



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Maria Carolina Buiatti Amaral e Silva

**Sentidos da diversidade sexual entre estudantes de
Medicina**

Uberlândia/MG

2014

Maria Carolina Buiatti Amaral e Silva

Sentidos da Diversidade Sexual entre estudantes de Medicina

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

Uberlândia/MG

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S586s Silva, Maria Carolina Buiatti Amaral e, 1988-
2014 Sentidos da diversidade sexual entre estudantes de medicina / Maria
Carolina Buiatti Amaral e Silva. -- 2014.
161 f.

Orientador: Emerson Fernando Rasera.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Educação médica - Teses. 3. Homofobia - Teses. 4. Comportamento sexual. - Teses. I. Rasera, Emerson Fernando. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

Banca Examinadora

Uberlândia, 19 de fevereiro de 2014.

Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

Orientador (UFU)

Profª. Drª. Flávia do Bonsucesso Teixeira

Examinador (UFU)

Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta

Examinador (UEM)

Profª. Drª. Larissa Guimarães Martins Abrão

Suplente (UEMG)

Agradecimentos

O primeiro e maior de todos os meus agradecimentos é a Deus, que me ilumina e me acompanha em todos os meus caminhos..

Agradeço à minha mãe Alda pelo cuidado e carinho do dia-a-dia e por ter me dado mais que uma vida, ter enchedo ela de tantos ensinamentos e exemplos de força e coragem, e além disso, agradeço por tentar entender que os filhos escolhem caminhos que às vezes parecem inimaginados...

Agradeço à meu pai Alexandre em todo o seu apoio, suporte e carinho durante essa jornada dentre minhas tantas outras até aqui...

Paula, Amanda, Lucas, Gustavo e Gabriela, meus cinco irmãos, um em cada fase de sua vida que me apresentaram tantas lições em todas as nuances de um cotidiano múltiplo que é a vida...

Agradeço imensamente ao meu querido orientador Dr. Emerson Rasera por toda a paciência, carinho e os tantos ensinamentos que me fizeram rever meus discursos pessoais e a buscar sempre crescer mais e mais. Você é um verdadeiro Mestre!

À meus avós Helena e Wagner pelo exemplo de vida, de trabalho árduo e de amor verdadeiro...

À minha avó Irene por todo o seu carinho e pelas tantas palavras de força e preces ao altíssimo...

À meus padrinhos Elier e Eleusa, e primas por serem minha segunda família, meu refúgio, e minha mão amiga nas horas mais difíceis...

À meu amado Fabrício, por todas as palavras de conforto e apoio nas horas difíceis, e que brincando, me mostrou durante todo o percurso desse Mestrado o quanto eu era capaz, e quanto ainda tenho a sonhar e realizar...

Agradeço ao meu caríssimo amigo Pedro Martins por ter me dado a mão desde o momento em que escolhi esse caminho, por tirar tantas dúvidas, por ter tantas conversas que me ajudavam e me ajudam a repensar e voar mais e mais alto...

Estendo meu agradecimento a Professora Flávia Teixeira, a quem tanto admiro e respeito, por ter sempre contribuições incríveis ao meu trabalho e às minhas buscas por novas ideias e pontos de vista...

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação por todo o trabalho, e especialmente à Marineide Sales, por toda a paciência e trabalho duro para que essa dissertação se concretizasse...

À todos os colegas do Grupo de Pesquisa em Construcionismo pelas inúmeras contribuições e apontamentos oferecidos à esse trabalho em suas mais diversas etapas.

Aos colegas do Centro de Prevenção a Criminalidade de Uberlândia pelos ensinamentos que se tornaram meu ponto de partida para uma mudança no meu caminho na Psicologia, em especial à minha agora colega, Maria Amélia Chamma em toda sua generosidade em dividir e compartilhar.

À CAPES por permitir que meu sonho foi subsidiado e escrito de uma outra forma...

Ao Programa em Cima do Salto por ter me apresentado um novo mundo, e a todas as travestis que me ensinaram tanto por tantas formas novas que me mudaram e me fizeram repensar meus confortáveis caminhos...

Aos participantes dessa pesquisa que contribuíram para essa pesquisa, que se dispuseram a partilhar sua vida e seus pontos de vista em reflexões que levo para toda a vida.

Muito Obrigada!

RESUMO

O profissional de medicina tem sido cada vez mais desafiado a atender às necessidades e exigências de uma população extremamente múltipla e plural. As Políticas Públicas em Saúde específicas para a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) surgem para que seu acesso seja feito de forma equitativa, além de promover a educação dos profissionais e o enfrentamento de possíveis situações de discriminação. No que diz respeito ao processo saúde-doença dessa população, as suas especificidades devem ser consideradas pelos profissionais para um atendimento efetivo. O objetivo da presente pesquisa é compreender os sentidos da diversidade sexual entre estudantes de Medicina, e suas implicações para o atendimento a essa população. Foram realizados cinco encontros grupais áudio-gravados com oito estudantes de graduação em Medicina, com temas relacionados à formação em saúde e sexualidade. A análise dos dados, fundamentada no construcionismo social, identificou os sentidos produzidos e permitiu uma reflexão sobre sua produção baseada na literatura da área. A partir da referida análise foram selecionados seis trechos de conversas que abordavam questões refentes a: a) A homofobia de uma certa moral sexual; b) Conversando sobre as identidades sexuais e as lesbianidades; c) A suposta estabilidade das identidades sexuais e o lugar da bissexualidade; d) A heteronormatividade na relação com o paciente; e) Quais necessidades em saúde?; f) A aplicação das políticas públicas LGBT e o currículo médico. De forma geral, os resultados reafirmam a urgente necessidade de aprimorar a capacitação de profissionais e futuros profissionais de saúde sobre questões de sexualidade, gênero e identidade sexual, na medida em que nos currículos das graduações, pouco é falado sobre as dimensões da sexualidade na relação médico-paciente. Da mesma forma, foi identificada a reprodução de discursos que legitimam a homofobia e as normas de gênero, condenando o desvio da norma heterossexual e levantando a questão de como isso pode ser levado ao atendimento do paciente LGBT. São inúmeras as mudanças na formação

profissional necessárias para que as políticas LGBT sejam efetivadas. Novos trabalhos sobre o tema se fazem necessários para discutir tanto a formação desse profissional que vai atender o paciente LGBT, como sobre os processos necessários à efetivação das políticas em seus objetivos de melhor atendimento de saúde e redução dos processos discriminatórios em saúde.

Palavras-chave: Educação Médica; Diversidade Sexual; Homofobia.

ABSTRACT

The health professional has been increasingly challenged to comply with needs of an extremely multiple and diverse population. The public policies in health area for the specific population of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transgender (GLBT) come to assure that the access is done equitable, besides promoting the education of the professionals and face possible discrimination situations. In what concerns this population health-disease process, their specificity must be considered by the professionals for an effective treatment. This research's objective is to comprehend the meaning of sexual diversity among medicine students and its implications for this population's treatment. Five audio-recorded meetings were realized with eight medicine students, with sexuality and health formation related themes. The data analysis, grounded on social constructionism, identified the produced senses and allowed a thought about its production based on area's literature. From this analysis were selected six patches of conversations that approached questions referring to: a) Homophobia of some sexual morality; b) Talking about sexual identity and lesbianism; c) The presumed stability of the sexual identities and the bisexuality; d) The heteronormativity related to the patient; e) What needs in health?; f) The application of GLBT public policies and the medic curriculum. Overall, the results reaffirm the urgent need to improve the professional capacitation and future health professionals about sexuality, gender and sexual identity, as in graduation curriculums, too few is taught about sexuality dimensions in the doctor-patient relationship. In addition, homophobia and gender standard stimulating speeches were identified, condemning the heterosexual standard deviation and raising the question of how it could be taken to the treatment of a GLBT patient. There are many changes needed in professional formation to actualize the GLBT policies. New research about this theme is necessary to discuss not only the formation of this professional that will attend the LGBT patient, but also the necessary

process to actualize policies for a better attending of health and the reduction of discriminatory process.

Key-words: Medical education; Sexual diversity; Homophobia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed.
GLMA	Gay and Lesbian Medical Association
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PNLGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PNPCDH-LGBT	Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PROMED	Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

<u>APRESENTAÇÃO</u>	13
<u>1. INTRODUÇÃO</u>	17
<u>2. APONTAMENTOS SOBRE O ESTUDO DA SEXUALIDADE</u>	22
2.1. UMA CERTA PERSPECTIVA SOBRE A SEXUALIDADE	22
2.1.1 DA SEXUALIDADE COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL.....	22
2.1.2 SOBRE SEXUALIDADE E GÊNERO.....	25
2.1.3 CONSTRUÇÃO SOCIAL E TEORIA QUEER	28
2.2. SEXUALIDADE, DIVERSIDADE SEXUAL E HOMOFobia	31
<u>3. FORMAÇÃO MÉDICA E SEXUALIDADE.....</u>	42
<u>4. POLÍTICAS PÚBLICAS E A POPULAÇÃO LGBT</u>	60
<u>5. A PESQUISA: CAMINHOS METODÓLOGICOS.....</u>	76
5.1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS.....	76
5.2. PESQUISA QUALITATIVA CONSTRUÇÃOISTA	77
5.3. AS OFICINAS	83
5.4. OS PARTICIPANTES	84
5.5. PASSOS NA COLETA DOS DADOS	85
5.6. PASSOS NA ANÁLISE DOS DADOS	85
<u>6. ANÁLISE.....</u>	87
6.1. A HOMOFobia DE UMA CERTA MORAL SEXUAL	87
6.2. CONVERSANDO SOBRE AS IDENTIDADES SEXUAIS E AS LESBIANIDADES.....	92
6.3. A SUPosta ESTABILIDADE DAS IDENTIDADES SEXUAIS E O LUGAR DA BISSEXUALIDADE.....	97
6.4. A HETERONORMATIVIDADE NA RELAÇÃO COM O PACIENTE.....	103
6.5. QUAIS NECESSIDADES EM SAÚDE?	109
6.6. A APLICAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS LGBT E O CURRÍCULO MÉDICO.....	114
<u>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	121
7.1. SOBRE AS POSSIBILIDADES DA SEXUALIDADE.....	121
7.2. FORMAÇÃO MÉDICA, SEXUALIDADE E POLÍTICAS DE SAÚDE LGBT	123
7.3. SOBRE OS PARTICIPANTES DA PESQUISA E O PAPEL DE PESQUISADORA-COORDENADORA.....	124
<u>8. REFERÊNCIAS</u>	127
<u>9. APÊNDICES</u>	142
<u>10. ANEXOS</u>	150

APRESENTAÇÃO

"Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam. Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Para entender como alguém lê, é necessário saber como são seus olhos e qual é a sua visão de mundo (Boff, 2000)"

Ao iniciar a proposição deste estudo começo com uma apresentação de minha trajetória pessoal e acadêmica, na medida em que o caminho percorrido faz parte deste trabalho em sua gênese. Conhecer um pouco mais sobre quem escreve permite que o olhar dirigido pelo leitor a essa pesquisa seja ampliado, na medida em que oferece mais que justificativas científicas, motivações pessoais para a curiosidade e interesse que iniciaram este processo.

Minha caminhada na Psicologia se inicia em 2006 com o ingresso no curso na Universidade Federal de Uberlândia. Ao longo dos períodos percebia que não me identificava com as tradicionais linhas de pensamento psicológico, e aos poucos fui tentando encontrar alternativas a esse estranhamento. Sempre vi a Psicologia como um campo de inúmeras possibilidades de atuação e a busca era por caminhos novos, que me proporcionassem novas teorias e olhares para além dos tradicionais.

Os estágios que realizei durante a graduação foram determinantes no meu caminho de desafios e escolhas. Tive um estágio que foi um primeiro passo nessa direção, e então no 7º período, iniciei um estágio em Psicologia Comunitária e Social no Centro de Prevenção a Criminalidade de Uberlândia. Trabalhando em um de seus programas, o CEAPA, que atua em parceria com o Juizado Especial junto às Penas Alternativas na cidade, pude ter um primeiro contato com questões até então muito distantes: violência, criminalidade, uso de drogas, políticas públicas de saúde e segurança. Tive a oportunidade de participar de muitas palestras, de ouvir muitas histórias de vida, e assim, comecei a ter muito interesse em questões sociais e

de saúde. Começava aqui minha saída de uma ‘zona de conforto’ como estudante de Psicologia.

Pouco tempo depois, inicio meu estágio “Saúde, sexualidade e cidadania” com o Professor Dr. Emerson Rasera dentro do Programa em Cima do Salto: Saúde, Educação e Cidadania, que se tornou a experiência mais marcante da minha graduação. O contato com as travestis¹ e os encontros em formatos de oficinas trouxeram muito aprendizado e crescimento, tanto pessoal quanto profissional. Durante o estágio tive a oportunidade de conhecer melhor os estudos construcionistas sociais em sua leitura da sexualidade, desenvolvendo meu senso crítico para tantas questões, que até então eram irrelevantes na minha leitura de mundo. Era um caminho sem volta, depois desse mundo novo ter sido apresentado a mim, nos debates em grupo sobre saúde e cidadania, nas leituras requeridas, supervisões e conversas informais onde as nuances da vida cotidiana das travestis me eram apresentadas, eu fui chamada a rever minhas descrições de mundo e discursos sobre sexo. Comecei a perceber como aceitava tantos discursos discriminatórios e heteronormativos e os reproduzia, sem qualquer criticidade. Foram inúmeras as vivências com as travestis que reverberavam sobre minha identidade e sobre a minha construção pessoal do porque fazer Psicologia. Uma dessas situações que, de algum forma faz parte desta dissertação, foi uma conversa informal antes de um dos encontros do Programa em Cima do Salto, quando uma travesti foi vítima de violência nas ruas. Na ocasião, ela me contava sobre seus ferimentos e quando questionei sobre o atendimento médico que havia recebido ela me relatou uma prática comum: buscar lugares onde os profissionais eram conhecidos, e assim, poderiam receber um atendimento de qualidade, não discriminatório, independentemente da distância física para chegar ao local. Ao ouvir aquele relato comecei a pensar sobre todas as dificuldades encontradas por elas, especificamente, quanto à circulação. A grande maioria da população de

¹ Neste texto opto por tratar as travestis e transexuais pelos artigos e pronomes femininos, conforme outros autores (Benedetti, 2005; Peres, 2005; Pelucio, 2007) e também pelo contato pessoal e relação que estabeleci com elas.

travestis tem uma vida noturna, evitando assim, os olhares sobre elas durante o dia nas ruas, e percebi a dificuldade também quando se tratava de saúde. Os relatos que ouvia era de uma busca por atendimento apenas em casos urgentes, e ainda, apenas em lugares específicos onde sabiam que não seriam mal-tratadas de alguma forma: chamadas pelo nome masculino, colocadas em enfermaria masculina, mal atendidas pelos profissionais de saúde.

Já tendo conhecimento sobre a Carta dos direitos dos usuários da saúde (Brasil, 2006), que regulamenta o direito dos usuários do Sistema Único de Saúde de utilizar o Nome Social no momento do seu acesso aos serviços de saúde, comecei a me questionar qual era o conhecimento dos profissionais de saúde sobre essa legislação e sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2010a), que trata dessa e de outras questões da saúde da população LGBT no país. Mais que isso, comecei a me questionar sobre a real formação oferecida para os profissionais de saúde em sexualidade na sua interface com a saúde, para além das questões puramente biológicas. Da mesma forma, comecei uma reflexão sobre qual seria o papel da formação na reprodução dos discursos de violência e preconceito, buscando manter um olhar reflexivo para além de respostas prontas ou de causa e efeito, considerando toda a matriz heteronormativa instaurada em nossa sociedade.

Por meio de pesquisa bibliográfica foram surgindo novos relatos e novas dificuldades de acesso das outras categorias sexuais LGBT: lésbicas, gays, transexuais, bissexuais. Através da minha motivação pessoal aliada ao contato tão marcante que tive com esta população, a ideia e os objetivos iniciais deste projeto foram ganhando forma e se concretizaram nesta dissertação. Assim, o objetivo geral da presente pesquisa é compreender os sentidos da diversidade sexual entre estudantes de Medicina, e suas implicações para o atendimento a essa população. Dessa forma, o desejo desta pesquisadora é que a prática da pesquisa consiga mais que uma avaliação da preparação dos profissionais para atender aos pacientes LGBT, e que a

discussão sobre sexualidade com os estudantes de Medicina possa, de alguma forma, criar um contexto de reflexão para as suas práticas profissionais.

Empreender uma leitura sobre a sexualidade não é tarefa fácil, são muitos os autores, teorias e pesquisas. Assim, no capítulo dois, é feita uma seleção de autores e conceitos pertinentes à sexualidade em sua relação com a teoria queer e a perspectiva construcionista social, dando enfoque também à homofobia e a matriz heteronormativa.

No capítulo seguinte, abordo as questões das políticas públicas e o SUS, bem como as recentes políticas direcionadas à saúde da população LGBT, iniciando um debate sobre o seu desenvolvimento e aplicação na atualidade.

Logo na sequência, no capítulo quatro, a formação profissional médica e sua relação com a sexualidade será debatida, refletindo sobre os conteúdos e parâmetros para formação médica, considerando a noção da diversidade sexual, relação médico paciente, e a humanização da atenção em saúde.

O capítulo quinto é a apresentação do caminho percorrido para a construção dessa proposta de trabalho em grupo, onde já apresento os participantes e a base dos encontros. Na sequência, trago os caminhos metodológicos dessa pesquisa, passando pelos objetivos, justificativas e referencial teórico qualitativo de cunho construcionista social.

No sexto capítulo, será apresentada a análise dos trechos dos grupos realizados com os alunos do curso de Medicina e seus possíveis desdobramentos, sublinhando questões principais em cada um desses encontros: moralidade do sexo, estabilidade das identidades sexuais, heteronormatividade, necessidades em saúde da população LGBT, conhecimento sobre as políticas LGBT, dentre outros.

Por fim, no sétimo capítulo serão expostas as considerações finais de todo o processo de desenvolvimento deste trabalho.

1. INTRODUÇÃO

A proposta deste capítulo é apresentar alguns autores e pesquisas que abordam o tema do acesso da população LGBT aos serviços de saúde, bem como apresentar um panorama geral das discussões sobre a formação dos profissionais de saúde para questões de sexualidade. O intuito deste capítulo é trazer uma perspectiva inicial sobre alguns dos temas relevantes na construção dessa pesquisa, na medida em que serão importantes para a compreensão dos pontos de partida deste trabalho, para depois ser possível uma discussão ampliada sobre saúde e sexualidade.

No que se refere à procura por atendimento em saúde, o profissional de Medicina tem sido cada vez mais cobrado por ter que atender às necessidades e exigências de uma população extremamente múltipla e plural. A acessibilidade a serviços de saúde tem sido considerada, nos últimos anos como um dos principais componentes da Qualidade de Vida (Acurcio & Guimarães, 1996). Terto Júnior (2002) aponta a existência de homofobia nos serviços de saúde, e reitera a prática como barreira para o acesso, bem como para o tratamento adequado dessa população. Para o atendimento da população LGBT, deveriam ser incluídas noções de tratamento e cuidados, de forma a ampliar o foco do profissional de saúde para além da sintomática, pensando também na vida e trajetória pessoal daquele indivíduo (Ayres, 2002). Pesquisas têm evidenciado que tais atitudes e práticas de preconceito e discriminação podem dificultar o acesso dos indivíduos que buscam serviços de saúde (Melo, 2010). Nesse sentido, o acesso pode ser definido como o uso de serviços de saúde para obter o melhor resultado possível em tempo adequado. Dessa forma, o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que busca por cuidados e do profissional que o conduz nessa busca (Travassos & Martins, 2004). A representação AIDS-homossexualidade pode estar criando barreiras frente à iniciativa de prevenção e cuidados em saúde, desenvolvendo estigmas e preconceitos sobre esse grupo social. (Terto Júnior, 2002).

As Políticas Públicas específicas para a população LGBT surgem para que o acesso desta população seja feito de forma equitativa, além de promover a educação e sensibilização dos profissionais para possíveis situações de preconceito e discriminação. É, pois, visível que os princípios das políticas públicas de saúde mundiais, a serem mais discutidos no decorrer deste trabalho, têm acompanhado o desenvolvimento das discussões sobre os direitos de populações anteriormente excluídas por fugirem dos padrões de “normalidade”, especialmente os do grupo LGBT, marcado pelo estigma da AIDS, mas que demanda muitas outras formas de cuidado e atenção em saúde. Nesse sentido, se torna cada vez mais crescente a importância de estudos que foquem nas inequidades de acesso à saúde, contribuindo para o debate e desenvolvimento das políticas públicas (Acurcio & Guimarães, 1996). Assim, o conhecimento sobre os dados de acesso dessa população, especialmente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, é dimensão relevante para a construção de políticas públicas adequadas (Barbosa & Facchini, 2009).

Dentro dessa complexidade, ainda é preciso considerar que a abreviatura LGBT pode ser uma armadilha, na medida em que o primeiro grupo (LGB) se refere à categoria de identidades sexuais de gays, lésbicas e bissexuais; já o segundo grupo, representado pela sigla T, se refere aos transgêneros (travestis e transexuais) que devem ser entendidos como identidades de gênero (Miller, citado por Cardoso & Ferro, 2012). Assim, é preciso que sejam consideradas as questões em saúde específicas para cada grupo.

Sobre as perspectivas de acesso dessa população, algumas pesquisas tem mostrado que parte dos pacientes LGBT ocultam sua opção sexual, sempre que possível, ao procurarem os serviços de saúde (Clark, Landers, Linde & Sperber, 2001; Williams-Barnard, Mendoza, Shippee-Rice, 2001; Marrazzo, 2004; Hutchinson, Thompson & Cederbaum, 2006; Schmidt & Marcus, 2011). Da mesma forma, dados apontam para a noção de que os médicos assumem que os clientes são heterossexuais, a menos que eles afirmem explicitamente o contrário,

indicando uma tendência para o padrão heteronormativo (Hutchinson et al., 2006). Além disso, alguns estudos apresentam uma certa preferência dos pacientes LGBT por prestadores de serviço em saúde marcadamente com as mesmas práticas sexuais, no sentido de procura por atendimento com menores chances de situações de preconceito e maior abertura para anamnese (Ida, 2007; Dohrenwend, 2009).

Outras publicações apontam que intervenções educativas (palestras, painéis de discussão, e role-playing) junto às equipes de saúde apresentam bons resultados e mudança para atitudes positivas e comportamentos assertivos para o bom atendimento aos LGBT's, sendo indicadas como forma eficaz na redução estereotípica de pensamentos e atitudes negativas em relação aos mesmos, promovendo o desenvolvimento de habilidades para a comunicação intercultural, exploração dos pontos de vista dos pacientes sobre a dor, doença e tratamento e relacionamento médico-paciente. (Clark et al., 2001; Dysart-Gale, 2010; Helfrich & Simpson, 2006; Ida, 2007; Dykes & White, 2009).

A busca pela redução das disparidades no acesso pode ser considerada uma luta contínua por parte de Governos, Instituições e população em geral, na medida em que muitas ações precisam ser desenvolvidas para atingir esta meta. Uma formação contínua, global e não discriminatória para todos os profissionais de saúde precisa começar a ser discutida na formatação dos currículos de formação na área de saúde. Sua base encontra-se na consideração do indivíduo como ser bio-psicossocial, que possui necessidades que vão muito além de sua opção sexual. É preciso enfatizar que a ética profissional deve reger as relações médico-paciente, excluindo dos contextos de saúde atitudes e ações que possam constranger e afastar o paciente LGBT (Lionço, 2008; Cerqueira-Santos et al., 2010; Cardoso & Ferro, 2012).

É preciso considerar que as transformações necessárias para melhorar o atendimento da população LGBT depende também das atitudes e ideias dos profissionais de saúde. Os

reflexos da heteronormatividade acabam por afetar o profissional em atendimento oferecido à essa população (Cardoso & Ferro, 2012). Souza, Abrão, Costa & Ferreira (2009) corroboram essa ideia de que práticas discriminatórias de alguns profissionais de saúde estão relacionadas à influência cultural do padrão heterossexual, constituindo possível entrave ao acesso à um dos serviços mais básicos, o da saúde. Fica claro que as identidades sexual e de gênero podem se tornar conceitos sem definição clara para os profissionais de saúde, acarretando em déficit de encaminhamentos de acordo com as especificidades das questões de saúde LGBT (Lionço, 2008). Da mesma forma, podendo estar em estado emocional mais frágil devido a episódios de discriminação, o paciente LGBT pode se sentir desencorajado a confiar e seguir a orientação dos profissionais de saúde (Cerqueira-Santos et al., 2010).

Nos Estados Unidos, a Gay and Lesbian Medical Association (Gay and Lesbian Medical Association, 2006) criou um documento denominado “Guia para o cuidado de pacientes Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros”, que contêm indicações e dicas para os médicos no atendimento dessa população. No sentido de reduzir as situações de discriminação e homofobia no âmbito dos hospitais americanos, o texto propõe a criação de um ambiente clínico de confiança, conforto e confidencialidade para o cuidado da população LGBT por meio de treinamentos de equipe em sensibilização, questionamentos efetivos e sensíveis e conhecimento das especificidades de cada uma das populações LGBT.

Em uma das pesquisas nacionais encontradas, tendo o objetivo de identificar possíveis situações de homofobia e preconceito no atendimento em saúde de LGBT's que procuram o SUS, Cerqueira-Santos et al. (2010) buscaram dados referentes ao acesso, acolhimento, humanização e discriminação nos serviços públicos de saúde do país. Os resultados apontam para a ideia de que o discurso heteronormativo é gerador de diferenças que colocam os grupos LGBT's em desvantagens, bem como para um discurso de tolerância apenas superficial, que camufla uma falta de habilidade em lidar com as várias expressões da sexualidade. Os autores

afirmam ainda que o conceito de equidade parece não ser adequadamente aplicado à população LGBT, desencadeando efeitos negativos junto a essa população que muitas vezes sente que suas necessidades e especificidades não são reconhecidas e legitimadas. Os autores concluem reiterando que atitudes discriminatórias, ainda existem nos serviços de saúde, e estas afetam a relação médico-paciente negativamente, colocando obstáculos para educação e prevenção, bem como colocam em descrédito o sistema de saúde, impedindo a busca voluntária por exames, atentando contra o direito de saúde.

Assim, novas pesquisas devem ser realizadas em âmbito nacional para avaliar as inequidades de acesso referentes aos aspectos particulares das Política Públicas no país. Da mesma forma, é necessária a ampliação das pesquisas em acesso e cuidado em saúde para as populações LGBT mais marginalizadas, tais como as de Travestis e Transexuais, grupos que ainda possuem poucos dados trazidos por pesquisas.

2. APONTAMENTOS SOBRE O ESTUDO DA SEXUALIDADE

“A experiência nos tem ensinado que o caminho para compreender o ser humano e trabalhar a sexualidade não admite neutralidade para quem caminha” (Riechelmann, 1993, p. 302).

Nesta seção inicial, trago algumas discussões importantes na construção de um diálogo sobre sexualidade. Destaco autores que me auxiliarão na exposição de ideias, discursos e conceitos dos estudos sobre sexualidade, tais como Foucault (1988), Weeks (2000), Rubin (1998) e Butler (2003). Apresento, teóricos em diálogos que abordam a sexualidade, teoria queer e a perspectiva construcionista social, da qual parto para desenvolver esta pesquisa. Contudo, é preciso deixar claro que não há a pretensão de apresentar um panorama histórico dos estudos no campo, feito já plenamente realizado por autores como Leite Júnior (2011), mas apenas sinalizar o lugar do qual parto para dialogar e construir um argumento sobre os discursos relativos à diversidade sexual, heteronormatividade e os padrões de gênero vigentes.

2.1. Uma certa perspectiva sobre a sexualidade

2.1.1 Da sexualidade como construção social

Um dos pressupostos centrais desse trabalho é a compreensão da sexualidade como construção social (Weeks, 2000), divergindo de perspectivas que consideram a mesma em termos de um essencialismo ahistórico e de um determinismo biológico (Mello, Brito & Maroja, 2012c). Tomando emprestado as palavras de Rubin (1988), podemos dizer que “a sexualidade é tão produto humano como o são as dietas, os meios de transporte, os sistemas de etiqueta, as formas de trabalho, as diversões, os processos de produção e as formas de opressão” (p.133). A noção construcionista é de uma sexualidade erguida socialmente, de forma a questionar noções estabelecidas do que é essencial, natural ou universal (Paiva, 2008). Da mesma forma, a sexualidade deixa de ser parte de uma essência humana, e, portanto, precisa ser abordada em seu contexto específico (Weeks, 2000). Foucault (1988)

reafirma a noção de uma sexualidade não essencialista e aponta que, no contexto ocidental atual, a mesma deve ser compreendida como um discurso de cunho crítico e histórico produzido na Modernidade, em que os indivíduos produzem discursos referentes a seus desejos e um sistema de saberes e normas.

Assim, a importância atribuída à sexualidade é variável conforme o contexto histórico, e somente será possível entender as atitudes em relação ao corpo e ao sexo levando este em consideração. O construcionismo social, como movimento teórico, também trata da sexualidade e se coloca em via oposta ao ‘essencialismo sexual’ que tenta explicar um todo complexo por meio de uma suposta essência interior, reduzindo a complexidade do mundo às suas partes constituintes e explicando os seres como resultados de impulsos internos (Weeks, 2000). Parte-se da ideia de que a sexualidade é dada no âmbito da cultura, não havendo, portanto, uma naturalidade em sua constituição ou em determinadas práticas em detrimento de outras, o que há são construções históricas da sexualidade que acabam por implicar certas relações de poder (Adelman, 2000). Pensar em uma sexualidade não-natural e discursivamente construída pressupõe que são diversas as formas de construção e compreensão da mesma. Dessa maneira, não há como dizer da existência de uma elucidação verdadeira e/ou certa sobre a homossexualidade ou heterossexualidade. De fato, tais categorias utilizadas para definir as expressões das sexualidades são também específicas de cada cultura e período histórico e não têm, necessariamente, operado da mesma forma e em todas as épocas (Sullivan, 2003).

Vance (1995) trata a sexualidade como produto de aprendizagem e regulação social, e da mesma forma, aponta que o discurso construcionista questionou os determinismos biológicos, redefiniu o gênero e fez uma diferenciação entre identidades e práticas sexuais, bem como questionou a origem da dominação masculina. E conclui:

uma leitura mais cuidadosa dos textos construcionistas mostra que a construção social abrange um campo teórico bastante diversificado das coisas que podem ser construídas, indo desde os atos sexuais, as identidades sexuais, as comunidades sexuais e a direção do desejo sexual (a escolha do objeto) até ao impulso sexual ou à própria sexualidade (p. 16).

Uma forma de aprofundarmos e ampliarmos o entendimento da constituição social, cultural e histórica da sexualidade é entendê-la como um “dispositivo histórico”. Segundo Foucault, em ‘História da sexualidade - o uso dos prazeres’, “a sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico” e que “não se deve concebê-la como uma espécie de dado da natureza que o poder é tentado a pôr em xeque, ou como um domínio obscuro que o saber tentaria, pouco a pouco, desvelar” (Foucault, 1988, p. 100). Assim, fala da naturalização dos conceitos em sexualidade, que, regidos por uma lógica biológica, serviam para todo e qualquer humano em qualquer época. Contudo, desenvolve seus argumentos a partir da ideia de uma sexualidade com bases históricas e culturais, indo contra uma busca pela verdade sobre o sexo, mas favorecendo uma análise sobre como os discursos sobre ele produziram suas práticas. Em seu livro “História da sexualidade – A vontade de saber”, Foucault, através de duas bases conceituais, desenvolve seus argumentos: a *scientia sexualis* e o dispositivo da sexualidade. Este é definido como conjunto de práticas, conhecimentos e instituições que fizeram da sexualidade uma dimensão totalmente fundamental ao indivíduo. Já a *scientia sexualis* se refere ao conjunto de normas que regulam os saberes sobre sexo e prazer, que levavam em consideração uma medicina sexual pautada na biologia da reprodução humana. A *scientia sexualis*, baseada na união entre a ciência e a obtenção da verdade, cria no século XIV formas de regulamentação da sexualidade, nas quais mecanismos de poder cunham uma política do corpo e da sexualidade pela definição dos papéis sexuais de homens e mulheres.

Assim, com a normatização de comportamentos, surgem as periferias sexuais, colocadas como perversões: homossexualidade, pedofilia, masoquismo, necrofilia.

O controle médico, familiar, escolar, que aparentemente visam apenas a repressão e vigília, na verdade, atuam como mecanismos de dupla incitação: prazer e poder. "Prazer em exercer um poder que questiona, fiscaliza, espreita, espia, investiga, revela; prazer de escapar a esse poder. Poder que se deixa invadir pelo prazer que persegue - poder que se afirma no prazer de mostrar-se, de escandalizar, de resistir" (Foucault, 1984, p. 45). O discurso patológico é associado ao discurso normativo e o controle das práticas sexuais é entregue ao saber médico e psicológico, reforçando a negatividade das condutas homossexuais. As teorias essencialistas, focadas nos aspectos individuais, utilizadas pelas ciências biológicas, também utilizam conceitos que ligam a homossexualidade ao desvio, reforçando assim juízos negativos radicados em nossa cultura (Terto Júnior, 1999). O discurso médico trata as práticas sexuais como estados de saúde e doença, categorias do normal e anormal (Louro, 2000).

2.1.2 Sobre sexualidade e Gênero

Um dos principais nomes da Sexologia, Havelock Ellis, ao tratar desse essencialismo relacionado à sexualidade, afirma: "o sexo penetra a pessoa inteira; a constituição sexual de um homem é parte de sua constituição geral. Há uma considerável verdade na expressão: 'um homem é aquilo que o seu sexo é'" (Ellis, 1946, p.3). Segundo Weeks (2000), a metáfora de Ellis que trata a experiência sexual como essencialmente masculina, marginaliza a sexualidade da mulher, colocando-a nas mãos do homem que a 'desperta'. Dessa forma, se torna difícil não notar que nos escritos e na própria consciência compartilhada socialmente o padrão predominante de sexualidade é marcadamente masculino (Weeks, 2000).

É questionável a necessidade da diferenciação entre feminilidade e masculinidade na medida em que não representam nenhum tipo de realidade palpável e autônoma. Levanta-se,

então, um debate sobre a diferença dos órgãos biológicos ser tão influente na criação desta divisão homem/mulher e nas personalidades dos indivíduos (Gergen, 1992). Nogueira, Neves & Barbosa (2005) concluem que “a masculinidade e feminilidade numa dada cultura, categorias aparentemente ‘naturais’ estão inevitavelmente ligadas ao gênero, de modo que o que representa ser homem ou mulher está construído sobre essa prescrição” (p.6).

