

Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde

Elder Cerqueira-Santos¹

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil

Prisla U. Calvetti

Kátia B. Rocha

Andreína Moura

Lúcia H. Barbosa

Júlia Hermel

Centro de Estudos de Aids/DST do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Resumo

O objetivo geral do presente estudo foi identificar a possível presença de homofobia no contexto do atendimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros em relação à prevenção e tratamento de DST/HIV/Aids nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de estudo qualitativo exploratório de caráter analítico realizado na cidade de Porto Alegre com usuários do SUS pertencentes ao grupo GLBT. Os resultados são apresentados a partir das seguintes categorias: (a) Acesso ao sistema de saúde; (b) Avaliação do sistema de saúde; (c) Equidade e especificidade no atendimento ao público GLBT; (d) Acolhimento, humanização e integralidade; (e) Discriminação e preconceito à população GLBT; e, (f) Sugestões de melhoria para o atendimento. Destaca-se que a homofobia aparece no discurso dos usuários relacionando-se à condição de HIV positivo e especificidades de identidade de gênero.

Palavras-chave: SUS; Orientação sexual; Saúde.

Gays, Lesbians, Bisexuals, Transgenders Perception's of the Brazilian Public Health Care System (SUS)

Abstract

This study aims to identify homophobia against gays, lesbians, bisexuals and transgenders who use the Brazilian public health care system for prevention and treatment of STD/HIV/AIDS. It is an analytic exploratory qualitative study, among patients from the LGTB group in the city of Porto Alegre/Brazil. Results are presented according to the following categories: (a) Access to the public health care system; (b) Evaluation of the system; (c) Equality and specialization for the LGBT public; (d) Reception, humanization and integrity; (e) Discrimination and prejudice against LGBT group; and, (f) Suggestions to improve the system. We stress that homophobia is present in the patients' talk, especially related to their HIV status and gender identity issues.

Keywords: SUS; Sexual orientation; Health.

Há mais de cinquenta anos, especialmente no meio científico, questões concernentes à orientação sexual são tratadas sob a perspectiva de que a sexualidade não está vinculada a uma lógica binária. Neste sentido, a contribuição de Kinsey, Pomeroy e Martin (1948/1998) foi de

fundamental importância para que o comportamento sexual humano fosse concebido num continuum que extrapola categorias dicotômicas de homossexualidade e heterossexualidade. Para Herek (2000), esta forma de encarar a sexualidade humana impôs novas reflexões acerca dos papéis sexuais na nossa sociedade.

Ao se falar sobre sexualidade, dois conceitos são importantes para uma compreensão mais clara do tema: orientação sexual e identidade de gênero. A expressão orientação sexual diz respeito especificamente ao sexo pelo qual o indivíduo se sente atraído sexual e emocionalmente. A despeito das idéias sobre o *continuum* como proposta para explicação sobre as orientações sexuais,

¹ Endereço para correspondência: Universidade Federal de Sergipe, Centro de Educação de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Av. Marechal Rondon, s/n, Rosa Else, Aracaju, SE, Brasil, CEP 49000-000. E-mail: eldcerqueira@yahoo.com.br

Agradecimentos: Ministério da Saúde do Brasil - Programa Nacional de Aids (PN AIDS); Centro de Estudos em Aids e DST do Rio Grande do Sul (CEARGS).

seis categorias de orientações sexuais são amplamente discutidas na literatura da área, a saber: *Assexual*, seria a pessoa que não sente nenhuma atração sexual; *Bissexual*, que sente atração por ambos os sexos; *Heterossexual*, que sente atração pelo sexo oposto; *Homossexual*, o que se sente atraído sexual e emocionalmente por uma pessoa do mesmo sexo; *Pansexual* ou *Omnissexual*, que sentem atração por diversos sexos/gêneros, quando se aceita a existência de mais de dois gêneros ou alguém que tem uma orientação mais abrangente (incluindo por exemplo, atração específica por transgêneros); e, finalmente, *Pomossexual*, que não aceita a classificação estática em uma das categorias anteriores.

Já o termo identidade de gênero se relaciona com o gênero (masculino ou feminino) com o qual um indivíduo se identifica (Csordas, 1988). Atualmente no Brasil, as pessoas que possuem uma orientação sexual não-heterossexual, são identificadas através da sigla: GLBT (gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros). Diversas combinações podem ocorrer entre orientação sexual e identidade de gênero de forma que podemos encontrar uma expressão social de sexualidade que não revela, *a priori*, a orientação sexual. No entanto, os estereótipos em torno das orientações sexuais são comuns e até socialmente reforçados na configuração heteronormativa da cultura judaico-cristã.

Na década de 60, o termo homofobia já era empregado como sinônimo de atitudes e comportamentos ofensivos a gays e lésbicas. Essa terminologia suscitou várias críticas, pois pressupõe que tais hostilidades derivam de algum tipo de medo irracional sentido por parte da maioria heterossexual, o que poderia ser compreendido a partir de um modelo de enfermidade e, portanto, passível de ser superado por via de tratamento, como ocorre com outras fobias (Herek, 2000). Compreendendo a discussão em torno da terminologia, este estudo opta por utilizar o termo academicamente utilizado entendendo que não se trata de uma patologia. Concorde-se com a idéia de Welzer-Lang (2001), segundo a qual a homofobia se refere à discriminação contra as pessoas que se apresentam ou que se associam a algumas qualidades (ou defeitos) tradicionalmente atribuídas ao gênero oposto.

Além das conseqüências diretas da homofobia, o grupo GLBT pode sofrer um processo de internalização do preconceito e da homonegatividade a partir da hegemonia heterossexual. Dessa forma, de acordo com a teoria psicológica clássica de Allport (1954) os indivíduos estigmatizados podem passar por um processo de reações defensivas que são resultados de experiências anteriores de preconceito. A internalização da homofobia pode trazer conseqüências para o modo como a população GLBT lida com pessoas heterossexuais, mesmo que

estes não apresentem um preconceito manifesto. Dessa forma, o medo e o silêncio podem dificultar as relações interpessoais, inclusive a relação médico-paciente, o que reduziria o nível de confiança e, conseqüentemente, a oportunidade para orientações direcionadas e esclarecimentos específicos.

Muitos estudos têm considerado o papel da homofobia, especialmente da homofobia internalizada, nas relações que envolvem prevenção e tratamento de DST/HIV/Aids (Williamson, 2000). Estes estudos têm se destacado fortemente em três áreas: prevenção do HIV e tomada de decisão para fazer sexo seguro; estratégias de enfrentamento entre gays soropositivos para o HIV; e, efeitos da homofobia na adesão ao tratamento de pacientes portadores de HIV/Aids. Parker (2009) aponta para o fato de que a epidemia de HIV trouxe à tona a discussão sobre a sexualidade de forma mais ampla, possibilitando a visão da sexualidade de grupos minoritários e abrindo um campo de pesquisas crucial para o desenvolvimento de políticas públicas para estas populações no campo da saúde.

