências Humanas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p.183-207.
3. Silva CGM, Gonçalves DA, Pacca JCB, Merchán-Hamann E, Hearst N. Optimistic perception of HIV/AIDS, unprotected sex and implications for prevention among men who have sex with men, São Paulo, Brazil. AIDS. 2005; 19 (suppl 4):S31-S36.
4. Parker R. Na contramão da AIDS – Sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; 2000.
5. Merchán-Hamann E. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-AIDS: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. Cadernos de Saúde Pública. 1999; 15 (Supl.2): 85-92.
6. Demo P. Participação é Conquista – Noções de política social participativa. Rio de Janeiro: SENAC; 2001.
7. Ayres JRJM, França-Junior I; Calazans GJ, Saleti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: Novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (org). Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 119-139.
8. Mann J, Tarantola DJM. From epidemiology to vulnerability, to human rights. In : Mann J, Tarantola DJM (editors). AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots and Responses. New York: Oxford University Press; 1996. p.427-462.
9. Cohen E. Legislating the norm: from sodomy

- to gross indecency. In: Butters R, Clum JM, Moon M (editors). Durham: Duke University Press; 1989. p.169-205.
10. Fassinger RE, Miller BA. Validation of an inclusive model of sexual minority identity formation on a sample of gay men. *Journal of Homosexuality*. 1996; 32(2):53-78.
11. Terto-Jr V. Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de AIDS. In: Parker R, Barbosa RM. (organizadores). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; ABIA; IMS/UERJ; 1996. p.90-104.
12. Lima FSS, Silva MJG, Godoi AMM, Merchán-Hamann E. Homens que fazem sexo com homens: uso dos serviços de saúde para prevenção e controle do HIV e Aids em Brasília – Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2008; 19: 25-34.
13. Schraiber LB, d'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação*. 1999; 5:11-26.
14. King M, McKewon E. Mental health and social wellbeing of gay men, lesbians and bisexuals in England and Wales. London: Department of Psychiatry and Behavioural Sciences, Royal Free College and University College Medical School. *Mind* (National Association for Mental Health); 2003.
15. Parker R, Galvão J, Bessa SM. Políticas sociais, desenvolvimento econômico e saúde coletiva: o caso da Aids. In: Parker R, Galvão J, Bessa SM. (organizadores). *Saúde, desenvolvimento e política. Respostas frente à Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; 1999. p.7-25.
16. Ludke M, André MEDA. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U.; 1996.
17. Farr RM. As Representações Sociais e sua História; In: Guareschi P, Jovchelovitch S (organizadores). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes; 1999. p.31-59.
18. Spink MJ. Desvendando as Teorias Implícitas: Uma Metodologia de Análise das Representações Sociais In: Guareschi P, Jovchelovitch S (organizadores). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes; 1999. p.117-145.
19. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
20. Merchán-Hamann E, Ekstrand M, Hudes E, Hearst N. Prevalence and correlates of HIV-related risk behaviors among adolescents at public schools in Brazil. *Aids and Behavior* . 2002; 6(3):283-293.
21. Carrara S, Ramos S, Caetano M, da Conceição GMS. *Pesquisa sobre Homossexualidade, Cidadania e Violência - 8a Parada do Orgulho GLBT*. Rio de Janeiro: Pallas; 2003.
22. Godoi AMM, Hollanda D, Merchán-Hamann E, Lima FSS, Silva MJG, Costa MP. *Comportamento Sexual e Cidadania junto à População de Homens que fazem Sexo com Homens do Distrito Federal. Relatório final de pesquisa publicado*. Brasília: MS / SVS / PN DST-Aids; 2005.
23. Maylon A. Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men.

- Journal of Homosexuality. 1982; 7 (3): 59-69.
24. Williamson IR. Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research – Theory and Practice*. 2000;15(1): 97-107.
25. Cochran SD, Mays VM. Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: results from the California Quality of Life Survey. *American Journal of Public Health*. 2007; 97 (11): 2048-2055. |
26. Goffman E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1988.
27. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001; 27: 363-385.
28. Honneth A. *Reificación: un estudio en la teoría del reconocimiento*. Buenos Aires: Editora Katz; 2007.
29. Link BG, Phelan JC. On Stigma and its Public Health Implications. *Lancet*. 2006; 367: 528–29.
30. Saavedra J. Homofobia: alcances y limitaciones en los servicios de salud. In: Soberón G, Feinholz D. (editores). *Homofobia y Salud*. México DF: Secretaría de Salud / Comisión Nacional de Bioética; 2007. p. 87-94.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS) - Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) / Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH). *Brasil Sem Homofobia*. Brasília: MS, CNCD/SEDH; 2004.
32. Jovchelovitch S. Re(des)cobrando o outro: Para um entendimento da alteridade na teoria das representações sociais. In: Arruda A (organizadora). *Representando a Alteridade*. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 69-82.
33. Mann JM. Human rights and Aids: the future of the pandemic. In: Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Anna GJ (editors). *Health and Human Rights*. New York: Routledge; 1999. p. 216-226.