A força do movimento feminista permitiu a criação de novos paradigmas referente à sexualidade e gênero, colocando-os em diferentes níveis (Benedetti, 2005). O sexo se refere à biologia, de órgãos reprodutores e a materialidade evidente nos corpos. Em oposição, o gênero, marcadamente ligado à trajetória feminista, se torna uma interpretação feita pela cultura ao sexo, tratando de posições sociais, vivência cultural desses corpos, ou seja, propondo uma interpretação múltipla do sexo, de forma a ser caracterizado de forma independente deste (Rocha, 2011). Hare-Mustin e Marecek (1990) partem dessa perspectiva para falar de gênero como uma criação das sociedades humanas, que constroem arranjos sociais que definem as consciências de homem/mulher e que, por fim, definem as estruturas de linguagem que nos disciplinam. Cria-se assim, a cisão entre os mesmos, entendendo o sexo com referência biológica, binária, ligada diretamente ao órgão sexual que o indivíduo possui desde seu nascimento; e gênero como uma interpretação cultural do sexo, a forma como o indivíduo se posiciona e se comporta através de um processo de escolha e interpretação cultural, de um “fazer gênero” (Butler, 2003).

O movimento feminista, buscou demonstrar como a dominação masculina, e a consequente desigualdade entre os sexos, não se relaciona com a biologia. Nas diversas áreas de conhecimento social e da saúde, o gênero tornou-se categoria legítima de investigação no século XXI, partindo da ideia de que o sexo não está intrinsecamente relacionado ao masculino, feminino ou sequer à heteronormatividade (Paiva, 2008). Louro (1997) afirma que é por meio das feministas inglesas que a palavra ‘gender’ passa a ser utilizada de forma

distinta da palavra ‘sex’. Buscando rejeitar um determinismo biológico incluído na palavra sexo, elas buscam enfatizar por meio da linguagem o caráter primordialmente social das divisões baseadas no sexo. Assim, o conceito passa a ter forte apelo relacional, na medida em que o gênero é construído nas relações (Paiva, 2008).

Ainda pensando sobre o gênero, Paiva (2008) afirma que o ensaio de Gayle Rubin (1975), “The traffic in women: Notes on the political economy of sex”, foi essencial para a desconstrução da ideia essencialista que associava a reprodução e a sexualidade à gênese da desigualdade de gênero. Corrêa (1999), apontando o mesmo ensaio de Rubin, trata da criação da categoria ‘sistema de gênero’ que seria “a totalidade dos arranjos através dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em atividades humanas e nas quais as necessidades humanas são tanto satisfeitas quanto transformadas” (p. 85). Em um trabalho subsequente, Rubin refaz sua perspectiva teórica ao repensar o aspecto biológico, e assim, afirma a sexualidade como esfera autônoma onde são construídas e transformam relações de cunho político, pessoal, social e cultural. Assim, reconhece que a construção das identidades de gênero, e das disparidades das relações estabelecidas entre homens e mulheres determinam, fundamentalmente, as práticas eróticas, manifestações de desejo e experiências relativas ao prazer.

Dessa forma, Rubin (1998) afirma que:

Como acontece com outros aspectos do comportamento humano, as formas institucionais concretas da sexualidade, num espaço e tempo determinados, são produto da atividade humana. Elas estão repletas de conflitos de interesse e manobra política, tanto da natureza proposital quanto circunstancial. Nesse sentido o sexo é sempre politizado. Há, porém, períodos históricos nos quais a

sexualidade é mais contestada e abertamente politizada. Nesses períodos, o domínio da vida erótica é efetivamente re-negociado (p. 100)².

Moore (1997) aponta novas análises sobre a categorização de gênero (masculino e feminino) também como produto discursivo ocidental, logo, cultural e historicamente particular. Da mesma forma, ele considera que a ideia de sexo é constituída por um discurso biomédico especificamente ocidental, na medida em que é considerado como propriedade biológica independente de qualquer construção social. Logo, as diferenciações entre o gênero e o sexo biológico possibilitaram uma discussão sobre como as categorias estabelecidas de “homem” e “mulher”, e seus respectivos aspectos simbólicos foram produzidas socialmente, e não de forma natural e estável.

2.1.3 Construção Social e teoria queer

Rocha (2011) apresenta um panorama das produções construcionistas sobre sexualidade no Brasil: numericamente ainda pouco expressivas e representadas por autoras como Vera Paiva (2008), que reflete sobre o gênero e a sexualidade voltadas para ações de promoção à saúde, principalmente voltadas à Aids. Em Portugal, refletindo sobre a pesquisa como produtora de conhecimentos que transformam o meio social, buscando novos meios de ação, Nogueira (2001) e Amâncio (2003) têm contribuído na convergência teórica entre Psicologia, Construcionismo e Sexualidade.

Falar de construcionismo e sua relação com a temática da sexualidade, requer uma abordagem de outra linha teórica, que de fato, desenvolve alguns de seus argumentos. A Teoria Queer surge com as fraturas no desenvolvimento das políticas identitárias homossexuais, culminando nas chamadas políticas pós-identitárias (Louro, 2001). Inicialmente se faz necessário ir até a etimologia da palavra Queer, de origem inglesa, justamente para evidenciar o sentido que carrega esse nome. No passado, o significado

² - Tradução de Adelman (2000).

remetia a estranho, ridículo, nos sentidos mais pejorativos possíveis se remetendo aos não-heterossexuais. Contudo, o movimento social LGBT passou a utilizar a palavra como forma de sublinhar a diferença entre ser homossexual e ser “anormal”. Depois, passou a ser utilizada como nome de uma formulação teórica iniciada na década de 90, representada por teóricos como Butler e Sedgwick (Lewis, 2012).

Seidman (1995, citado por Louro, 2001) aponta que:

Os/as teóricos/as queer constituem um agrupamento diverso que mostra importantes desacordos e divergências. Não obstante, eles/elas compartilham alguns compromissos amplos – em particular, apóiam-se fortemente na teoria pós-estruturalista francesa e na desconstrução como um método de crítica literária e social; põem em ação, de forma decisiva, categorias e perspectivas psicanalíticas; são favoráveis a uma estratégia descentradora ou desconstrutiva que escapa das proposições sociais e políticas programáticas positivas; imaginam o social como um texto a ser interpretado e criticado com o propósito de contestar os conhecimentos e as hierarquias sociais dominantes (p. 546).

Butler desenvolve os argumentos de Foucault e influencia a teoria queer. Ela assinala como o gênero opera como mecanismo regulador que privilegia a heterossexualidade, considerando esta como um produto discursivo do sistema de gênero (Jagose, 1996). Judith Butler fala de performatividade para sublinhar que a linguagem que fala de corpos e sexo não apenas descreve uma realidade, mas ao mesmo tempo, a constrói (Louro, 2004). A regulamentação das normas do sexo favorecem de maneira performativa a constituição da materialidade dos corpos e seu sexo, e assim corporificam a diferença sexual que consolida o imperativo da heterossexualidade (Butler, 2003). E conclui:

O "sexo" é, pois, não simplesmente aquilo que alguém tem ou uma descrição estática aquilo que alguém é: ele é uma das normas pelas quais o "alguém"

simplesmente se torna viável, é aquilo que qualifica um corpo para a vida no interior do domínio da inteligibilidade cultural (p. 111).

Assim como outros teóricos queer, Butler critica o binarismo homossexual/heterossexual, afirmando que essa oposição preside os discursos de homofobia e segue até os discursos a favor da homossexualidade (Louro, 2004). Louro (2001) aponta que as condições para o surgimento da teoria Queer devem ser enquadradas no campo mais amplo do pós-estruturalismo, e não apenas aos movimentos gays. Assim, a teoria Queer se associa ao pensamento ocidental contemporâneo que questiona as noções estabelecidas de sujeito e identidade.

Sedgwick (1985), uma das representantes deste movimento, buscou em seu livro ‘Between Men: English Literature and Male Homosocial Desire’ investigar a emergência da forma como lidamos com a sexualidade, indo contra as maneiras mais usuais para tal investigação: nem pelos caminhos do gênero e heterossexismo nem pela perspectiva das minorias (gays e lésbicas). A autora buscou relatar como a dominação feminina está associada à rejeição das relações entre homens, ou seja, que misoginia e homofobia seriam interdependentes. Sedgwick aponta que algumas formas de dominação homosocial, como a dos dias atuais, dependem do repúdio a relações erótico-afetivas entre homens e na projeção deste sobre um indivíduo estigmatizado: o homossexual. Ela inicia uma compreensão de que as ordens social e sexual não se diferem, tendo no dualismo hetero/homo sua estrutura, de forma que a heterossexualidade seja priorizada e, ao mesmo tempo, se torne obrigatória.

Segundo Crawley & Broad (2008) podemos abordar quatro características gerais presentes nos trabalhos dos autores Queer. A primeira é a de que poder é a implantação de discursos que criam possibilidades de subjetividades. Nesse sentido, o poder de controlar as populações está nas ideologias dominantes, personificadas nos discursos, criando noções de posições sociais que todos ocupam por motivo da submissão a uma ideologia dominante em

um determinado período histórico. Assim, a heterossexualidade é apenas um destes discursos. Segunda, relacionado à primeira, trata da ideia de que a sexualidade é praticada sempre em um contexto cultural e histórico específico, devendo ser interpretada sobre essa perspectiva. A terceira aponta que a vida atual e a sexualidade são definidas pelo binarismo hetero/homossexual, criando um mecanismo de controle promulgado para encorajar a participação das pessoas na estrutura de poder heteronormativa. Dessa forma, uma das críticas da teoria queer se refere às categorias ontológicas, que são limitadas e passam a impressão de fixação e permanência. A quarta e última, fala da performatividade de gênero como causadora da crença biológica em categorias sexuais, ou seja, da velha ideia de que os fatores biológicos estão por trás dos comportamentos de gênero.

Assim sendo, baseada nos insights trazidos pelo construcionismo e por autores como Foucault, a Teoria Queer evidenciou e sublinhou as questões pós-estruturalistas e pós-modernistas, tais como os questionamentos às teorias identitárias e a ênfase no discurso e na possibilidade de sua desconstrução (Gamson, 2006). A teoria queer e o construcionismo se influenciaram de forma mútua, contudo, pode-se dizer que cada um possui seu “lugar” teórico (Rocha, 2011). Jagose (1996) aponta ainda que o ‘queer’ é consequência da problematização construcionista sobre qualquer termo absolutamente universal. Na busca por novos sentidos, teorias queer e construcionistas aumentam a discussão por um caminho reflexivo (Louro, 2008).

2.2. Sexualidade, diversidade sexual e homofobia

Buscando compreender a sexualidade para além da norma heterossexual, é importante analisarmos o que tem sido denominado como orientação sexual e diversidade sexual. Isso nos possibilitará entender alguns desafios vividos pela população LGBT, bem como a necessária busca de reconhecimento.

A orientação sexual aponta para qual sexo o indivíduo sente atração física e sexual (Cerqueira-Santos et al., 2010). Assim, ele é cunhado para fugir da terminologia ‘opção sexual’, na medida em que a orientação sexual não é uma escolha racional do indivíduo. As categorias da orientação sexual indicam a direção da atração sexual, usualmente são três: Homossexual para atração pelo mesmo sexo, Heterossexual para o sexo oposto e Bissexual para ambos os sexos (Prado & Machado, 2008). Ainda podem ser acrescentadas outras três categorias de orientação sexual: Assexual para indivíduos que não se sentem atração sexual, Pansexual que sente atração por vários sexos/gêneros (inclusive transgêneros) e Pomassexual que não acolhe classificação estática em nenhuma das categorias descritas anteriormente (Cerqueira-Santos et al., 2010).

Já a diversidade sexual, conforme Prado e Machado (2008), é a “expressão da noção de que há uma multiplicidade de identidades, desejos e práticas sexuais que envolvem relações humanas. Pode ser entendido como o oposto de unicidade ou monismo sexual”. (p. 140). A aceitação de uma pluralidade sexual implica na aceitação das diferentes formas de expressão sexual sob um ponto de vista natural dentro de uma sociedade com justiça, humanidade e culturas plurais (Petchesky, 1999).

A partir desses conceitos, é possível refletir como as sociedades modernas têm se tornado mais e mais conscientes das diversidades e multiplicidades que dela fazem parte, assim como da necessidade de controle sobre as diversas nuances que envolvem as relações sociais advindas de tais diferenças (Bandeira e Batista, 2002). Louro (1997) continua as discussões sobre gênero fazendo uma diferenciação entre identidade sexual e identidade de gênero: a primeira é constituída por meio da vivência da sexualidade com parceiros do mesmo sexo, sexo oposto ou sem parceiros; já a segunda é constituída por meio das relações estabelecidas entre os sujeitos, nas quais se identificam, social e historicamente, como masculinos ou femininos.

Briztman (1996) conclui ainda:

Nenhuma identidade sexual - mesmo a mais normativa- é automática, autêntica, facilmente assumida; nenhuma identidade sexual existe sem negociação ou construção. Não existe, de um lado, uma identidade heterossexual lá fora, pronta, acabada, esperando ser assumida e, de outro, uma identidade homossexual instável, que deve se virar sozinha. Em vez disso toda identidade sexual é um constructo instável, mutável, volátil, uma relação social contraditória e não finalizada (p. 74).

Seja pela não adequação de sexo biológico e gênero ou pela não adequação da identidade à matriz heteronormativa, a população LGBT muitas vezes tem seus direitos humanos básicos privados, acabando em situação de vulnerabilidade à discriminação. Por estar ciente dessa realidade, o Ministério da Saúde reconhece que as identidades sexual e de gênero fazem parte de um complexo processo discriminatório que resulta em exclusão, como, por exemplo, o direito à saúde (Brasil, 2010a).

Pensando assim nos referidos movimentos sociais, podemos notar que a construção dos direitos sexuais e reprodutivos é resultado de lutas divididas historicamente entre movimentos de homossexuais e feministas nos campos jurídico e da saúde (Oliveira, 2012). Ao tratar das questões de direitos sexuais e reprodutivos, Ávila (2003) define que:

Os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera da vida reprodutiva. Os direitos sexuais dizem respeito à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade. O que significa tratar a sexualidade e reprodução como dimensões da cidadania e consequentemente da vida democrática (p. 466).

O debate atual sobre os direitos sexuais tem sido baseado na diversidade das identidades sexuais e de gênero, e deve ser colocado sob a perspectiva universalista dos Direitos Humanos. É chegada a hora de uma proposição de novos pontos de vista para os

direitos sexuais e reprodutivos, tendo como base um direito democrático de sexualidade, pautado em direitos constitucionais fundamentais, reconhecendo as diversas manifestações de sexualidade e priorizando o acesso igualitário a todos aos bens necessários para a vida em sociedade (Rios, 2007).

Petchesky (1999) aborda a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, como marco na inclusão da sexualidade como assunto da agenda política dos Direitos Humanos Universais. Assim, pela primeira vez em um documento legal internacional há referência à “saúde sexual” como direito que deve ser resguardado. A Organização Mundial de Saúde define que “a saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer”; e conclui ainda que o propósito da vida sexual é “a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis.” (Cairo, 1994, p. 62).

O desrespeito à diversidade sexual e, consequentemente, aos direitos sexuais, está, muitas vezes, associado ao que se denominou como homofobia. Borillo (2010) aponta que a invenção da palavra “homofobia” cabe a um artigo publicado em 1971 à K. T. Smith, que buscou caracterizar traços de uma personalidade homofóbica. Já em 1972, G. Weinberg define a homofobia como “receio de estar com um homossexual em um espaço fechado e, relativamente aos próprios homossexuais, o ódio por si mesmo” (Borillo, 2010, p. 21, tradução do autor). Alguns autores tendem a questionar essa dimensão exclusivamente fóbica e sugerem outros termos: homoerotofobia, homossexofobia, homossexismo, heterossexismo (Borillo, 2010). Hudson & Ricketts (1980) propõem dois termos distintos: homonegatividade para englobar não apenas o caráter aversivo peculiar à homofobia, mas também, e principalmente, às atitudes negativas relativas à homossexualidade no plano do social,

jurídico, moral e antropológico; e homofobia considerando a homossexualidade no plano do fenômeno psicológico e social, indo ao encontro do cenário atual onde os indivíduos toleram ou mesmo simpatizam com os membros da comunidade LGBT, mas não aceitam políticas igualitárias para os mesmos. O próprio Governo Federal, através do Ministério da Saúde, entende que as diversas formas de discriminação como a homofobia podem ser causadores de doenças e sofrimento, considerando ainda aspectos sociais de desemprego, e falta de acesso à alimentação e moradia como adicionais a esse processo de adoecimento (Brasil, 2010a).

Para tratar de homofobia, é necessário falar da ordem sexual que organiza as relações sociais entre sexos e sexualidades. A ordem estabelecida, chamada de “natural”, é aquela em que o feminino se submete ao masculino em caráter de complementação e subordinação. Assim, podemos definir o sexismo como: “ideologia organizadora das relações entre os sexos, no âmago do qual o masculino caracteriza-se por sua vinculação ao universo exterior e político, enquanto o feminino reenvia à intimidade e a tudo que se refere à vida doméstica” (Borillo, 2010, p. 30). Podemos concluir, portanto, que em geral, a homofobia é uma forma de expressão do sexismo, no sentido da discriminação ser direcionada às pessoas pelo seu sexo, e mais especificamente de seu gênero. Em sociedades marcadamente dominadas pelos homens, a homofobia se torna organizadora das relações sociais, criando status repressor e controlador, na medida em que além de negar o feminino deve, também, rejeitar o homossexual. Homofobia e sexismo podem ser considerados, assim, partes de um mesmo fenômeno social.

Alguns estudiosos possuem um posicionamento divergente quando pensam a homofobia. Assim, criticam a perspectiva patologizante ao apontarem o foco da ‘fobia’ e de modelos centrados na pessoa, e passam a tratar da reflexividade e crítica a comportamentos e ações que são melhor compreendidos em outros campos, como cultura, política, educação, antropologia e sociologia. Logo, a homofobia adquire status de restrição de direitos, como fator impeditivo à saúde, educação, e demais direitos humanos básicos (Junqueira, 2007a).

Ao pensar na complexidade da homofobia, encontramos alguns outros conceitos que dialogam com as dimensões da ordem sexual e hierarquização das sexualidades. Um primeiro conceito que contribui nessa reflexão é o de heterossexismo, que pode ser definido como a discriminação e opressão baseadas em uma distinção feita com base na orientação sexual, logo, há uma promoção recorrente de instituições e/ou indivíduos, da superioridade da heterossexualidade em subordinação à homossexualidade (Neisen, 1990). Assim:

é a promoção incessante, pelas instituições e/ou indivíduos, da superioridade da heterossexualidade e da subordinação simulada da homossexualidade. (. . .)

Toda forma reivindicada de sexualidade que se distingue da heterossexualidade é desvalorizada e considerada como diferente da doxa de sexo que se impõe como modelo único (Welzer-Lang, 2001, p. 467-468).

Borillo (2010) aponta questões relativas ao heterossexismo para além dessa hierarquização das sexualidades. Pensando em uma faceta mais moderna, apresenta uma nova, que se baseia na diferenciação entre homossexualidade e heterossexualidade, no sentido de sublinhar essa diferença. Dessa forma, não haveria discriminação em situações de tratamento diferenciado oferecido a homossexuais. Seria para proteger as diversidades que se justificaria o desaparecimento dos limites legais entre as sexualidades, não em nome de uma superioridade ou normatividade heterosexual. O resultado é uma atualização da homofobia e do heterossexismo, em formas mais sutis e mais segregacionistas. E conclui que:

Forma específica do sexism, a homofobia rejeita, igualmente todos aqueles que não se conformam com o papel predeterminado para seu sexo biológico.

Construção ideológica que consiste na promoção constante de uma forma de sexualidade (hétero) em detrimento de outra (homo), a homofobia organiza uma hierarquia das sexualidades e, dessa postura, extrai consequências políticas (p.34).

Um outro fenômeno que dialoga nesse contexto de normatização das sexualidades, é a heteronormatividade, que, mesmo sem se desligar da homofobia, chama atenção para os eixos construídos sobre as relações de poder, hierarquização das sexualidades e corpos, ao se ligar à produção e normatização de subjetividades (Junqueira, 2007b). A heteronormatividade trata de um sistema de organização social que coloca a heterossexualidade como normal e normativa frente à outras possibilidades de experiência da sexualidade. Assim, a sexualidade dita “normal” aponta para um homem e uma mulher, com papéis sociais e sexuais opostos, que estabelecem uma relação monogâmica de preferência sob os laços do casamento. (Toledo e Teixeira Filho, 2010). Butler (2003) ainda aponta as consequências dessa organização, que resultariam na criação de padrões sociais e sexuais impostos à homens e mulheres no que se refere ao seguimento de regras referentes ao seu sexo, gênero e desejo. A heteronormatividade se torna assim, um conjunto de determinações que se torna um mecanismo de regulação e controle, mesmo para os heterossexuais. Dessa forma, ela não trata apenas dos indivíduos legítimos e normalizados, mas é uma nomeação atual para o dispositivo histórico da sexualidade que aponta sua meta: desenvolver todos para serem heterossexuais e organizarem suas vidas a partir do modelo teoricamente mais coerente e natural (Miskolci, 2009).

Fica aparente através dessas considerações como esses conceitos estão interligados, pois se referem à produção da diferença e da desqualificação/discriminação/violência daí decorrente. Tal produção opera por meio do preconceito, que pode ser considerado como reproduutor de exclusão e discriminação, portanto, de violência, e assume nesse jogo entre as sexualidades o papel de marcar a hierarquização do sexo. Dessa forma, podemos pensar que no processo de formação de identidades surgem sentimentos de pertencimento e não pertencimento frente a determinadas coletividades, gerando um movimento de exclusão e inclusão com base em afinidades e diferenças. Contudo, nem sempre o jogo é baseado em

parecer ou não, podendo indicar em outros momentos jogos de poder e hierarquização nas relações de acordo com o contexto histórico vigente, que dita o bom e o mal, o valoroso e o desvalorizado (Bandeira & Batista, 2002).

Os reflexos de todos esses processos advindos da matriz heteronormativa se encontram nos dados apresentados pelo Ministério da Saúde, que em pesquisa sobre as vivências da homofobia encontrou que dois em cada três indivíduos não heterossexuais (67%) já sofreram alguma forma de discriminação motivada por sua identidade sexual ou de gênero; no caso das travestis e transexuais, o número cresce para 85%. No mesmo documento são apresentados dados colhidos na parada Gay de São Paulo que apontam que no momento do acesso aos serviços de saúde 14,5% dos entrevistados já sofreram algum tipo de preconceito (Brasil, 2008a). Até então, vários autores apontavam as dificuldades na obtenção de dados reais sobre a violência contra LGBT's no Brasil, já que nem sempre esses crimes eram monitorados de forma sistemática, refletindo um preconceito enraizado mesmo nas instituições públicas, que nem sempre cobravam investigações rigorosas ou registros completos desses crimes (Mott e Cerqueira, 2000).

Em 2012, pela primeira vez no Brasil, foram lançados dados oficiais sobre as violações de Direitos Humanos da população LGBT reportadas ao Poder Público Federal por meio do “Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil” (Brasil, 2012), já tendo sido apresentados os dados de 2011 e 2012, sendo assim, um grande marco para o movimento LGBT brasileiro em sua luta pelos direitos. Os dados trazidos no relatório de 2012 apontam que o número de homicídios no Brasil aumentou 11,51% de 2011 para 2012, bem como continua a apontar que jovens e adolescentes continuam sendo as maiores vítimas de violência homofóbica no país, ou seja, 61,43% das vítimas estão na faixa etária entre 13 e 29 anos. Os dados também apontam que travestis e transexuais continuam sendo as maiores

vítimas de violência homofóbica e justamente as violências de maior gravidade como homicídios e lesões corporais.

Por fim, podemos concluir que o país vive um movimento paradigmático no que se refere aos direitos humanos da população LGBT. Se, por um lado, inúmeras foram as conquistas de direitos historicamente exclusivos a uma elite heterossexual, bem como foram aprofundadas as discussões e debates sobre as diversas formas de ser e se relacionar, por outro, assistimos à aterradora reação dessa mesma parcela da população em sua intenção de perpetuar a exclusão desses indivíduos e seus afetos (Brasil, 2012).

Para mostrar esse jogo de conquistas e retrocessos podemos trazer dois fatos. O primeiro ocorrido em março de 2013, aponta um grande marco negativo na luta pelos Direitos Humanos no Brasil: a nomeação do Pastor Marcos Feliciano como Presidente da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara de Deputados. O pastor, que proferiu inúmeros cultos com afirmações racistas e homofóbicas, foi eleito para o cargo por meio de negociações de cunho político, gerando inúmeros protestos pelos movimentos sociais. Podemos perceber como o discurso religioso tem, nos últimos anos, contribuído para a moralização e segregação de certos setores políticos no país, culminando na noção compartilhada de que a luta das minorias consiste na busca de privilégios, invertendo papéis de opressores e oprimidos. Se o objetivo desta comissão era justamente dar espaço às minorias o efeito da eleição de Feliciano foi justamente o contrário: o de calar as vozes de inúmeros grupos sociais e minorias. Dessa forma, é necessário que o respeito a diferença seja norteador dos debates políticos e que assim, a diversidade seja concebida como intrínseca ao ser humano. De outra forma, a representação política pode ser tornar instrumento de opressão e manutenção das desigualdades (Mayorga, Rasera & Prado, 2013).

Por outro lado, já no mês de maio, o Conselho Nacional de Justiça aprova resolução que determina que cartórios civis sejam obrigados a celebrar casamento civil entre pessoas do

mesmo sexo, dois anos depois do Supremo tribunal Federal aprovar uniões homoafetivas. O artigo 1º da resolução afirma que: "É vedada às autoridades competentes a recusa de habilitação, celebração de casamento civil ou de conversão de união estável em casamento entre pessoas de mesmo sexo". A medida ainda aponta que cartórios não podem se recusar a converter união estável homoafetiva em casamento civil em todo o país. O Supremo afirma que a medida é necessária para garantir o cumprimento do princípio de igualdade entre os sexos. A Constituição Federal aponta que o país é uma sociedade múltipla e desprovida de preconceitos, e portanto, todos devem ser respeitados. O fundamento legal do casamento entre pessoas do mesmo sexo está nos artigos 3º e 5º da mesma, nos quais são estabelecidos os princípios e referência para legalidade e não discriminação no que se refere à dignidade da pessoa humana, bem como da igualdade de todos os cidadãos perante a lei, sem nenhum tipo de distinção, inclusive quanto à sexualidade (Santana, 2013).

A garantia do exercício pleno da sexualidade e a liberdade de expressão da orientação sexual pode ser considerada como condição do desenvolvimento pleno do ser humano, e portanto, todos podem exigir o direito ao exercício de sua sexualidade, tendo como base tais princípios da Constituição Federal. Contudo, Estado e religião ainda procuram limitar o exercício da sexualidade, mesmo depois da mudança do casamento indissolúvel e de um modelo de família conservadora patriarcal, os relacionamentos que distoem de moldes sociais normativos ainda sofrem discriminação e preconceito, como foi o caso do casamento homossexual no país, uma conquista para a população LGBT. Dessa forma, no Brasil hoje, todo casal homoafetivo pode buscar um cartório de registro civil e solicitar o casamento civil. (Santana, 2013). Assim, podemos perceber que a luta pelos Direitos dos homossexuais ainda se desenvolve, passando por avanços e retrocessos pelo caminho. Muito ainda há de ser buscado, e conforme apresentado anteriormente, o campo da saúde sexual ainda necessita de grandes avanços.

Deste modo, as discussões trazidas aqui tiveram a intenção de convidar o leitor a reconhecer alguns dos discursos sobre a sexualidade em suas diversas nuances. Ao me posicionar junto à uma construção social da sexualidade busco trazer o ponto de vista adotado nesta pesquisa, bem como tento marcar meu interesse em manter uma postura de reflexividade e crítica ao longo do texto. Essas contribuições complementarão a construção da minha proposta de pesquisa, bem como minhas análises e discussões posteriores sobre a sexualidade na formação de profissionais de Medicina.

3. FORMAÇÃO MÉDICA E SEXUALIDADE

Para pensarmos o atendimento médico sobre a ótica da diversidade sexual devemos inicialmente buscar compreender qual a formação que está sendo oferecida aos profissionais de medicina para as questões de sexualidade. Dessa forma, apresento um breve panorama do desenvolvimento do ensino em Medicina ao longo de sua história, bem como as recentes discussões sobre as mudanças na formação, além de outros questionamentos sobre o papel da sexualidade neste processo educacional e posteriormente na atuação desses profissionais de saúde, especialmente junto à população LGBT.

Ao abordarmos o tema do ensino em Medicina, podemos caracterizá-lo em duas fases distintas. A primeira é iniciada a partir de um relatório publicado nos Estados Unidos em 1910, chamado de Relatório Flexner, considerado como grande organizador do tipo de conhecimento aplicado nas escolas de Medicina em todo o mundo (Tempesk & Borba, 2009). Sua importância se refere a uma primeira reforma no sistema de ensino médico, que começava nos Estados Unidos (Pagliosa & Da Ros, 2008). Suas prerrogativas estavam direcionando o ensino para uma formação sólida em ciências básicas e o hospital como cenário também de aprendizagem, desprivilegiando aspectos de promoção da saúde e prevenção (Tempesk & Borba, 2009). No Brasil, o relatório também exerce influência nas mudanças, bem como o expressivo aumento na quantidade de cursos de Medicina no país, ocorrido na década de 60, baseado na prerrogativa de um crescente imperativo de desenvolvimento da saúde e implementação de políticas efetivas para o atendimento de qualidade dado à população (Novaes et al. 2009).

A segunda fase da Educação em Medicina inicia-se na década de 70, quando as dimensões esquecidas pelo Relatório Flexner começam a ser debatidas e incorporadas. Assim, um modelo de multicausalidade de doenças, prevenção e promoção da saúde começa a se destacar como consequência das discussões que culminam no Relatório Lalonde, produzido

no Canadá, no ano de 1974. O documento sintetiza naquele momento uma nova ideologia, que concebe as doenças através de variados fatores, tais como acesso aos serviços de saúde, estilo de vida além do biológico, baseando-se assim, em uma concepção de integralidade. Pouco depois, em 1978, em Alma-Ata no Cazaquistão, a Conferência Internacional da Organização Mundial da Saúde vem reforçar a concepção de uma Medicina Integral, bem como a necessidade de formar médicos generalistas e de Atenção Primária em Saúde (Tempesk & Borba, 2009).

Logo, na década de 80, levando em consideração a necessidade de mudanças no processo de educação e formação profissional em Medicina, é realizada na Escócia a Conferência Mundial de Educação Médica. Como resultado do encontro, a “Declaração de Edimburgo” direciona para o desenvolvimento das competências profissionais do médico, que deveriam se associar ao valor dado às questões sociais, culturais e éticas (Novaes et al. 2009). Assim, fortaleceram-se iniciativas no sentido de apoiar e estimular uma reformulação no ensino médico, nos cenários nacional e internacional (Rego, 2003). No Brasil, é notório o papel da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) nessa iniciativa de desenvolver o ensino e formação dos profissionais de Medicina.

Dessa maneira, a década de 1990 é marcada por um contexto de reflexão e debate sobre a formação em Medicina no Brasil, acompanhando os debates internacionais sobre o tema (Tempesk & Borba, 2009). Dessa forma, um marco nesse processo, foi a criação, em 1991, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que assumiu a articulação técnica e política rumo às mudanças no ensino e formação em Medicina, possibilitando que quase todas as escolas presentes no país pudessem reavaliar o modelo pedagógico e o perfil do profissional formado (Novaes et al. 2009). Participaram do processo membros de diversos órgãos ligados à formação médica, tais como a Associação Brasileira de Educação Médica, Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino

Superior e Conselho Federal de Medicina, para ampliar as possibilidades de avaliação da qualidade da formação médica, evidenciando um contraste entre o ideal e o real dentro da formação médica brasileira (Tempesk & Borba, 2009). Assim, na fase de apresentação dos resultados do projeto, foi confirmada a “inadequação do processo de formação do médico, tanto em relação ao graduado quanto ao corpo docente e ao modelo pedagógico dos cursos” (Lampert, 2002, p. 111).

Logo, as reflexões produzidas pela CINAEM, se tornaram importantes contribuições para a criação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de Graduação em Medicina, homologadas pelo Conselho Nacional de Educação, nas quais foram estabelecidas as bases para a atual concepção de formação médica: perfil humanista, com responsabilidade social, comprometido com a cidadania e com bases humanísticas (Brasil, 2001).

Assim sendo, as Diretrizes Curriculares Nacionais tornam-se guias no desenvolvimento e construção dos currículos das faculdades de Medicina, sublinhando uma crescente necessidade de uma formação voltada para a realidade das demandas em saúde da população. Caso o SUS seja o contexto desse processo, claramente serão atingidos tais objetivos, apontando para uma possibilidade de instituição de parcerias entre a academia e o sistema público de saúde. Portanto “o SUS tem que ser escola e se fazer escola, assumindo sua responsabilidade na formação de recursos humanos e na construção de conhecimentos” (Tempesk & Borba, 2009, p.2).

Lampert (2001) delinea como um marco histórico o encontro dos Ministérios da Educação e da Saúde para discutir as diretrizes dos cursos de Medicina, em 2001. Depois disso, em 2002, os dois Ministérios criam o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina- PROMED, com o intuito de estimular as Instituições de Ensino Médico à incorporação de alterações e mudanças pedagógicas efetivas nos currículos de seus cursos (Brasil, 2002). Já em 2003, surge a Política de Educação para o SUS que é

criada para auxiliar a aproximação entre instituições de ensino e o sistema de saúde público, através dos Pólos de Educação Permanente em Saúde e do processo de certificação dos hospitais de ensino. Dois projetos dentro dessa política se destacam o ‘Aprender SUS’, que busca aprofundar a cooperação entre as Universidades e o Sistema Único de Saúde, e o ‘Ver SUS’, que visa a criação de oportunidades de estágio e vivência de estudantes da área de saúde nos locais de atendimento da população, permitindo uma ampliação nos conhecimentos sobre desafios e conquistas do SUS bem como das discussões sobre trabalho em equipe, gestão e atenção em saúde (Rossoni & Lampert, 2004; Ceccim & Bilibio, 2002). Em 2005, é criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, baseado nos resultados do PROMED e discussões entre Ministérios da Saúde e Educação, que visava apoiar transformações nos ensinos de medicina, enfermagem e odontologia, bem como “reorientar o processo de formação (. . .) de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS” (Brasil, 2005).

Feuerwerker (2003) vai além dessa relação de aproximação entre Instituições de Ensino Superior e Sistema Único de Saúde, ao apontar a importância crucial de um trabalho coordenado entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde para, de fato, atingir os núcleos da formação em saúde. Assim, fala da pretensão que o produto dessa relação seja uma “universidade (que) esteja aberta às demandas sociais e seja capaz de produzir conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde” (p.25).