Neste sentido, Parker (2001) destaca que as intervenções em saúde devem

focalizar a atenção nos efeitos sinérgicos e interativos de diferentes fatores social, tais como a pobreza, a exploração econômica, a opressão sexual, o racismo, a exclusão social que podem ser descritos como formas de 'violência estrutural', que estão diretamente relacionados com uma maior vulnerabilidade de diferentes grupos de indivíduos. Segundo o autor, o reconhecimento de questões sociais como variáveis qualitativas no planejamento de saúde pública traz um novo desafio para a pesquisa e intervenção em HIV/AIDS para diversas populações.

Nesse contexto, as relações entre a população GLBT e os serviços de saúde podem ficar prejudicadas. Isso ocorre quando, por exemplo, existem comportamentos homofóbicos por parte das equipes de saúde, quando membros da população GLBT não se sentem acolhidos ou bem orientados, e até mesmo quando não se sentem à vontade para revelar sua orientação sexual. Somado a isso, as próprias pessoas GLBT podem estar emocionalmente fragilizadas por terem vivido ou por estarem vivendo situações de preconceito que as desencorajam a confiarem e a seguirem orientações oferecidas pelos serviços. Além do mais, a relação estabelecida entre profissional da saúde e usuário constitui-se a partir de uma relação assimétrica de poder, na qual o profissional da saúde é percebido como o possuidor do conhecimento e o usuário como receptor destas verdades. Essa relação por si já estabelece uma distância. Clèries (2006) aponta a necessidade que se estabeleça uma "brecha comunicativa", através da qual o profissional da saúde deve se esforçar para buscar compreender quais são as necessidades daquele usuário, buscando conhecer qual

o significado daquela solicitação de ajuda e/ou doença para ele naquele momento, buscando identificar crenças, fantasias, necessidades. Nessa mesma linha, Merhy (2002) descreve de maneira didática que os profissionais da saúde trabalham com valises (caixas de ferramenta tecnológica na atenção aos pacientes), as quais seriam: uma vinculada às mãos (ferramentas tecnológicas, tais como o estetoscópio); outra mental, vinculada aos conhecimentos (clínicos e epidemiológicos); e a última vinculada à relação estabelecida entre trabalhador da saúde e usuário. O autor destaca a importância da “valise relacional”. Provavelmente, um profissional da saúde que opera a partir de uma lógica mais discriminadora ou que não esteja sensível às necessidades de saúde da população alvo do presente estudo, dificilmente poderá oferecer uma atenção humanizada e de qualidade.

Nesse sentido, é crucial entender como a relação entre homofobia e serviços de saúde no Brasil (prevenção e tratamento) tem sido encarada pelos usuários GLBT do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da Constituição de 1988, a saúde passa ser concebida como um direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros e como um dever do Estado. Em 1990, foi promulgada a lei que criou o SUS que tem como características principais o acesso gratuito integral e universal a todos os cidadãos, e o financiamento através dos recursos estatais. O SUS se organiza através de alguns princípios fundamentais. A universalidade, um destes princípios, determina que o Estado deve garantir a assistência a saúde de todos os brasileiros em todos os níveis de complexidade (atenção primária, secundária, e terciária). Outras diretrizes como a descentralização, regionalização e territorialização buscam dar mais autonomia as decisões de saúde em nível local. Todos estes princípios estão organizados para que exista controle social em todos os níveis de decisão (Ministério da Saúde, 1990a, 1990b). A equidade, por sua vez, se caracteriza pela busca de igualdade no acesso aos serviços de saúde, considerando que aqueles que procuram este serviço possuem necessidades diferentes. A integralidade dita que todas as pessoas devem ter suas necessidades atendidas pelo SUS. Outros princípios como acolhimento e humanização buscam sensibilizar os trabalhadores de saúde e a sociedade em geral a fim de buscar a universalização dos cuidados em saúde. O acolhimento consiste em estabelecer uma relação de confiança e solidariedade entre profissionais e usuários. A humanização valoriza as dimensões subjetivas e sociais que estão presentes em todas as práticas de atenção e gestão do SUS. Neste sentido, se destacam os direitos dos grupos minoritários entre eles, o dos grupos de pessoas que tem orientações sexuais diversas da heterossexual (Ministério da Saúde, 1990a).

Destaca-se que, apesar da amplitude cultural do fenômeno da homofobia, essa relação perpassa vários contextos específicos da vida da população GLBT, incluindo as inter-relações interpessoais dos profissionais de saúde com os usuários. O objetivo geral do presente estudo foi identificar a possível presença de homofobia no contexto do atendimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros em relação à prevenção e tratamento de DST/HIV/Aids nos serviços de saúde do SUS. Este artigo parte especificamente do relato de usuários gays, HSH, lésbicas, tranestis, transsexuais e transgêneros (com ou sem soropositividade para HIV) usuários do SUS.

Método

Trata-se de um recorte de estudo qualitativo mais amplo com objetivo exploratório de caráter analítico. O estudo foi realizado na cidade de Porto Alegre, por um período de 12 meses.

Participantes

Os participantes foram selecionados em diferentes circunstâncias, tais como ONGs, serviços de saúde e locais de reunião da população GLBT. Para a seleção dos participantes, foi estabelecida uma amostra a partir de representatividade teórica e de heterogeneidade, buscando a máxima informação a partir de um grupo de informantes-chave. Entende-se que cada caso será importante para a compreensão do fenômeno em estudo e que características diferentes entre os participantes poderão agregar informações importantes. A partir do censo realizado em 2000 (GLS Planet) identificou-se a distribuição da população de gays, lésbicas e bissexuais. No total, 54% se identificaram como gays, 28% como lésbicas, 17% como bissexuais e 1% como outros. Sabe-se que esse levantamento não contemplou a classificação de HSH, travestis, transexuais e transgêneros, porém ainda é o levantamento mais completo em nível nacional. Nesse sentido, estes dados epidemiológicos foram utilizados como suporte teórico para a composição da amostra.

Os participantes se auto-identificaram de acordo com suas orientações sexuais e obtiveram os seguintes: cinco travestis; um transgênero; dois transexuais; um bissexual; seis lésbicas; oito gays e um HSH. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes do estudo. Na verdade, esta caracterização vai além da orientação sexual, pois os participantes relataram a sua identidade (gay, lésbica, trans). Mesmo atentos à diferença entre identidade de gênero e orientação sexual, relata-se aqui a auto-identificação dos participantes.

Tabela 1
Caracterização dos Participantes do Estudo

ID	Idade	Escolaridade	Orientação sexual ou identidade de gênero	Sorologia para HIV/AIDS
01	37	2º grau	Gay	(HIV+)
02	37	2º grau	Gay	(HIV+)
03	45	Sup. Incom.	Gay	(HIV+)
04	41	2º grau	Gay	(HIV+)
05	38	Sup. Incom.	HSH	(HIV-)
06	31	2º grau	Gay	(HIV-)
07	24	2º grau	Gay	(HIV+)
08	39	Sup.	Gay	(HIV+)
09	46	Sup.	Gay	(HIV+)
10	31	2º grau	Lésbica	(HIV-)
11	25	2º grau	Lésbica	(HIV-)
12	25	2º grau	Lésbica	(HIV-)
13	45	5ª série	Bissexual	(HIV-)
14	23	Sup. Incom.	Lésbica	(HIV-)
15	25	Sup.	Lésbica	(HIV-)
16	35	Sup.	Lésbica	(HIV-)
17	24	1º grau	Travesti	(HIV-)
18	31	7ª série	Travesti	(HIV+)
19	45	1º grau	Travesti	(HIV+)
20	35	1º grau	Travesti	(HIV-)
21	Não Informado	Não Informado	Transexual com cirurgia	(HIV+)
22	58	Não Informado	Transexual sem cirurgia	Não Informado
23	29	Não Informado	Travesti	(HIV+)
24	48	Ensino Técnico	Travesti	(HIV+)

Instrumentos e Procedimentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: informantes-chaves, ficha de dados sociodemográficos, entrevistas individuais, grupo triangular e grupo focal. Os informantes-chaves foram pessoas experts na área temática, incluindo dois usuários deste estudo, a fim de aperfeiçoarmos o instrumento de entrevista adaptado para a realidade e linguagem da comunidade GLBT. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. O grupo triangular contou com a participação de (dois gays e uma lésbica) e com a mediação de dois pesquisadores. Para o grupo focal, foram convidados sete participantes, no entanto, apesar da confirmação de participação, o grupo foi composto por quatro pessoas que compareceram no dia e hora marcados, contemplando-se as diferentes orientações sexuais (dois gays, uma lésbica e um transsexual). Também dois pesquisadores facilitaram este grupo. Todo o material foi gravado em mp3 e transcrito posteriormente. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e cada grupo (triangular e focal) durou cerca de duas horas.

As pessoas que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Conceição de Porto Alegre. Também como parte dos procedimentos éticos, os integrantes da equipe de trabalho receberam treinamento teórico e metodológico anterior à coleta de dados. Durante a execução do trabalho, houve monitoramento e supervisão constantes pelos coordenadores do projeto. Os participantes foram informados sobre a possibilidade de receber apoio psicológico por alguma recordação negativa provocada pela entrevista.

Análise de Dados

Foram realizadas análises de conteúdo com base nas recomendações de Minayo (1996). No processo de análise, após transcrição, foram seguidos os seguintes passos: (a) Leitura exaustiva do material; (b) Identificação das categorias extraídas do texto; (c) Validação das categorias por pares (juízes); (d) Transformação dos “dados brutos” em “dados úteis” a partir da fragmentação do texto e estabelecimento de unidades semânticas

(critério de analogia); (e) Categorização de cada entrevista por dois pesquisadores independentes e (f) Discussão das categorias para validação pelo grupo de pesquisadores do estudo.

Resultados e Discussão

A seguir serão apresentados os resultados e a discussão, a partir das seguintes categorias: (a) Acesso ao sistema de saúde; (b) Avaliação do sistema de saúde; (c) Equidade e especificidade no atendimento ao público GLBT; (d) Acolhimento, humanização e integralidade; (e) Discriminação e preconceito à população GLBT; e (f) Sugestões de melhoria para o atendimento.

Acesso ao Sistema de Saúde

Houve uma diferenciação clara quanto ao acesso quando comparados os grupos por soropositividade. Neste sentido, a soropositividade parece estar numa esfera superior em relação à orientação sexual dos usuários, tornando-se o foco das falas. No entanto, constata-se que as dificuldades são focalizadas em núcleos diferenciados. Os usuários da população GLBT soronegativos relatam questões diretamente ligadas à forma de tratamento recebida quando procuram ou necessitam de atendimento, enquanto que os pacientes soropositivos relatam o medo de identificação como pertencente ao grupo de HIV positivos, colocando a orientação sexual em segundo plano.

Em relação aos pacientes soronegativos, uma das entrevistadas destaca a importância da primeira impressão na busca pelo serviço de saúde:

[O guarda]. . . se ele não conseguir cumprir a função dele como servidor público e ver primeiro a orientação sexual dele e a premissa de vida dele e os pressupostos morais dele, é por ali que o atendimento já vai sendo ou acessado ou negado, a barreira já ta feita. (R., 35, lésbica, básica, entrevista individual).

Já um paciente soropositivo relata sua experiência com os serviços de saúde como portador do vírus do HIV destacando o medo da identificação social como doente. Nota-se uma tentativa de fuga ou distanciamento da comunidade para receber tratamento.

O que o pessoal fazia muito era forjar os endereços. Eu tinha um amigo que morava no Partenon² e se tratava no Sarandi, então o pessoal fazia muito isso, que acontece, muita gente fazia a mesma coisa. Os que moram no Partenon se tratam no Sarandi e os que moram no Sarandi se tratam no Partenon. Sai elas por elas. (S., 37, gay, especializada, HIV+, grupo triangular).

Em relação aos pacientes soropositivos se observa que estes buscam maneiras de burlar o sistema de saúde

como estratégia de manter o anonimato quanto a sua soropositividade. Neste sentido é importante destacar que através da análise das entrevistas constata-se que a questão de ser portador do HIV se sobrepõe as questões relacionadas à orientação sexual, ficando esta temática no segundo plano.

Por outro lado, o fragmento de entrevista anteriormente referido mostra que os usuários soronegativos demonstram uma maior preocupação quanto à discriminação em função da orientação sexual. Neste sentido, Sevilla González e Álvarez Licona (2006) destacam que os profissionais da saúde devem ser educados e orientados para manter um respeito à autonomia dos pacientes, as suas crenças e preferências. Fato que parece não ocorrer para a maioria dos participantes deste estudo.