Para ampliarmos a discussão sobre o ensino em medicina, podemos pensar sobre as definições do que vem a ser o currículo e suas implicações na formação profissional. Nas produções acadêmicas da área de educação, em geral, bem como no entendimento de grande parte dos docentes, “currículo” é o texto da grade curricular ou “conjunto de disciplinas de um curso, geralmente representado por uma “grade” de disciplinas em que se explicitam

conteúdos, ementas, créditos, se obrigatórias ou optativas, as respectivas cargas horárias e sua distribuição pelos períodos acadêmicos" (Tavares et al. 2007, p. 255). Zabala (1998) fala de dois paradigmas fundamentais revelados na forma de organização dos currículos: tendências que consideram as disciplinas como ponto de partida e referencial básico na organização de seus conteúdos; propostas globalizadas que integram os conteúdos em torno de uma situação ou bloco temático. Gonçalves, Marcondes e Gonçalves (1998) conclui esse pensamento ao afirmar que entende-se o conhecimento desenvolvido no processo de ensino-aprendizagem, como resultado tanto das rotinas organizacionais da instituição quanto dos direcionamentos dados pelo currículo, ambos produtos de determinados discursos que incidem sobre o conhecimento e valores transmitidos aos alunos. Contudo, é preciso observar que nem todas as vivências que ocorrem no percurso da formação são integrados ao currículo, nem mesmo planejados ou mesmo conhecidas (Peres, Andrade & Garcia, 2007).

Assim, autores como Koifman (1998) ampliam a definição de currículo para um todo educativo, ao afirmar que o currículo pode ser compreendido como indo além de um texto ou uma 'grade' de matérias em direção a todo o universo de acontecimentos que ocorrem na Universidade. Nesse segundo caso, que considera a totalidade do processo de ensino-aprendizagem, Galli (1989) introduz o conceito de currículo oculto, que referencia outras vivências do cotidiano escolar, que não foram previstas no texto da grade curricular, e assim: "consiste na transmissão de uma cultura particular através de processos de identificação e não implica em cursos nem exames" e levando para o campo da formação médica "o aluno incorpora a cultura médica, identifica os atributos que obtêm prestígio social e adquire uma escala de valores" (p.345). Rego (1994) faz uma diferença dessa noção de currículo oculto para uma outra de um currículo 'paralelo' definido como "o conjunto de atividades extracurriculares que os alunos desenvolvem, subvertendo, na maioria das vezes, a estrutura curricular formal estabelecida pela Faculdade (p.10).

Estudos demonstram que no que se refere ao currículo, para além de procedimentos e técnicas, é essencial a inclusão de uma concepção crítica de realidade, embasada em teorias sociais, políticas e epistemológicas. O currículo é elemento cultural e social, determinado pelo contexto das determinações históricas e sociais (Lampert, 2002). Há um processo de socialização que está aliado ao ensino da Medicina, em que o aluno incorpora em si, valores e comportamentos dominantes no grupo médico e identifica uma escala de valores, para buscar o pertencimento a esse segmento social (Galli, 1989). Nesse sentido, Minayo (2001) traz os conflitos entre os discursos dos professores e sua prática médica:

Os alunos falam da incompatibilidade que descobrem no discurso de professores médicos, na medida em que enfatizam o escutar o paciente e, ao mesmo tempo, não se colocam disponíveis para ouvir os alunos sobre essa escuta. “Minipsiquiatras”, “bobalhões da corte”, os alunos se descobrem realizando uma “função” temporária prescrita pelo “esquema”, apesar de um “discurso que é bonito”. Falam, assim, de um ideal romântico enunciado no discurso médico e do exercício de uma prática normalizada sem romantismo. Os alunos arriscam-se, vivendo o conflito entre responder à demanda transferencial na relação como o paciente e serem reconhecidos pelos pares como pertencentes ao grupo social, hoje estudantes de medicina, amanhã médicos (p.83, aspas da autora).

Com a apresentação de novas exigências ao profissional médico poderíamos considerar então que seria necessário ampliar os conhecimentos e práticas multidisciplinares e interdisciplinares necessárias ao atendimento multiprofissional. Da mesma forma, ampliar os conhecimentos em psicologia, saúde mental e subjetividade, como recursos relacionais fundamentais à prática médica (Amoretti, 2005).

Frente às novas demandas sociais enfrentadas pelo SUS e à necessidade de mudanças nos recursos humanos, é preciso uma redefinição das estruturas de ensino para atender as

carências e necessidades dos serviços de saúde. Assim, fica evidente a fragilidade e inadequação do ensino fornecido aos médicos que ainda se mostram despreparados para lidar com as reais necessidades da população brasileira, além de não conseguirem exercer sua função dentro de uma perspectiva biopsicossocial que considere os aspectos particulares do paciente (Costa et al., 2012).

De acordo com o artigo 3º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Brasil, 2001), é preciso que se formem médicos humanistas, reflexivos, críticos, capazes de atuar com base em princípios éticos nos diversos níveis de atenção, desenvolvendo ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde dentro de uma perspectiva de integralidade de assistência. Sobre as habilidades específicas destaca-se a necessidade do futuro profissional aprender a utilizar a comunicação, seja com pacientes e seus familiares ou colegas, informando-os e ensinando-os através de técnicas adequadas. Este artigo, presente nas Diretrizes, demonstra o que é esperado das faculdades de Medicina, no sentido de estabelecer um espaço de formação em cidadania onde são possíveis discussões de cunho político, social e cultural (Rosenburg, 2003).

No artigo 6º, são apresentados os conteúdos essenciais para a formação dos futuros médicos, para que seja possível aplicar ações integrais ao tratar de pacientes em seu processo de saúde e doença. Assim, ele afirma que:

Art. 6º - Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar: I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o

utiliza; II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

No país, os desenvolvimentos da educação médica apontam para a necessidade de novas reformas no ensino, especialmente nos processos de formação em recursos humanos e processos de trabalho para Educação médica, mas estendendo-se também aos outros profissionais de saúde (Costa et al. 2012). Hoje a formação profissional em saúde tende a se limitar a reprodução de conteúdos de natureza anátomo-fisiológicas e das demais práticas médicas dominantes. Assim, não abre espaço para possíveis questionamentos formais e ideológicos que constituem as ações educativas e práticas clínicas, elementos passíveis de interferência em suas intervenções e consciência sobre melhorias nos serviços de saúde (Pereira & Almeida, 2005).

Na última década, houve um movimento rumo a tais transformações nas bases do Ensino Médico e para tanto foram inseridas disciplinas de Humanidades e Bioética nos currículos das graduações (Novaes et al., 2009). Os relatos de maus atendimentos médicos têm evidenciado a importância da disseminação de tais conhecimentos (Komatsu, 1999). Tanto o conhecimento humanístico quanto o científico compõem o rol de conhecimentos necessários para a práxis médica (Pereira, 2004). Da mesma forma, o ensino da bioética é capaz de propor ao aluno uma avaliação ética de suas ações, bem como desenvolve a tomada de decisões (Komatsu, 1999). Vários autores afirmam que para o desenvolvimento de uma postura ética e com pensamento crítico e reflexivo é preciso criar atividades interdisciplinares com as disciplinas de humanidades, tais como filosofia, psicologia, política, artes e ética, podendo assim formar um profissional com um olhar mais humanizado (Muñoz & Muñoz, 2003).

Faz-se preciso reconhecer as críticas recentes direcionadas aos profissionais de medicina, principalmente no tocante de uma desumanização da assistência (Schraiber, 1997). Recentemente, tem sido desenvolvida na área médica as chamadas “humanidades”, que agregam elementos de disciplinas como psicologia e filosofia ao curso de ensino superior com o intuito de sensibilizar os médicos rumo a uma compreensão melhor do paciente (Deslandes, 2007). Dessa maneira, as humanidades ampliam a compreensão médica sobre o paciente em sua vivência da doença, ao incorporar a sua individualidade e sua realidade social, melhorando a qualidade dessa relação. A concepção das humanidades tem uma visão integrativa que aprimora as relações e comunicações entre profissionais e pacientes, bem como promove novas formas de bem-estar e saúde (More, 1976 citado por Augusto et al., 2008).

Assim, nos dias de hoje, é recorrente a utilização do termo humanização nas produções acadêmicas da área da saúde. Historicamente a palavra é utilizada para abordar um movimento de busca de renovação de valores humanos perdidos, marcando na sociedade pós-moderna uma procura pela revisão de atitudes e valores não éticos (Rios, 2009). Dentro desse contexto, hoje são diversas as construções de teorias e postulações sobre a humanização como prática no campo da saúde (Deslandes, 2006). Nesse sentido, Rios (2009) sintetiza os possíveis olhares dados à humanização por esses diversos atores: “princípio de conduta de base humanista e ética; movimento contra a violência institucional na área da saúde; política pública para a atenção e gestão no SUS; metodologia auxiliar para a gestão participativa; tecnologia do cuidado na assistência à saúde” (p. 254). A mesma autora adota um posicionamento no rol de possibilidades para o conceito, e assim, fundamenta a humanização como processo de valorização do ser humano, e que se “constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços” (p.254). Nesse

sentido, são reconhecidas as subjetvidades individuais como partes integrantes do processo de adoecimento, considerando ainda pressupostos de solidarização e autonomia para promover a saúde e a qualidade da assistência prestada. Concordamos com a autora que sublinha que esse discurso de humanização alia a eficiência técnica às habilidades relacionais e éticas.

O surgimento de novas morbidades e outras particularidades trazidas pelo atendimento a uma população extremamente diversa evidencia que o modelo biomédico, centrado no entendimento das doenças, não consegue instrumentalizar o médico de forma a atender a todas as necessidades trazidas pelos diversos pacientes (Ballester, Zuccolotto, Gannam & Escobar, 2010). Usualmente, a doença é colocada sob a ótica biomédica e logo é tratada como desvio biológico à norma, assim, essa visão mecanicista simplifica um processo complexo, minimizando processos psicológicos, sociais e comportamentais que afetam consideravelmente o relacionamento com o paciente (Novaes et al., 2009). É preciso repensar o ensino e adotar um modelo que passe pela subjetividade do indivíduo, que inclua aspectos biopsicossociais e culturais na realização de um atendimento realmente eficiente, utilizando recursos relacionais e de comunicação (Ballester et al., 2010).

As transformações sociais neste século modificaram a gênese da relação médico paciente, anteriormente focada nas boas maneiras e conhecimento dos princípios éticos, para as exigências atuais que englobam conhecimentos das ciências humanas focadas no aspecto relacional com o paciente, além de teorias de treinamento de habilidades em comunicação (Gonzalez y Rodrigues Branco, 2012). Uma comunicação efetiva, importante para os serviços de prevenção e para a rotina diária, é uma das bases das habilidades exigidas do médico, não somente para a busca da história do paciente e demais dados, mas também para a construção da relação com o mesmo, na simplificação, negociação e parceria (Dubé, O'Donnell & Novack, 2000). Costa (2007, citado por Ferreira, Fiorini & Crivelaro, 2010) falando da formação médica, afirma que é necessário formar um profissional que tenha

capacidade crítica, habilidade de conduzir sua aprendizagem ao longo de sua trajetória profissional e que possua também base de formação humanística que valorize a ética e a sua relação com o paciente.

Gomes e Rego (2011) abordam o contexto atual de trabalho em medicina com características bastante fluídas e dinâmicas no qual a formação profissional sem vínculo real com a prática afeta diretamente a qualidade dos serviços prestados à população. As gestões se deparam com profissionais que desconhecem os princípios da valorização e cuidado na relação médico-paciente, e que muitas vezes os consideram objetos de lucro. E concluem falando da emergente necessidade de transformações e saindo de “uma teoria sem prática ou com pouca prática, competência técnica sem competência ética” (p. 558). Minayo (2001), ao tratar sobre esses aspectos da atividade médica e sua relação com o paciente, aponta que é preciso levar em consideração no que se refere ao tratamento do paciente no campo da saúde que a lógica dominante sempre foi a da cura da enfermidade em detrimento à lógica da sociologia dos sujeitos.

É necessário que se estabeleçam critérios de uma boa relação médico-paciente durante o aprendizado em Medicina, tais como empatia frente à pessoa enferma, habilidades de comunicação eficazes bem como consideração dos princípios éticos em todo o processo, e dessa forma, o indivíduo é visto como uma totalidade múltipla, para além do meramente biológico. Faz-se indispensável durante o ensino médico, treinamentos adequados para instigar preceitos e comportamentos condizentes com esse perfil esperado (Araújo & Peixinho, 2006).

Ainda sobre a relação médico-paciente, Caprara & Rodrigues (2004) apontam uma necessidade cada vez maior da busca por melhores formas de comunicação entre os integrantes dessa relação, em busca da promoção da saúde. O médico em seu comportamento profissional deve inserir em seu ponto de vista sobre o paciente e sua doença as dimensões da

sensibilidade e da escuta ativa para as demandas daquele indivíduo para além do meramente biológico. E conclui que dentro do contexto atual, pautado no modelo biomédico, faz-se necessário a consideração de mudanças rumo à inclusão do sofrimento do paciente e novas formas de constituir a relação.

Nesse sentido, a pesquisa de Grosseman e Stoll (2008) é interessante por buscar conclusões sobre a formação médica e a aprendizagem da relação médico-paciente, junto a estudantes concluintes do curso. A conclusão dos autores é que, apesar do relativamente pouco conteúdo sobre o tema, os estudantes buscam aperfeiçoar suas habilidades relacionais durante o curso, que oferece, usualmente, poucas disciplinas e matérias ligadas à questão. E ainda aponta que “a maioria considerou ter pouca orientação sobre as habilidades comunicacionais consideradas fundamentais ao bom exercício da medicina, e muitos desconhecem os diversos métodos pelos quais estas podem ser ensinadas” (p. 306) . Contudo, são relativamente escassas as pesquisas que tragam dados sobre a relação médico-paciente dentro da formação em medicina, e esse panorama pode retratar os entraves no ensino de técnicas de caráter relacional e interpessoal (Chinato, D'Agostini & Marques, 2012).

Ceccim e Feuerwerker (2004) propõem uma transformação dos processos de formação e organização dos serviços baseada numa articulação entre o sistema de saúde e suas várias estruturas e esferas constituintes. Surge, assim, a noção do Quadrilátero da Formação que dinamiza as relações entre segmentos de formação, atenção, gestão e controle social em saúde, tendo como objetivos valorizar as características locais e suas potencialidades, produzir sentidos de autoanálise e autogestão e propor uma aprendizagem significativa e crítica. Ferreira et al. (2010) discutem a proposta de Ceccim e Feuerwerker e fazem referência às mudanças na área da formação como uma alteração da concepção biologicista tradicional para outra de cunho construtivista, que questiona práticas, saberes e propõe a produção de novos conhecimentos.

É histórica a influência do discurso biomédico na formação em saúde, centrada na técnica e na medicalização, tendo ocupado, e ainda ocupando lugar privilegiado na cultura e percepção geral sobre o trabalho em saúde (Ceccim & Bilibio, 2002). Contudo, faz-se necessário o deslocamento do eixo medicalizador para um outro focado no trabalho multidisciplinar ressaltado pelos princípios constituintes do SUS, bem como de uma mudança para um perfil profissional voltado para a atenção integral (Ceccim & Armani, 2002). Um novo profissional de saúde deve ser buscado, um que tenha senso crítico, saiba aprender e reaprender, trabalhar em equipe, e considerar o paciente e sua realidade social para prestar um atendimento de qualidade (Feuerwerker, 2003).

Pensando na questão da não violação da humanidade do indivíduo, inicio aqui uma discussão sobre o processo de ensino médico em sua relação com a sexualidade humana, tentando concluir sobre como o tema é abordado, e em que contexto. De forma geral, ainda é escassa a literatura sobre a inserção da temática da diversidade sexual nos currículos médicos bem como da relação médico-paciente LGBT.

Rosenburg (2003), utilizando o mesmo artigo 6º citado acima, aponta que apesar do inciso II colocar a necessidade do entendimento da diversidade de fatores que determinam o processo saúde-doença, não há menção específica a sexualidade humana em nenhum dos incisos. A autora reitera que a sexualidade e sua vivência:

pode vir a requerer ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, e acima de tudo, apresenta a necessidade de compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, éticos e legais para o melhor entendimento das variações das práticas, posturas, formação e crenças que ocorrem nos atendimentos que envolvam direta ou indiretamente os órgãos sexuais ou a vivência sexual dos pacientes (p.13).

Sobre o processo de formação, durante a graduação em medicina, a literatura aponta que a maioria das escolas simplesmente não aborda questões referentes à homossexualidade e à saúde de forma integral, tornando-os despreparados para lidar com situações reais com estes pacientes. Assim, indica uma revisão nas condutas e anamneses, deixando espaço para o diálogo e criando um ambiente confortável para que o paciente possa falar de sua orientação sexual (Pinto, 2004). A importância do posicionamento médico e psicológico sobre a homossexualidade é de inegável importância, contudo, sua aplicação pode contribuir tanto para facultar quanto para limitar entendimentos e perspectivas de reconhecimento e construção dos direitos sexuais (Junqueira, 2007b). Os profissionais de saúde que têm sua formação apenas centrada no âmbito biológico terão dificuldades em atender a população em geral e também os LGBT's. Assim, cabe questionar como poderão atender as necessidades desta população se durante sua formação não houver uma aproximação com a diversidade de gêneros e identidades sexuais (Muller, 2007).

Lima e Cerqueira (2008) fizeram uma pesquisa sobre as crenças em sexualidade de estudantes de Medicina, partindo da premissa de que ainda que as Diretrizes Curriculares nacionais não abordem de forma explícita a sexualidade, sua importância é clara do ponto de vista da saúde individual e coletiva. Assim, seria relevante conhecer o que ajuízam sobre sexualidade os estudantes de graduação para rever e reavaliar os conteúdos e formas de atuação pedagógica. Em seus resultados, nas questões que tratavam do tema da homossexualidade, vários alunos afirmaram que ainda consideram-na uma doença, ainda que a Organização Mundial de Saúde a tenha excluído desse rol desde 1990. As autoras concluem seu estudo levantando duas questões importantes. A primeira delas se refere às mudanças no campo da formação médica nas novas diretrizes curriculares, no sentido da ampliação do olhar dirigido ao paciente para além das questões da enfermidade; levando para o campo da sexualidade, é possível apontar que a falta de uma menção explícita pode significar que a

sexualidade está subentendida quando se trata de saúde, cidadania e atenção integral, dando uma noção de perpetuação da repressão sexual. Por fim, concluem que seria importante para as instituições formadoras em saúde que começassem a pensar na sexualidade como parte da discussão com os futuros profissionais, de modo que eles saibam lidar com ela em suas diversas expressões.

Neville e Henrickson (2006, citado por Moscheta & Santos, 2010) sublinham o contraste entre os recentes avanços no campo da saúde LGBT e pesquisas que apontam a expectativa dos órgãos de saúde, que se estabelecem para receber uma clientela heterossexual, podendo limitar sua atuação efetiva junto a pacientes LGBT. Da mesma forma, tais pesquisas apontam como barreiras no acesso dos mesmos no momento da busca pelo atendimento médico: dificuldades relacionais no que se refere à comunicação, medo de discriminação e de que suas queixas não sejam compreendidas.

Melo (2010), sobre a temática dos profissionais de saúde e sua formação, afirma que:

A ausência de formação específica em sexualidade e diversidade sexual coloca essas questões fora do âmbito do conhecimento técnico, fazendo com que sejam muitas vezes compreendidas pelos profissionais como sendo de foro íntimo e, por isso mesmo, fora de sua competência (p. 129).

Sobre os aspectos positivos de uma formação médica em sexualidade seria possível apontar que provavelmente seriam ampliados os pontos de vista emocional, social, ético e cultural que afetam a sexualidade do indivíduo, ao invés da tradicional visão biologicista, melhorando o atendimento oferecido ao paciente (Rosenburg, 2003).

A associação entre diversidade sexual e educação se insere num contexto de relações de poder, dadas por produções discursivas e não discursivas sobre sexualidade, tendo em diferentes momentos históricos, associações a temas como doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e relação com o gênero (Altmann, 2013).

Pensando sobre as diversas possibilidades de expressão da sexualidade humana, levanta-se aqui a questão sobre a formação dos profissionais de medicina para as necessidades em saúde dos grupos dentro da população LGBT, apontadas como específicas pela literatura (Cardoso e Ferro, 2012). Segundo essa premissa, retomo a apresentação feita na Introdução deste texto sobre o “Guia para o cuidado de pacientes Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros”, que também apresenta questões de saúde específicas para esses grupos (GLMA, 2006). Dessa forma, a associação médica americana produtora do documento traz apontamentos para os médicos em seus cuidados com pacientes LGBT. Em seu capítulo inicial, o texto traz a importância da criação de um ambiente clínico receptivo e envolvente para superar as perspectivas dos pacientes LGBT que temem sofrer algum tipo de discriminação, assim, incentiva programas de educação em saúde sexual, bem como criação de um padrão de conversação e anamnese sensível às questões da diversidade sexual. O documento ainda ressalta questões como garantia de confidencialidade médico-paciente, bem como treinamento de toda equipe de saúde para as questões de sexualidade (GLMA, 2006).

Assim sendo, podemos notar a complexificação das transformações nas estuturas e relações na sociedade, que cercam o cotidiano. A Universidade deve redefinir seu lugar considerando esse processo, buscando sublinhar seu papel de centro de formação buscando inserir as nuances das questões sociais e desigualdades, especialmente no campo da saúde (Rossoni & Lampert, 2004). Da mesma forma, o trabalho multiprofissional e os conhecimentos interdisciplinares tornam-se importantes para a busca de respostas frente as diversas necessidades em saúde dos vários grupos sociais. Logo, devemos destacar que “os conhecimentos e práticas da saúde coletiva, o entendimento e a participação na construção das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde tornam-se competências necessárias e imprescindíveis ao desempenho dos profissionais da saúde” (Pagliosa & Da Ros, 2008, p. 498). De forma complementar, devem ser estimuladas parcerias entre o Sistema Único de

Saúde e as instituições de Ensino em Medicina “no sentido de buscar a integração da academia com os serviços de saúde, visando à formação de profissionais adequados e qualificados para atender às necessidades de saúde da população brasileira” (Oliveira, Meireles, Cury & Alves, 2008, p. 344).

Nessa busca por respostas sobre as mudanças necessárias na formação em saúde para atendimento a população LGBT, podemos citar Moscheta (2011), que em sua tese apresenta os desafios das escolas de saúde: desde a presunção da heterossexualidade e constrangimento dos profissionais que se deparam com um paciente LGBT até a falta de ensino e treinamento específico para as necessidades dessas população. Dessa forma, o autor apresenta um novo recurso na capacitação desses profissionais: a responsividade, considerada no processo relacional com o paciente LGBT. O termo se refere a uma co-autoria dos sentidos produzido na conversa, no sentido de uma escuta atenta e ativa, curiosidade nas conversas e processos de comunicação, evitação da determinação dos fatos como definitivos, e também, apreciar a diferença como elemento que enriquece e amplia o desenvolvimento da conversa. Assim, levando o recurso para a capacitação profissional, deixa-se para trás a “narrativa que identifica (e procura) na sexualidade LGBT a matriz explicativa para uma suposta personalidade ou subjetividade” (p.160). Neste sentido, a responsividade pode se tornar um recurso valioso no campo da saúde, pois sugere uma suspensão das verdades absolutas e inserção de uma curiosidade em relação ao outro que se apresenta. Isso significa não presumir que o paciente seja heterosexual, e assim “se de um lado a responsividade permite que o profissional não reduza seu usuário a sua sexualidade, ela também sustenta a abertura necessária para que esta sexualidade possa estar presente em múltiplas configurações” (p.161).

É em meio a esse contexto de discussões sobre formação médica, mudanças curriculares e relação com os pacientes que se situa a presente pesquisa, de forma a contribuir

e buscar aprofundar novos questionamentos no tocante ao desenvolvimento e formação dos profissionais de saúde em sexualidade e diversidade sexual.

4. POLÍTICAS PÚBLICAS E A POPULAÇÃO LGBT

Seguindo num diálogo entre as conquistas dos Movimentos sociais LGBT e as atuais políticas de saúde para essa população, essa seção busca apresentar o panorama político de desenvolvimento da políticas públicas LGBT, bem como apresentar determinações estabelecidas pelo Ministério da Saúde para reduzir os quadros de homofobia e dificuldades de acesso à saúde da população LGBT. Assim, trago as políticas em seu desenvolvimento, bem como algumas das necessidades em saúde que se tornaram pauta nas lutas do ativismo LGBT.

Pode-se definir ‘políticas públicas’ como sendo as respostas dadas pelo Estado a problemas emergentes na sociedade, e assim, são construídas tendo como base diretrizes, medidas e procedimentos que definem a posição política do Estado frente a tais problemas considerados de caráter público. As políticas de saúde, seguindo o mesmo raciocínio, são respostas dadas pelo Governo às demandas de saúde da população, buscando ações de promoção e recuperação da saúde dos cidadãos em nível individual e coletivo (Lucchese, 2004). Assim, a formulação de políticas públicas é um processo por meio do qual os governos buscam resultados e transformações que traduzam seus programas e ações na vida real (Souza, 2003). Assim, as políticas específicas de saúde estabelecem diretrizes e ações que afetam a produção, distribuição e regulação de bens que atingem a saúde do homem e seu ambiente (Paim & Teixeira, 2006, citado por Mello, Perilo, Braz & Pedrosa, 2011). Por fim, os autores concluem:

uma política pública em saúde corresponde às respostas sociais – via Estado, empresas, o chamado “terceiro setor” e comunidade – em face das condições de saúde e dos seus determinantes, bem como diante da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde das pessoas e das populações (p. 36).

No Brasil, o SUS - Sistema Único de Saúde, é constituído pelo conjunto de diretrizes, ações e prestações de serviço em saúde pelas instituições públicas federais, estaduais e municipais à população, de forma gratuita. Seus princípios foram estruturados no sentido de ampliar o acesso da população ao sistema de saúde de forma igualitária e universal. Logo, esse modelo de atenção à saúde considera as necessidades específicas de cada população, permitindo níveis de atenção e complexidade diferentes nos atendimentos realizados (Brasil, 2000). O SUS pode ser considerado, assim, como uma política de saúde que busca vincular modelos e paradigmas considerados historicamente contraditórios: a atenção preventiva versus atenção curativa. Com o Sistema Único de Saúde, o Estado brasileiro recebe a responsabilidade de ir para além da administração, planejamentos e fiscalizações em saúde, chegando à execução dos serviços nos três níveis governamentais (Reis, 2008).

Deste modo, possui alguns princípios básicos que norteiam as ações e serviços de saúde, tais como a integralidade, que propõe a ampliação da saúde com foco na qualidade do atendimento prestado; universalidade de acesso em todos os níveis; integralidade de assistência; e ainda a igualdade no atendimento, sem discriminações de qualquer tipo (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007). Um outro princípio do SUS é o da equidade, que semanticamente se aproxima da igualdade como seu sinônimo, contudo, ao considerarmos as desigualdades sociais, econômicas e de saúde percebemos que ambas se tornam paradoxais (Pinheiro, Westphal & Akerman, 2005). Dessa forma, é preciso que se reconheça a existência de níveis de desigualdade na sociedade do país, criando diferentes condições de acesso aos serviços de saúde, e portanto desigualdade. É nesse ponto que se torna importante a consideração do princípio da equidade e consequentes princípios, em busca da promoção da saúde e justiça social (Lionço, 2009). Nesse sentido, “a eqüidade requer igualdade para produzir efeitos, pois se constitui justamente em corretora da situação de igualdade, na medida em que a adoção deste recurso se revele imperfeita diante dos objetivos

da promoção da justiça” (Elias, 2005, p.291). Se considerarmos que gênero é um dos organizadores das relações sociais e produtora de desigualdades, então as políticas de saúde do SUS devem buscar reconhecer essas desigualdades e da mesma forma oferecer caminhos que as reduzam, rumo à promoção da equidade de gênero (Ferraz & Kraicyk, 2010).

Uma das diretrizes do sistema de saúde público do Brasil pode ser considerada central no panorama do desenvolvimento de novas políticas públicas: a participação social. Essa dimensão surge no sentido de promover a construção de uma política que considere a cidadania e a democracia, bem como dê voz às diferenças, valorizando e incorporando demandas e questões de populações específicas. Assim, os conselhos de saúde são instrumentos para atingir esses objetivos, buscando a inclusão de sujeitos considerados excluídos como atores sociais (Reis, 2008). A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa têm criado outros canais inclusivos, tais como: pólos de educação permanente, conselhos gestores (conselhos de secretários estaduais e municipais de saúde), comitês técnicos de saúde que incluem mesas de discussão como ferramenta da gestão.

O movimento da reforma sanitária crescente na década de 80, diante de um contexto de redemocratização política e surgimentos de casos iniciais de AIDS no país, se formou como principal estrutura de desenvolvimento de política voltada para essa questão. Nesse sentido, as décadas de 70 e 80 foram marcadas por uma crescente luta pelos direitos individuais e avanços na legitimação de direitos de populações socialmente marginalizadas, através de movimentos sociais de mulheres, negros e homossexuais (Grangeiro, Silva & Teixeira, 2009). Faz-se necessário, contudo, dar especial atenção à Política de DST e AIDS em sua trajetória e desenvolvimento até os atuais direcionamentos, que culminaram nessa ampliação dos debates sobre sexualidade e gênero no Brasil (Ferraz & Kraicyk, 2010).

A epidemia de AIDS, desencadeada no país na década de 80, expôs uma lacuna no conhecimento sobre sexualidade, e consequentemente, colocou barreiras junto às medidas

necessárias para o enfrentamento do problema. Pelo caráter epidêmico, tornava-se necessária a construção de respostas eficazes para a promoção da saúde e prevenção junto aos chamados grupos de risco: homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas (Brasil, 2008b). A associação da epidemia da AIDS à população LGBT teve algumas consequências diretas, como a criação da ideia de grupos de risco, que incitaram a discriminação de homossexuais, mas ao mesmo tempo estimulou a discussão dos Direitos Sexuais, culminando em estratégias de enfrentamento para os efeitos dessa estigmatização, e as possibilidades de aumento do acesso da população LGBT aos serviços de saúde (Rios, 2007). A falta de conhecimento sobre a realidade desses grupos, associada à existência do preconceito disseminado em sociedade, fez com que as respostas para o enfrentamento da questão viessem diretamente dos grupos afetados, e não dos meios acadêmicos e governamentais, culminando em medidas de prevenção que posteriormente seriam englobadas pelas próprias políticas de saúde e prevenção brasileiras (Aquino, Barbosa, Heilborn, & Berquó, 2003). Torna-se assim uma marca da formulação dessas políticas a presença da comunidade, que segue até os dias atuais (Ferraz & Kraicyk, 2010).

Cria-se uma ampliação na discussão da sexualidade, tornando possível a abertura de novos campos de pesquisa, e desenvolvendo políticas públicas para grupos minoritários, especialmente no campo da saúde (Cerqueira-Santos, et al. 2010). Assim sendo, na década de 80, é desenvolvida uma série de estudos sobre a sexualidade, trazendo resultados referentes a uma diversidade sexual (Aquino et al., 2003). Dessa forma, são fornecidos elementos que posteriormente contribuiriam para a construção de uma resposta à epidemia de AIDS, mas também respaldariam políticas marcadas pela inovação, como serão as da saúde integral da população LGBT, a serem citadas posteriormente neste texto (Ferraz & Kraicyk, 2010).

A política de AIDS no Brasil surge em meio ao contexto de redemocratização, favorecendo a participação popular, cidadania em seus preceitos e diretrizes (Sader, 1988,

citado por Pereira & Nichiata, 2011). Portanto, o movimento de reforma sanitária e o processo redemocratizador foram essenciais no sentido de estabelecer princípios e referenciais éticos para a reorganização do sistema de saúde brasileiro, permitindo uma intervenção junto a populações marginalizadas e que não tinham acesso aos serviços de saúde (Grangeiro, et al.. 2009).

Mann, Tarantola e Netter (1993) incluíram, no início da década de 90, uma nova dimensão no campo da AIDS, ao articularem o conceito de vulnerabilidade. Advinda dos direitos humanos, tal noção, que traz um novo olhar teórico para a política, amplia a suscetibilidade de infecção ao considerar fatores culturais, sociais e políticos como causadores de desigualdades e exclusões e, assim, amplia a análise da vulnerabilidade. Assim sendo, as abordagens de cunho preventivo que se restringem aos aspectos cognitivos e de tomada de decisão mostram-se ineficazes para o enfrentamento da epidemia.

Logo, foram acontecendo mudanças de olhar sobre a infecção pelo HIV, passando de uma noção de “comportamento de risco” para outra, agora, de uma vulnerabilidade que atinge mais heterossexuais, e também muitas mulheres (Brasil, 1999). As relações de poder em suas dimensões de gênero passam a ser consideradas nas políticas de saúde, mostrando que a questão da AIDS vai além das práticas sexuais e estilos de vida e chega nas desigualdades de classe, etnia e gênero (Parker, 2000).

A política DST/AIDS é um primeiro passo no caminho do ingresso dos movimentos LGBT, bem como de sua agenda política de demandas, nas políticas públicas do Brasil. Contudo, no decorrer dos 20 anos de consolidação do SUS, as dimensões ligadas ao gênero foram sendo incorporadas aos poucos através de programas com objetivos específicos (Ferraz & Kraicyk, 2010). É preciso demarcar o quão recente é o processo de institucionalização de políticas específicas para a população LGBT no Brasil (Mello, Braz, Freitas & Avelar, 2012b).

Um marco nesse processo acontece no ano de 2004, com o lançamento pelo Governo Federal do Programa Brasil sem Homofobia, considerado um divisor de águas no que tange as iniciativas governamentais para a promoção da cidadania e saúde LGBT e combate à homofobia, que se tornou um primeiro passo no caminho de uma política nacional para a população de gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros (Mello, et al. 2011). O Comitê Técnico GLBT, criado em 2004 (Portaria nº 2.227, do Gabinete do Ministro em 14 de Outubro de 2004), coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), dentro da proposta dos comitês técnicos de saúde e consequente verbalização das demandas de grupos específicos da sociedade, participa desse processo de criação e se constitui como espaço de debates do movimento LGBT (Reis, 2008).

Cabe ressaltar que após a construção do projeto e na sua consequente divulgação, foi perceptível a compatibilidade entre as reivindicações do movimento LGBT naquele momento e as propostas apresentadas, mostrando como a articulação da militância foi importante no desenvolvimento do projeto (Mello, Avelar & Maroja, 2012a). O Brasil sem Homofobia (Brasil, 2008c) possuía três princípios que o estruturavam: “a inclusão da perspectiva da não-discriminação por orientação sexual e de promoção dos direitos humanos de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, nas políticas públicas e estratégias do Governo Federal” (p.11); “a produção de conhecimento para subsidiar a elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas voltadas para o combate à violência e à discriminação por orientação sexual” (p.11); “o combate à homofobia e a promoção dos direitos humanos de homossexuais é um compromisso do Estado e de toda a sociedade brasileira” (p.12). Logo suas ações visavam a capacitação de líderes e profissionais, bem como divulgação sobre direitos da população LGBT e denúncias frente às violações (Cassemiro, 2010).

No panorama internacional dos Direitos Humanos, aumentam as discussões sobre a expressão livre das diversas orientações sexuais e de gênero, e assim, mediante uma urgência

em definir princípios a serem considerados internacionalmente sobre o tema, bem como estabelecer ações e políticas que coibissem violações de direitos humanos, é realizada na Indonésia, no ano de 2006, uma conferência com estudiosos, juristas e ativistas dos direitos humanos de 25 países sobre a questão, articulada pela Comissão Internacional de Juristas e pelo Serviço Internacional de Direitos Humanos. O produto do evento é a elaboração de um documento que propõe indicações para inclusão dos direitos humanos e referida aplicação para questões de identidade de gênero e orientação sexual (Cassemiro, 2010). Dessa forma, o documento chamado de ‘Princípios de Yogyakarta’ aponta em sua introdução que “violações de direitos humanos que atingem pessoas por causa de sua orientação sexual ou identidade de gênero, real ou percebida, constituem um padrão global e consolidado, que causa sérias preocupações” (Corrêa, Muntarbhorn & O’Flaherty, 2007, p. 7). O documento em suas disposições concebe guias rumo a uma padronização internacional de formas de combate às discriminações e violações de direitos humanos relacionados à sexualidade, valorizando pressupostos de igualdade e respeito à humanidade (Cassemiro, 2010). Lionço (2008) , comentando os desafios específicos aos direitos humanos LGBT no campo da saúde, ressalta dois dos 29 princípios:

O princípio 17, que afirma o direito ao padrão mais alto alcançável de saúde, com especial destaque para o combate às discriminações, ao acesso à assistência sexual e reprodutiva independente de orientação sexual e de identidade de gênero, e o reconhecimento de parceiros e parceiras como parentes mais próximos em configurações familiares não-heterossexuais; e o princípio 18, que afirma a proteção contra abusos médicos, no qual se destaca a recomendação de que nenhum tratamento médico ou psicológico deva visar a cura ou a eliminação de determinada orientação sexual e/ou identidade de gênero (p. 15).

O debate em torno desse documento promoveu o desenvolvimento da área, bem como novas propostas nos campos da educação e cultura pautadas no reconhecimento da cidadania e diversidade sexual. Assim, ainda que estejam presentes silêncios e omissões nas violações dos direitos das populações LGBT, o cenário internacional influenciou o desenvolvimento do cenário brasileiro da sexualidade e do gênero, bem como fomentou a redação de políticas públicas que atendiam as demandas do movimento social (Lionço, 2008).

Voltando aos desenvolvimentos no cenário nacional, outro marco expressivo foi a realização da I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, em 2008, sob o nome de “Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais”. A conferência é marcante pelos seus objetivos ligados à implementação efetiva de políticas públicas para a população LGBT, discussão de formas de fortalecer o Programa Brasil sem Homofobia, mas principalmente por contar com a participação da sociedade civil, ligada aos movimentos LGBT, e poder público que estabeleceram diretrizes norteadoras de elaboração de uma nova Política: o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBT.

Assim sendo, em 2009, é apresentado o “Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (PNPCDH-LGBT), organizado por meio de uma avaliação das propostas apresentadas e aprovadas na Conferência, no ano anterior, através de uma Comissão Técnica Interministerial (Mello et al., 2012a). O PNPCDH-LGBT (Brasil, 2009) apresentava como objetivo geral “orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas” (p.10) e objetivos específicos: “promover os direitos fundamentais da população LGBT brasileira, de inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (p.10); “promover os direitos sociais da população

LGBT brasileira, especialmente das pessoas em situação de risco social e exposição à violência” (p.10); ‘combater o estigma e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero” (p. 10). Contudo, o plano não chegou a ser instituído formalmente por portaria ou decreto, e os participantes do movimento LGBT assinalam assim, diversas ressalvas e retrocessos advindos dessa inexistência formal. Ainda assim, o Plano Nacional LGBT é considerado um avanço em comparação com o Programa Brasil sem Homofobia, ao trazer três vezes mais ações, bem como determinar quais órgãos específicos são responsáveis pelas ações (Mello et al., 2012a).

Na sequência do desenvolvimento das Políticas LGBT no país, é relevante citar o “Programa Nacional de Direitos Humanos 3” (PNDH-3), que ainda no ano de 2009, por meio da Secretaria de Direitos Humanos incluía 22 ações que abordavam a população LGBT, incluindo agora ações para a população travesti e transexual, bem como promovendo o estímulo a políticas de respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero (Brasil, 2009).

Além disso, no campo da saúde, duas portarias são publicadas no Diário Oficial da União, Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades; e a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (Brasil, 2006), que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, incluindo o nome social como direito. Dessa forma, essa publicação “foi uma importante conquista do segmento populacional de transexuais, que aponta para a complexidade do avanço dos direitos sexuais no campo da Saúde Coletiva, campos de exclusão para as beneficiárias das mesmas ações, as travestis” (Cassemiro, 2010, p. 103).

Por fim, a política a ser discutida é a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, constituída no ano de 2010 e aprovada no ano de 2011. Ela é pautada pelo reconhecimento dos efeitos da exclusão e preconceito no processo saúde-doença desses indivíduos, e que tem como objetivo principal: “promover a saúde

integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime” (Brasil, 2010a, p.16). Alguns de seus objetivos específicos são: sensibilizar os profissionais de saúde para respeito dos direitos LGBT, incluir e qualificar ações e procedimentos para atenção em saúde, realizar estudos e pesquisas voltados às necessidades da população LGBT. Da mesma forma, suas diretrizes gerais vão ao encontro das proposições baseadas nos Direitos Humanos para o enfrentamento das consequências do preconceito aos LGBTs, inclusão da noção de diversidade sexual no processo de formulação das políticas públicas, eliminação da homofobia nos serviços de saúde do SUS, bem como da capacitação dos profissionais de saúde para questões de identidade de gênero e orientação sexual. Assim, em consonância com o projeto proposto por essa Política Pública específica, que reconhece os efeitos da discriminação e da exclusão no processo saúde-doença, é preciso estimular práticas voltadas para a redução das desigualdades no atendimento, atenção e cuidados em saúde (Brasil, 2010a).

A referida política possui ainda um plano operativo, que enuncia ações e estratégias para as gestões municipais, estaduais e federais no processo de aplicação da política rumo à seus objetivos de enfrentamento das inequidades em saúde da população LGBT. Assim, “a operacionalização deste plano se norteia pela articulação intra e intersetorial e a transversalidade no desenvolvimento de políticas públicas e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT” (Brasil, 2011, p. 8). Assim sendo, o plano está inserido na dinâmica do SUS, contemplando estratégias pautadas na gestão participativa e integralidade, partindo ainda do pressuposto da importante atuação das equipes interdisciplinares que atuam junto à promoção de saúde, prevenção, qualidade de vida e atenção básica. O Plano Operativo tem sua estrutura em quatro eixos estratégicos que buscam incidir sobre os diversos condicionantes e

determinantes da desigualdade de acesso à saúde que acomete a população LGBT, são eles: acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT; educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

Segundo Lionço (2008), se focarmos na perspectiva ampliada da saúde, tal como direito de cidadania da Constituição de 1988, não podemos reduzir a atenção à saúde desta população apenas do ponto de vista epidemiológico. Diante do pouco desenvolvimento das pesquisas sobre a saúde dessa população é preciso considerar as especificidades das condições e representações sociais deste grupo, incluindo suas práticas sexuais. A literatura aponta que ainda há discriminação no atendimento à população LGBT (Rede feminista de saúde, 2006; Pinto, 2004) e que o preconceito de profissionais sobre as práticas sexuais e sociais de homossexuais acarreta na desqualificação da atenção dada a esta população. Da mesma forma, estudos destacam que atitudes discriminatórias afetam a relação médico-paciente e criam obstáculos no sentido da efetivação de políticas de educação e prevenção, influenciando também a credibilidade do sistema de saúde e reduzindo a busca dos usuários. Ações voltadas para a discussão desses quadros de exclusão e violação de direitos humanos são essenciais no sentido da busca pelo ideal de equidade no atendimento em saúde para os diversos grupos sociais, tais como os homossexuais e transgêneros (Lionço, 2008).

A construção ideal de uma política de saúde efetiva para o público LGBT ainda se apresenta como desafio, assim como para a população em geral, mas segue marcada pela busca do reconhecimento das necessidades específicas de diferentes segmentos dentro da mesma população (Mello, et al. 2011). Nesse sentido, Calderaro, Fernandes e Mello (2008) afirmam que as políticas públicas devem promover um enfrentamento dos danos causados pela exclusão causada pela sociedade em sua heteronormatividade e homofobia, fazendo com que profissionais de saúde atuem segundo uma suposição de heterossexualidade a todos,

gerando um conflito para aqueles que desviam das normas de gênero, promovendo situações de discriminação e preconceito. Caso isso não mude, Mello et al. (2011) aponta que:

Continuarão a existir barreiras simbólicas, morais e estéticas que impedem o acesso da população LGBT a serviços públicos de saúde de qualidade, livres de preconceito, discriminação e exclusão, especialmente em relação às pessoas mais pobres e às que questionam de maneira mais profunda os binarismos de gênero, como, por exemplo, transexuais, travestis, mulheres “masculinizadas” e homens “efeminados” (p.24).

É preciso sublinhar a possibilidade da multiplicidade nas constituições humanas, encarando os sujeitos como seres livres em seus aspectos psíquicos e relacionais, com direitos à dignidade, autonomia e privacidade, de forma que a homossexualidade, tanto quanto a heterossexualidade se tornam uma possibilidade legitimada, e não alguma forma de anomalia. Da mesma forma, reconhece-se assim a possibilidade da não linearidade entre o sexo biológico e a identidade de gênero (Lionço, 2008). Para pensar o processo de adoecimento da população LGBT, é preciso levar em consideração as identidades sexuais e de gênero, na medida em que a sigla LGBT abarca diversos grupos que possuem especificidades diferentes nesse percurso do adoecer (Cardoso & Ferro, 2012).

Nesse sentido, Barbosa & Koyama (2006) apontam que um dos grupos que são dados pelas pesquisas como pouco estudados, são as lésbicas, em sua relação com a saúde, divergente do cenário norte-americano que tem tido suas produções sobre a temática aumentadas nos últimos anos. Em revisão feita pelas autoras, os dados encontrados se referem à menor utilização dos serviços de saúde pelas mulheres lésbicas em comparação com as mulheres heterossexuais, acarretando maiores dificuldades em diagnóstico e tratamento de doenças como câncer de mama e de colo de útero. Barbosa & Facchini (2009) sublinham a questão do acesso e cuidados ginecológicos das lésbicas, na medida em que na pesquisa

realizada pelas autoras, foram encontrados dados referentes à necessidade de um melhor atendimento dado a essas mulheres em suas necessidades, diversidades e relações com o corpo, produzindo ações mais efetivas rumo a um aumento na busca pelos serviços de saúde. Já a Rede feminista de saúde (2006) aborda questões relativas à ligação do sofrimento psíquico observado nas mulheres lésbicas com o uso e abuso de álcool e outras drogas, estabelecendo conexões entre a ansiedade e o medo da discriminação e o acesso a saúde. Da mesma forma, aponta para uma falta de conhecimento dessas mulheres da possibilidade e risco de doenças sexualmente transmissíveis em relações sexuais com outras mulheres.

A população homossexual masculina também possui suas particularidades referentes às demandas em saúde. Valle (2002) sublinha como a associação histórica do gay com a AIDS na década de 80 ainda dissemina ideias negativas sobre essa população para a sociedade em geral. Assim sendo, as violações sofridas pelos homossexuais podem acarretar em uma baixa autoestima advinda de um preconceito internalizado, e, além disso: “episódios depressivos, sentimentos de culpa, medo, desconfiança, confusão, insegurança, ansiedade, vergonha, isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, hostilidade, abuso de álcool e drogas, distúrbios alimentares e comportamento ou ideação suicida” (Nunan, 2004, p.7). A própria Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais propõe ações específicas para os gays, para além das já debatidas questões de DST/AIDS, tais como “prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento” (Brasil, 2010, p. 17).

Já a questão das necessidades em saúde da população de travestis e transexuais é mais complexa, no sentido de carregar grande carga de patologização (Cardoso & Ferro, 2012). Assim, concordamos com o argumento de Teixeira (2009) de que é preciso questionar o poder outorgado aos saberes médico-jurídicos, que normatizam e fornecem status de patologia à

transexualidade, para que as mesmas sejam de fato, reconhecidas. Nesse sentido, como aponta Lionço (2009), as travestis e transexuais ainda são enquadradas no diagnóstico transtorno de identidade de gênero, no rol de doenças mentais do DSM-IV e CID-10. Aran (2006) dá voz a essa discussão e questiona a psicologia e psiquiatria encaixarem a transexual como portadora de um “transtorno de identidade devido à não conformidade entre a relação binária sexo e gênero e também poder ser vista como uma psicose, já que o transexual apresenta uma suposta recusa da diferença sexual” (p.49). A crítica de Aran nesse momento fala de um diagnóstico da sexualidade de cunho regulador, baseado em normas de gênero e sexo. Dessa forma, é possível levantar o questionamento sobre a necessidade do diagnóstico do transtorno de gênero como quesito necessário para o tratamento junto à rede pública (Aran, Murta e Lionço, 2009). Butler (2003) argumenta sobre a real necessidade da mediação feita pelos profissionais de saúde mental junto à população trans que busca acesso ao serviço de saúde, falando da tomada de autonomia da população trans. A crítica é feita ao trazer exemplo da inexistência de outro tipo de intervenção cirúrgica em que se faz necessária a inquisição psicológica sobre suas condutas, e encaminhamentos para a saúde mental para algum tipo de certificação. Da mesma forma, Teixeira (2009) conclui sobre como Medicina e Judiciário se unem no sentido de “normatizar o corpo, o gênero e a sexualidade coloca as pessoas (transexuais) em posição de incerteza quanto ao acesso a seus direitos” (p. 64). A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais apresenta ainda outras questões relativas à saúde das populações trans: uso indiscriminado de hormônios e silicone industrial como causas de graves danos à saúde das mesmas, bem como a necessidade de maiores estudos sobre as questões de saúde mental (Brasil, 2010a).

Na medida em que as novas políticas públicas da temática LGBT ainda estão em processo de aplicação efetiva nas unidades de saúde do país, se faz necessário levar essa discussão até as equipes multiprofissionais de saúde, em termos de treinamentos,

conhecimento e adequação às novas práticas que elas exigem. Por se tratar de um sistema que tem uma gestão de cunho descentralizador e de políticas dependentes de ações intersetoriais, são fundamentais as melhorias nos mecanismos de monitoramento e participação social para que as conquistas da incorporação das questões de gênero nas políticas nacionais resultem, verdadeiramente, em melhoria nas condições de saúde à população (Ferraz & Kraicyk, 2010).

A pesquisa realizada por Mello et al., (2012c) buscou avaliar a implementação das políticas voltadas à população LGBT de forma crítica, e assim, encontrou em uma análise das dificuldades nos avanços rumo à implementação das mesmas, quatro problemas que podem ser considerados chave:

Ausência de arcabouço jurídico explícito que legitime a formulação e a implementação de políticas públicas voltadas à garantia da cidadania da população LGBT, a exemplo de legislação federal que proíba a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, que assegure direitos conjugais e parentais a casais de pessoas do mesmo sexo e que permita a alteração de nome e sexo nos documentos de registro de pessoas travestis e transexuais; constatação de que os documentos que preveem ações e programas direcionados à população LGBT, nos três níveis de governo, geralmente assumem a forma de atos normativos secundários, oriundos do Poder Executivo – decretos, portarias, resoluções, recomendações e instruções –, dotados de menor “força” normativa, quando comparados a leis; dificuldade de se assegurar efetividade aos atos normativos secundários antes referidos, o que traz grande insegurança jurídica, já que podem ser sumariamente revogados por vontade do governante da vez; grande quantidade de projetos de lei, especialmente em nível federal, que quase nunca vai à discussão e votação – em face da atuação de parlamentares e de grupos da sociedade civil que

insistem em negar a legitimidade das demandas da população LGBT (p.423-424).

Entretanto, os autores concluem com a contraposição dessas dificuldades, apresentando os avanços para a política LGBT ao pleitearem uma pauta na agenda das discussões públicas, de forma que oferece contribuições junto a uma nova possibilidade de garantia de direitos humanos e cidadania. Assim, é ampliada para além do Poder Judiciário e Legislativo, a discussão sobre esses direitos, bem como, é favorecida a criação de uma nova política não discriminatória e não excludente. A promoção de práticas e valores condizentes com o respeito às diferentes formas de vivência da sexualidade é importante no sentido de ampliar uma visão menos heteronormativa, e mais cidadã (Mello et al., 2012c).

Dessa forma, podemos perceber que na legislação do Ministério da Saúde há indicativos e medidas que combatem a discriminação e a homofobia e que deveriam guiar os profissionais de saúde por este caminho. Contudo, vale questionar quais medidas estão sendo colocadas em prática para efetivamente fazer valer tais programas, e assim, beneficiar a população LGBT em sua busca pelo atendimento em saúde de qualidade. Afinal, qual tem sido a formação em saúde para questões de sexualidade oferecida nas Universidades do país? Como atingir os objetivos de reduzir a homofobia nos serviços de saúde sem pensar na integração com a formação oferecida ao profissional que atende ao público LGBT? Essas são algumas das questões que serão trabalhadas ao longo desse texto.

5. A PESQUISA: caminhos metodológicos

5.1. Justificativa e Objetivos

Para a área da Psicologia Social em Saúde, o presente estudo se faz relevante na medida em que busca se comprometer com os direitos sociais pensados numa ótica coletiva, e que busca atuar nos serviços de atenção, promoção e cuidados em saúde, transitando entre os micro processos de produção de sentidos e as questões institucionais e políticas vividas por uma população marcada pela exclusão social (Spink, 2003).

Com as mudanças nas Políticas Públicas de Saúde, e a criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, se fazem necessárias novas pesquisas sobre o tema, visando à efetiva implantação das políticas e também a divulgação e capacitação de profissionais e futuros profissionais que terão que lidar com as mudanças advindas.

Da mesma forma, tendo em vista a graduação como um momento de desenvolvimento e formação profissional, este se torna especialmente importante no sentido de desenvolver profissionais com recursos relacionais para atendimento à população LGBT de forma não discriminatória e, ao mesmo tempo, mais segura das especificidades do atendimento a estes indivíduos.

Considerando a escassez de estudos sobre o tema e a crescente preocupação com o acesso do público LGBT aos serviços de saúde, a presente pesquisa busca compreender os sentidos da diversidade sexual entre estudantes de Medicina, e suas implicações para o atendimento a essa população. Os objetivos específicos da pesquisa são: descrever os sentidos relativos à diversidade sexual; analisar as implicações da orientação sexual dos pacientes no momento do atendimento; avaliar a formação de estudantes de Medicina para a atenção em saúde da população LGBT.

5.2. Pesquisa qualitativa construcionista

Essa pesquisa foi desenvolvida em uma perspectiva qualitativa de cunho Construcionista Social. A perspectiva qualitativa trata do universo de significados, motivos, aspirações e crenças, o qual encontra grandes dificuldades em ser traduzido em números e outros indicadores quantitativos (Minayo, 1993). O método qualitativo facilita o estudo de questões em profundidade e detalhe, de forma a se aproximar do trabalho de campo sem ser restringido por categorias pré-definidas de análise, contribuindo para que investigação qualitativa seja mais aberta (Patton, 2002). Denzin e Lincoln (2000) definem a pesquisa qualitativa como demarcatória do lugar do observador no mundo baseada num conjunto de práticas interpretativas e materiais que consideram o mundo visível a partir dos significados que os indivíduos lhe atribuem. Uma de suas características marcantes é a de contextualizar seus sujeitos, durante o desenvolvimento do estudo, ponderando as informações de forma mais profunda, dando maior destaque ao processo em que a questão estudada foi estabelecida do que o seu produto ou os seus resultados (Bogdan e Biklen, 1984). Para Patton (1990) a pesquisa qualitativa adquire uma sensibilidade contextual, que assume a imersão dos dados encontrados em um determinado contexto social e histórico, e assim, impossibilita generalizações. Assim, cada realidade é única e singular (Gonzalez-Rey, 2002). Segundo Alves (1991), a realidade é considerada:

uma construção social da qual o pesquisador participa e, portanto, os fenômenos só podem ser compreendidos dentro de uma perspectiva holística, que leve em consideração os componentes de uma dada situação em suas interações e influências recíprocas, o que exclui a possibilidade de se identificar relações lineares de causa e efeito e de se fazer generalizações do tipo estatístico (p.55).

Sobre o construcionismo, Gergen (1985) aponta que alguns autores ao tratarem sobre o fenômeno do construcionismo tendem a relatar mais uma consciência compartilhada do que

propriamente um movimento. Apesar da dificuldade na descrição podemos dizer que o discurso construcionista social possui algumas congruências na definição de suas perspectivas. De forma sintetizada podemos dizer que são quatro as descrições centrais desta perspectiva teórica: 1) a especificidade cultural e histórica das formas de descrição da realidade, ou seja, as formas de descrever o mundo não correspondem à uma realidade para além das formas de descrevê-la, sendo assim, elas mesmas a constróem, dentro de um contexto socio-histórico com determinados sistemas de significação; 2) na produção e manutenção do conhecimento os relacionamentos humanos têm primazia, assim, as inteligibilidades sobre o mundo são produtos das relações, com determinados significados localizados em determinados espaços e tempos; 3) o conhecimento e a ação estão conectados, dessa forma, diferentes descrições do mundo se baseiam em diferentes maneiras da ação social; e 4) uma postura crítica e reflexiva é valorizada, tendo como base a ideia anteriormente descrita do conhecimento como dependente e relativo a condições sócio históricas. De acordo com estas ideias, para o construcionismo a ciência é um produto cultural, que declina a epistemologia dual de sujeito-objeto, buscando uma outra de cunho social. A busca pela verdade não cabe nesse contexto, sendo seu interesse de pesquisa as inteligibilidades produzidas nos relacionamentos sociais (Rasera, Guanaes & Japur, 2004).

Na vida social, se tornam de grande relevância as compreensões compartilhadas, já que as descrições e explicações do mundo são formas de ação social, servindo assim, para dar apoio à certos padrões e para excluir outros. Dessa forma, a busca por alterações de padrões e explicações se transforma numa disputa entre certas linhas de ação em detrimento à outras (Gergen, 2009). Essa noção se torna bastante relevante neste trabalho na medida em que os discursos presentes nas conversas em grupo tratarão da sexualidade, em suas formas mais e menos disseminadas em sociedade, considerando o momento da formação dos futuros profissionais de saúde.

O construcionismo reitera a base das práticas humanas na linguagem, colocando a universalidade sobre o que cada pessoa pode produzir em termos de significação. Assim: “ao mesmo tempo, a natureza essencialmente cultural da semântica e da sintaxe linguística marca a natureza diversa da linguagem e das possibilidades humanas de significação” (Rasera et al., 2004, p. 161). O estudo da linguagem é colocado em destaque nessa perspectiva, no sentido de constituir as práticas sociais na investigação sobre o desenvolvimento do conhecimento, considerando-a assim, atividade compartilhada, com foco nos relacionamentos entre os seres humanos e não no indivíduo, como aquele que produz o entendimento e a linguagem. Pensando nesse aspecto central da linguagem é possível concluir que é por meio dos momentos de interação entre as pessoas, nos quais elas precisam responder e reagir umas às outras de forma prática e espontânea, é que será possível chegar à uma compreensão de como são construídas as pessoas. A ênfase aqui é no estudo dos processos de compreensão e resposta ativa entre os seres humanos (Rasera & Japur, 2001).

É possível perceber, como essa noção de realidade como construção social é condizente com os princípios construcionistas, surgindo a possibilidade da busca pelo conhecimento socio-culturalmente localizado na relação entre pesquisador e pesquisado, não no sentido da localização do conhecimento no interior do indivíduo, mas fundamentalmente nas interações. Assim, como afirma Spink (2004a) o método qualitativo passa de instrumento técnico para postura epistemológica, determinando uma posição construcionista diante do mundo. A metodologia e seu desenho não garantem acesso aos dados como eles são, mas como construção social que cria versões do mundo, "podendo ter maior ou menor poder performático dependendo do contexto de produção, do momento histórico, das relações sociais em que ocorre essa produção, aliados à intencionalidade de quem produz e o grau de conformidade de quem recebe" (Spink & Medrado, 1999, p.6).

A investigação construcionista busca, sobretudo, a explicação dos processos por meio dos quais os indivíduos elucidam e descrevem a si mesmos e o mundo em que vivem. Dessa forma, a pesquisa construcionista não busca descrever as coisas como elas são, mas o processo pelo qual elas são construídas de forma ativa e contínua entre as pessoas. O foco passa, então, para os processos de construção do conhecimento e do mundo (Rasera e Japur, 2007). Assim, por meio desta perspectiva, objeto e sujeito são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas (Spink, 2004a). O processo de compreensão desta visão exclui a noção de uma condução dada pelas forças da natureza, e o coloca como ativo e cooperativo, construído nos seres em relacionamento. A investigação construcionista, assim, busca pelas diversas bases culturais e históricas das várias maneiras de construção do mundo (Gergen, 2009).

Um conceito relevante na construção deste texto, e também para a perspectiva da linguagem como foco de interesse das pesquisas construcionistas, é o de práticas discursivas. Spink (2004b) considerada uma referência sobre o tema, fala das práticas discursivas como os modos pelas quais os indivíduos, através da linguagem, produzem sentidos e posições dentro dos relacionamentos. As práticas discursivas são colocadas como foco da análise na abordagem construcionista, resultando em busca e seleção de várias produções sociais e oferecendo caminhos importantes para a compreensão da produção de sentidos no cotidiano (Spink e Frezza, 2004). Dessa forma é necessária fazer uma distinção entre os conceitos de discurso e práticas discursivas, sendo o primeiro, nessa abordagem, referente às regularidades lingüísticas ou à utilização institucional da linguagem, tanto à nível macro de sistemas políticos quanto à nível micro dentro de diversos grupos sociais. Ainda que o contexto histórico consiga mudar os discursos, uma vez institucionalizado ele tende a permanecer (Spink & Medrado, 1999). Já as práticas discursivas tratam da linguagem em uso, a forma

como indivíduos produzem sentidos e se posicionam nos relacionamentos, remetendo assim, à momentos de ressignificação e uso ativo da linguagem em ação (Spink, 2004b).

Esse aspecto relacional nos encaminha à noção construcionista de grupos, situado como construção social, processo conversacional situado e também prática discursiva. (Souza, 2006). Nesse sentido, os limites e negociações presentes no grupo se referem ao seu contexto imediato, situado histórico e socialmente. Logo, pensar grupos como processos conversacionais situados foge às explicações psicológicas tradicionais dadas à eles, no sentido de demarcar este espaço como situado independente de seu contexto e história particular, como uma “entidade” (Bezerra-Júnior, 1994). Entender o grupo como prática discursiva é apresentar seu foco na linguagem e nas suas consequentes formas construção do mundo, de maneira que o grupo não existe independentemente das maneiras de dizê-lo (Rasera e Japur, 2001). Spink e Medrado (1999) concluem essas ideias, apontando para o espaço grupal como meio de produção de sentidos, fomentando possibilidades de ressignificação e mudança por meio de processos de inovação e recriação individual, na medida em que no grupo, o indivíduo está constantemente refletindo, agindo e construindo realidades possíveis. A investigação grupal, portanto, busca identificar quais processos as pessoas utilizam como recurso de descrição do mundo em que vivem, e também como compreendem à si mesmas. Assim, um grupo e sua produção de sentidos depende muito das pessoas que o constituem e das interações que acontecem (Rasera, 1999).

Partindo desse ponto de vista da produção do significado, chega-se à noção de dialogia, o relacionamento humano, como base da vida social. Bakhtin (1984) é um dos principais referenciais deste conceito, e afirma que:

“Ser significa comunicar, ser significa ser para o outro, e através do outro, para alguém. Uma pessoa não tem um território interno independente, ela está

completamente e sempre na fronteira; olhando para dentro de si, ela olha nos olhos do outro ou com os olhos do outro (p. 287).

Para ele, o princípio dialógico da linguagem possui fundamentalmente uma abordagem social, que exclui qualquer perspectiva individual, e o mesmo se insere na linguagem através do compartilhar com o outro no processo interacional, realizado na enunciação. Assim, sujeitos e sentidos se co-constroem de maneira discursiva nas relações, em determinadas atividades humanas (Di Fanti, 2003). O dialogismo possui duas concepções: dialogismo entre interlocutores e entre discursos. Este se refere à afirmação de Bakhtin de que um discurso está sempre relacionado com outros, inscrevendo a história em sua definição, formando assim a ideia do dialogismo como parte da linguagem. Logo, os discursos, situados em seu contexto socio-histórico, por trazerem as definições de mundo de determinados grupos sociais são marcados também por suas influências sociais, assinalando a linguagem como fenômeno dialógico complexo definido pela presença histórica de diversos discursos e vozes sociais. Para falar do dialogismo entre interlocutores Bakhtin começa afirmando que a interação verbal entre as pessoas é que constitui a verdadeira base fundamental da língua, e não pelas normas linguísticas, ou sistema de normas, e sim, pelo fenômeno social da interação e suas enunciação. Assim sendo, a palavra é constituída por duas faces, na medida em que parte de alguém e se dirige a alguém, sendo assim, produto dessa interação (Rasera, 1999).

Gergen (1997) propõe assim, alguns pilares para uma noção de teoria relacional da produção de significado. O primeiro se refere à origem da significação não nas mentes de cada indivíduo, mas na história de relacionamentos anteriores que coordenam as ações do homem. O significado é assim construído nas relações, fazendo com que os enunciados só tenham sentido quando existir alguma forma de suplementação, através da linguagem ou de outra forma. Outra noção trazida pelo autor é de que a suplementação apresenta uma forma de fazer sentido dentre outras possíveis, podendo demarcar seu potencial. Da mesma forma uma

forma de suplementação que for apresentada não garante sua fixidez, podendo ser temporário caso ocorram novas suplementações. Além disso, afirma que o processo de significação relacional vai além dos relacionamentos circunscritos àquele momento, tendo todas as outras relações que a pessoa participa ou já participou também papel determinante. Padrões de entendimento e desentendimento são atos de coordenação mútua criados em sociedade com base em determinados processos sociais. Por fim, o autor conclui com a noção de ontologia relacional que aponta como as pessoas ao compartilhar determinadas descrições de mundo, criam definições comuns que norteiam expectativas e criam ações congruentes.

5.3. As oficinas

A construção da proposta dessa pesquisa se desenvolveu partindo das experiências prévias da autora desse trabalho com grupos e o interesse em construir uma forma de coleta de dados que circulasse tanto pela criatividade quanto pela riqueza de sentidos construídos nas relações. Dessa forma, tendo trabalhado por quase dois anos com grupos de travestis, a busca era por possibilidades de atuação junto aos estudantes de Medicina que permitisse a escuta sensível sobre os discursos produzidos em sexualidade através de atividades motivadoras para alguns temas do campo da saúde e da sexualidade.

Os temas das oficinas surgiram durante a redação dos capítulos inrodutórios desse texto, e buscaram abordar assuntos que permeiam a sexualidade em sua interface com a formação em Medicina. Assim, foram eles: 1) Sexualidade, 2) diversidade sexual, 3) Atendimento em saúde – relação médico x paciente LGBT, 4) Necessidades em saúde da população LGBT e 5) Estratégias de atendimento e políticas públicas em saúde. Foram alguns meses de supervisões e busca de recursos lúdicos e visuais para a construção da proposta final que foi aplicada, na qual cada encontro tinha um objetivo específico de acordo com temática

pertinente.³ Assim, foram realizados cinco encontros semanais com duração de 1h30, distribuídos nos primeiros meses do ano de 2013. As inscrições para as oficinas eram voluntárias, e o horário e dia em que foram estabelecidas ocorreu de acordo com a disponibilidade que os participantes trouxeram no primeiro contato. Após divulgação por meio de cartazes na Universidade em questão, os alunos enviam um email para a pesquisadora que confirmava seus dados e registrava sua disponibilidade. Todos os encontros foram coordenados pela autora, que buscou mediar conversas e ouvir os futuros profissionais sobre seus discursos referentes à sexualidade e sua formação.

5.4. Os participantes

Após período de divulgação das Oficinas e inscrições, participaram efetivamente dos encontros 8 estudantes de Medicina, regularmente matriculados no curso, maiores de 18 anos que tiveram disponibilidade e interesse na participação dos grupos. Alguns participantes eram da mesma sala, outros não se conheciam, sendo 7 mulheres e 1 homem. Um fato relevante aqui é abordar que dentre os participantes, cinco fazem parte de um Projeto de extensão com temática relacionada à sexualidade. Os nomes foram trocados para preservar a identidade dos indivíduos, assim, optou-se por renomeá-los de acordo com importantes nomes da literatura Brasileira e Internacional que acompanharam as leituras e as histórias da pesquisadora durante sua vida. São eles: Adélia Prado, Cecília Meirelles, Clarice Linspector, Fernando Pessoa, Lya Luft, Lygia Fagundes Teles, Martha Medeiros e Ruth Rocha. A ideia aqui é também prestar uma homenagem à essas pessoas que me ajudaram na construção de todo este trabalho, bem como à esses grandes autores que reverberaram e reverberam ainda em mim em tantos livros e passagens que marcaram minha vida. Os participantes tinham, assim, idades entre 19 e 27 anos e estavam entre o começo e o meio do curso de Graduação.

³ Apêndice A – Estrutura dos encontros.

5.5. Passos na coleta dos dados

Para a coleta dos dados da presente pesquisa foram áudio-gravados todos os encontros com posterior transcrição do material. Ao iniciar os grupos os participantes eram avisados da gravação, e também foram explicitados os objetivos da pesquisa e aspectos científicos referentes ao sigilo e não-identificação dos participantes. Assim, concordando com essas condições e formato dos grupos os indivíduos assinavam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.⁴

Além das gravações e transcrições, a coordenadora sempre registrava suas impressões e os principais momentos do grupo, servindo como material adicional. Da mesma forma, as produções dos participantes durante as atividades, foram consultadas diversas vezes, como recursos auxiliares e expressivos do processo grupal.

5.6. Passos na análise dos dados

O processo de análise dos dados tomou as práticas discursivas como o dado empírico por excelência para a compreensão do conhecimento como produção de sentido (Potter & Wetherell, 1987; Spink, 2004a). Assim, o sentido é o meio e o fim do trabalho da pesquisa. Os passos da análise foram:

- 1) Transcrição dos encontros grupais;
- 2) Leitura atenta do material obtido, promovendo uma imersão nos conteúdos presentes nos diálogos e conversas;
- 3) Identificação dos sentidos produzidos e reflexão sobre sua produção baseada na literatura da área.

Buscamos focar nos processos negociação entre os participantes, procurando entender como são produzidos os sentidos entre eles em trocas, construções e desconstruções. Os encontros, como apresentados anteriormente, possuíam atividades em formato de oficina, e

⁴ - Anexo 1.

dessa forma já traziam temas prévios que tinham o objetivo de suscitar discussões. O que foi possível perceber, e que, aliás, estava dentro das expectativas dessa pesquisa, é que esses temas iniciais trazidos pelas atividades se tornaram pontos de partida das discussões, que em diversos momentos culminaram em assuntos e debates para muito além daqueles propostos. Assim sendo, percebe-se como a construção de sentidos nessa prática grupal ultrapassou qualquer direcionamento dado pelas atividades da oficina, constituindo um processo de dialogismos, negociações e trocas entre os participantes que buscaremos relatar nos tópicos seguintes.