Mais uma vez a questão do HIV e soropositividade dialogam. Desta vez, ambas contribuindo para o afastamento ou dificultando o acesso ao serviço de saúde. O antigo estigma que associava HIV à homossexualidade ressurgiu (ou se mantém) no contexto do atendimento de saúde provocando reações diferenciadas nos grupos soropositivo e soronegativo. Usuários homossexuais relataram a busca pelo serviço de saúde pode gerar uma falsa idéia de que “algo está errado” e, no caso desta população, o errado seria associado à condição soropositiva para o HIV. Um dos participantes diz: “*Se um gay espirra e vai ao posto de saúde, todo mundo já pensa que ele ta com AIDS, até os amigos. Ainda tem sim essa idéia de que gay no posto é aidético*” (M, 31 anos, Gay, UBS, HIV negativo).

Parker (2001, 2009) destaca que os grupos que sofrem mais com a discriminação, racismo, desigualdade de gênero e opressão sexual, são os mais vulneráveis a epidemia da AIDS, e é exatamente em estes grupos que a epidemia segue crescendo. Assim, é necessária uma mudança de estratégia, na qual se considere realmente a população mais vulnerável e que se desenvolva estratégias reais de prevenção partindo de políticas públicas que visem diminuir as grandes desigualdades existentes.

Avaliação do Sistema de Saúde

A avaliação da qualidade do atendimento no SUS para o público GLBT também apresenta questões além dos aspectos específicos relacionados à orientação sexual. Aspectos negativos do serviço foram mencionados como comuns a população geral. Entre esses aspectos negativos destacam-se a curta duração das consultas, agendamento e marcação, e estrutura física e condições de trabalho precárias. A seguir, estão descritas falas de usuários que exemplificam essa temática: “*Eu classifiquei como normal o atendimento. A precariedade normal de atendimento de todos os centros de saúde no Brasil. Falta gente, ponto. Normal*” (G., 25,

² Nomes de localidades ou qualquer outro dado que comprometa o anonimato dos envolvidos no estudo foram alterados.

lésbica, especializada, grupo focal); “*É a gente entra na fila como todo mundo, tem que ir de manhã cedo pegar ficha pra ser atendido ou pra marcação de consulta. Espera umas duas horas por aí*” (P., 31, lésbica, básica, entrevista individual). “*Eu frequento o posto, que o atendimento no posto não é lá grande coisa, é muito precário*” (E., 41, gay, básica, HIV+, entrevista individual).

Ao mesmo tempo, participantes HIV positivos avaliavam de maneira positiva os serviços de saúde ligas às Unidades Especializadas. “*Lá no meu posto a gente é super bem atendido, inclusive se tem alguma demanda eles mandam os agentes, eles vão lá em casa, dizem pra gente, vai lá pegar no posto o teu remédio chegou*” (P., 31, lésbica, básica, grupo triangular).

Entre os aspectos negativos se ressalta que as queixas relacionam-se não somente ao atendimento pessoal, mas à estrutura física geral e condições de trabalho para os funcionários. Novamente, o grupo soropositivo fez observações mais pontuais sobre a importância de uma estrutura de atendimento que deva atender a certas necessidades como o sigilo, confiança, credibilidade de apoio e continuidade do tratamento. Um dos trechos de uma das entrevistas elucida uma das questões relacionadas ao sigilo.

Os postos de atendimento... primário... as pessoas olham o prontuário... tem o HIV... ah é gay... pegou HIV fazendo sexo com outro homem. Só tem aquele preconceito no atendimento deles com gay. A mulher, é lésbica, sapata, sapatão. Tu sai eles ficam rindo, debochando. Desculpe usar a palavra sapatão. (E., 41, gay, especializada, HIV+, grupo focal).

O sigilo apareceu com destaque na avaliação do atendimento, no entanto, a maior parte dos relatos trata dos funcionários no atendimento pré e pós-consulta (recepção, farmácia, marcação etc.). No Brasil, o sigilo é regulamentado pelo artigo 103 do *Código de Ética Médica* (Conselho Federal de Medicina, 1988). No entanto, esta legislação é específica para a classe médica ou para informações obtidas na consulta. Os procedimentos do SUS fazem com que uma série de informações sejam obtidas e circulem por um número razoável de profissionais, criando um idêntico de que a informação é quase pública.

Cabe destacar que se observa que os pacientes atendidos na rede especializada apresentam algumas peculiaridades quando comparados aos atendidos na rede básica. Uma das peculiaridades do serviço especializado é a marcação por telefone. A seguir apresentamos uma valoração negativa desta forma de marcação.

De 3 em 3 meses eu tenho que agendar via telefone. E o atendimento via telefone é péssimo, ou dependendo do local onde tu tá ligado, tu fica horas e horas em cima do telefone, pra esperar pra eles poder te atender pra ti po-

der marcar a consulta daqui o mês seguinte pra atender. (E., 41, gay, especializada, HIV+, entrevista individual).

Por outro lado, outros entrevistados destacam como positiva a flexibilidade dos serviços especializados para atenderem aos usuários.

... lá no dia 15 tem que ligar novamente, é sempre no dia 1º e no dia 15. Aí automaticamente se tu não consegues a ligação quando tu vai pegar remédios, porque eles te dão uma receita de remédios a cada três meses, e no último mês, o pessoal da farmácia pergunta se tu conseguiu ou não agendar a consulta. Aí se tu não conseguiu agendar eles dão um jeitinho lá dentro de marcar, pra não faltar medicação. (E., 41, gay, especializada, HIV+, entrevista individual).

No meu caso com HIV, digamos assim, eu to me tratando agora e tenho consulta de três em três meses, mas se acontecer nesse período de acontecer alguma coisa, eu posso chegar lá, no setor que vai ser atendido e eles me atendem, como fui atendido a semana passada. (L., 45, gay, especializada, HIV+, entrevista individual).

De acordo com as diretrizes do SUS (Ministério da Saúde, 1990a), os serviços de saúde especializados, de fato, têm um caráter diferenciado, tentando respeitar singularidades de uma população de usuários específica. As noções de adesão ao tratamento defendidas pelo SUS passam pela qualidade do serviço, o que inclui protocolos de atendimento e treinamento de pessoal diferenciados.

Sobre a distribuição de insumos, os usuários afirmam receber preservativos através dos serviços de saúde, mas que às vezes em quantidade insuficiente. Dois aspectos principais destacam-se na distribuição de preservativos: a falta de um trabalho voltado para lésbicas, que muitas vezes passam pelas mesmas orientações sobre sexo seguro que as heterossexuais; e a impossibilidade de obtenção de maior número de preservativos para profissionais do sexo. Neste sentido, os trechos das entrevistas a seguir exemplificam esta realidade: “*Eu não costumo pegar preservativos em postos, eu sempre pego em ONG. Porque vem uma quantidade maior, é semanal, não tem esse problema*” (A., 31, gay, especializada, entrevista individual). “*Oferecem, na base de 12 preservativos por aquisição de medicação. É que na verdade teria que fazer um cadastro, mas como não preciso disso pra pegar mais aqui*” (L., 45, gay, especializada, HIV+, entrevista individual).