6. ANÁLISE

Nesse estudo, buscamos analisar os sentidos produzidos pelos participantes sobre sexualidade, homossexualidade e as nuances da homofobia e outras questões presentes tanto na relação com o paciente, quanto na própria formação desses alunos, que se apresentaram nas conversas dos encontros com os estudantes

Para além dos temas motivadores dos encontros, foram intensos os dialogismos e sentidos trazidos pelos participantes em suas colocações e conversas, e dessa forma, foram escolhidos trechos que possibilitariam uma discussão, bem como fossem representativos da riqueza e complexidade deste processo. Metodologicamente, após a leitura exaustiva das transcrições, foram selecionados trechos de diálogos marcados pelo debate entre os participantes, no sentido de uma negociação de sentidos.

Os tópicos apresentados nessa seção abordam os encontros realizados com o grupo de estudantes de Medicina, buscando uma interlocução entre os discursos apresentados e discussões teórico-metodológicas pertinentes. Assim, discutiremos a homofobia, a moral das sexualidades, gênero e suas performances, identidades sexuais, heteronormatividade na relação entre médico e paciente, bem como as políticas públicas específicas LGBT e sua aplicabilidade.

Espera-se com essa análise discutir como os processos reguladores da sexualidade podem ser reproduzidos no cotidiano desses alunos, de formas quase invisíveis, gerando grandes desafios a uma formação em diversidade sexual bem como ao atendimento da população LGBT.

6.1. A homofobia de uma certa moral sexual

Conforme citado anteriormente, a homofobia é produto da constituição de uma hierarquia das sexualidades, que estabele a norma heterossexual e exclui as diversidades. Como fenômeno complexo, inclui a depreciação e a exclusão do sujeito homossexual, que

chega a ser interpretado como culpado em um julgamento moral de suas condutas e afetividades. A homofobia atinge status de denunciante ao apontar os desvios do caminho masculino, que erroneamente se dirige ao feminino, e vice-versa, promovendo uma vigilância constante sobre os indivíduos para o seu “gênero certo”. Para além dos atos mais violentos, é preciso pensar em outras formas, mais sutis, em que a homofobia adquire uma máscara desenhada pela tolerância desse tipo de sexualidade, desde que talhada pelo silêncio e pela invisibilidade, na medida em que ainda é considerada uma sexualidade imperfeita ou inferior (Borillo, 2009).

A homofobia é um dos temas centrais dessa dissertação, e figura, em diversos momentos, como parte importante do argumento que busco construir sobre a importância da formação profissional para redução dos seus casos no acesso à saúde da a população LGBT. Esse fenômeno está disseminado nos mais diversos lugares, e o campo da saúde precisa se articular para produzir alternativas que reduzam atitudes discriminatórias e que ampliem o acesso da população LGBT a um serviço de qualidade.

Nesse sentido, o primeiro encontro do grupo foi marcado pelo interesse nas construções compartilhadas sobre sexualidade e homofobia, bem como pela legitimação dada em grupo para determinados discursos. O tema dessa discussão gira em torno de uma hipotética pessoa homossexual que utilizaria do discurso da homofobia para ter legitimação em seus comportamentos considerados pelos estudantes moralmente inadequados. Assim, a luta contra a homofobia como discurso social legítimo é descartada e desprivilegiada no grupo.

Durante o encontro, reconheceu-se que vários participantes se conheciam por estarem na mesma sala, ou pela proximidade entre os períodos de graduação, assim, o diálogo foi facilitado e as atividades motivaram diversas discussões iniciais sobre a sexualidade. O trecho da conversa em questão se inicia em uma atividade na qual os participantes explicitam suas definições para questões relevantes no campo da sexualidade. A homofobia se encontra em

questão, e dessa forma, dois participantes começam um debate para além da simples definição do conceito:

Fernando: *Uma coisa que eu acho da homofobia, que pode parecer estranho falar, mas hoje em dia, é homofobia é ação homofóbica, mas hoje em dia a homofobia tá sendo muito usada pra justificar certos comportamentos que poderiam ser inadequados tanto pro homossexual quanto pro heterossexual. Tipo... é... um casal gay se beijando no campus, é... tem uma reação estranha da população... Ah! Vocês são homofóbicos! Não, mas essa reação pode ser desencadeada também por um casal hétero.*

Adélia: *Agora o que a gente percebe muito, agora com sinceridade, tem os homossexuais que parece que não tem muito um meio termo... Falando mais de gay, especificamente, não travesti, transexual... pegando homossexual, mais o gay. (...) Agora, ou tem esses muito discretos ou tem aqueles que falam ah! Não tô nem aí pra ninguém, vamo escandalizar mesmo. (...) Nossa, que comportamento é esse? Tipo assim... Tá um pouquinho vulgar, tem muito disso... E eu acho que muitas vezes esses homossexuais aproveitam disso pra usar de homofobia... Nossa que pessoa homofóbica, não sei quê... E eu acho que não é bem por aí, porque eu quando... se tô num amasso com um cara, quando alguém vem falar alguma coisa, quê que eu vou falar? Aí que heterofobia, entendeu? Isso, não cabe... (risos) Eu acho que eles tão usando muito isso pra... tipo...*

Fernando: Né?

Adélia: ... pra tirar o deles da reta.

Fernando: *Parece que tem assim nuito... como fazer a sociedade aceitar... esses tipos, estilos de vida, assim que foi orientado...*

Adélia: *escandalizado... (E1, T1, p. 11).*

Fernando apresenta um discurso que critica a suposta visão antagônica à homofobia na atualidade, de forma que esta seria, então, vista como justificativa para a imposição de certos comportamentos que seriam inadequados social e moralmente. Mas afinal, que condutas seriam essas? Um beijo em público? Em que lugar são colocadas as homossexualidades dentro desse discurso? Nesse sentido, Rios (2007) aponta para uma reprovação moral ou uma não aceitação social da homossexualidade, com bases em uma hierarquia sexual que inferioriza quem foge da heteronormatividade. Rubin (1998) ao tratar sobre o tema fala de uma nova “estratificação sexual”, em que as diversas sexualidades seriam colocadas em categorias de bom, normal e saudável, ou, pelo contrário, ruim e anormal. Assim, o casamento heterossexual, monogâmico, com fins reprodutivos se oporia ao sexo comercial, homossexual, fetichista, sadomasoquista, revelando o valor negativo da sexualidade não reprodutiva. Para

questionarmos a homofobia é preciso desnaturalizar a família heterossexual como modelo de vida hegemônico. Em sua dinâmica a homofobia alcança status de vigilante das identidades de sexo e gênero (Blumenfeld, 1992).

Adélia seleciona determinadas expressões para falar de comportamentos sexuais no contexto público: ‘comportamento inadequado’ e ‘vulgar’. Podemos iniciar uma reflexão sobre os sentidos produzidos por essa construção de frases, que remetem à fala anterior de Fernando e da mesma classificação feita por Fernando, que aponta o certo e o errado, o correto e o vulgar. Assim, pode se questionar como os discursos sobre a sexualidade e suas práticas continuam sendo perpassados por diversas forças que determinam certa normatividade em torno da noção heterossexualidade-monogamia. Esse processo cristaliza uma grande teia que regulamenta e define a normalidade das sexualidades tanto em contextos públicos, quanto privados (Assis, 2011). O julgamento moral feito nesse momento encontraria assim, uma base social compartilhada, e assim, que exclui a possibilidade de opiniões divergente à exibição de determinados comportamentos sexuais em público.

O diálogo vai ao encontro de uma concepção pseudo-liberal de sexualidade, em que esta é estritamente particular, e que pode aceitar comportamentos homossexuais desde que fiquem restritos à esfera do íntimo. O que incomoda é a manifestação pública da homossexualidade, sendo alvo de críticas e criando status de escândalo e questionando a norma heterossexual e aqueles vinculados a um “status quo moral” (Louro, 2000). Quando consideramos o sexo como algo pertubador, perigoso e até anti-social, estaremos caminhando rumo à aceitação de uma posição de moralidade, que legitima mecanismos de controle social, inscritos em instituições sociais como casamento, heteronormatividade, família e monogamia (Weeks, 2000).

Dessa forma, a homofobia passa a ser um discurso legítimo, já que recebe uma capa de respeitabilidade e moralidade que a justificariam. O resultado nesse momento é uma

culpabilização desse indivíduo pelo próprio processo de homofobia que sofre. Nesse sentido, Borillo (2009) aponta que para a existência de homofobia e heterossexismo não há necessidade de incursão de algum tipo de violência, basta criar uma justificativa intelectualmente coerente para colocar a heterossexualidade como hierarquicamente superior. Conclui ainda que dificilmente a diferença é evocada, e quando é feita nunca é a favor da população LGBT, e assim, “não se pensa em nenhum momento em apontar a especificidade homossexual para conceder mais direitos aos gays ou para implantar mecanismos de discriminação positiva em seu favor” (p. 34).

Louro (2000) mostra como fantasias, desejos e prazeres são alocados na esfera do privado, e assim, por vários mecanismos de disciplinamento e culpabilização, somos censurados. Concluindo que a sexualidade e seus desdobramentos são assuntos de cunho privativo, perdemos a noção de toda sua dimensão política e social. Adélia ao reproduzir essa noção da moralidade no dominório público para homossexuais e heterossexuais, ignora as dimensões políticas e sociais da exibição dos comportamentos sexuais em público. O grupo não se posicionou durante a produção de tais sentidos sobre a homofobia pelos dois participantes e, da mesma forma, a coordenadora também se absteve de comentar e questionar todas as nuances de moralidade e normalidade presentes nesses discursos. Afinal, o que esse silenciamento sinaliza? Concordância? Naturalização? A homofobia presente nos discursos reproduzidos parecem não ter chocado os demais participantes, que se abstêm de concordar ou negar tais afirmações.

Pensar sobre a sexualidade como construída histórica e socialmente nos leva a olhar para esses discursos trazidos pelos participantes como reproduções de discursos sociais maiores, que partem da matriz heterossexual. A liberdade sexual crescente nos espaços públicos ainda encontra resistências em diversos discursos que ainda são passados por família, mídia, igreja e tantos outros veículos de reprodução de valores moralistas

reguladores. Começam a surgir nos diálogos os estereótipos de gênero, nesse caso sobre a figura do homem homossexual que causa ‘escândalo’, bem como uma hierarquização e definição de quem são os sujeitos mais detentores de direitos frente a outros de identidade sexual diversa.

6.2. Conversando sobre as identidades sexuais e as lesbianidades

O grupo, continua a discussão sobre homofobia, mais especificamente sobre a possibilidade de uma homofobia específica para as diversas identidades sexuais, que em suas especificidades e representações junto ao sexo e o gênero, recebem uma terminologia própria: lesbofobia, transfobia, gayfobia (Borillo, 2009). Ainda conforme Borillo (2009) “a lésbica sofre uma violência particular advinda de um duplo menosprezo, pelo fato de ser mulher e pelo de ser homossexual” (p. 23). Na sequência, o autor aponta o contexto de invisibilidade e silenciamento das lesbianidades, advindos de sua feminilidade. Essa indiferença sinaliza um menosprezo advindo de um sexism, que coloca a sexualidade da mulher como objeto do desejo do homem, de forma a ser impensável qualquer tipo de relação sexual ou afetiva entre mulheres (Borillo, 2009).

Debater a temática das lesbianidades ajuda a expor essas contradições presentes nos discursos que invisibilizam a possibilidade da identidade sexual lésbica como sexualidade possível. Da mesma forma, aponta as nuances dos papéis de gênero nessa construção social da lesbofobia e expõe as necessidades de mudança frente aos estereótipos de gênero que podem impor entraves também no momento do acesso à saúde das lésbicas.

Assim sendo, no segundo encontro do grupo, a atividade motivadora, que tinha como tema principal a diversidade sexual, se referiu à criação de ‘histórias de vida’ com base na aparência dos personagens em fotos. Foi um encontro bastante marcante pela quantidade de temas produzidos, subjacentes à essa temática central, bem como, pela ampla discussão sobre a vida das pessoas LGBT em vários aspectos e nuances.

Um dos temas provocados pelas noções da diversidade sexual são justamente os estereótipos de gênero, ligados às construções compartilhadas socialmente sobre como são expressas as sexualidades. O diálogo inicial trazido aborda algumas das visões sobre o ser lésbica. Assim, este se refere a um momento pós-discussão, sobre a história criada pelos participantes sobre uma personalidade lésbica, a islandesa Jóhanna Sigurðardóttir – uma das primeiras diplomatas assumidamente lésbicas na Europa. A história criada por um grupo a definiu como uma transexual, mas os outros grupos ficaram em dúvida. Apesar de não ter ficado claro quais os fatores considerados para essa definição da identidade sexual da personagem, para além da simples aparência, é feita a leitura da história real, e o grupo seguiu sua discussão:

Maria: *Então, aí, a gente chegou num assunto que ainda não tinha conversado. Acho que a gente fala mais de gay, de travesti, que um é a maioria, o outro a minoria, e as lésbicas?*

Lygia: *Eu acho que tem preconceito contra as lésbicas.*

Fernando: *Nossa, mas eu acho que é tão menor, principalmente pelos homens, porque lésbica é sexy.*

Maria: *Mas alguém aqui falou na outra atividade que acha as lésbicas se expõe menos que os gays... Em que sentido? Vocês concordam?*

Adélia: *Fui eu que falei. Quando eu falei isso eu quis dizer no sentido da sociedade mesmo... Como eu disse no encontro passado, tem uns gays que gostam de escancarar, de certo modo pra mostrar pra sociedade, pra falar que eu tô aqui e me vê, eu sou assim mesmo. De certo modo, ser aceito, chocando. E as lésbicas não são assim, não é muito comum você ver uma lésbica... o máximo que você vê é uma mulher vestida mais masculinamente, mas você não vê não vê os trejeitos tão masculinos como quando um homem é homossexual mais assim... muda a voz... os trejeitos... Você não vê uma coisa assim tão masculina, comparando, no caso, e nem pra sociedade, de chegar e pegar outra mulher, e tipo, pegar na bunda e ah, vem cá, que as vezes tem entre os casais de gays. Eu acho que é mais nesse sentido, elas expõe menos a sua opção sexual, a sua... não sei, não gosto dessa palavra. Mas assim, elas serem homossexuais, elas não ficam colocando tanto isso, como eles.*

Fernando: *Mas o contato entre meninas é mais aceitável, desde a infância. Ah, duas meninas juntas, pega na mão... mas você pega dois meninos andando de mãos dadas ...*

Cecília: *Não, e outra coisa assim, que eu fico analisando... Não tá implícito que todas as lésbicas tem comportamento mais masculino. Já no caso de gay, a maioria tem um comportamento mais feminino. Agora lésbica, casal de lésbica, todas as duas tem comportamento feminino, não é necessário, assim, que elas tenham comportamento masculino.*

Lya: *E talvez, por isso elas não apareçam...*

Cecília: É... por isso que eu acho que é tão difícil falar.

Adélia: Mas parece que os casais lésbicos sempre tem um mais masculino e uma mais feminina. Assim... dos que eu já vi de mão dada, uma de regata, bermuda e a outra toda feminina. (T2, E2, P.9-10).

Há nesse diálogo inicial do grupo uma variedade de sentidos sobre as possibilidades das sexualidades: ser lésbica, comportamentos femininos e masculinos, exibição de comportamentos sexuais, estereótipos de gênero. A busca nas considerações feitas a seguir é por ampliar as compreensões sobre os sentidos produzidos nesse momento.

Ainda que o foco da conversa sejam as lésbicas, o grupo traz também percepções de como são os gays, e como eles se comportam sexualmente no domínio público. Adélia volta a falar sobre os gays como indivíduos mais exibicionistas, e que se mostram mais em seus comportamentos relacionais-afetivos do que as lésbicas. Afinal, a exposição da identidade sexual é um problema? A visão trazida por ela é que sim, logo, a lésbica que se mantém discreta é mais aceita socialmente que o gay afeminado, que ‘escandaliza’ em suas ações e relacionamentos. Percebe-se que a colocação de Adélia faz referência ao diálogo do encontro anterior, e que também aponta certa hierarquização das sexualidades, que estabelece comportamentos que serão aceitáveis ou não dentro de um determinado contexto, criando sexualidades ‘melhores’ e ‘piores’. Ao abordar esse processo, Butler (2003) discute como a hierarquização das relações de gênero começa desde a infância, criando uma atribuição performática de gênero baseada em uma estrutura binária e excludente. Assim, a visão trazida pela participante é de uma pseudo aceitação da homossexualidade, desde que não sejam exibidos comportamentos sexuais considerados ‘escandalizantes’ ou que ‘exponham demais sua opção sexual’.

Na sequência, a visão trazida por Fernando traz uma contraposição à fala de Adélia, e dessa forma, ele aponta como o contato entre duas mulheres é mais aceito socialmente do que o contato entre dois homens. A fala é bastante interessante por trazer elementos claros das

perfomances esperadas para cada gênero, bem como de uma invisibilidade das relações afetivo-sexuais entre mulheres causada pela expectativa contida nessas normas de gênero. O sentido construído aqui trata de comportamentos sexuais considerados femininos e masculinos, remetendo a uma norma da exibição dos mesmos. Desde a infância, homens e mulheres aprendem os comportamentos de gênero que devem ser exibidos, bem como a fazer gozações com aqueles que não se ajustam aos padrões de sexualidade e gênero daquela cultura (Louro, 2000).

Sobre as perfomances esperadas de gênero, Sullivan (1996) aponta como, principalmente os homens, são ensinados a exibir comportamentos homofóbicos como forma de afirmação de sua heterossexualidade, negando qualquer possibilidade de contato mais próximo com outro homem, enquanto a mulher tende a não ser julgada por este tipo de aproximação, como trouxe Fernando em sua fala. Gimeno-Reinoso (2003) afirma que “lésbica é moderno e admissível sempre que se seja o bastante bela, moderna e glamorosa, e, sobretudo, sempre que, ao final, não se seja de todo lésbica e esteja disposta a ter sexo com os homens” (p.286). Assim, o ato sexual da lésbica é atrativo para o heterossexual masculino como forma de fantasia sexual: o menáge de duas mulheres e um homem (Vencato, 2005).

Junqueira (2010a) apresenta como a lesbofobia, usualmente se configura como uma das formas mais invisíveis de homofobia, justamente por se relacionar com os diversos processos sociais que tornam as lésbicas seres quase imperceptíveis. Assim, é historicamente construída a invisibilidade lésbica, através dos discursos sobre sexualidade, homossexualidade e movimentos sociais. As possibilidades de visibilidade estão ligadas àquelas consideradas mais “masculinas”, como na fala de Adélia. Logo, “vetores discriminatórios que operam no mundo social contra as mulheres em geral se acirram no caso das mulheres lésbicas – e ainda mais se forem lésbicas pertencentes a outras ‘minorias’ ” (Junqueira, 2010b, p. 224).

O discurso apresentado aqui trata desse jogo de visibilidade e invisibilidade, e considera a visibilidade como sinônimo de um “choque” dado a sociedade que é obrigada a incorporar as homossexualidades em suas diversas nuances. Começa no grupo uma discussão sobre a exposição ou não da sexualidade, a entrada ou saída do armário. Para Sedgwick (2007), o armário atua como um dispositivo regulador das homossexualidades, e também oferece aos heterossexuais determinados privilégios em relação à visibilidade e supremacia de valores. Logo, alguns conteúdos estimados como menos “ofensivos” são revelados e outros não.

Os diálogos seguintes desenvolvem o debate sobre as representações do ser lésbica e do ser gay, assim, Cecília traz sua visão dessas sexualidades ao questionar a necessidade do casal lésbico ter uma figura masculinizada, e depois ao apontar que a homossexualidade masculina usualmente está ligada à exibição de comportamentos femininos. Ao mesmo tempo que questiona um estereótipo do casal lésbico, legitima o estereótipo do gay como figura afeminada.

Quando pensamos no estereótipo do casal lésbico podemos questionar essa inserção do masculino junto à uma inteligibilidade de matriz heterossexual, reforçando a idéia de “casal”, numa busca pela normalidade de gênero, na qual sempre haverá o masculino e o feminino, como opostos e complementares, mesmo numa relação homossexual (Borges, 2008). Assim, a visibilidade das relações entre mulheres é dada apenas a esses casais, enquanto outros simplesmente não aparecem, como aponta Lya na fala seguinte à de Cecília. Mesmo depois desse apontamento, o discurso de Martha ainda é de reproduzir esse estereótipo na sua fala, ao dizer que ‘parece que sempre tem uma masculina e uma feminina’.

Assim, de forma geral, encontramos uma série de reproduções de discursos gerados pela inserção em uma sociedade heteronormativa e que exerce poder no controle das

sexualidades, bem como na edificação e reprodução de discursos discriminatórios frente à construção das identidades homossexuais, sejam elas lésbicas, gays ou transgêneros.

6.3. A suposta estabilidade das identidades sexuais e o lugar da bissexualidade

A bissexualidade surge como tema, e se tornam claros os preconceitos que sofrem os indivíduos que assim se consideram. Essa discriminação pode partir tanto de heterossexuais quando de homossexuais, na medida em que a bissexualidade é colocada como não pertencente às categorias binárias tradicionais de homo ou heterossexual (Garber 1995; Mengel 2009, citado por Lewis, 2012). Da mesma forma que é pouco representada no movimento LGBT, ainda que esteja na sigla, também é pouco tratada nos meios acadêmicos, sendo normalmente submissa a homossexualidade como foco de análise (Angelides 2001, 2006; Baker, 2008 citado por Lewis, 2012). Apesar desse cenário, Lewis (2012) aponta como a bissexualidade pode ser subversiva diante das rígidas categorias sexuais estabelecidas de homossexualidade/heterossexualidade, alterando as definições modernas que se baseiam no sexo/gênero a que se dirige o desejo individual. É preciso sublinhar possibilidades, atentar para a fluidez e repensar as noções possíveis para se repensar a diversidade sexual, de forma a ir além de uma definição baseada no parceiro e seu sexo/gênero.

Mais uma vez é preciso discutir as contradições presentes nos estereótipos compartilhados sobre as identidades sexuais e dar voz as sexualidades que, de uma forma ou de outra, são negadas ou vestidas com uma capa de invisibilidade. Discutir a fluidez das possibilidades de sexo e gênero auxilia na compreensão de um panorama geral que questiona a homofobia em suas diversas expressões, bem como apresenta novas possibilidades de discurso e conhecimento que pode ser compartilhado.

Assim, no segundo encontro, o grupo inicia um debate sobre a diversidade sexual e a estabilidade das identidades sexuais e o lugar da bissexualidade como situada entre a

homossexualidade e heterossexualidade, bem como a questão do “sair do armário”. Partindo das histórias criadas pelos grupos e das definições apresentadas das identidades sexuais, e também das falas que surgiram sobre o “experimentar” e as possibilidades das sexualidades, começo instigando um pouco mais sobre o tema:

Maria: *A pergunta é assim... vocês acham que alguém que tem uma relação homossexual com alguém, por exemplo, uma menina que um dia resolve experimentar, ou que namorou uma vez com uma menina por anos e depois só namorou homem... ela é lésbica? Ou ela não é lésbica? Como que a gente sabe?*

Martha: *Ela já teve relação?*

Maria: *Ela já teve uma relação homossexual... Quê que vocês acham?*

Lya: *Não sei, acho que ela é bi. (risos)*

Fernando: *Eu acho que depende da vontade. Tem que ter vontade, antes de tudo, não ah, aconteceu. Acho que vontade de ficar...*

Adélia: *Não uma curiosidade né? Ela tem que, tipo, não é ter uma curiosidade, ela tem que se sentir atraída normalmente por mulher e não só matar a curiosidade.*

Fernando: *Não só numa festa. Não só bêbado. Eu acho assim, é uma coisa do dia-a-dia.*

Adélia: *É...*

Lya: *Ah, eu não sei... acho que igual a gente falou ali na história... Nenhuma dessas definições que vem de fora são corretas. Eu acho que a pessoa que têm que falar.*

Martha: *Eu acho assim, que gays e lésbicas já romperam de decidir, vamo supor, ah, sou gay. Eu acho que voltar a não ser mais é muito fácil também pra eles... Eu acho que não é definido, assim, sabe... sou e pronto. Então eu acho querendo ou não, todos são bissexuais. Porque se não sabe ainda... Vamo supor, o cara é gay, assumiu que é gay, tem o relacionamento homossexual a muito tempo, vai que aparece uma mulher que desperta nele uma coisa que... que... ficou adormecida?*

Martha: *É... Então eu acho que ele é bi.*

Maria: *Então ele é bi?*

Martha: *Eu acho que pode ser... Eu acho que do mesmo jeito que vai, volta fácil.*

(...)

Adélia: *Mas eu acho que não é a sexualidade que foi instável, foi o gosto pela outra pessoa. Eu acho assim, por exemplo, eu, sou heterossexual. Sempre olhei pros menininhos desde nova, desde sempre, eu não me vejo olhando pra uma outra mulher. Tipo assim, e isso, eu acho que eu posso mudar o que for, mas apesar de eu já ter tido frustrações com homens, que não sei quê, nem por isso, eu vou olhar pra mulher.*

Martha: *Mas isso é porque a gente é normal, assim...*

Adélia: *Não, mas assim, você pega os homossexuais, tanto homem quanto mulher, desde criança, você vê de um modo geral, a pessoa já se percebe como diferente. Ela já não é sempre olhando pro outro sexo, as vezes tem dificuldade de se assumir, em se aceitar. Porque eu acho que o problema inicial é se*

aceitar, pra depois... se mostrar pra sociedade. Então você vê que ela já era assim. Não era aquele pessoa que ah, eu sempre tive atração por uma pessoa do outro sexo e agora eu tô pelo do mesmo. Eu não acho que é uma coisa que muda assim... (...) agora, eu acho que não existe ex-gay. Virar e falar ah, eu sou gay e agora eu voltei atrás, gosto de mulher. Não, eu acho... (E2,T2,P.10-11)

A análise desse primeiro trecho já aponta para uma temática central quando discutimos a diversidade sexual: uma cobrança de estabilidade em nossas identidades sexuais - será que existe ex-gay?, ser bissexual é deixar de ser gay? Essas são algumas questões que o debate entre os participantes produz, na medida em que visões essencialistas da sexualidade como inerente ao indivíduo e outras sobre a possibilidade do desejo sexual como variável e insconstante estão em debate aqui.

Chama atenção à fala de Adélia ao apontar como possível resultado de uma ‘frustração com homens’ o desejo por mulheres, voltando à debater com as questões trazidas anteriormente sobre as representações do lesbianismo, ao reforçar um discurso de superioridade heterossexual e da necessidade da presença do masculino. Logo, podemos concluir que:

As chamadas “explicações” para as lesbianidades (frustração física e emocional ou “trauma” com um homem, ou rejeição por eles pela falta de atratividade) são fundamentalmente machistas – têm sempre como referência os homens, a masculinidade e genitalização do desejo sexual centrada no pênis e na penetração (Toledo & Teixeira-Filho, 2010, p. 745).

Quando Martha fala em ‘ser normal’ volta a entrar em pauta a questão da normatização das sexualidades e da heteronormatividade, ou, de como a heterossexualidade é o ‘normal’ e a homossexualidade o ‘anormal’ e o ‘estranho’. Ainda que a fala quase tenha passado despercebida pelo grupo, e pela própria coordenadora que nesse momento também não questiona o uso da palavra, nem o seu sentido, ela é marcante por trazer uma clara

reprodução da heterossexualidade como discurso superior em uma certa hierarquia sexual que diminui a homossexualidade e suas expressões. Da mesma forma, também apresenta um discurso de cunho essencialista sobre o sexo, ao buscar a origem da homossexualidade, uma explicação para a mesma, não a legitimando por ser divergente da norma hétero.

Ao repensarmos as identidades sexuais, considerando sua diversidade – gays, queers, lésbicas, transexuais, travestis – e também sua exposição publicamente, podemos perceber como estas terminam por ressaltar de forma bem clara, a fluidez e não-estabilidade das identidades sexuais (Louro, 2000). Weeks (1995) desenvolve essa questão, ao apontar a existência de "identidades sexuais de oposição que colocam em questão a fixidez das identidades herdadas de todos os tipos, não apenas sexual" (p.88). Os indivíduos escapam das classificações nas quais os encaixamos, as fronteiras se tornam fluídas, e para quem precisa de delimitações claras, essa pluralidade abre um leque grande demais dentro dos arranjos sociais (Louro, 2000). Assim, ainda que estejamos mais conscientes da sexualidade como produto linguístico e cultural, continuamos a querer um fixidade e estabilidade pra falar dela, como forma de dizer sobre nós, ao dizer sobre o nosso sexo (Weeks, 2000). Essa parece ser, justamente a dificuldade encontrada pelos participantes, em suas falas.

O embate presente neste momento é: a sexualidade seria estável ou não? Alguns discursos buscam causas para legitimar essa instabilidade, como se fosse algo indesejável ou ruim e outros perpassam pelos caminhos de um desenvolvimento e descoberta sexual pessoal. Nesse sentido, o grupo diverge e não chega a concluir sobre a questão.

A fala final de Adélia também tem é marcada por um essencialismo, e pela não legitimação de identidades sexuais consideradas por ela instáveis. Existe ex-gay? E existe ex-hétero? Afinal como os indivíduos podem ter sua essência sexual alterada, ou como podem mudar algo que já nasceu neles? Os discursos de heteronormatividade, homofobia e padrões de gênero atravessam as falas dos participantes que encontram dificuldade para compreender

a possibilidade de fluidez entre as diversas identidades sexuais.

Na sequência da produção de sentidos, o grupo começa uma discussão sobre a bissexualidade como sexualidade instável, ou como interstício entre homo/heterossexualidade:

Lya: *Você acha que existe bisexual?*

Adélia: *Eu não sou muito de falar que existe...*

Lya: *Você acha que não existe?*

Adélia: *Eu acho que não.*

Maria: *Quê que vocês acham?*

Fernando: *Eu concordo. O processo de ser homossexual, deixar de ser homossexual é uma coisa muito... pra de uma hora pra outra... pra você falar assim, ah, gastei anos pra construir isso, fiz a maior bagunça e não... vou chegar em casa com uma mulher. Eu acho que...*

Lya: *Eu acho que... as pessoas... por ter uma cultura, uma criação muito fechada, as vezes elas nem se conhecem, elas nem sabem muito o quê que elas gostam. Às vezes nunca teve oportunidade, por isso que eu acredito assim... que, sei lá, uma pessoa que foi casada 20 anos com uma mulher, e depois fica com um homem.*

(...)

Lya: *Então não existe bissexualidade pra você?*

Martha: *Eu acho que a pessoa não é assim, agora eu sou gay... Eu acho que é uma verdadeira, a pessoa tá confusa...*

Fernando: *Eu acho que a bissexualidade é mais uma questão de hedonismo assim, sabe? Eu acho que é querer sentir prazer com o que tem pra hoje...*

Lya: *Nossa!*

Lya: *Não, e sabe uma coisa que eu também acho? Às vezes a pessoa é muito movida por... Por exemplo, essa pessoa que era casada e virou... foi lésbica. Eu acho que ela se encontrou naquela mulher nova que ela conheceu, entendeu? Eu acho que isso pode ter despertado nela.*

Fernando: *É alguns sentimentos...*

Lya: *É... Tipo uma pessoa que é hétero, talvez ela não conheceu a cara metade homossexual dela e por isso que ela não se descobriu.*

Martha: *Acho que é isso mesmo, é uma verdadeira bagunça. De oportunidade, momento, situação, vivência e... eu acho que não é muito assim, definido. E assim, ah, agora sou gay. Não nossa, gostei. Vai criando sabe? E eu acho que assim, ela pode, não era isso que eu realmente queria não. Eu acho... Eu concordo com o bisexual. (E2,T2,P.11-12)*

Ainda que de forma reticente, a fala de Adélia é marcante por questionar a real existência da bissexualidade, apontada aqui e em outras falas como ‘confusão’ e ‘dúvida’ e ‘busca por prazer’ (hedonismo). As visões sobre a bissexualidade neste momento variam entre uma certa negação, a assunção desta categoria sexual como algo efêmero, ou um

momento de busca de prazer e experimentação. Lya apresenta argumentos contra essas visões ao falar da construção social da sexualidade como algo proibido, que tende a apenas reproduzir padrões heteronormativos, reprimindo outras formas de expressão das sexualidades. As práticas sexuais ou desejos não definem a subjetividade, de forma que o indivíduo precisa de fato sentir-se subjetivamente nesse ‘lugar’ de hetero, homo ou bissexual (Toledo & Teixeira-Filho, 2010).

No senso comum, há uma divisão muito clara entre os indivíduos, colocados como ‘os heterossexuais’, ‘os homossexuais’, e, não encontrando outra forma de dizer sobre aqueles que não se encaixam nessa divisão, ‘os bissexuais’ (Louro, 2000). Assim sendo, os discursos usuais sobre a bissexualidade legitimam as falas dos participantes nesse momento, que têm dificuldade de classificar esses indivíduos, que não cabem nas normas de homo/heterossexualidade.

Nos próprios movimentos sociais, as identidades bissexuais são pouco aceitas, ainda que estejam representadas pela letra B na sigla LGBT (Lewis, 2012; Storr 1999; Facchini 2008). No meio acadêmico, da mesma forma, são superficiais as pesquisas, que ainda as insere junto às identidades homossexuais (Angelides 2001; Baker 2008). Sedgwick (1990) aponta para a noção de que todas as categorias usadas para descrever as identidades sexuais nos dias atuais são impertinentes, pois “a sexualidade se estende em tantas dimensões que não podem, de modo algum, ser bem descritas em termos do gênero do objeto escolhido” (p. 35).

Chama atenção nos discursos dos participantes justamente a necessidade de encontrar um lugar para indivíduos que não se encaixam nas categorias de homossexual/heterossexual, e assim, encontrar causas para esse desajuste. Os discursos aqui se referem à uma confusão passageira sobre seus objetos de desejo, bem como a uma busca por prazer, de acordo com o que está ‘disponível’. Fernando traz ainda o questionamento da ‘saída do armário’ (coming-

out) e coloca a incompreensão sobre alguém que passou por toda a dificuldade de assumir sua homossexualidade publicamente e depois querer ‘voltar’.

O processo em questão é o de “se assumir publicamente” como homossexual, e embora pareça ser uma questão simples, na verdade, envolve várias implicações de cunho social, bem como especificidades do processo. Dessa forma, o “sair do armário” engloba uma série de negociações simbólicas e práticas, que usualmente se desenvolve em etapas, e talvez, nunca de forma completa (Saggese, 2009). Considerando mesmo os casos de aceitação, quando alguém se assume, alteram-se relações e hierarquias das sexualidades, podendo causar um certo arrependimento ou volta à um lugar anterior, de silêncio (Sedgwick, 2007). É sobre esse processo o questionamento de Fernando, que duvida de um processo que ficaria entre o ser homossexual e o estar homossexual. A visão de sexualidade apresentada nesse discurso é essencialista pois aponta para o ato de se “assumir” como forma de tornar algo público algo que sempre esteve presente, como se a homossexualidade tivesse, de fato, uma essência.

Portanto, o lugar impresso no discurso da bissexualidade é de um entre-sexualidades, uma falta de termos e discursos disponíveis para situar uma identidade sexual que se mostra demasiadamente fluída para os padrões rígidos de sexo e gênero da sociedade em que vivemos. Assim, a invisibilidade também se faz presente nos discursos sobre a bissexualidade, que pode ser negada pela dificuldade de encontrar meios para falar sobre ela.

6.4. A heteronormatividade na relação com o paciente

Como apresentado anteriormente, o campo da formação médica tem tido um debate recente sobre as mudanças na relação médico-paciente, de forma que a busca dos meios acadêmicos e de formação profissional tem sido referente à uma melhoria da qualidade desse atendimento e incorporação de novos valores (Caprara & Rodrigues, 2004). Um dos novos valores tratados é o da humanização, que convoca um novo perfil médico-profissional, que agregue os valores sociais e psíquicos para além dos biológicos no momento do atendimento,

em busca de promover a saúde e prevenir doenças, de maneira eficaz (Caprara, Lins & Franco, 1999). Da mesma forma, em busca de melhorias no atendimento em saúde, faz-se necessária uma reflexão sobre como o fenômeno da homofobia também se faz presente nos contextos de relacionamento com os profissionais de saúde, no momento da busca por atendimento. Ainda são relatados casos de homofobia nos hospitais e postos de saúde, e esse panorama relata uma necessidade de mudanças na formação desses profissionais para aumentar a qualidade dos atendimentos recebidos pela população LGBT (Cerqueira-Santos et al., 2010).

Nesse sentido, é preciso considerar a dimensão da sexualidade na relação entre médicos e pacientes para poder concluir sobre as mudanças necessárias na formação. A escassa literatura sobre o tema aponta para a necessidade de ampliação de estudos que abordem como a heteronormatividade e a homofobia atravessam os serviços de saúde e a relação entre pacientes LGBT e profissionais de saúde em sua formação e atuação profissional (Moscheta, 2011; Cardoso & Ferro, 2012). Afinal, qual a relação do médico com a orientação sexual do paciente? Como a diversidade sexual é tratada no âmbito do consultório médico?

De forma geral, a relação entre médicos e pacientes é trabalhada durante a Graduação em Medicina, contudo, o terceiro encontro do grupo buscava tratar a sexualidade do paciente nesta relação. Assim sendo, são abordadas questões como a heteronormatividade no momento do atendimento médico, especialidades teoricamente mais relacionadas à sexualidade e a importância da técnica e da habilidade de comunicação do médico.

A atividade que motiva a discussão a seguir se refere a um vídeo exibido para os participantes sobre um atendimento médico com um paciente homossexual⁵, que chega com seu parceiro para um atendimento de rotina e inesperadamente ocorre um diagnóstico de maior gravidade.

⁵ Anexo 5 – Recurso visual utilizado.

Maria: Gente e... nesse caso a médica sabia que o paciente era homossexual, ele até tava com o seu parceiro né? Ela respeitou muito o espaço do companheiro como acompanhante, né? Mas eu queria falar assim... como futuros médicos, vocês acham que vocês precisam saber qual a sexualidade do paciente em algum momento? (...)

Adélia: Não...

Maria: Você acha que não, Adélia?

Adélia: Não, eu acho que no ínicio, imagina que você tá chegando pra uma consulta, eu viro e falo: você é homossexual ou heterossexual? Eu acho que eu não tenho ainda uma relação bem estabelecida com a pessoa pra eu chegar com uma pergunta dessa... E eu acho que é relativo, porquê dependendo da área que eu for abordar, minha especialidade, não vai interferir no meu diagnóstico, nas minhas suspeitas, cê entendeu? Eu acho que você se torna invasivo sem ter necessidade, eu acho que às vezes fica parecendo que é mais uma curiosidade...

Fernando: Mas dependendo também, a especialidade pode te guiar pra alguma coisa. Uma infectologia pode te guiar pra observar a qualidade de vida o como que é...

Adélia: Um proctologista...

Fernando: O infectologista, a que tipo de situação essa pessoa se expõe... eu acho que é importante saber...

Maria: Quê que você falou Ruth, você também acha que é importante?

Ruth: Eu acho... dependendo da área, do caso da pessoa... É importante a gente saber acompanhar, ver o tratamento, talvez seja melhor fazer um tratamento em conjunto... (E3, T3, p. 6-7)

O diálogo nesse momento cria uma consciência compartilhada entre os participantes de que a sexualidade é tema relevante apenas em determinadas especialidades médicas, ligadas diretamente às funções sexuais. Mas não seria a sexualidade um tópico relevante na anamnese? Ou seria a heterossexualidade uma assunção feita nas consultas? O silenciamento sobre o assunto protege de alguma forma frente a uma possibilidade de constrangimento? Constrangimento de quem? A única forma de abordar o tema é perguntando diretamente? Essa são algumas questões levantadas pelo diálogo dos participantes, que são confrontados com questões relativamente novas quando se trata da sua formação e da relação com o paciente LGBT.

O trecho em questão traz uma clara referência a uma heterossexualidade presumida que impera, tanto no ambiente médico, quanto na sociedade em geral, e mesmo no grupo, onde o silêncio direciona para a ‘norma’. Dessa forma, Junqueira (2010a) aponta que:

A presunção de heterossexualidade enseja o silenciamento e a invisibilidade das pessoas homossexuais (...) Ao mesmo tempo, essa presunção dificulta enormemente a expressão e o reconhecimento das homossexualidades como maneiras legítimas de se viver e se expressar afetiva e sexualmente. E a contínua repetição das “verdades” postas pela matriz heterossexual e, portanto, pelas normas de gênero, aprofunda o processo de distinção e elevação estatutária dos indivíduos pertencentes ao grupo de referência (p.4).

A tradicional Educação médica não forma profissionais efetivamente capazes de discutir sexualidade com o paciente, deixando muitas vezes que os próprios tabus pessoais excluam um tema tão relevante. (Marques, Chedid e Eizerik, 2008). Contudo, os médicos devem ficar atentos a uma boa anamnese, no sentido de uma conversa aberta, sincera, sem julgamentos, deixando o paciente confortável para expor suas dúvidas e questionamentos (Marques et al., 2008). Pesquisas realizadas com ginecologistas, urologistas, psiquiatras e clínicos gerais no país mostraram um percentual de 50 a 72% da não realização de anamnese sexual na prática clínica, tendo como justificativas mais apontadas a falta de conhecimentos em saúde sexual, levando a uma insegurança para tratar de questões sexuais e possíveis disfunções (Moreira Junior, Abdo, Santos, Wroclawski & Fittipaldi, 2004; Abdo & Oliveira Junior, 2002). Da mesma forma, a atuação do médico junto à saúde sexual para um atendimento integral e humanizado tem se mostrado restrita quanto a situações de violência sexual e saúde da população LGBT (Mello et al., 2011; Rufino, Madeiro & Girão, 2013).

Quando os participantes falam sobre o assunto, há indicações de que a sexualidade seria então tema importante apenas em casos em que ela pode estar diretamente envolvida no diagnóstico, mostrando uma certa preocupação com o biológico acima do relacional, ou mesmo de uma confrontação com a heterossexualidade assumida. A visão reducionista transmitida nos currículos de Medicina valoriza os aspectos biológicos em detrimento de

outros ligados à construção social da sexualidade em sua relação com a saúde humana (Urbina & Soto, 2012). Quando a anamnese sexual se faz presente na formação profissional, muitas vezes, os alunos são levados a fazer uma mera coleta dos dados sexuais, sem desenvolver as devidas habilidades para a promoção da saúde sexual (Obedin-Maliver et al., 2011, citado por Rufino et al., 2013).

A pesquisa de Rufino et al. (2013) sobre a formação médica em sexualidade traz resultados referentes ao maior foco no ensino das disfunções e transtornos sexuais e pouca relevância dada a história da sexualidade, homofobia, papéis de gênero e identidade que também são questões importantes para o adoecimento no âmbito da sexualidade.

Em um segundo momento do encontro, contudo, começa uma discussão sobre a técnica médica versus o atendimento de qualidade:

Adélia: Até que os próprios médicos falam: o fulano não sabe nada do que ele faz, tá errado na técnica, mas que a população que vai nele, acha o melhor...

Martha: Pegou na mão, encostou no paciente...

Adélia: As vezes não é nem questão de ser um bom profissional em si...

Maria: Da técnica?

Adélia: Da técnica, mas ele é bom na sociedade.

Maria: Então vocês acham que é uma mistura dos dois? Tem que ter técnica e tem que ter diálogo?

Adélia: Eu acho que o diálogo é o mais importante.

Ruth: Tem até um professor nosso, que fala que você pega na mão da pessoa, você já vê se ela tá suando, como que tá a temperatura, pra você ir sabendo daquela coisa...

(...)

Lya: Eu acho que o médico... os bons médicos quando o paciente entra ele não julga. Eu falo isso pelo meu pai, ele teve muito... o médico que ele ama é aquele não fala: meu filho, você tem que parar de beber, pelo amor de Deus... Então assim... é um médico que aceita sua condição. A questão que o paciente tem se é por um hábito, se é por um vício ou um modo de vida, o médico tem que aceitar e tentar contornar a situação. Não é chegar ali, julgar a pessoa, falar quê que ela tem de errado...

Maria: Isso que você tá falando também serve pra população homossexual né, Lya?

Lya: Com certeza. Porque assim... por exemplo, tanto pra viciados em droga, alcoolistas, fumantes, a pessoa se sente melhor quando aquela pessoa ali te entende. Então eu acho que tem que aceitar o paciente e não julgar.

Adélia: Mas você acha que ele não deve nem sugerir?

Lya: Não, com certeza.

Fernando: *Esse negócio também de saber a sexualidade eu acho legal, porque a partir do momento que você vai conhecendo, vai frequentando, o médico pergunta: como que tá sua mãe? Como que tá seu esposo? Eu acho que você ter a oportunidade de ouvir: como que tá seu marido? (E3, T3, p.8-9).*

Esse segundo momento do diálogo em grupo é marcante por trazer uma contraposição às falas anteriores, dessa forma, os participantes discutem sobre a formação técnica e a formação na relação com o paciente. Assim, no primeiro trecho, os participantes compartilham a noção do diálogo ser estabelecido de forma plena com o paciente para poder caracterizar um bom atendimento. Van der Molen & Lang (2007) trazem reflexões pertinentes a discussão do grupo nesse momento, ao sugerirem que devem ser incorporadas às habilidades técnicas, habilidades relacionais reflexivas, no sentido de um atendimento particularizado a cada paciente, em seu diagnóstico e relação. Os autores propõem assim uma contraposição e um questionamento à prática automatizada para uma outra reflexiva e pessoal.

Na sequência, Lya traz um sentido novo à conversa, indo para além da noção do diálogo, ao apontar o médico como alguém que não deveria julgar os pacientes em suas condutas. As conversas seguem e o sentido construído agora é de um profissional que ouve, sem julgamentos, e encontra no diálogo formas sutis para estabelecer ações e caminhos para a promoção da saúde daquele paciente. A fala vai ao encontro do Código de Ética Médica (Brasil, 1998, revisado em 2012) que trata dos Direitos Humanos do paciente, e aponta, nos artigos 23 e 24, que é vedado ao profissional: “desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto” bem como “deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar”(p.47). Da mesma forma, vai ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina que em seu artigo 5º, parágrafo III, aponta que o médico deve “informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação” (p.2).

Assim, é importante assinalar como o grupo desenvolve nesse momento conclusões próximas àquelas esperadas para sua formação.

Fernando volta a falar de como a sexualidade pode estar presente nessa relação com o paciente, mantendo um vínculo de sinceridade e tranquilidade com o tema. Diferente de um primeiro momento onde a sexualidade é colocada em status de tabu, o grupo a partir da discussão de um bom atendimento consegue inserir a dimensão da sexualidade do paciente nessa relação.

De forma geral, o encontro foi marcado por um debate sobre algo que pareceu ser relativamente novo para aqueles indivíduos, que em suas falas vão dimensionando as ideias e posicionamentos que surgem rumo a uma conclusão compartilhada sobre um bom atendimento médico, bem como começam a pensar na inclusão da sexualidade como dimensão importante da consulta.

6.5. Quais necessidades em saúde?

Antes de pensarmos as especificidades da população LGBT, faz-se necessário a definição do conceito de ‘necessidades em saúde’. Cecilio (2006) propõe uma definição ampliada para o conceito, a partir de um dos princípios do SUS, a integralidade, que pressupõe que as necessidades de todos devem ser atendidas pelo sistema. O autor propõe que o indivíduo chega para o atendimento em saúde já com demandas específicas, ou pedidos que explicitam o que precisa, podendo ser exames, remédios, consulta médica ou outras relacionadas às suas condições de vida, afetividade e busca por autonomia ou busca por aprimorar sua qualidade de vida. Cabe à equipe, em seu trabalho multiprofissional, escutar as demandas do paciente com sensibilidade para decodificar a sua complexidade, bem como proporcionar um atendimento de qualidade.

É comum ver as necessidades em saúde LGBT reduzidas às questões da AIDS, especialmente entre gays, contudo é preciso considerar como isso pode dificultar as

possibilidades de real avaliação das suas especificidades em saúde, bem como adequação efetiva dos serviços para esse atendimento. A busca pelo conhecimento sobre as necessidades das populações LGBT valoriza suas identidades sexuais e reconhece suas expressões, permitindo o oferecimento de uma atenção em saúde que seja mais adequada e respeite a diversidade sexual (Terto Júnior, 2002).

Para tanto, se faz necessário uma discussão ampliada sobre quais são essas especificidades em saúde para as diversas populações LGBT, de forma a ampliar o conhecimento compartilhado bem como aprimorar a formação profissional em saúde. Partir do pressuposto de necessidades em saúde específicas para essas populações requer uma mudança no ponto de vista do atendimento médico, que ainda pressupõe uma heterossexualidade compulsória. A literatura sobre a temática das necessidades em saúde LGBT encontra-se em desenvolvimento, e ampliar esse debate, incluindo profissionais e usuários dos serviços de saúde, trará novos apontamentos e novas práticas.

Durante as oficinas, ao propor uma atividade em que os participantes deveriam listar as necessidades em saúde de determinada população, surgem discursos compartilhados e estereótipos criados para cada uma dessas populações: lésbicas, gays, travestis e transexuais. O primeiro grupo fala da população trans, e lista determinadas necessidades tais como: acompanhamento psicológico, qualificação da equipe de saúde para tornar o ambiente confortável, prevenção a doenças e ao uso de drogas. O segundo aborda as necessidades da população lésbica e cita o acompanhamento ginecológico, mastológico e hormonal, acompanhamento psicológico e também treinamento de equipe de saúde.

Diante desse processo de repetição e restrição frente ao conhecimento das necessidades em saúde das diversas populações LGBT, optamos por selecionar um desses grupos como forma de ilustração desse processo. Deste modo, recorro as falas do grupo sobre as necessidades da população homossexual masculina, que aparece aqui não só apenas ligada

à AIDS e DST's, mas tendo nestas suas únicas necessidades em saúde. Da mesma forma, o discurso que se compartilha é restritivo e fortemente marcado pela heteronormatividade, assim, busco sublinhar as necessárias reformas nos currículos e formação em saúde para atendimento da população gay, podendo ser generalizadas para os LGBT's como um todo.

O contexto do trecho seguinte é de uma atividade em que o grupo lista quais as possíveis necessidades em saúde para alguns grupos da população LGBT, e posterior comparação após um relato de atendimento em saúde. Logo, surgem questões sobre a associação histórica da AIDS com a homossexualidade, bem como as consequências desse panorama, no qual o grupo se posiciona frente a tais pontos de vista. O trecho a seguir começa numa discussão sobre as necessidades para o grupo dos homens gays:

Martha: *Então, a gente pensou em algumas palavras e outras surgiram depois com o relato. A gente tinha pensado em proctologia e urologista né? São especialidades talvez mais específicas né? E... DST's... que... (risos) Então... tem umas coisas que a gente tá em dúvida. Eu fiquei pensando porque que DST mais pra os gays assim do que a pessoa não gay? Eu pensei numa coisa... Lya, quê que você falou? Eu pensei numa coisa assim... Não sei se eu posso estar errada, eu por fora, não conheço assim, a gente tem a impressão, desculpa se pensar diferente (risos). Que... é... o sexo pros gays não é tão... é... pesado... pesado eu falo não é tão forte quanto pra não gays... É mais cotidiano, mais comum, mas rápido de acontecer... Eu não sei se eu tô falando bobeira, mas...*

Maria: *Pera, você tá falando de?*

Lya: *De ter mais parceiros...*

Martha: *De ter mais parceiros, deles fazerem mais, com maior facilidade...*

Fernando: *Promiscuidade.*

Martha: *Eu acho essa palavra forte.*

Fernando: *Tem mais promiscuidade, é maior, as situações são mais... Ah tá ali na hora, vamo...*

Martha: *Então, eu tava com medo de falar isso... (risos)*

Fernando: *Uma coisa divertida, eu fui fazer um exame de HIV, eu sentei e fiquei olhando e pensando: quem aqui será que é gay? (risos)*

Fernando: *Tinha um monte! É uma coisa... é inato pensar nisso...*

Martha: *E com relação ao relato a gente pensou muito nessa associação com o HIV né? Que tipo: ah é gay, é HIV positivo... É meio que inerente uma coisa a outra, assim... E... até um deles falou assim que ah, se uma pessoa normal descobrir que é HIV positivo: ah mas como você conseguiu, como que foi? Agora se um gay descobre que é HIV positivo é diferente...*

Cecília: *É igual ele falou... Você falou na hora certa, você foi fazer o exame de HIV e procurou ah quem que é gay? Mas porquê que você fez isso?*

Fernando: *Porque a gente acha ainda que... associa...*

Cecília: *Porque você associa ser gay e ser HIV positivo... (E4, T4, P.5-6)*

Martha começa a listar as necessidades e se mostra, por vezes, reticente em ligar a população homossexual masculina com um determinado discurso que fala sobre a prática sexual desse grupo em específico. Ela fala de um ato sexual que carrega determinado “peso” e, aos poucos, constrói o sentido de promiscuidade. Quando a palavra é dita, há certo desconforto, mas o sentido ainda permanece. Esse trecho inicial aponta ainda para uma homofobia que, aos poucos, de acordo com a relação dada pelo grupo se apresenta e se constrói.

Os discursos e sentidos que emergem na sequência são vários, e dizem muito sobre as históricas associações da homossexualidade ao HIV/AIDS, DSTs, bem como de uma ‘imoralidade’ ligada às suas práticas sexuais. A moralidade das condutas no sexo e a sua tramitação pelos espaços públicos e privados volta a fazer parte das conversas, nas quais os participantes aparecem como reprodutores de velhos discursos impregnados pela homofobia que insiste em desqualificar a homossexualidade pela diferença.

Com a epidemia da AIDS na década de 80, a normatividade pela regra heterossexual é assinalada e criam-se modelos que patologizam todas as sexualidades divergentes. Dessa forma, o vírus HIV transformou-se, nas três últimas décadas, em um eficaz controle dos prazeres considerados perversos, pautados nos padrões heterossexuais (Pelúcio & Miskolci, 2009). Os homossexuais são, assim, eleitos como a personificação da doença, concebendo uma culpa baseada em uma hierarquia de respeitabilidade, tendo como base um discurso médico disseminado em sociedade do “sexo seguro” e o “risco”, marcando a AIDS como associada a um certo tipo de sexualidade (Warner, 2000, Pelúcio & Miskolci, 2009).

Foucault (2001) assinala como foi de interesse da Medicina e do Estado, desde o século XIX, impor normas e regras sobre as sexualidades consideradas promíscuas, no sentido de elevar a moral da burguesia e regular as práticas das camadas populares. Pelúcio e

Miskolci (2009) levam essa discussão para a epidemia de HIV dos anos 80 e a consequente culpabilização do homossexual nesse processo, e apontam que:

Desta forma, a perigosa “irracionalidade” é implicitamente atribuída aos rapazes que gostam de outros rapazes e àqueles/àquelas que buscam prazer sexual fora dos preceitos heterossexistas. Na perspectiva moralizante e culpabilizadora da mídia, apenas estes seriam os “irresponsáveis”, que em nome do prazer e do perigo buscariam satisfação sem levar em conta os riscos sociais de sua (leviana) sexualidade (p.140).

Contudo, a epidemia da AIDS pode ter colaborado para a mudança no papel hegemônico do discurso médico frente a uma normatização das sexualidades. A discussão sobre os comportamentos sexuais passa do enunciado médico para o domínio público, promovendo alterações nas construções compartilhadas sobre sexo e até uma nova ética sexual. Começa um questionamento sobre o monopólio de alguns saberes técnicos que discursam sobre a AIDS (Corrêa, 1994).

O grupo, em sua listagem de necessidades em saúde, não vai além das questões de AIDS e DST’s, e podemos questionar sobre como essa associação junto à homossexualidade reflete nas questões da atenção em saúde para essa população. Como apontado por Terto Jr. (2002), essa tendência reflete um impacto na vida dos gays, e pode, de fato, impactar sobre as ações de prevenção e assistência ao colocar entraves na compreensão dos demais problemas de saúde que os afetam. Esse reducionismo nas questões de saúde dessa população ainda dificulta a adequação dos serviços de saúde para atender suas reais necessidades.

Em seguida, na discussão do grupo, Martha associa o HIV às práticas homossexuais, considerando que quando uma pessoa heterossexual (ou “normal”) é diagnosticada com a doença as reações seriam de surpresa, enquanto que o homossexual que se descobre portador é algo normal, ou esperado. De forma geral, o consenso compartilhado é de que a referida

associação persiste, ainda que os participantes não consigam apontar as causas desse processo, e assim, apontam para a ideia de que esse é um discurso socialmente reproduzido e pouco questionado na sociedade.

De forma geral, o encontro foi gerador de grandes discussões sobre quais sentidos são compartilhados sobre os grupos inseridos na população LGBT, bem como da sequência de discursos produzidos sobre como ainda são associadas a homossexualidade e a AIDS, e de que mesmo as ideias sobre necessidades em saúde para essa população podem estar impregnadas de um discurso heteronormativo e homofóbico. Nesse sentido, buscamos enfatizar o mesmo que Lionço (2008) ao apontar que as necessidades em saúde e as barreiras na qualificação do atendimento à população LGBT:

dizem respeito não necessariamente a características intrínsecas a gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, mas tão somente às consequências das representações e significações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida, enquanto desviantes em relação a um suposto padrão de normalidade ou ‘saúde’ implicado na heteronormatividade moralmente vigente (Lionço, 2008, p. 13)

Da mesma forma, podemos concluir que um profissional de saúde que atua partindo de uma lógica discriminadora que desconsidera as particularidades da população em questão, terá grandes dificuldades em oferecer um atendimento em saúde humano e de qualidade (Cerqueira-Santos et al. 2010).

6.6. A aplicação das políticas públicas LGBT e o currículo médico

Mello et al. (2012a) apontam o panorama atual das políticas públicas para a população LGBT no Brasil: relativa quantidade de documentos governamentais e encontros entre sociedade civil, movimentos LGBT e Governo, que culminaram em políticas públicas ao

longo dos últimos anos, sobretudo a partir de 2004. Contudo, os autores ressaltam o desafio de efetivar tais políticas, bem como as tornar independentes “da boa vontade de governantes e das incertezas decorrentes da inexistência de marco legal de combate à homofobia e de promoção da cidadania LGBT” (p. 289). Nesse mesmo sentido, Ferraz e Kraiczyk (2010) sublinham a dinâmica do processo de consolidação das políticas públicas, bem como sua dependência de diversos atores sociais, e assim, apontam a importância dos mecanismos de participação social e monitoramento para que a dimensão da sexualidade e gênero sejam de fato incorporadas e resultem em melhorias na saúde oferecida à população brasileira. Concluindo sobre o tema, Mello et al. (2011) reafirmam a necessidade de que essas políticas enfrentem, de fato, os efeitos da exclusão pela heteronormatividade e homofobia, que acabam por levar os profissionais de saúde a atuarem junto à população LGBT, tratando-os como heterossexuais e impondo normas de gênero que culminam em situações de preconceito e discriminação.

Dessa forma, podemos refletir sobre a formação dada a esses profissionais em suas nuances de currículo formal e oculto. Torna-se importante no processo de formação em medicina, considerar também o currículo oculto e seus elementos, como parte importante desse processo a ser discutido também com os alunos (Ribeiro & Amaral, 2008). Logo, o currículo oculto também pode disseminar crenças e valores preconceituosos, e assim, se constituir também como produção discursiva e política (Junqueira, 2010b). A escola tende, ainda, a ser um espaço de reprodução de discursos heteronormativos, e garantia dos “processos de heterossexualização compulsória e de incorporação das normas de gênero” (Butler, 2003 citado por Junqueira, 2010b).

Pensar na formação dada aos profissionais de saúde para as questões de sexualidade é também uma forma de debater sobre a efetivação das políticas públicas de saúde direcionadas à população LGBT. Sem a devida formação, serão muitos os entraves frente às necessárias

mudanças no atendimento oferecido a esse público. Os processos de exclusão advindos da homofobia e da heteronormatividade precisam ser discutidos e apontados, de forma que a discussão sobre a formação e a mudança sejam ampliadas.

Assim sendo, o encontro final do grupo buscou discutir sobre a formação em medicina bem como buscar o seu diálogo com as políticas públicas LGBT. Dessa forma, as conversas foram sobre o currículo médico, as políticas e sua aplicabilidade, e a aprendizagem dada nos currículos oculto e informal.

A atividade proposta relacionada ao trecho a seguir ocorre depois de uma breve apresentação do Política Nacional de Saúde Integral LGBT, assim, os grupos propuseram ações para a aplicação do mesmo. A discussão agora é sobre a formação profissional e as políticas públicas para a população LGBT em sua possível aplicação:

Maria: *Alguém já tinha ouvido falar que tinha alguma política de saúde pros LGBT's ?*

Cecília: *Eu já tinha.*

Maria: *Em que sentido?*

Cecília: *Não... do nome social eu já tinha ouvido falar... e a da Cirurgia de Transexualização também... Eu conheço mais por causa do projeto de extensão e porque eu precisei fazer um trabalho e dei uma pesquisada assim...*

Adélia: *Eu conhecia mas eu não sabia isso... (risos) Que tinha uma coisa sistematizada. Acho bom também colocar dessa forma que a gente nem enxerga né? Tipo assim... Ah, tipo uma coisa que tá no direito mesmo da população...*

(...)

Maria: *Vocês acham que essa política era uma necessidade mesmo?*

Lya: *Eu acho que faz sentido porque quando fazendo uma política específica os profissionais são, assim, preparados pra atender a essa população. Porque se eles fossem lidados como qualquer outra população não precisaria ter uma política específica. Então eu acho que o Governo reconhece que essas populações estão... inseridas no sistema de saúde, mas assim... é... igual a gente estudou uma política de saúde específica pra... um anos atrás, sobre mulheres encarceradas, que estão no sistema prisional.*

Maria: *Aham. Vocês são alunos, mas vocês acham que os médicos lá do hospital os enfermeiros, técnicos, tem noção de que tem essas políticas?*

Lygia: *Não. Tem gente que não quer nem saber... (E5, T5, P.4-5).*

Lyá aponta que o reconhecimento pelo Ministério da Saúde sobre as necessidades da populações LGBT são um avanço para o acesso e preparação dos profissionais para atendimentos específicos. Nesse sentido, a fala de Lyá vai ao encontro das bases do Plano LGBT, no sentido de ser um marco na luta pelos direitos das populações LGBT, que até então tinham suas necessidades em saúde circunscritas em questões relacionadas à AIDS, reconhecendo assim, a complexidade dos processos de saúde e doença que os afetam. A promoção da equidade, de acordo com os princípios universais do Sistema Único de Saúde do país, é uma busca pautada pelo reconhecimento das orientações sexual e de gênero e dos efeitos negativos dos processos de exclusão e discriminação a que são submetidas essas populações (Ferraz & Kraizcyk, 2010). Sobre a importância da política específica, Lionço (2008) afirma que :

é nesse sentido que uma política específica se faz necessária: para informar e formar conhecimento quanto a estratégias necessárias de ação em saúde, diante da especificidade das vivências de GLBT, qualificando ações e provocando transversalmente diversas áreas técnicas, objetivando a integralidade e a eqüidade (p. 19).

A conversa gira em torno do conhecimento do público sobre a política de saúde específica para a população LGBT, e os sentidos que emergem nesse momento são sobre o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a mesma. Cecília conhece alguns aspectos da política, mas percebe que isso advém de sua inserção na área da saúde e sexualidade, e Lygia aponta que apesar da política já ter sido estabelecida, nem todos os profissionais teriam real interesse em apreciar a mesma.

Segundo o Governo Federal, ainda que o Plano Nacional LGBT não tenha grande visibilidade social, entre sociedade geral e mesmo alguns ativistas do movimento, o mesmo segue em efetivo desenvolvimento. Integrantes dos movimentos LGBT contudo, ainda

questionam qual seria a proveniência de recursos, caso as ações do plano fossem efetivamente implantadas. Da mesma forma, são apontados entraves no monitoramento e avaliação das ações e diretrizes propostas no Plano (Mello et al., 2012a). Contudo, a pauta do movimento LGBT de inserção nas políticas públicas é uma estratégia relevante e que deve ser mantida, no sentido de ampliar as oportunidades de garantia dos direitos humanos para a referida população, bem como promover ações para reconhecimento da diversidade sexual que culminem em promoção de visões menos heteronormativas e pautadas pelo preconceito (Mello et al., 2012c).

Assim, ainda que o Política Nacional de Saúde Integral LGBT seja uma conquista, mesmo os estudantes que estão relativamente pouco inseridos no sistema de saúde percebem como o mesmo ainda se encontra em processo de efetiva implantação. Sobre isso, Mello et al. (2012c) afirmam que, no que “diz respeito à implementação de políticas públicas para a população LGBT no Brasil, a despeito dos avanços recentes nas iniciativas governamentais, o que se observa é que nunca se teve tanto e o que há é praticamente nada” (p. 425). Contudo, os autores concluem, a previsão é que, a longo prazo, sejam superadas as barreiras referentes às homofobias institucionais, falta de orçamentos e experiência necessária na gerência de políticas de caráter transversal e intersetorial ligadas ao gênero e a diversidade sexual, de forma que se torne promissora a tarefa de implementar e monitorar as políticas públicas direcionadas à população LGBT.

Na sequência dos diálogos, partindo da política que aponta necessidades de capacitação dos profissionais de saúde, o grupo discute um pouco mais sobre sua própria formação profissional e o currículo que desprivilegia os aspectos relacionais do atendimento:

Maria: *E o que vocês acham que vocês aprendem mais na faculdade sobre essa relação com o paciente? Das outras matérias ou na prática mesmo...*

Ruth: *É igual o que o Fernando falou, é como se eles formassem livros de clínica ambulante né? Acaba que... Não sei se é o currículo que tem que mudar, mas acaba que é tanta matéria, tanta coisa e tem algumas mais complicadas, que a gente acaba deixando outras de lado, mas que são*

importantes também. Mas você tem que socorrer a outra que tá mais puxada, aí você tem que decorar umas coisas muito rápido porque não dá pra estudar... Então você deixa de ler um livro que tem mais conhecimentos pra ler um resumo e aí fica uma coisa meio... mal feita, sabe? E os próprios professores falam que quando a gente formar... a gente vai ter o mínimo de conhecimento, o que a gente vai adquirir vai ser depois...

Lya: *Eu acho que a relação que fica entre médico e paciente... por exemplo na Semiologia são divididos vários grupos, cada um com um professor, então por exemplo, a minha relação médico paciente que eu aprendi é a que o meu professor faz com o paciente, que eu vejo ele fazendo... Então assim, fica muito subjetivo, às vezes você aprendeu com um professor daquele modo... Então por exemplo, a que eu tenho em mente que eu faria é o que eu vejo meu professor fazendo. Então eu acho que os ensinamentos são mais pelos exemplos, pelas experiências do que pela teoria. Foi dado CCAS e eu entendi o que ele quis dizer, mas é muito teórico. Mas aí meu professor faz uma coisa completamente diferente que funciona muito mais. (E5, T5, P.7).*

Esse momento é marcante por trazer uma avaliação dos próprios participantes sobre sua formação para os aspectos relacionais do atendimento, partindo do pressuposto da política da necessidade de melhorar o atendimento médico oferecido as populações LGBT. A conclusão para a qual o grupo caminha é de um foco excessivo em questões técnicas biológicas em detrimento de uma melhor capacitação para as nuances da relação com o paciente.

Lya faz um apontamento sobre a aprendizagem dos aspectos relacionais do atendimento, ao trazer como a conduta e os exemplos do professor na prática clínica pode ensinar mais que a mera reprodução de discursos teóricos sobre a relação com o paciente.

Os apontamentos do grupo vão ao encontro das recentes discussões sobre a formação em Medicina, no sentido de atualmente ter até mesmo sua duração de seis anos discutida, relativa à grande quantidade de conhecimentos necessários, bem como os inúmeros avanços científicos (Figueiredo, et al., 2004). Esse volume de conteúdo pressiona os universitários durante o curso, que dedicam grande parte do seu tempo para absorvê-los, em detrimento de uma busca pela obtenção de habilidades voltadas para a prática, bem como para questões éticas da profissão (Gonçalves, 1996). Tendo em vista este panorama, a aprendizagem de habilidades e atitudes profissionais é muitas vezes pautada pelo exemplo dado pelos

professores, em suas nuances de um currículo oculto e informal. Assim, nas atividades da prática são desenvolvidas certas dimensões importantes da formação médica, tais como “a reflexão, a resolutividade, a integração do conhecimento teórico com as ações, a responsabilidade e as relações interpessoais, sendo todas estas dimensões da competência profissional” (p. 252, Tavares, et al., 2007).

Interessante notar como o grupo discute e apresenta conclusões sobre a sua própria formação de maneira crítica e reflexiva, ao apontar lacunas e falhas nos processos de ensino e aprendizagem médica. Ribeiro & Amaral (2008) trazem reflexões sobre o sentido produzido pelo grupo de um modelo médico centrado essencialmente nos aspectos biológicos, ao afirmarem que para que sejam feitas alterações nesse panorama as instituições educadoras devem adquirir e incorporar em seus currículos conhecimentos das ciências humanas e sociais, para além dos conhecimentos técnicos habituais.

Da mesma forma, essa crescente necessidade de uma formação médica mais ligada à conteúdos das ciências humanas também não deve ser restrita a um caráter de mais uma técnica a ser dominada, e sim expressa em atitudes e comportamentos especificamente voltados para a relação com o paciente, possibilitando que o aluno tenha capacidade de realizar a verdadeira natureza de sua profissão, ligada às noções de solidariedade e acolhimento necessárias para o manejo de situações de sofrimento (Sucupira, 2007).