Os relatos anteriormente descritos destacam a rigidez muitas vezes presente nos serviços de saúde relacionadas a distribuição de preservativos e, por outro lado, o importante papel das ONGs como facilitadoras do acesso a estes recursos. Parker (2001) destaca a importância das “intervenções estruturais”, como por exemplo, a distribuição de preservativos como estratégia de

prevenção da transmissão da AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis, através da mudança de aspectos estruturais que podem facilitar a adoção de comportamentos seguros.

Equidade e Especificidade no Atendimento ao Público GLBT

De acordo com os princípios do SUS, a equidade no atendimento ao público é uma premissa. Entende-se por equidade a busca de igualdade no acesso aos serviços de saúde, tendo em conta que nem todas as pessoas são iguais. Ou seja, o conceito de equidade tenta ao mesmo tempo garantir igualdade considerando especificidades para tipos de públicos (Ministério da Saúde, 1990a).

Segundo os participantes deste estudo, o conceito de equidade parece ser mal compreendido e aplicado, revertendo-se num efeito negativo para a população GLBT a partir do não reconhecimento das especificidades deste grupo. Destaca-se a invisibilidade da questão de gênero e identidade sexual nas práticas de saúde. A descon-sideração sobre os modos de vivência da sexualidade do grupo GLBT põe a modalidade heterossexual de sexualidade como padrão, o que implica nas práticas preventivas, no atendimento e tratamento de pacientes GLBT. Como destaca Parker (2009) as desigualdades de gênero são maximizadas quando as relações põem a população GLBT em foco, especialmente os indivíduos transexuais e transgêneros. Para o autor, a heteronormatividade age aliada a outras formas de violência estrutural gerando um ambiente hostil e desacolhedor.

Uma das entrevistadas refere o tratamento “padrão” oferecido para as mulheres, que pode ignorar a diversidades das orientações sexuais.

A minha esposa tava tomando uma medicação, porque ela tem obesidade, ela tinha que tomar um remédio que o endocrinologista receitou pra ela, só que ela não podia engravidar, só que até então ela não tinha aberto a orientação sexual dela. A Dra. falou pra ela, ‘não se preocupe, eu até ia te dar umas camisinhas, mas não posso arriscar com camisinha, eu vou botar um DIU em ti, já esta tudo reservado, tu já sobe lá e vai botar o DIU.’ Ela falou ‘não Dra, não precisa botar um DIU porque não tem perigo de engravidar’. Aí ela foi obrigada a falar que era lésbica. (P., 31, lésbica, básica, grupo triangular).

Neste sentido, as participantes lésbicas destacaram as carências de uma intervenção específica para elas, reclamando necessidade de pensar no sexo como algo não somente ligado ao pênis e, conseqüentemente, sexo seguro a partir do uso da camisinha masculina.

Eu quando fui fazer o DST-HIV ali no centro de saúde eles me perguntam no formulário padrão: era nome, idade, escolaridade e orientação sexual. E como eu me identifiquei como lésbica a pessoa brincou comigo: ‘Tu tá fora

do grupo de risco’. Então, não me disse nada do que eu tinha que fazer. Eu comentei que esse senso comum existe, e muito, nos médicos do serviço público: ‘Ah, lésbica não tem problema e gay tem todos os problemas do mundo’. Mas, pra mim foi perguntando de primeira. E foi anotado ali no formulário no prontuário... e o que eu tava comentando é que a maioria dos ginecologistas, pelo menos... não sacam nada, de nada... Te olham na tua cara... então eu não vou precisar te prescrever anticoncepcional. (G., 25, lésbica, especializada).

Na mesma direção, as questões relacionadas à prevenção encontram-se menos desenvolvidas no sistema de saúde para população lésbica, que não se identificam com as campanhas e orientações, reclamando da falta de preparo dos profissionais e de conhecimentos sobre as práticas sexuais das lésbicas.

Até assim, por exemplo prevenção eles não falam muito. Eles tem um programa de planejamento familiar, eles falam com famílias hetero, eu sei que tem porque eles incentivam o uso de camisinha, as famílias que estão no planejamento familiar ganham de 20 a 30 preservativos por mês, sabe. Nesse sentido assim tem alguma coisa. (P., 31, lésbica, básica, entrevista individual).

Mulher lésbica precisa de luvas descartáveis, né, cirúrgica, precisa de cortador de unhas, de lixa de unhas. São pequenos detalhes no dia a dia, no cotidiano das mulheres que elas não se dão conta. Porque até o profissional não sabe disso, né. Porque uma mulher que só transita na heterossexualidade, só tem praticas sexuais heterossexuais, ela não vai ter esse cuidado. (R., 35, lésbica, básica, entrevista individual).

O medo de discriminar grupos específicos esconde-se no conceito de equidade no sentido de “tratar todos de maneira indiscriminada”. No entanto, como apontam os participantes, estes grupos não são iguais e o medo do preconceito pode gerar uma cegueira sobre as especificidades. A seguir apresentamos algumas falas dos entrevistados que exemplificam esta problemática. “*Eu acho que eles falam tudo igual na tentativa de se eximir da culpa de estar sendo preconceituoso. Não, é tudo igual. Mas, a gente sabe que não é bem assim*” (G., 25, lésbica, especializada, grupo focal).

Esse negócio de tudo igual é perigoso também na questão do transexual. Por que ela não sabia usar o equipamento... mas, eu tive que falar... que não pode usar assim. Não é tudo igual, não é nada igual na verdade.

A mesma participante acrescenta:

As pessoas não estão preparadas e não estão sensibilizadas pra perguntar... como é que eu posso te atender. O princípio da equidade e da universalidade não é nem um pouco respeitado. Porque equidade é como eu posso ser atendida, como eu quero ser atendida e como eu gostaria de ser atendida no posto de saúde. Eu quero ser respeitada. (C., 35, transexual, básica, grupo focal).

“A maioria dos profissionais ainda não está preparado pra atender uma pessoa que é gay, lésbica, travesti” (E., 41, gay, especializada, HIV+, grupo focal).

Também foram destacadas iniciativas de valorização da especificidade da orientação sexual considerada no atendimento à saúde sexual e reprodutiva. Diferencia-se os profissionais bem capacitados sobre o tema e com certa sensibilidade para fazer questões e orientações precisas.

Daí quando eu falei pra ela, me tratou super bem, falou como me prevenir, sabe. Se eu usava luva. Ela foi super legal comigo, ela perguntou como eu fazia para me proteger, o que eu fazia, como é que era o meu relacionamento. (A., 25, lésbica, básica, entrevista individual).

Acolhimento, Humanização e Integralidade

Ainda como diretriz básica para o funcionamento do SUS está à noção de acolhimento e humanização, duas temáticas relevantes para o atendimento da população GLBT, por ser um grupo minoritário. Entende-se por acolhimento a intenção de estabelecer uma relação de confiança e solidariedade entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Este tipo de relação deve estar presente nas atitudes de todos os profissionais de saúde, desde a recepção dos usuários pelos profissionais que representam o serviço (Ministério da Saúde, 1990a).

Em relação ao acolhimento um dos participantes refere:

Eles te largam isso na cara. ‘É o seguinte: tu tem o HIV, tu tá com o vírus.’ Não tem aquele acolhimento. Aí tu sai de lá e tu quer te matar. O ônibus passa e tu quer se jogar. Não tem nenhuma acolhimento. Aí tu fica com várias dúvidas logo no início quando tu descobre que tem a doença. Aí te passa um monte de bobagem na cabeça. . . . Então, falta um acolhimento. (E., 41, gay, especializada, HIV+, grupo focal).

“Completamente fria, uma coisa bem â..., como é que eu vou te explicar?... è muito desinteresse por parte das pessoas que trabalham, não se preocupam muito com os problemas alheios né” (A., 31, gay, especializada, entrevista individual).

A humanização valoriza as dimensões subjetivas e sociais que estão presentes em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, firmando assim o compromisso com os direitos dos cidadãos que utilizam os serviços de saúde pública (Ministério da Saúde, 1990a). Neste sentido, um dos participantes expõe:

Não discriminação, mas descaso sim. Ah, se a pessoa vê que tu não tá legal, que tu não tá bem, ele te trata com descaso, tipo assim, não colocar tanta urgência no teu atendimento e coisas assim. Não adianta, não tem muito o que fazer, porque a gente já sabe que eles atendem meio que mal as pessoas... E também tem outra coisa né, que é

que tipo de atendimento em geral as pessoas tão tendo, que as vezes tu vai pra uma consulta é dois minutos na frente do médico, não são capaz de colocar um estetoscópio no pulmão, ver o coração. Não, é o que tu tá sentido, isso, então vou te dar isso e pronto. (S., 37, gay, especializada, HIV+, grupo triangular).

Discriminação e Preconceito à População GLBT

O primeiro tipo de discriminação relatado foi referente à orientação sexual do usuário. Atrelado às questões de orientação sexual, os participantes soropositivos para o HIV apontaram forte discriminação pela condição de soropositividade com uma tendência à reafirmação do antigo paradigma HIV/Homossexualidade. Neste sentido, destaca-se uma forte imagem da sexualidade do gay atrelada aos comportamentos sexuais de risco e ao próprio histórico da epidemia HIV/AIDS nos países ocidentais. A seguir trecho de uma entrevista que exemplifica este aspecto:

Não deveria, mas chega lá e comenta. Sabe aquele, o E., ele é gay e tá com o vírus HIV, coitada da família dele, pobrezinho tão bonito, gay e tá com AIDS. Ele deve comentar. Ser humano é ser humano, na minha opinião. (E., 41, gay, especializada, HIV+, grupo triangular).

Como destacado em um estudo publicado anteriormente (Rocha et al., 2009), o grupo de transsexuais e transgêneros relatou forte preconceito percebido pela insistência em não usar o nome social (feminino), causando situações de constrangimento com o uso do nome masculino e revelação pública da condição de “trans”. O uso do nome social é um direito garantido pela Portaria 675 do Ministério da Saúde (2006). Neste sentido uma das participantes destaca: “não adianta eles chamarem o nome social e não respeitaram o gênero. Ou Cristiane, ou Márcia e chamar ‘ele’. ‘Como é que tu gostaria de ser chamada?’ ‘O Elaine’. ‘Leva ele ali e tira a pressão’. ‘Ele quem?’ ‘Elaine’” (C., 35, transexual, básica, grupo focal).

A marcante posição das “trans” é reconhecida pelos usuários Gays e Lésbicas. Segundo estes, o grupo de “trans” é o que mais sofre diversos tipos de preconceitos. Além da orientação sexual, este grupo carrega questões de identidade de gênero que os expõe mais ao estigma e preconceito. A transsexualidade e transgêneridade emergem como manifestações desafiadoras que ainda colocam muitas pessoas em desconforto. Os gays reconhecem a possibilidade de não revelar sua orientação sexual como forma de proteção conta a discriminação.

É a mesma coisa assim, chega um travesti lá, já te olham porque é travesti, aí chega eu lá vestido de homenzinho e converso com a mulher, ela não quer saber se eu sou gay. Mas se eu falo pra ela que eu sou, ela vai me tratar que nem o travesti. Porque eu sou gay e soropositivo. (S., 37, gay, especializada, HIV+, grupo triangular).

“Mas os que estão mais na frente são os travestis, são os mais prejudicados. A semana passava que a C. tava aqui ela falou que tá valendo essa nova portaria. Agora são obrigados a chamar pelo nome social” (E., 41, gay, especializada, HIV+, grupo triangular).

Ainda sobre identidade de gênero, há uma diferenciação entre os gays afeminado e gays masculinizados. Para as lésbicas, a lógica parece ser semelhante, mas em menores proporções. A maneira como as pessoas se apresentam e a facilidade em deduzir a orientação sexual cria uma imagem também associada ao estereótipo negatvo sobre a homossexualidade. Um dos entrevistados expõe:

As pessoas te cuidam pela tua aparência, chega assim normal, quem vai saber que eu sou gay tenho AIDS? Quem é que vai ficar sabendo? Ninguém fica sabendo, ninguém te pergunta logo no inicio. Agora se é uma pessoa toda desmunhecada, toda feminina ou um travesti, aquilo vai ser o máximo lá dentro do posto. Vai ter preconceito. (E., 41, gay, especializada, HIV+, grupo triangular).

As questões de discriminação foram relativizadas levando-se em consideração as individualidades e formação de cada profissional, assim como o gênero. Foi destacado também a importância de conhecer o mundo GLBT para que se entenda e respeite esta especificidade. Cerqueira-Santos, Winter, Salles, Longo e Teodoro (2007) destacam em estudo empírico a importância do contato interpessoal na diminuição do preconceito sexual, sendo as pessoas menos preconceituosas aquelas que têm maior proximidade com colegas e familiares do grupo GLBT. O mesmo estudo mostra uma diferença de gênero na discriminação, sendo os homens mais radicais nas suas concepções heteronormativas.