Concluindo a discussão sobre a formação médica em seus desenvolvimentos e mudanças, bem como as discussões trazidas pelo grupo nesse quinto encontro, é possível questionar sobre como o atendimento de pacientes LGBT é possível sem considerar todas as nuances desse novo modelo de formação em discussão, que considera aspectos individuais e sociais da história do paciente, bem como necessidades específicas que devem ser consideradas para um atendimento global e eficiente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Redigir as últimas considerações sobre todo o processo que culminou nessa dissertação parece ser uma árdua tarefa. Afinal, como resumir em poucas linhas toda a complexidade e multiplicidade de fatores que estiveram presentes até aqui? Concluir sobre um trabalho que geri por tanto tempo, que consumiu tanto de minhas (re)visões de mundo e da mesma forma me fez questionar tantos discursos pessoais não parece fácil. Contudo, busco aqui revisitar alguns desses lugares importantes nesse desenvolvimento.

7.1. Sobre as possibilidades da sexualidade

Os cinco encontros com os alunos de Medicina foram marcantes pela riqueza de sentidos produzidos sobre a sexualidade e seus desdobramentos junto à formação profissional médica. O grupo foi criando uma dinâmica própria para debater sobre determinadas construções, compartilhadas ou não, referentes à sexualidade.

O primeiro encontro já trouxe uma discussão relevante sobre a homofobia, chegando a ser tratada como discurso legítimo em certo momento. Como reflexo da ampliação no debate sobre os direitos sexuais, a homofobia passa a ser mascarada por vários discursos outros que, seguindo uma lógica patriarcal moralista, reafirmam sua autenticidade em momentos nos quais o público passa a se deparar com algum tipo de exibição da homossexualidade ou de uma sexualidade diversa da norma heterossexual. Os relatos de homofobia nos serviços de saúde advém de crenças como essas, que acabam por afetar o atendimento médico, bem como a relação com o paciente LGBT.

O debate subsequente é sobre a lesbianidade, e assim, o grupo traz percepções sobre vivência dessa sexualidade em discursos compartilhados socialmente, bem como impedimentos e possibilidades. As falas giram em torno da lésbica como sexualidade que transita entre a visibilidade e a invisibilidade, indo ao encontro de tendências sexistas que

impõem à mulher o papel de sexualidade direcionada ao homem. Da mesma forma, surgem os estereótipos relativos à essa identidade sexual, ligados a buscas pelas ‘causas’ da lesbianidade ou mesmo da noção de um casal lésbico em que sempre há o masculino presente. Ao pensar no referido debate, podemos apontar como a lesbianidade em sua invisibilidade se torna uma dificuldade tanto de acesso aos serviços de saúde, quanto do conhecimento por parte dos profissionais sobre as demandas específicas dessa população. Discutir as diversas identidades sexuais, também deveria ser conteúdo presente na formação de todos os profissionais de saúde, que mais cedo ou mais tarde, se depararão com essa população em seus atendimentos.

Ainda sobre a diversidade sexual, o grupo também discute a bissexualidade, e apresenta dificuldades em compreender também a sua vivência e busca formas de defini-la. O lugar encontrado pelo grupo para a bissexualidade remete a um entre-sexualidades ou entre homossexualidade/heterossexualidade, na medida em que é compreendida até mesmo como uma questão de dúvida sobre a sua própria sexualidade. Mais uma vez, são buscadas causas para a vivência não-heterossexual, e da mesma forma que as lesbianidades, encontramos certa invisibilidade na bissexualidade, que estremece certos padrões rígidos colocados como fronteiras entre as identidades sexuais. Assim, também ficam desconhecidas as necessidades em saúde dessa população, bem como causam estranhamento nos profissionais que atenderão essa população.

Todas as questões levantadas caminharam para a dúvida sobre o lugar da sexualidade do paciente na relação com o médico. Os alunos participantes da pesquisa parecem não saber ao certo, e a formação recebida nem sempre contempla tais questões, e chega a ser ambígua quando alcançamos o lado de fora da sala de aula, chegando ao currículo informal passado aos alunos pelos professores, que ora não se atualizam, ora transmitem seus preconceitos sexuais em situações de aprendizado. Ainda que para alguns dos participantes a sexualidade seja temática muito específica para determinadas especialidades médicas, é preciso considerar

a sexualidade como parte da totalidade do paciente, para que o atendimento seja afinal, realmente humanizado e global.

7.2. Formação médica, sexualidade e políticas de saúde LGBT

Sobre a formação em Medicina, é importante reconhecer que os participantes tem consciência das lacunas em seu processo educacional, e da mesma forma, conseguem apontar as principais dificuldades de uma formação completa, e que englobe também as questões de atendimento e sexualidade. Sobre o currículo formal, o excesso de conteúdos biológicos acaba por rechaçar conteúdos das ciências humanas ligados aos aspectos relacionais do atendimento médico. Também são apontadas necessárias renovações nos referidos conteúdos, no sentido de uma renovação dos currículos e matérias didáticos, citados em muitos momentos como antiquados e referentes a outros contextos socio-históricos diferentes dos atuais. Ficou claro como, na percepção dos estudantes, a relação médico-paciente ainda é um conteúdo pouco abordado em sala de aula, e aprendido muitas vezes no contexto da informalidade e observação nas atividades práticas. Esse caminho sugere mais uma vez, as necessárias reformas na formação desses profissionais, enfatizando como o médico deve se relacionar com o indivíduo que vai atender no contexto do serviço de saúde.

O lugar da sexualidade na relação com o paciente pareceu ser ainda um lugar muito novo, difícil de ser discutido. Para o grupo dessa pesquisa, cabe mais a ginecologistas, proctologistas e urologistas abordar, ou mesmo se preocupar, com as questões da sexualidade do paciente. O discurso é de não gerar um desconforto desnecessário ao paciente, mas vale ressaltar para quem, de fato, seria desconfortável tratar de uma sexualidade que diverge da heteronormatividade. Mais uma vez, há a assumpção da heterossexualidade, desde que a diferença homossexual não se apresente nos atributos físicos, seja de uma travesti, uma lésbica masculinizada ou um gay efeminado. Nesse caso, o assunto torna-se

inevitável, e pode ser gerador de grande incômodo, principalmente se a homossexualidade for exibida em público de forma a afetar uma certa moralidade vigente.

Ver a reprodução de tais discursos, ainda pautados na heteronormatividade e homofobia, entre os futuros profissionais de medicina, levanta o questionamento da importância da formação profissional entre as possibilidades de reproduzir ou questionar tais definições sobre as sexualidades. Alguns dos participantes da pesquisa mostravam interesse em aprender sobre sexualidade e diversidade sexual e participavam de um projeto de extensão relacionado a essa temática, e por ainda estarem nesse processo de formação podem buscar novas possibilidades de discursar sobre a diversidade sexual. Contudo, é preciso refletir mais e mais sobre o que têm aprendido os profissionais de saúde sobre o paciente LGBT, suas necessidades, especificidades e possibilidades de atendimento. É chegada a hora das políticas públicas sairem do papel e buscarem uma integração com a formação do profissional, que posteriormente precisará lidar com suas proposições. As instituições de ensino, como formadoras da força de trabalho em saúde, devem representar seu papel de ensinar e apontar os caminhos profissionais futuros, incluindo as mudanças nas políticas públicas, que agora incluem as diversas identidades sexuais e suas demandas. De forma geral, novos trabalhos sobre o tema se fazem necessários para discutir tanto a formação desse profissional que vai atender o paciente LGBT, como sobre os processos necessários à efetivação das políticas em seus objetivos de melhor atendimento de saúde e redução dos processos discriminatórios em saúde.

7.3. Sobre os participantes da pesquisa e o papel de pesquisadora-coordenadora

Uma questão permanente durante todo o processo de pesquisa foi o lugar dos participantes dessa pesquisa, bem como dos seus discursos, frente a um argumento maior sobre a necessidade de mudanças na formação em medicina. Essa foi uma preocupação constante e se tornou um debate pessoal no processo de redação das minhas análises. Afinal,

como discorrer sobre discursos por vezes homofóbicos, sem apontar a culpa para a pessoa que verbaliza? Sem resposta exata para a questão, contudo, aproveito esse momento final do trabalho para ressaltar a minha busca por assinalar não os indivíduos mas os discursos que continuam a ser repassados e reproduzidos em nossa sociedade e nos próprios processos de formação desses profissionais.

Numa sociedade com tantos preconceitos enraizados, faz-se um real desafio para as escolas de saúde apresentar novas perspectivas para a formação profissional e o trabalho de atenção e promoção de saúde junto às populações LGBT. A minha busca ao longo de todo o processo foi apontar nos discursos heteronormativos reproduzidos pelos participantes questionamentos e aberturas para as mudanças necessárias na formação em medicina para que um atendimento de qualidade possa, um dia, ser oferecido em todo país para essas populações.

Espero que os participantes dos grupos que lerem essa pesquisa sintam que emprestaram suas vozes para um debate ampliado, e que de alguma forma trouxeram contribuições relevantes sobre novas perspectivas trazidas pelas políticas públicas de saúde LGBT discutidas nesse trabalho. Meu direcionamento foi tentar estimular esse futuros profissionais a repensarem seus discursos sobre sexualidade, bem como promover um olhar crítico-reflexivo sobre sua própria formação. Espero que cada participante dessa pesquisa possa ter sido tocado para outras possibilidades de descrever sua própria profissão, a sexualidade e seu relacionamento futuro com seus pacientes LGBT.

A experiência de coordenação de grupos ainda que não tenha sido totalmente nova, foi marcante por trazer também a dimensão da pesquisa. Nos momentos pós-encontros e nas análises posteriores foram aparecendo oportunidades de intervenção e questionamento junto aos participantes que no momento do grupo passaram, mas a busca pela escuta e o interesse pelos discursos compartilhados foram o tempo todo parte importante da minha condução.

Em minhas análises busquei também me analisar como parte do processo de interação grupal, em meus pronunciamentos e silenciamentos que produziam e reproduziam discussões entre os participantes. Nem sempre fiquei satisfeita com minhas colocações e silêncios, mas o grupo foi imensamente rico em produzir discursos e compartilhar suas visões de mundo, e por fim, aceitei o curso dos eventos e procurei trabalhar a partir deles.

A coordenação de grupos é sempre uma experiência única e ao final de tudo, percebo como a interação dos participantes foi fator enriquecedor do processo de pesquisa, bem como foi importante em seu papel de gerar um ambiente confortável para se tratar de um assunto, ainda tabu, como é a sexualidade e a diversidade.

8. REFERÊNCIAS

- Abdo, C. H. N., & Oliveira Junior, W. M. (2002). O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. *Revista Brasileira de Medicina*, 59(3), 179-86.
- Acurcio, F. de A.; & Guimaraes, M. D. C. (1996). Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(2), 27-34.
- Adelman, M. (2000). Paradoxos da identidade: a política de orientação sexual no século XX. *Revista de Sociologia e Política*, 14, 163-171.
- Angelides, S. (2001). *A History of Bisexuality*. Chicago e Londres: University of Chicago Press.
- Altmann, H. (2013). Diversidade sexual e educação: desafios para a formação docente. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 13, 69-82.
- Alves, A. J. (1991). O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. *Cadernos de Pesquisa*, 77, 53-61.
- Amâncio, L. (2003). O gênero no discurso das ciências sociais. *Portugal: Análise Social*. XXXVIII, 687-714.
- Amoretti, R. (2005). A Educação Médica diante das necessidades sociais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 29(2), 136-146.
- Aquino, E. M., Barbosa, R. M., Heilborn, M. L., & Berquó, E. (2003). Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 198-199.
- Arán, M. (2006). A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 9(1), 49-63.
- Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1141-1149.
- Araújo, D., & Peixinho, A. L. (2006). Avaliação qualitativa em Medicina: experiência em propedéutica médica na UFBA 2003. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30, 20-30.
- Assis, C. L. (2011). Teoria queer e a resolução CFP n. 1/99: uma discussão sobre heteronormatividade versus homonormatividade. *Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades*, 5(06), 145-155.
- Augusto, K. L., Lino, C. A., Carvalho, A. G. N., Silva, C.M.G.C.H., Maximiliano, G. C. H., Andrade, F.C., Jucá, N. B. H., & Caprara, A. (2008). Educação e Humanidades em saúde: a experiência do grupo de Humanidades do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará (Uece). *Revista Brasileira Educação médica*, 32(1), 122-26.

- Ávila, M. B. (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), 19(2), 465-469.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). Repensando conceitos e práticas em saúde pública. In: Parker, R.; Terto Júnior, V. (Orgs.). *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS*. (Anais do Seminário Prevenção à AIDS; Limites e Possibilidades na Terceira Década). Rio de Janeiro: ABIA.
- Baker, P. S. (2008). *Texts: Language, Gender and Sexuality*. Londres: Equinox.
- Bakhtin, M. M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics* (Emerson, C. Ed. e trad.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Ballester, D., Zuccolotto, S. M., Gannam, S. S., & Escobar, A. U. (2010). A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34 (4), 598-606.
- Bandeira, L., & Batista, A. S. (2002). Preconceito e discriminação como expressões de violência. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 119-141.
- Barbosa, R. M., & Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), 291-300.
- Barbosa, R. M., & Koyama, M. A. H. (2006). Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 22(7), 1511-1514.
- Benedetti, M. (2005). *Toda Feita: O corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Bezerra-Júnior, B. C. (1994). Grupos: Cultura psicológica e psicanálise. In A. Lancetti (Ed.), *Saúde e loucura: Grupos coletivos* (pp. 129-144). São Paulo: Hucitec.
- Blumenfeld, W. J. (1992). Squeezed into Gender Envelopes. In: W. J. Blumenfeld (Ed.). *Homophobia: how we all pay the price* (pp.23-38). Boston: Beacon Press.
- Boff, L. (2000). *A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana*. 34ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Bogdan, R. C., & Bilklen, S. K. (1984). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Editora Porto.
- Borges, L. (2008). *Repertórios sobre lesbianidade na novela Senhora do Destino: possibilidades de legitimação e de transgressão*. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Borillo, D. (2009). A homofobia. In: Lionço, T., & Diniz, D. *Homofobia & Educação: um desafio ao silêncio*. Brasília: Letras Livres, EdUnB.

Borillo, D. (2010). *Homofobia: História e crítica de um preconceito*. (Teixeira, G. J. Trad.) Belo Horizonte: Autêntica.

Brasil, Ministério da Saúde (1996). *Resolução 196/96. Diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Conselho nacional de saúde.

Brasil, Conselho Federal de Medicina (1998). Código de ética medica: Resolução do Conselho Federal de Medicina. Brasília: Conselho Federal de Medicina. Recuperado em 15 de agosto de 2013, de:
<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/download/CODIGO.zip>

Brasil, Ministério da Saúde (1999). *Terapia anti-retroviral e Saúde Pública: Um balanço da experiência brasileira*. Brasília: Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.

Brasil, Ministério da Saúde (2000). *Sistema Único de saúde (SUS): Desafios e Conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Educação (2001). *Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior – Diretrizes curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Medicina*. Brasília: Ministério da Educação.

Brasil, Ministério da Saúde (2002). *Promed-Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas*. Brasília: Ministério da Educação.

Brasil, Ministério da Saúde (2005). *Pró-Saúde-Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2006). *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2008a). *Painel de Indicadores do SUS nº5 – Prevenção de Violências e Cultura de Paz*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2008b). *Política de atenção integral a saúde do homem*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2008c). Brasil sem Homofobia: programa de combate à Violência e à discriminação contra gltb e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2009). *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2010a). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2010b). *Diversidades Sexuais: adolescentes e jovens para a prevenção em pares. Saúde e Prevenção nas escolas*. Brasília, Ministério da Saúde.

Brasil, Secretaria de Direitos Humanos (2012). *Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: ano de 2012*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

Britzman, D. (1996). O que é esta coisa chamada amor: identidade homossexual, educação e currículo. *Educação & Realidade*, 21(1), 71-96.

Butler, J. P. (2003). *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. (Aguiar, R. Trad.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Cairo (1994). *Relatório da Conferência do Cairo*. Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça dos Direitos Constitucionais. Recuperado em 25 de Abril de 2013, de: <http://www.direito.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/relatoriocairo.pdf>

Calderaro, F., Fernandes, B. & Mello, L. (2008). Cidadania TTLBG e o direito à saúde no Brasil. In: Rocha, D. et al. (Orgs.). *Diversidade e equidade no SUS: parceria universidade e educação popular* (pp. 57-68). Goiânia: Cânone.

Caprara, A., Lins, A., & Franco, S. (1999). A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3), 647-654.

Caprara, A., & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 139-146.

Cardoso, M. R., & Ferro, L. F. (2012). Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 552-563.

Cassemiro, L.C. (2010). *Tenho direito de ser Amapô: as trajetórias de travestis e transexuais face à implementação das políticas públicas de Assistência Social e Saúde*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Ceccim, R. B., & Armani, T. B. (2002). Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: Ferla, A. A.; Fagundes, S. M. S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul* (pp. 143-161). Porto Alegre: Ed. da Casa.

Ceccim, R. B., & Bilibio, L. F. S., (2002). Observação da educação dos profissionais de saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. Ceccim, R.B., Bilibio, L.F.S., (Orgs.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises* (pp. 343-372). Brasília: Ministério da Saúde.

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41-65.

Cecílio, L.C. (2006). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4^a ed. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/CEPESC/ABRASCO.

- Cerqueira- Santos, E., Calvetti, P. U., Rocha, K. B., Moura, A., Barbosa, L.H., & Hermel, J. (2010). Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Revista Interamericana de Psicologia*, 44(2), 235-245.
- Chinato, I. B., D'Agostini, C. L., & Marques, R. R. (2012). A relação médico-paciente e a formação de novos médicos: análises de vivências de hospitalização. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 7(22), 27-34.
- Clark M.E.; Landers S.; Linde R.; & Sperber J. (2001). The GLBT Health Access Project: a state-funded effort to improve access to care. *American Journal of Public Health*, 91(6), 895-896.
- Corrêa, M., (1994). Medicinalização e construção da sexualidade. In: Loyola, M. A. (Org.), *AIDS e Sexualidade: O Ponto de Vista das Ciências Humanas* (pp. 117-140). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Corrêa, S. (1999). “Saúde reprodutiva”, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: K. Giffin, & C. Sarah, *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Corrêa, S. O., Muntarbhorn, V., & O'Flaherty, M. (2007). *Princípios de Yogyakarta*. Centro latino-americano em sexualidade e direitos humanos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Costa, J. R. B., Romano, V. F., Costa, R. R., Vitorino, R. R., Alves, L. A., Gomes, A. P., & Siqueira-Batista, R. (2012). Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(3), 387-400.
- Crawley, S. L., & Broad, K. L. (2008). The Construction of Sex and Sexualities. In: *Handbook of Constructionist Research*, Holstein, J. A. & Jaber, F. G. (pp. 545-566). Nova Iorque: Guilford Press.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2000). *The SAGE Book of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Deslandes, S.F. (2006) (Org.) *Humanização dos Cuidados em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Di Fanti, M. G. (2003). A linguagem em Bakhtin: pontos e pespontos. *Veredas – Revista de Estudos Lingüísticos*, 7(1 e 2), 95-111.
- Dohrenwend, A. (2009). Perspective: A grand challenge to academic medicine: speak out on gay rights. *Academic Medicine*, 84(6), 788-792.
- Dubé, C. E., O'Donnell, J. F., & Novack, D. H. (2000). Communication skills for preventive interventions. *Academic Medicine*, 75(7), 45-54.
- Dykes, D.C., & White, A. A. (2009). Getting to equal: strategies to understand and eliminate general and orthopaedic healthcare disparities. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467(10), 2598-2605.

- Dysart-Gale, D. (2010). Social justice and social determinants of health: lesbian, gay, bisexual, transgendered, intersexed, and queer youth in Canada. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(1), 23-28.
- Elias, P. E. (2005). A utilização da noção de eqüidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo) liberal: anotações para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 289-292.
- Ellis, H. (1946). *The psychology of sex*. Londres: William Heinemann.
- Facchini, R. (2008). *Entre umas e outras: Mulheres, (homo)sexualidades e diferenças na cidade de São Paulo*. Tese de doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas.
- Ferraz, D.; & Kraiczyk, J. (2010). Gênero e políticas públicas de saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 70-82.
- Ferreira, R. C., Fiorini, V. M. L., & Crivelaro, E. (2010). Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(2), 207-215.
- Feuerwerker, L. C. (2003). Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO*, 3(1), 24-27.
- Figueiredo, J. F., Troncon, L. E., Rodrigues, M. L., Cianflone, A. R., Colares, M. F., Peres, L. C., & Piccinato, C. E. (2004). Effect of curriculum reform on graduating student performance. *Medical Teacher*, 26(3), 244-9.
- Foucault, M. (1984). *História da Sexualidade: A vontade de saber*. (Albuquerque, C., & G. Albuquerque Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1988). *História da Sexualidade: O uso dos Prazeres*. Albuquerque, C., & G. Albuquerque Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Galli, A. (1989). Argentina: transformación curricular. *Educación Médica y Salud*, 23(4), 344-53.
- Gamson, J. (2006). As sexualidades, a teoria queer e a pesquisa qualitativa. In: Denzin, Norman et al. *O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens* (pp.345-362). Porto Alegre: Artmed.
- Gay and Lesbian Medical Association (2006). *Guidelines for Care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Patients*. Recuperado em 07 de agosto de 2013, de http://glma.org/_data/n_0001/resources/live/GLMA%20guidelines%202006%20FINAL.pdf.
- Gergen, K. J. (1985). The Social Constructionist movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.

- Gergen, K. J. (1992). *Lo Yo saturado*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. J. (1997). *Realities and relationships*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K. (2009). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, 6(1), 299-325.
- Gimeno-Reinoso, B. (2005). *Historia y análisis político del lesbianismo: la liberación de una generación. (Colección Libertad y Cambio)*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Gomes, A. P., & Rego, S. (2011). Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 557-566.
- Gonçalves, E. L. (1996). Trends in the graduation of Brazilian physicians. *Revista da associação Médica Brasileira*, 42(3), 162-166.
- Gonçalves, E. L., Marcondes, E., & Gonçalves, E. L. (1998). De ingressante na faculdade a médico especialista: uma longa trajetória. In: Marcondes, E., Gonçalves, E. L., (Orgs.) *Educação Médica* (325-339). São Paulo: Sarvier.
- Gonzalez - Rey, F. L. (2002). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia - caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Gonzalez y Rodrigues Branco, R. (2012). Reflexões sobre o processo ensino-aprendizagem da relação médico-paciente. *Revista Bioética*, 20(2), 244-254.
- Grangeiro A., Silva L. L., & Teixeira, P. R. (2009). Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(1), 87-94.
- Grosseman, S., & Stoll, C. (2008). O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 301-308.
- Hare-Mustin, R. & Marecek, J. (1990). *Making Difference: Psychology and the construction of gender*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Helfrich, C.A.; & Simpson, E.K. (2006). Improving services for lesbian clients: what do domestic violence agencies need to do?. *Health Care for Women International*, 27(4), 344-361.
- Hudson, W. W.; & Ricketts, W. A. (1980). A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of Homosexuality*, 5(3), 357-372.
- Hutchinson, M.K.; Thompson A.C.; & Cederbaum, J.A. (2006). Multisystem factors contributing to disparities in preventive health care among lesbian women. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(3), 393-402.

- Ida, D.J.(2007). Cultural competency and recovery within diverse populations. *Psychiatric rehabilitation Journal*, 31(1), 49-53.
- Jagose, A. (1996). *Queer Theory: An Introduction*. New York: NYU Press.
- Junqueira, R. D. (2007a). O Reconhecimento da Diversidade Sexual e a Problematização da Homofobia no Contexto Escolar. In: Ribeiro, P. R. C., Silva, M. R. S., Souza, N. G. S., Goellner, S. V., & Souza, J. F. (Orgs.). *Corpo, Gênero e Sexualidade: discutindo práticas educativas* (pp.59-69). Rio Grande: Editora da FURG.
- Junqueira, R. D. (2007b). Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. *Bagoas*, 1 (1), 1-22.
- Junqueira, R. D. (2010a). Currículo, cotidiano escolar e heteronormatividade em relatos de professoras da rede pública. Trabalho apresentado no *Fazendo gênero: diáspora, diversidades, deslocamentos*, 9.
- Junqueira, R. D. (2010b). Currículo heteronormativo e cotidiano escolar homofóbico. *Revista Espaço do Currículo*, 2(2), 208, 230.
- Koifman, L. (1998). A teoria de currículo e a discussão do currículo médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 22(2-3), 37-47.
- Komatsu, R. S. (1999). Aprendizagem baseada em problemas: um caminho para a transformação curricular. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 23(2/3), 32-37.
- Lampert J.B. (2002). *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: tipologia das escolas*. São Paulo:Hucitec.
- Leite Júnior, J. (2011). *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico*. São Paulo: Annablume.
- Lewis, E. S. (2012). “*Não é uma fase*”: construções identitárias em narrativas de ativistas lgbt que se identificam como bissexuais. Dissertação de Mestrado. Departamento de Letras do Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Lima, M. C. P., & Cerqueira, A. T. A. R. (2008). Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(1), 49-55.
- Lionço, T. (2008). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da eqüidade. *Saúde e Sociedade*, 17, 11-21.
- Lionço T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade no processo transexualizador no SUS: avanços, impasses e desafios. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(1), 43-63.
- Louro, G. L. (1997). *Gênero, sexualidade e educação: uma abordagem pós estruturalista*. Petrópolis: Vozes.

- Louro, G. L. (2000). *O Corpo Educado - Pedagogias da Sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Louro, G. L. (2001). Teoria Queer - Uma política pós-identitária para a educação. *Revista Estudos Feministas*, 9(2), 541-553.
- Louro, G. L. (2004). *Um Corpo Estranho: Ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Louro, G. L. (2008). Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. *Pro-Posições*, 19, 2(56), 17-23.
- Lucchese, P. T. R.; & Aguiar, D. S. (2004). Políticas públicas em saúde pública. In: Lucchese, P. T. R. (coord.). *Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública-Políticas públicas em Saúde Pública*. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde / Saúde Pública Brasil. São Paulo: BIREME.
- Machado, M., Monteiro, E., Queiroz, E., Vieira, N. F., & Barroso, M. G. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 335-342.
- Mann, J., Tarantola, D. J., & Netter, T. W. (1993). A AIDS no mundo. ABIAIMSUERJ.
- Marques, F. Z. C., Chedid, S. B., & Eizerik, G. C. (2012). Resposta sexual humana. *Revista de Ciências Médicas*, 17(3/6), 175-183.
- Marrazzo, J.M. (2004). Barriers to infectious disease care among lesbians. *Emerging Infectious Diseases*, 10(11), 1974-1978.
- Mayorga, C., Rasera, E. F., & Prado, M. A. M. (2013). Editorial. *Psicologia & Sociedade*, 25(1), 1.
- Melo, A. P. L. (2010). “Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Mello, L., Avelar, R. B. D., & Maroja, D. (2012a). Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Sociedade e Estado*, 27(2), 289-312.
- Mello, L., Braz, C., de Freitas, F. R. A., & de Avelar, R. B. (2012b). Questões LGBT em debate: sobre desafios e conquistas. *Sociedade e Cultura*, 15(1), 151-161.
- Mello, L., Brito, W., & Maroja, D. (2012c). Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. *Cadernos Pagu*, (39), 403-429.
- Mello, L., Perilo, M., Braz, C. A., & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 9, 7-28.

- Minayo, M. C. S. (1993). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (2001). Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência e saúde coletiva*, 6(1), 07-19.
- Miskolci, R. (2009) A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. *Sociologias*, 21, 150-182.
- Moore, H. (1997). Understanding Sex and gender. In Ingold, T. (Ed.), *Companion Encyclopedia of Anthropology* (813-830). London: Routledge.
- Moreira Júnior, E. D., Abdo, C. H. N., Santos, D. B., Wroclawski, E., & Fittipaldi, J. A. S. (2004). Epidemiologia da disfunção erétil no Brasil: resultados da pesquisa nacional do “Projeto Avaliar”. *Revista Brasileira de medicina*, 61, 613-19.
- Moscheta, M. S. (2011). *Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde da população LGBT*. Tese de doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Moscheta, M. S.; & Santos, M. (2010). A. Inclusão e o desafio de criar formas de investigação colaborativas – um relato de experiência. *Saúde e Transformação Social*, 1(1), 154-159.
- Mott, L., & Cerqueira, M. (2000). *Causa mortis: homofobia - Violação de direitos humanos e assassinato de homossexuais no Brasil*. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia.
- Muller, M. I. (2007). *"Os médicos nunca me tocaram um dedo. Cansei daquele posto!"*: A percepção das travestis quanto ao atendimento em Saúde. Trabalho de Conclusão de Curso Pós Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Muñoz D., & Muñoz D.R. (2003). O Ensino da Ética nas Faculdades de Medicina do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 27(2), 114-124.
- Neisen, J. (1990). Heterosexism or Homophobia? The Power of the Language We Use. *Outlook*, 10, 36-37.
- Nogueira, C. (2001). Contribuições do Construcionismo Social a uma nova Psicologia do Gênero. Portugal: *Cadernos de Pesquisa*. 112, 137-153.
- Nogueira, C., Neves, S. & Barbosa, C. (2005). Fundamentos construcionistas sociais e críticos para o Estudo do Gênero. Psicologia. *Teoria Investigação e prática*, 2, 195-209.
- Novaes, M. R. C. G, Novaes, L. C. G., Guilherm, D., Lolas, F., Silveira, C., & Guiotti, M. (2009). A inserção dos temas de humanidades e ética em currículo médico integrado em escola pública no distrito federal, Brasil. *Acta Bioethica*, 15(02), 202-211.
- Nunan, A. (2004). Violência doméstica entre casais homossexuais: o segundo armário? *PSICO*, 35(1), 69-78.

- Oliveira, J. G. (2012). "De perto e de dentro" - Um olhar antropológico sobre o acesso à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em Maceió/AL. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 11, 551-601.
- Oliveira, N. A., de Meirelles, R. M. S., Cury, G. C., & Alves, L. A. (2008). Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 333-346.
- Pagliosa, I. F. L., & Da Ros, M. A. (2008). O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista brasileira de educação médica*, 32(4), 492-499.
- Paiva, V. (2008). Dossiê: Psicologia e Sexualidade no Século XXI. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 641-651.
- Parker, R. (2000). Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: G. Louro, *O Corpo Educado - Pedagogias da Sexualidade* (pp. 35-82). Belo Horizonte: Autêntica.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3^a ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Pelúcio, L. M. (2007). *Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre a prostituição travesti e o modelo preventivo de Aids*. Tese de Doutorado. Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Pelúcio, L. M., & Miskolci, R. (2009). A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (1), 125-157.
- Pereira, A. J., & Nichiata, L. Y. I. (2011). A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(7), 3249-57.
- Pereira, R. T. M. C. (2004). *O ensino da Medicina através das Humanidades Médicas: análise do filme "And the band played on" e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em Educação Médica*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pereira, O. P.; & Almeida, T. M. C. (2005). La formación médica según una pedagogía de resistencia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 69-79.
- Peres, W. S. (2005). Travestis Brasileiras: construindo identidades cidadãs. In: M. Grossi, S. Becker, J. Losso, R. Porto & R. Muller (Orgs.). *Movimentos Sociais, Educação e Sexualidades*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Peres, C. M., Andrade, A. D. S., & Garcia, S. B. (2007). Atividades extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(3), 203-11.

- Petchesky, R. P. (1999). Direitos Sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: Barbosa, R. M.; Parker, R. (Orgs.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder* (pp. 15-38). Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34.
- Pinheiro, M. C., Westphal, M. F., & Akerman, M. (2005). Eqüidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 449-458.
- Pinto, V. M. (2004). *Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Materno-Infantil, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology*. Londres: Sage.
- Prado, M. M., & Machado, F. V. (2008). *Preconceito contra homossexualidades: A hierarquia da invisibilidade*. São Paulo, SP: Cortez Editora.
- Rasera, E. F. (1999). *Grupo de apoio para pessoas portadoras do HIV: Negociando diferenças*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2001). *Contribuições do pensamento construcionista para o estudo da prática grupal*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 201-209.
- Rasera, E. F., Guanaes, C. & Japur, M. (2004). Psicologia, Ciência e Construcionismos: Dando Sentido ao Self. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), 157-165.
- Rasera, E. F. & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo*. São Paulo: Votor.
- Rede feminista de saúde (2006). *Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Porto Alegre.
- Reis, I. M. L. (2008). *Entre a universalidade e a particularidade : desafios para a construção de direito a saúde de transexuais*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília.
- Rego, S. T. A. (1994). *A prática na formação médica: o estágio extracurricular em questão*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Rego, S. T. A. (2003). *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Riechelmann, J. C. (1993). A Educação Sexual no Sistema de Saúde. In: Ribeiro, M. (org.) *Educação Sexual: Novas Ideias, novas conquistas*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Ribeiro, M. M. F., & Amaral, C. F. S. (2008). Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(1), 90-97.

- Rios, I. C. (2009). Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista brasileira de educação médica*, 33(2), 253-62.
- Rios, R. R. (2007). Notas para o desenvolvimento de um direito democrático da sexualidade. In: R. R. Rios, *Em defesa dos Direitos Sexuais* (pp. 13-38). Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Rocha, R. M. G. (2011). *Entre o estranho e o afeto: construção de sentidos sobre as relações de amizade entre travestis*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Rosenburg, E. G. (2003). *A formação em sexualidade humana nos cursos de Medicina e Psicologia do estado de São Paulo no ano de 2002*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Rossoni, E., & Lampert, J. (2004). Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. *Boletim da Saúde*, 18(1), 87-98.
- Rubin, G. (1998). Thinking sex : notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: Nardi, P. M. & Schneider, B. E. *Social perspectives in lesbian and gay studies*. London: Routledge.
- Rufino, A. C., Madeiro, A. P., & Girão, M. J. B. C. (2013). O Ensino da Sexualidade nos Cursos Médicos: a Percepção de Estudantes do Piauí. *Revista brasileira de educação médica*, 37(2), 178-185.
- Saggese, G. R. S. (2009). *Quando o armário é aberto: visibilidade e estratégias de manipulação no coming out de homens homossexuais*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Santana, P. M. S. (2013). Brindando a união homoafetiva no brasil através de um estudo sobre a repressão homossexual no livro morangos mofados. *Derecho y Cambio Social*, 33 (ano X), 1-15.
- Schraiber, L. B. (1997). No encontro da técnica com a Ética. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1), 123-138.
- Schmidt, AJ; & Marcus, U. (2011). Self-reported history of sexually transmissible infections (STIs) and STI-related utilization of the German health care system by men who have sex with men: data from a large convenience sample. *BMC Infectious Diseases*, 11, 132.
- Sedgwick, E. K. (1985). *Between Men: English Literature and Male Homosocial Desire*. New York: Columbia University Press.
- Sedgwick, E. K. (1990). *Epistemology of the closet*. Berkeley, University of Califórnia Press.
- Sedgwick, E. K. (2007). A epistemologia do armário. *Cadernos Pagu*, 28, 19-54.
- Souza, C. (2003). Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. *Caderno CRH-Salvador*, 16(39), 11-24.