Os dois trechos a seguir refletem esta realidade. *“Eu trabalhava dentro do posto de saúde e me sentia discriminada, acho que é porque tinha mais homens dentro do serviço. As mulheres enfermeiras em geral elas não discriminam tanto, acho que é mais por parte dos homens”* (P., 31, lésbica, básica, entrevista individual). Neste sentido, a formação profissional também pode fazer diferença: *“Talvez pela formação acadêmica, que ajuda, mas não é determinante. Eu uso a cordialidade com as pessoas, eu dou respeito e peço de volta”* (E., 39, gay, especializada, HIV+, entrevista individual).

Sugestões de Melhorias para o Atendimento à População GLBT

Entre as sugestões dos usuários está a capacitação e a sensibilização dos profissionais da saúde para as questões de orientação sexual e identidade de gênero.

Não adianta tu capacitar uma pessoa, se tu não sensibilizar ela. Por que eu acho assim da questão das homossexualidades em geral, tem uma questão de sensibilidade. Tu ver uma mulher masculinizada ou um homem bem fe-

minino. Tem que esquecer o lado de gênero... de sexo. É só uma questão biológica e respeitar a questão do gênero da pessoa. Perguntar como é que ela gostaria de ser tratada, de ser chamada. Saber se a pessoa tem um nome social. (C., 35, transexual, básica, grupo focal).

“Eu mudaria a questão do senso comum em relação à prevenção das lésbicas e aumentaria o efetivo, treinaria melhor as pessoas” (G., 25, lésbica, especializada, entrevista individual).

. . . Pensa na travesti, o atendimento é feminina, é uma mulher, como eu, por exemplo, eu trato uma travesti como mulher. Eu uso feminino! Tô falando da travesti porque eu vejo que é a mais discriminada mesmo. Travesti tem o nome civil e tem o nome social. Devia saber que deve colocar do lado o nome social. (L., 45, gay, especializada, HIV+, entrevista individual).

Além da importância da sensibilização dos profissionais da saúde, também existe a necessidade de estender esta capacitação a todos profissionais que trabalham na assistência à saúde, desde a segurança (muitas vezes terceirizada). *“Os nossos profissionais não estão capacitados como deveria ser, desde lá do inicio, do atendente, até o médico”* (E., 41, gay, especializada, HIV+, grupo triangular).

Outro aspecto destacado é a importância das ONGs na participação das capacitações.

Acho que priorizar esses cursos de capacitação por ONGs GLBT. Por exemplo, uma ONG que trabalha a muito tempo com isso e que tem gente com capacidade pra fazer essa capacitação com os médicos. Principalmente, por eu considerar as travestis o elo mais fraco de todos, sabe? É cavalo de batalha. É quem vai na frente pra tomar o tiro primeiro. É uma população muito fragilizada que é marginalizada dentro do movimento gay, inclusive... sabe que raramente é levada a sério. (G., 25, lésbica, especializada, grupo focal).

Considerações Finais

O processo de coleta de dados da pesquisa permitiu o alcance de diferentes públicos dentro da população GLBT, porém com um diferencial em relação ao uso do Sistema Único de Saúde, ou seja, em forma de tratamento contínuo ou em consultas pontuais. Neste sentido, uma primeira diferenciação percebida foi em relação à soropositividade para o HIV. Em muitos momentos da análise das entrevistas percebe-se que a questão da soropositividade permeia os discursos dos participantes e interferem nas suas avaliações sobre a relação com o atendimento público de saúde. Pesquisas realizadas pelo World Health Organization ([WHO], 2000, 2001), no âmbito do exercício da sexualidade em populações jovens, sugerem a vulnerabilidade desses grupos não apenas com relação às DST/Aids, mas,

também, com relação às situações de violência relacionadas aos padrões culturais de gênero, especialmente entre os jovens homens.

As análises aqui realizadas remetem para o discurso heteronormativo como gerador de diferenças que colocam os grupos sexuais minoritários em desvantagens. Neste universo heterossexual, a homossexualidade destaca-se como o diferente, que precisa de adaptações para que se encaixe na lógica existente como destaca Butler (1990). Tal lógica encontra-se em vários setores da sociedade e não esperaríamos que escapasse do sistema de saúde. No entanto, este estudo tenta vislumbrar e estruturar as formas como este pensamento heteronormativo aparece e dinamiza as relações.

Para Whitley (2001) o preconceito sexual deve-se, em parte ao desejo dos indivíduos heterossexuais de manter suas tradicionais distinções de gênero, que estariam sendo transpostas por gays e lésbicas. Desta forma, estamos falando do exercício da sexualidade, mas também da sua forma manifesta, em especial, na identidade de gênero, o que fica bastante claro neste estudo a partir da condição dos usuários do grupo trans.

Um aspecto de destaque deste estudo vai para além da orientação sexual, mas diz respeito à identidade de gênero, marcando a força da manifestação aparente da sexualidade fora dos limites da conformidade social. Assim, usuários do grupo GLBT trazem à tona a questão da (in)conformidade a partir da posição das transgênero, travestis e transexuais, assim como de gays afeminados e lésbicas masculinizadas. Welzer-Lang (2001, 2004), destaca a ênfase social que é dada ao papel de gênero desempenhado, com uma centralidade do masculino como padrão da sexualidade e em torno do qual giram as definições binárias homossexual e heterossexual.

As lésbicas apresentam-se como um grupo que sofre a heteronormatividade de maneira dupla, pela condição homossexual e por serem mulheres. Como destacado, a heteronormatividade carrega um conteúdo falocêntrico localizado no pênis. A lógica sexual passa pelo uso do pênis como se toda relação necessite deste órgão ou de sexo com penetração. Neste sentido, as práticas preventivas e aconselhamentos não fazem o mínimo sentido para esta população.

Juntamente com as lésbicas o grupo de transgênero, transexuais e travestis relata uma incompatibilidade do sistema com suas práticas sexuais e atividade de profissionais do sexo. Além disso, como apontado por todos dos grupos, as “trans” são definidas como o “pelotão de frente”, que encaram as primeiras e mais explícitas manifestações de discriminação; grande parte delas atreladas aos conceitos tradicionais de identidade de gênero. Diante de tal constatação, choca ainda mais a validação de tal preconceito pela alteridade biomédica, que ainda mantém travestismo e transtornos de identi-

dade de gênero na suas classificações patológicas do DSM IV (American Psychiatric Association [APA], 1995) e do CID 10 (WHO, 2005).

Em 1999, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) lançou resolução que explicita que a homossexualidade “não constitui doença, nem distúrbio e nem perversão” e de que “há, na sociedade, uma inquietação em torno de práticas sexuais desviantes da norma estabelecida sócio-culturalmente”. Além do mais, na mesma ocasião, o CFP recomenda que um dos papéis da Psicologia neste processo seria de contribuir com seu conhecimento para o esclarecimento sobre as questões da sexualidade, permitindo a superação de preconceitos e discriminações”.

A tentativa de por em prática o conceito de equidade (Ministério da Saúde, 1990a), na maioria das vezes, naufraga na impossibilidade de pensar as diferenças como parte da inclusão. O discurso da tolerância e aceitação parece superficial e camuflante de uma impossibilidade e incapacidade de lidar com outras formas de sexualidade. Como aponta Green (1999), o Brasil ainda não sabe lidar com a homossexualidade para além do carnaval, ou seja, como prática sexual. É como o gay caricata que vemos na televisão, divertido e amigável, aceito por todos, mas enquanto assexuado, pois não pode beijar.

Apesar do caráter de resultado negativo deste estudo, o Brasil tem avançado nesta área. O programa Brasil sem Homofobia (Ministério da Saúde, 2004) dá diretrizes para o tratamento adequado às minorias sexuais e prevê formas de ampliação do sistema público para absorção destas minorias de maneira igualitária. Os participantes destacaram diferenças entre o serviço básico e o especializado, relatando a necessidade de formação profissional do pessoal das Unidades de Saúde.

A existência de situações de discriminação nos serviços de saúde denuncia que ainda há a necessidade de uma evolução na área de atenção a população GLBT. Neste sentido, estudos destacam que uma atitude discriminatória afeta a relação médico – paciente, obstaculiza políticas de educação e prevenção, afeta a credibilidade do sistema de saúde e impede que os usuários solicitem exames de saúde voluntários e atentem contra o direito a saúde (Sevilla González, & Álvarez Licona, 2006; Terto, 2002).

Como destaca (Williamson, 2000) são visíveis as consequências negativas da homofobia para as questões de saúde, o que perpassa pela prevenção, busca de atendimento e qualidade dos serviços prestados. Neste estudo, contamos com grande parte dos participantes na condição de soropositivos, o que faz inevitavelmente refletir sobre as questões de adesão ao tratamento e comportamentos preventivos de não transmissão e retransmissão do vírus HIV.

Referências

- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM IV: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble. Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- Cerqueira-Santos, E., Winter, F. S., Salles, L. A., Longo, J. L., & Teodoro, M. L. M. (2007). Contato interpessoal e crenças sobre homossexualidade: Desenvolvimento de uma escala. *Interação em Psicologia, 11*(2), 221-229.
- Clèries, X. C. (2006). Una integraci3n necesaria. *Revista ROL de Enfermeria, 29*(5), 33-36.
- Conselho Federal de Medicina. (1988). *C3digo de 3tica M3dica*. Bras3lia, DF.
- Csordas, T. (1988). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos, 18*, 5-47.
- GLS Planet. (2000). *Censo GLS*. Retrieved from <http://www.censogls.com.br>
- Green, J. N. (1999). *Beyond carnival: Male homosexuality in twentieth-century Brazil*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Herek, G. M. (2000). The psychology of sexual prejudice. *Current Directions in Psychological Science, 9*, 19-22.
- Kinsey, A., Pomeroy, W., & Martin, C. (1998). *Sexual behavior in the human male*. Bloomington, IN: Indiana University Press. (Original work published 1948)
- Merhy, E. E. (2002). *Sa3de: A cartografia do trabalho vivo*. S3o Paulo, SP: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (1996). Ci3ncia, t3cnica e arte: o desafio da pesquisa social. In *Pesquisa social: Teoria, m3todo e criatividade* (cap. 1, pp. 9-29). Petr3polis, RJ: Vozes.
- Minist3rio da Sa3de. (1990a). *Lei n3 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Org3nica da Sa3de*. Bras3lia, DF.
- Minist3rio da Sa3de. (1990b). *Lei n3 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Bras3lia, DF.
- Minist3rio da Sa3de. (2004). *Brasil sem homofobia: Programa de combate 3 viol3ncia e 3 discrimina33o contra GLBT e promo33o da cidadania homossexual*. Bras3lia, DF.
- Minist3rio da Sa3de. (2006, 30 mar.). *Portaria n3 675/GM*. Bras3lia, DF.
- Parker, R. (2001). Evolution in HIV/AIDS prevention, interventions and strategies. *Interamerican Journal of Psychology, 35*(5), 155-165.
- Parker, R. (2009). Impacto f HIV and AIDS on research and policy debates. *Cadernos de Sa3de P3blica, 25*(2), 251-258.
- Rocha, K. B., Barbosa, L. H. R., Barboza C. Z., Calvetti, P. 3., Carvalho, F. T., Cerqueira-Santos, E., et al. (2009). La atenci3n a la salud en Brasil a partir de la percepci3n de travestis, transexuales y transg3neros. *Forum: Qualitative Social Research, 10*(2). Retrieved from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902281>
- Sevilla Gonz3lez, M. L., & 3lvarez Licona, N. E. (2006). Normalizaci3n del discurso homof3bico: aspectos bio3ticos. *Acta Bioethica, 12*(2), 211-217.
- Terto, V., Jr. (2002). Homossexualidade e sa3de: Desafios para a terceira d3cada de epimia de HIV/AIDS. *Horizontes Antropol3gicos, 8*(17), 147-158.
- Welzer-Lang, D. (2001). A constru33o do masculino: Domina33o das mulheres e homofobia. *Estudos Feministas, 9*(2), 460-482.
- Welzer-Lang, D. (2004). Os homens e o masculino numa perspectiva de rela33es sociais de sexo. In M. R. Schpun (Ed.), *Masculinidades* (pp. 107-128). S3o Paulo, SP: Boitempo.
- Whitley, B. (2001). Gender-role variables and attitudes toward homosexuality. *Sex Roles, 45*(11/12), 691-721.
- Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research, 15*(1), 97-107.
- World Health Organization. (2000). *Boys in the picture*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2001). *Sexual relations among young people in developing countries: Evidence from WHO case studies*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2005). *D3cima revis3o da Classifica33o Internacional de Doen3as – CID 10*. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved April 20, 2008, from <http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html>

Received 11/08/2009
Accepted 07/11/2009

Elder Cerqueira-Santos. Professor do Mestrado em Psicologia Social. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil.

Prisla U. Calvetti. Centro de Estudos de Aids/DST do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

K3tia B. Rocha. Centro de Estudos de Aids/DST do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Andre3na Moura. Centro de Estudos de Aids/DST do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

L3cia H. Barbosa. Centro de Estudos de Aids/DST do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

J3lia Hermel. Centro de Estudos de Aids/DST do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.