- Souza, L. V. (2006). *Produção e negociação de sentidos em um grupo de apoio aos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia nervosa e bulimia nervosa*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Sousa, P. J., Abrão, F. M. S., Costa, A. M. C., & Ferreira, L. O. C. F. (2009). Humanização no acolhimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem. In: *Anais do Segundo Seminário Nacional de diretrizes para enfermagem na atenção básica em saúde*, 2º SENABES. Recife, PE: Associação Brasileira de Enfermagem.
- Spink, M. J. (2003). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Spink, M. J. (Org.). (2004a). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. (2004b). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Spink, M. J. & Frezza, R. M. (2004). Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: Spink, M. J. (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (pp.17-40). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J.; & Medrado, B. (1999). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teóricometodológica para a análise das práticas discursivas. In: M. J. SPINK (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 41-61). São Paulo: Cortez.
- Storr, M. (Org.). (1999). *Bisexuality: A Critical Reader*. Londres e Nova Iorque: Routledge.
- Sucupira, A. C. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 624-627.
- Sullivan, A. (1996). *Praticamente normal. Uma discussão sobre o homossexualismo*. (Lando, I. Trad.). São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- Sullivan, N. (2003). *A Critical Introduction to Queer Theory*. Nova Yorque: New York University Press.
- Tavares, A. D. P., Ferreira, R. A., França, E. B., Fonseca Junior, C. A., Lopes, G. C., Dantas, N. G. T., & Cardoso, S. A. V. (2007). *Revista Brasileira de educação médica*, 31(3), 254-265.
- Teixeira, F. B. (2009). *Vidas que desafiam Corpos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

- Tempsk, P., & Borba, M. (2009). O SUS como Escola. *Revista Brasileira de educação médica*, 33(3), 319-320.
- Terto Junior, V. S. (1999). Soropositividade e políticas de identidade no Brasil. In: Parker, R., Barbosa R. (Orgs.). *Sexualidades pelo Avesso* (pp. 99-120). São Paulo: Ed. 34, IMS/UERJ.
- Terto Junior, V. S. (2002). Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 147-158.
- Toledo, L. V. & Teixeira Filho, F. S. (2010). Lesbianidades e as referências legimitadoras da sexualidade. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 3, 729-749.
- Travassos, C.; & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 190-198.
- Urbina, A. A. S., & Soto, E. C. J. (2013). La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 733-742.
- Valle, C. G. D. (2002). Identidades, doença e organização social: um estudo das "pessoas vivendo com HIV e AIDS". *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 179-210.
- Vance, C. (1995). A antropologia redescobre a sexualidade. *Physis: Revista de Saúde coletiva*, 1, 7-31.
- Van der Molen, H.T.; & Lang, G. (2007). Habilidades da consulta na escuta médica. In: Leite, A.J.M.; Caprara, A.; & Coelho Filho, J.M. (Orgs.). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias* (pp. 47-66). São Paulo: Sarvier.
- Vencato, A. P. (2005). Algumas garotas preferem garotas: The L Word, sexualidade e as políticas de visibilidade lésbica. In: *Reunião De Antropologia Do Mercosul*, v. 6.
- Warner, M. (2000). *The trouble with normal: Sex, politics, and the ethics of queer life*. Harvard University Press.
- Weeks, J. (1995). *Invented moralities: sexual values in an age of uncertainty*. Nova York: Columbia University Press.
- Weeks, J. (2000). O Corpo e a Sexualidade. In: G. Louro, *O Corpo Educado - Pedagogias da Sexualidade* (pp. 35-82). Belo Horizonte: Autêntica.
- Welzer-Lang, D. (2001). A construção do masculino: Dominação das mulheres e homofobia. *Estudos Feministas*, 9(2), 460-482.
- Williams-Barnard, C.L.; Mendoza, D.C.; & Shippee-Rice, R.V. (2001). The lived experience of college student lesbians' encounters with health care providers. A preliminary investigation. *Journal of Holistic Nursing*, 19(2), 127-142.
- Zabala, A. (1998). *A Prática educativa: como ensinar*. Porto Alegre: ArtMed.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A – Estrutura dos encontros:

Primeiro Encontro - Tema: Sexualidade .

Objetivos: Estimular a reflexão sobre sexualidade em seus principais conceitos.

Materiais: folhas de papel, canetas, cartolina, pincel atômico.

- 1) Aquecimento Inespecífico: Solicitar que cada um dos participantes faça uma propaganda de si, como se fosse um anúncio de jornal, contando algumas de suas características em poucas palavras. Não pode faltar na propaganda: nome, idade e período da graduação, qualidades e interesses. Na sequência, cada um vai apresentar e ler brevemente o seu anúncio.
- 2) Aquecimento Específico: Através da dinâmica do jogo ‘batata-quente’ solicitar que os participantes respondam uma pergunta.

Porque eu quis participar desse grupo?

Como eu espero sair deste grupo?

O que é sexualidade pra você?

O que eu gostaria de saber sobre sexualidade?

O que eu aprendi, em sala de aula, na faculdade sobre sexualidade?

O que eu aprendi, fora de sala, na faculdade sobre sexualidade?

Porque é importante para os médicos saberem mais sobre sexualidade?

- 3) Desenvolvimento: O coordenador irá solicitar aos participantes que respondam perguntas sobre os conceitos fundamentais das teorias de sexualidade. Assim, olhando as perguntas dispostas em tiras de papel, coladas no quadro, cada um deverá pegar uma pergunta que acha que consegue responder. Se duas pessoas escolherem a mesma ficha, poderão responder a mesma pergunta. Após responderem e discutirmos cada tema evocado pelas perguntas serão

lidas as respostas do material base e os participantes poderão comentar sobre o comparativo entre as respostas.⁶

O que é diversidade sexual?

Sexualidade e sexo são diferentes?

Qual a relação entre gênero e sexualidade?

Todos os homens têm o mesmo jeito de ser masculino? Todas as mulheres têm o mesmo jeito de ser feminino?

Qual a definição para orientação sexual?

O que é identidade de gênero?

Como poderíamos definir a homofobia?

Qual a diferença entre discriminação e preconceito?

Como podemos definir o sexismo?

4) Comentários.

Segundo Encontro - Tema: Diversidade Sexual.

Objetivos: Debater sobre as multiplicidades presentes dentro da própria população homossexual e possíveis rótulos.

Materiais: Figuras de pessoas homossexuais, folhas de papel, canetas.

1) Aquecimento Inespecífico: Os participantes serão convidados a caminhar pela sala olhando as figuras dispostas de seis personagens diferentes.

2) Aquecimento Específico: Solicitar que cada um dos participantes se aproxime do quadro de disposição das figuras e retire uma fita de papel que contêm uma frase que precisa ser completada. Assim, um a um eles terão sua vez de tirar a fita de papel e completar a frase.

Depois devem colocar de volta a frase no quadro.

Os gays são...

⁶ Anexo 3 – Fonte utilizada.

As lésbicas não são...

Travestis são pessoas...

Se eu tivesse uma amiga transexual...

Se minha irmã fosse bissexual...

Eu acho os gays...

Ver um casal gay se beijando é...

Os gays que eu conheço são...

Ser homossexual deve ser...

Hoje em dia ser gay é...

Uma situação de preconceito que a população LGBT vive é quando...

Os homossexuais são iguais no que diz respeito à...

Os homossexuais são diferentes na questão...

Uma transexual é...

Eu acredito que os homossexuais devem...

3) Desenvolvimento: Os participantes serão divididos em duplas e trios e receberão a tarefa de criar uma história para um daqueles personagens que eles já olharam anteriormente. A história deve conter: vida pessoal, profissional, carreira, relacionamentos afetivos, relacionamentos familiares, orientação sexual.⁷ Após a apresentação para o grupo, pedir que o mesmo grupo relate para os demais a história real de vida daquela pessoa e que comente as diferenças e semelhanças entre a história real e a inventada por eles.⁸

4) Comentários.

Terceiro Encontro - Tema: Atendimento em saúde – relação médico x paciente LGBT.

⁷ Atividade baseada na tese de Moscheta (2011).

⁸ Anexo 6 – Histórias usadas.

Objetivos: Promover uma reflexão sobre a relação entre médico e paciente LGBT no momento do atendimento.

Materiais: Tiras de papel, folhas de papel, canetas, vídeo.

1) Aquecimento Inespecífico: Com uma música calma tocando ao fundo o coordenador irá realizar uma visualização de um bom atendimento que os participantes tenham vivido.

Narração base da visualização:

“Algumas vezes, quando nos sentimos doentes, procuramos atendimento médico. Lembre-se de situações em que você ficou doente e que foi ao médico. Agora, busque em sua memória uma experiência de atendimento médico que foi ótima. Onde você estava? Quem era o médico? O que houve neste atendimento? Por que o atendimento foi considerado tão bom por você? O que ele fez? O que você sentiu? O que essa memória provoca em você? Pense em quais aspectos foram importantes para que você chegasse à conclusão que esse foi um bom atendimento. Fique com a sensação de que foi bem atendido, seu problema resolvido. Vá voltando para a sala, espreguiçando seu corpo e voltando seus pensamentos para o agora”.

2) Aquecimento Específico: Os participantes serão convidados a assistir um episódio de uma série que retrata uma situação de atendimento onde há um paciente homossexual.⁹

3) Desenvolvimento: Com base no vídeo pedir a eles que se dividam em grupos e que avaliem o atendimento segundo os seguintes critérios:

Qualidade da relação Médico e paciente; postura do médico frente ao paciente; postura do paciente frente ao médico; habilidade de diálogo do médico na relação; dificuldades do atendimento; facilidades do atendimento; avaliação final do grupo sobre a qualidade do atendimento levando em consideração todos os critérios anteriores.

Por fim, pedir que cada grupo leia sua ficha e apresente sua avaliação para os demais.

⁹ Anexo 5 – Recurso visual utilizado.

4) Comentários.

Quarto Encontro - Tema: Necessidades em saúde da população LGBT.

Objetivos: Discutir e avaliar as necessidades da população LGBT.

Materiais: Relatos de pacientes homossexuais, folhas de papel, canetas. Desenvolvimento:

- 1) Aquecimento Inespecífico: O coordenador irá pedir aos participantes que participem de um “brainstorm”, ou seja, que digam as primeiras palavras que vierem à mente quando pensarem em Necessidades em Saúde. Ir perguntando aos participantes e escrevendo no quadro. Ao final, ler para o grupo as palavras que surgiram.
- 2) Aquecimento Específico: Pedir que os participantes se dividam em grupos para discutir e pensar as particularidades dos pacientes homossexuais, fazendo uma lista com cinco ‘necessidades em saúde’ que eles acreditam que gays, lésbicas e travestis/transexuais tenham. Assim, serão três grupos, e cada um deles ficará responsável por um daqueles grupos da população LGBT.
- 3) Desenvolvimento: Convocar que os mesmos grupos leiam em voz alta três relatos de pacientes LGBT sobre o atendimento que receberam em saúde. Pedir então que escrevam quais foram as necessidades percebidas nesses relatos. Por fim, pedir que façam um comentário sobre a comparação entre as necessidades percebidas no relato e as necessidades colocadas na primeira lista, e, além disso, o que mais poderia ser considerado necessidade em saúde para essa população.¹⁰

4) Comentários.

Quinto Encontro - Tema: Estratégias de atendimento e políticas públicas em saúde.

Objetivos: Apresentar as políticas públicas em saúde específicas para a população LGBT e construir estratégias para promoção de saúde dos homossexuais.

¹⁰ - Anexo 7 – Relatos pacientes LGBT.

Materiais: folhas de papel, canetas, exemplares da “Política Nacional De Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais”, cartazes.

1) Aquecimento Inespecífico: O coordenador irá solicitar que todos os participantes fiquem de pé e formem um círculo. Será proposto um jogo do tipo ‘vivo/morto’, mas desta vez quem ficar em pé está respondendo a sim e agachado está dizendo não. As afirmações são:

Eu faço medicina.

Conheço as políticas em saúde específicas para a população LGBT.

É importante sensibilizar os profissionais de saúde para as questões de sexualidade.

Acho que vai chover.

Acredito que os homossexuais ainda enfrentam dificuldades ao buscar acesso aos serviços de saúde.

Sou lindo.

Estou achando engraçado brincar disso.

Acho fácil atender a população LGBT.

2) Aquecimento Específico: Pedir que todos os participantes se posicionem de pé e que ouçam várias afirmações sobre sexualidade. Eles devem se posicionar em frente a três placas, de acordo com o seu posicionamento pessoal: concordo, discordo e tenho dúvidas. A coordenadora pode solicitar que alguns dos participantes justifiquem sua posição. As afirmações são:

1. Não existe preconceito com a população LGBT por parte dos profissionais de saúde.
2. Segundo o Ministério da Saúde a discriminação sobre a orientação sexual e por identidade de gênero incide no processo de adoecimento dos indivíduos.
3. É preciso ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde, garantido qualidade no atendimento e atendimento de suas demandas.
4. A AIDS é um tema único em saúde para os homossexuais.

5. A “Política Nacional De Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais”, afirma que as lésbicas fazem menos exames preventivos ginecológicos que as heterossexuais.

6. Outra ação da “Política Nacional De Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais” se refere à qualificação do atendimento decorrente do uso de hormônios e substâncias industriais pelas travestis e transexuais.

7. A AIDS é um tema único em saúde para os homossexuais.

8. As travestis e transexuais devem ser chamadas pelo Nome social em contextos de saúde.

9. São necessárias novas pesquisas que investiguem as necessidades das populações homossexuais.

10. O câncer de próstata não é um tema muito relevante junto à população de gays.

11. A cirurgia de mudança de sexo ainda não pode ser feita pelo SUS.

12. Existem políticas nacionais específicas para a saúde da população homossexual no Brasil, mas os profissionais ainda têm pouco conhecimento a respeito.

3) Desenvolvimento: Após solicitar uma divisão em três grupos, será apresentado ao grupo o Plano Nacional de Saúde LGBT. Utilizando três objetivos da “Política Nacional De Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais”, os participantes, em grupos, deverão propor ações práticas que alcancem estes objetivos. Para tanto eles devem preencher os seguintes critérios:

- Ação Proposta; Local de realização; instituição promotora; profissionais envolvidos; forma e desenvolvimento da atividade proposta; porque essa ação cumpre o objetivo proposto.

Os objetivos da Política entregues para cada grupo são:

- Incluir ações educativas de rotina dos serviços de saúde voltados à promoção da auto-estima entre LGBT ;
- Estimular e realizar campanhas e outras atividades contra o preconceito e a discriminação de LGBT nos serviços de saúde;
- Reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre LGBT, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Por fim, os grupos deverão apresentar seus resultados e haverá um espaço para os comentários sobre essa atividade.

4) Comentários.

10. ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “SENTIDOS DA DIVERSIDADE SEXUAL ENTRE FUTUROS MÉDICOS” sob a responsabilidade dos pesquisadores *Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera e Maria Carolina Buiatti Amaral e Silva*.

Nesta pesquisa nós estamos buscando compreender os sentidos da diversidade sexual entre estudantes de Medicina, e suas implicações para o atendimento a essa população.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Maria Carolina Buiatti Amaral e Silva no primeiro encontro do grupo.

Nesta pesquisa, você participará de grupos de capacitação sobre a temática da diversidade sexual, nos quais serão feitas discussões e atividades que tratarão de sexualidade, diversidade sexual e outros temas pertinentes. Os grupos serão áudio-gravados e, posteriormente, transcritos. Após a transcrição, as fitas serão desgravadas.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

O risco inicial seria relacionado à identificação dos sujeitos participantes. Contudo, a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade do sujeito, conforme resolução 196/96.

Um dos benefícios da pesquisa será trazer novos achados para as pesquisas tanto no campo da formação médica, quanto da saúde e sexualidade. Além de promover a discussão e capacitação dos futuros profissionais de saúde, ela poderá encontrar indicações para a melhoria na qualidade do atendimento à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Emerson F. Rasera no telefone 3218-2701**. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, de de 2013.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Anexo 2 – Parecer aprovação Comitê Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: Sentidos da Diversidade Sexual entre Futuros Médicos

Pesquisador: Emerson Fernando Rasera

Área Temática:

versão: 3

CAAE: 09268012.1.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 160.366

Data da Relatoria: 14/12/2012

Apresentação do Projeto:

No que se refere à procura por atendimento em saúde, o profissional de Medicina tem sido cada vez mais cobrado por ter que atender às necessidades e exigências de uma população extremamente múltipla e plural. As Políticas Públicas específicas para a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) surgem para que seu acesso seja feito de forma equitativa, além de promover a educação e sensibilização dos profissionais para possíveis situações de preconceito e discriminação. No que diz respeito ao processo saúde-doença dessa população, as suas especificidades devem ser consideradas pelos profissionais de saúde para um atendimento efetivo. É emergente a necessidade de aumentar a capacitação de profissionais e futuros profissionais de saúde sobre questões de sexualidade, gênero e identidade sexual, na medida em que nos currículos das graduações, pouco é falado sobre as dimensões da sexualidade na relação médico e paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender os sentidos da diversidade sexual entre os profissionais de Medicina, e suas implicações para o atendimento a essa população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco inicial seria relacionado à identificação dos participantes e ao sigilo dos dados coletados. Contudo, a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade e dos dados dos participantes. Quanto aos benefícios, os resultados do estudo poderão trazer novos achados para

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144

UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

as pesquisas tanto no campo da formação médica, quanto da saúde e sexualidade. Além de promover discussão e capacitação dos futuros profissionais de saúde e, consequentemente, encontrar Indicações para a melhoria na qualidade do atendimento à população LGBT.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de cunho qualitativo e terá como amostra entre 05 e 15 estudantes regularmente matriculados no curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, com idade maior que 18 anos. A coleta de dados se dará por meio de áudio-gravação dos grupos, realizados durante cinco semanas consecutivas no prédio do Instituto de Psicologia. Os encontros terão como temas centrais a relação médico-paciente, orientação sexual dos pacientes, diversidade sexual e homossexualidade. A análise dos dados será feita segundo as propostas de análise do discurso influenciadas pela perspectiva Construcionista Social. O estudo terá duração de 12 meses a partir da data de inicio da coleta de dados (de 15/12/2012 a 01/12/2013) e custo total de R\$ 400,00, financiado pelos próprios pesquisadores. Para a participação dos sujeitos foi apresentado um TCLE redigido em conformidade com as exigências da resolução 196/96.

Para a versão 1 do protocolo, foi solicitado detalhamento do plano de recrutamento dos estudantes de medicina da FAMED/UFU. Os pesquisadores informaram que o recrutamento dos participantes será efetuado por meio de divulgação do Projeto na Universidade em questão através de cartazes, em diversos locais. A exposição de cartazes contendo local, hora e tema específico do projeto visa a busca por alunos da Graduação em Medicina que tenham interesse pela temática e que se proponham a discutir temas pertinentes a Diversidade Sexual participando do referido Grupo. Os interessados deverão enviar um email para um endereço fornecido pelos pesquisadores, de forma que os 15 primeiros interessados estarão devidamente inscritos para participar. Após esse primeiro contato por email, os pesquisadores entrarão em contato por telefone para verificar os dados do aluno, referente à período de matrícula, idade e disponibilidade, conforme os padrões fixados neste projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram adequadamente preenchidos, apresentados e assinados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência apontada no parecer 164.042, de 23/11/2012, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Endereço:	Av. João Neves de Ávila, 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sra. Mônica				
Bairro:	Santa Mônica	CEP:	38.406-144		
UF:	MG	Município:	UBERLÂNDIA		
Telefone:	(34)3239-4131	Fax:	(34)3239-4335	E-mail:	cep@propp.ufu.br

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Data para entrega de Relatório Final: março de 2014.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador:

↓ O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na Integra, por ele assinado (Item IV.2.d).

↓ O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.

↓ O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária ↓ ANVISA ↓ junto com seu

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144

UF: MG Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4395 E-mail: cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG

posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.

UBERLÂNDIA, 21 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. Júlio Naves de Ávila 2121- Bloco "IA", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

Anexo 3 – Fonte utilizada:

Fonte utilizada : http://www.unfpa.org.br/Arquivos/guia_diversidades.pdf

Anexo 4 – Histórias utilizadas:

1)Anderson Cooper, 2)Luma Andrade, 3)Thomas Beatie, 4)Kathy Witterick, 5)Mike Manning, 6)Jóhanna Sigurðardóttir (fonte: Google images).

Histórias reais dos participantes:

1- **Anderson Cooper:** é um jornalista e escritor americano, tem 45 anos e foi ganhador de um prêmio Emmy na categoria de jornalismo. Ele é o principal âncora de um programa da CNN, e foi responsável pela cobertura de diversas reportagens de destaque incluindo furacões e guerras. Recentemente ele enviou um comunicado a impressa confirmando que é gay, acrescentando que, embora a privacidade seja importante para jornalistas, ele não queria dar a impressão de estar escondendo algo e queria se posicionar contra o bullying. "O fato é: sou gay, sempre fui e sempre serei e não poderia estar mais feliz, confortável comigo mesmo e orgulhoso". Desta forma, Cooper, que é âncora do programa Anderson Cooper 360 no horário nobre da CNN e contribui com matérias para o 60 Minutes, da CBS, nunca pensou em anunciar sua sexualidade na TV, de acordo com diversos colegas de trabalho. Ele se importava bastante, no entanto, com notícias de ataques e outras formas de discriminação a gays, temas que sempre cobriu amplamente em seus programas. Por causa de sua posição de destaque no telejornalismo americano, afirmou um ex-produtor, Cooper passou a sentir que podia fazer alguma diferença – ele se torna, com o anúncio, o mais famoso jornalista abertamente gay da TV americana. Ele estava namorando Ben Maisani, 39 anos, mas o relacionamento acabou no final de 2012 devido a uma traição que veio a público. Vindo de uma tradicional família americana o apresentador mantém uma boa relação com eles, mesmo depois do anúncio. Ele vai apresentar junto com Madonna o prêmio da ONG americana Aliança de Gays e Lésbicas Contra a Difamação, que monitora a representação de gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros em produtos audiovisuais. Segundo o organizador deste evento: "Os indicados deste ano entretêm, mas também refletem um novo panorama americano, no qual uma grande maioria aceita e valoriza seus parentes, colegas e amigos LGBT".

(http://pt.wikipedia.org/wiki/Anderson_Cooper;

<http://www.superpride.com.br/tag/anderson-cooper>);

<http://www.humorrealidade.com.br/2013/03/madonna-e-anderson-cooper-apresentacao.html>);

(http://www.observatoriodaimprensa.com.br/news/view/_ed701_o_peso_da_revelacao_de_anderson_cooper).

2- **Luma Andrade:** é a primeira travesti brasileira a conseguir o título de Doutorado. Tem 35 anos e nasceu com o nome de João Filho. Com a família, a convivência era árdua. A mãe, embora não aceitasse o comportamento “diferente” da filha, respeitava. Luma tinha três irmãs maternas, mas a identificação maior era com Valdete. Ela era como uma segunda mãe. Com o pai, entretanto, a relação era muito difícil. Ele não aceitava a singularidade da filha. A mãe já havia falecido quando Luma foi expulsa de casa. Foram tantos desentendimentos e brigas que, hoje, ela revela um sentimento de neutralidade, em relação ao pai. Não há mais motivos para procurá-lo.

A infância foi marcada pela “fuga”. Fazia de tudo para evitar o convívio com a sociedade. Evitava até mesmo usar o banheiro, quando sentia necessidade, com medo de apanhar mais uma vez. Sim, ela apanhava. Sim, os colegas da escola batiam. E xingavam. Luma sofria. Ela vivia uma infância que poderia ter sido alimentada pelo rancor. Um rancor cego, irrequieto, que muito embora não entendesse a situação, poderia tomar partido e liderar um sentimento revoltoso, mudando certamente toda a trajetória dela. Mas não foi assim. A “fuga” a levou para os livros, os tão queridos e procurados livros, que fariam a diferença. E fizeram.

Luma saiu da escola, mas a escola não saiu de Luma. Foi professora no Estado do Ceará e teve de enfrentar a desconfiança de pais e alunos. Alguns estudantes eram mais arredios, difíceis de lidar. Para estes, uma boa dose de conversa resolvia qualquer problema. Luma se identificava com eles ao dizer que o que faltava era apenas alguém com disposição para ouvir. Com os pais dos meninos, no entanto, era preciso um pouco mais de parcimônia, mas o resultado era sempre o mesmo. O estranhamento causado pela professora recém-chegada era substituído pela admiração e respeito inerentes à história dela. Luma acabava conquistando a todos. Na adolescência, quase não tinha amigos. A paquera existia, mas a resignação foi tamanha que o primeiro beijo só veio aos 19 anos. Hoje, após três anos de união estável com Wellington de Oliveira Machado, a felicidade, enfim, bateu à porta. Na tese de quase 400 páginas que foi defendida em 2012, a primeira travesti a cursar um doutorado no Brasil relata a discriminação sofrida por pessoas como ela na rede pública de ensino. Ela também aponta lacunas na formação dos professores. (<http://blogdojuss.blogspot.com.br/2012/09/luma-andrade.html>; <http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u485921.shtml>)

- 3- **Thomas Beatie:** Ficou famoso por sua história no mundo todo ao anunciar que era transexual e que havia resolvido engravidar, ficando conhecido como “primeiro homem grávido”. Sua mulher, não podia ter filhos e os dois então resolveram que ele é quem gestaria a criança. Beatie, que nasceu no Havaí, se submeteu há alguns anos a uma cirurgia de mudança de sexo, na qual extraiu os seios e iniciou um forte tratamento hormonal. No entanto, o aparelho reprodutivo ainda não havia sido retirado e por isso ele pôde fazer um tratamento de fertilização e conseguiu engravidar. Aos 37 anos, é pai de uma família bem estruturada, mas ainda sofre depois que ganhou os holofotes da mídia após dar à luz uma menina em 2008. Sua família se afastou e ele ainda sente o preconceito. Depois, vieram mais dois filhos, Austin e Jensen. “Ter um filho não é um desejo masculino ou feminino, é um desejo humano”, afirmou. Atualmente ele mora em Austin, no Arizona. (<http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u388315.shtml>)
- 4- **Kathy Witterick:** é uma dona de casa canadense de 38 anos, casada com David Stocker de 39, que tem causado polêmica no país após a controversa decisão de manter o sexo de seu bebê de 4 meses em segredo, e criá-lo “sem definir” sua identidade sexual. Dizem que seu bebê, que foi batizado de Storm [Tempestade], deve ser capaz de desenvolver sua identidade sexual sem ter que seguir “estereótipos sociais” ou “atender a expectativas relacionadas com o gênero”. Os avós de Storm dão suporte à decisão, mas ressentem de ter de explicar um bebê de gênero livre para amigos e colegas de trabalho. (<http://www.dailymail.co.uk/news/article-1389593/Kathy-Witterick-David-Stocker-raising-genderless-baby.html>;

<http://www1.folha.uol.com.br/mundo/921776-casal-canadense-decide-criar-bebe-sem-definir-o-sexo.shtml>)

- 5- **Mike Manning:** Michael Christopher "Mike" Manning é um americano, solteiro, modelo, ator e ativista dos direitos LGBT que ganhou fama como um membro do elenco da série da MTV The Real World: DC. Durante seu tempo no show, o foco foi em seu conflito entre ser um devoto cristão e abertamente bissexual. Sobre a relação com sua família ele afirma: "A maneira como eu assumi foi escrevendo uma carta para os meus pais. Tentei incluir tudo. "Eu estou dizendo isso porque vocês são meus pais e eu amo vocês. Nós sempre fomos muito, muito próximos. Eu jogava futebol com meu pai, e nós íamos pescar e atirar. Eu posso ficar em casa e assistir televisão com a minha mãe e fazer o que ela faz. Então, eu disse, "Isto não é uma reflexão sobre você. Isto é como eu nasci. Só quero incluí-lo em todos os aspectos da minha vida. Eu não quero mentir para você e dizer que vou ao cinema quando eu realmente estou indo para um clube gay". (http://en.wikipedia.org/wiki/Mike_Manning; <http://www.metroweekly.com/feature/?ak=4765>)
- 6- **Jóhanna Sigurðardóttir:** é uma política islandesa, de 70 anos, pertencente ao Partido Social Democrata, e atual primeira-ministra do país. Sigurðardóttir é a primeira mulher a ocupar o cargo de primeiro-ministro em seu país, além de ser a primeira chefe de governo declaradamente homossexual da modernidade, desde o fim da antiguidade. A Islândia também teve a primeira mulher chefe de estado do mundo com a eleição da presidente Vigdís Finnbogadóttir em 1980. Ela anunciou que a prioridade de seu governo será a economia e a proteção às famílias do país, que foi fortemente atingido pela crise financeira iniciada no final de 2008. Jóhanna Sigurðardóttir casou-se com Þorvaldur Steinar Jóhannesson em 1970. Eles tiveram dois filhos, nascidos em 1972 e 1977. Depois de seu divórcio, a autora e dramaturga Jónína Leósdóttir (nascida em 1954) passou a ser sua parceira. Elas obtiveram a união civil em 2002. Em 27 de junho de 2010, no primeiro dia de vigência do casamento entre pessoas do mesmo sexo no país, aprovado por unanimidade pelo parlamento, Sigurðardóttir e Leósdóttir se casaram.
(http://pt.wikipedia.org/wiki/J%C3%B3hanna_Sigur%C3%B0ard%C3%B3ttir)

Anexo 5 - Série televisiva utilizada na atividade:

Saving Hope – 1^a temporada, episódio 10.

Sinopse: Em uma consulta de rotina, após uma cirurgia de redução de estômago, a médica Alex, recebe uma queixa de dor muscular peitoral e vazamento de líquido de seu paciente. Ao conversar com outros médicos ela ouve sobre a possibilidade de uso de anabolizantes. Ela conversa com seu paciente e seu companheiro e busca a verdade. Contudo, o paciente nega a utilização de esteroides e ela resolve fazer uma biopsia. O resultado é positivo para o câncer de mama. A médica enfrenta grande resistência por parte do paciente que fica revoltado em ter a doença, encarando-a como consequência de sua obesidade anterior. Após a mastectomia o paciente fica muito abalado e conta à médica que teme perder seu parceiro, e que não quer que ele tenha pena dele. A cirurgia é realizada e o paciente lida com a aparência física resultante.

Anexo 6 – Relatos pacientes LGBT.

Relato 1 – “Ela abre os olhos e percebe que já está na hora de levantar e ir para a batalha. Estica o braço, pega a carteira de cigarros e o isqueiro, acende-o, traga profundamente na esperança que sua dor, causada por uma pedra de 2 cm, no rim, alivie. A nicotina lhe dá um pouco de prazer, mas umas carreiras de cocaína serão mais eficientes. Prepara-as, aspira e segundos depois, com taquicardia, se transforma em Tatiana Marques. Sai para a rua e enquanto se dirige para a quadra onde trabalha, ouve risadas, xingamentos e provocações. Nada a deixa surpresa, pois as agressões verbais fazem parte da sua rotina. Os carros passam; param, o programa é negociado e ela segue com o cliente. De volta à quadra, mais um pouco de pó, para anestesiar a dor e tirar a fome! Mais um programa e é hora de voltar para casa. Afinal, já são 5:00 e ela está exausta. Caminhara quilômetros na calçada! Tenta dormir, mas a dor insiste em tirar-lhe o sono. Deitada, rola para cá e para lá, até que, não suportando mais a dor, ela resolve procurar ajuda na emergência do hospital mais próximo. Entrega sua identidade à recepcionista e, falando baixinho, pede para que ela a chame de Tatiana Marques. Ouve, em alto e bom som: Paulo Nascimento! Finge que não ouviu, pois a recepcionista parecia ser tão amigável! E o nome retumba pela sala até que, sob olhares curiosos e ansiosos para saber quem, afinal, é Paulo? Ela levanta, com seu peitão, suas unhas vermelhas e seu cabelo louro. Sob risos e comentários ela entra no consultório e é recebida com a frieza de praxe. Depois de 5 minutos, cronometrados no relógio atrás do médico, ele prescreve soro, plasil e buscopan. Ela pensa: “Mas ele nem encostou em mim e vai me receitar a mesma coisa que ontem!”. Paciência, ela diz para si mesma, quem mandou não ser “normal”!” (Muller, 2007).

Relato 2 – “Ela resolvera procurar um ginecologista, pois estava sentindo-se incomodada com uma coceira e vermelhidão que há alguns dias começara a sentir em sua região genital. Passou por um exame físico onde foram observados os sintomas e durante a consulta, quando perguntada pelo histórico de suas parcerias sexuais anteriores, Inês informou que nunca teve relações com homens e, pela primeira vez numa consulta médica, criou coragem para informar que namorava e mantinha relações sexuais com mulheres. Ela foi medicada e encaminhada para realizar exames complementares, entre eles uma ultrassonografia endovaginal¹. Ao ser atendida no centro diagnóstico, foi solicitada à tirar toda a roupa, vestir uma bata de uso comum em hospitais e clínicas e deitar em posição ginecológica numa maca. O exame - que até então imaginava tratar-se de uma ultrassonografia semelhante a outras que já havia realizado na região abdominal – seria uma nova experiência para a qual ela não tinha sido preparada. A tentativa de introdução do equipamento no canal vaginal causou dor e esta sensação foi informada à profissional que realizava o procedimento. Esta, por sua vez, lhe deu como resposta a explicação de que o desconforto era resultado da sua tensão corporal e continuou a forçar a introdução do aparelho. Novamente a dor foi informada, novamente a enfermeira respondeu que a dor ocorria porque ela não estava devidamente relaxada para o exame. Não suportando a situação, Inês disse que era “virgem” e expressões faciais de susto e descrédito tentaram ser inibidas (ou reforçadas!) com perguntas do tipo: “como assim? Você nunca teve penetração? Qual a sua idade?” ao que seguiu uma resposta constrangida “nunca tive relações com homens”. A profissional saiu para informar ao médico a situação. Ele, junto com mais três pessoas, dirigiu-se à paciente e perguntando, novamente, se ela nunca teve relações sexuais, ao que ela respondeu “com homens não”. Enquanto Inês permanecia na maca, ainda em posição ginecológica, à espera de uma “solução para o seu caso”, o médico entrou em contato com a colega de profissão que havia solicitado o exame. Decidiram trocar o procedimento por uma ultrassonografia pélvica. Inês, informada da modificação, foi solicitada a vestir a roupa e aguardar na recepção até que fosse chamada para a realização do novo

procedimento. De volta à sala de espera, Inês sentiu-se como se todos os outros profissionais da clínica tivessem conhecimento do fato que acabara de acontecer na sala ao lado. Exame realizado e desculpas verbalizadas, Inês retornou ao consultório de Ginecologia para entrega dos exames, afinal necessitava de um diagnóstico conclusivo sobre seus sintomas. Chegou a falar sobre a situação constrangedora a que tinha sido submetida, porém, seguiu-se a consulta sem comentários mais detalhados sobre a situação. Inês não retornou mais àquela profissional e quiçá tenha retornado a outro ginecologista ou profissional de saúde.”. (Melo, 2010).

Relato 3 – “Se um gay espirra e vai ao posto de saúde, todo mundo já pensa que ele tá com AIDS, até os amigos. Ainda tem sim essa idéia de que gay no posto é aidético”

‘. . . 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.’

‘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.’

‘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.’

“Os nossos profissionais não estão capacitados como deveria ser, desde lá do inicio, do atendente, até o médico” (Cerqueira-Santos et al., 2010).