Universidade de São Paulo
FFCLRP – Departamento de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Psicologia

RESPONSIVIDADE

como recurso relacional para
a qualificação da assistência a
saúde de lésbicas, gays, bissexuais,
travestis e transexuais

Murilo dos Santos Moscheta

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, como parte das
exigências para obtenção do título de
Doutor em Ciências.
Área de concentração: Psicologia

Ribeirão Preto
2011

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA EM PSICOLOGIA DA SAÚDE - NEPPS

Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de
lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

Murilo dos Santos Moscheta

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das
exigências para a obtenção do título de Doutor em
Ciências, Área: Psicologia. Linha de pesquisa: construção
do enfrentamento no processo saúde-doença.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos
Co-orientadora: Profa. Dra. Sheila McNamee

RIBEIRÃO PRETO -SP

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Moscheta, Murilo dos Santos.

Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Ribeirão Preto, 2011.

213p. : il. ; 30cm

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia.

Orientador Santos, Manoel Antônio dos

Co-orientadora McNamee, Sheila

1. Relações profissionais-pacientes. 2. Sexualidade.
3. Saúde Pública. 4. Homossexualidade. 5. Transexualidade.
6. Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde.

Esta pesquisa foi parcialmente financiada pela CAPES por meio de bolsa do Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior (PDDE), pelo período de agosto de 2009 a julho de 2010

MOSCHETA, Murilo dos Santos

Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aos meus amigos.

*Não digas: Este que me deu corpo é o meu Pai
Este que me deu corpo é minha mãe
Muito mais teu pai e tua mãe são os que te fizeram
Em espírito
E esses foram sem número
Sem nome
De todos os tempos
Deixaram rastros pelo caminho de hoje
Todos os que já vieram
E andam fazendo-te dia a dia (...)*

Cecília Meireles
(Poesia Completa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p.133, 2001)

AGRADECIMENTOS

Tecendo a Manhã

*Um galo sozinho não tece uma manhã.
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito que um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.*

*E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.*

João Cabral de Melo Neto

Antologia Poética. Rio de Janeiro: José Olympio, 1979, p. 17

Ao meu orientador Professor Dr. Manoel Antônio dos Santos, pela confiança, estímulo, parceria, apoio e pela generosidade em abraçar meus sonhos.

À minha co-orientadora Professora Sheila McNamee pelo modelo, inspiração e pelo trabalho compartilhado. Por abrir portas e estimular vôos. Thank you for being a model, an inspiration and for all the work we shared. For opening doors and stimulating flights.

Aos profissionais da Unidade Básica de Saúde na qual desenvolvi esta pesquisa, pela disponibilidade, acolhimento, generosidade e ensinamentos.

Às Professoras Dra. Mary Jane Paris Spink e Dra Silvana Mishima, pelas contribuições valiosas ao meu trabalho, pelos questionamentos, sugestões, indicações e estímulo.

À Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto pela possibilidade de minha formação profissional. Aos professores e funcionários dessa instituição pela colaboração durante esse percurso.

À professora Eucia Beatriz Lopes Petean, coordenadora da Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP pelo apoio oferecido e aos funcionários da Pós-Graduação, Denise, César, Maria Inês, Maria Fabiana e Jaqueline pela ajuda e disponibilidade.

À Universidade de New Hampshire (UNH) que me recebeu como pesquisador visitante. Aos seus professores e funcionários que fizeram de um ano de minha vida uma experiência de intenso amadurecimento.

Ao VIDEVERSO (Grupo de ação e pesquisa em diversidade sexual) pelo espaço criativo de trabalho e pelo apoio. Em especial à Jucely Cardoso dos Santos pela generosidade, carinho, responsabilidade e compromisso.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela bolsa de estudos de um ano que me permitiu realizar parte deste trabalho em colaboração com a Universidade de New Hampshire.

Ao East Side Institute de Nova York pela possibilidade de aprendizado e formação. Em especial aos colegas de turma do curso de Terapia Social, à Lois Holzman pelas conversas sempre inquietantes e fecundas, e à Carrie Lobman pelo acolhimento.

Ao meu companheiro Amauri César Martins, pela paciência e cuidado, por esperar e dividir, por ter sido capaz de se multiplicar enquanto estive ausente, por acolher os meus desejos de me reinventar e por se lançar comigo no desdobrar da vida. Amo você.

Ao meu pai Ismar S. Moscheta, minha mãe Neuza M.S. Moscheta, meu irmão Mateus S. Moscheta e minha avó Ana Conceição dos Santos, por muito me apoiarem, sobretudo no último ano deste trabalho. Pelo teto que abriga, pelo coração que acolhe e pelo amor que multiplicam. Por ensinar que sempre é possível aprender a incluir.

Ao meu irmão Marcelo Moscheta pelo exemplo e pelo apoio.

À professora, amiga e colega de trabalho do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – NEPPS (USP-CNPq), Laura Vilela e Souza por dividir tantos projetos, por ser um exemplo de determinação, coragem, competência, por me instigar a ir adiante.

À professora e amiga Clarissa Mendonça Corradi-Webster pelo compartilhar das sementes e primeiros brotos deste projeto, pela alegria contagiante e por compartilhar tantas de minhas inquietações.

À professora e amiga Carla Guanaes Lorenzi, pelo apoio, exemplo e por sustentar um fecundo espaço de discussões que em muito contribuíram com este trabalho.

À professora e amiga Celiane Camargo-Borges pelo acolhimento, energia e pelas trocas sempre tão ricas.

Às amigas Lina Saavedra, Isabela Perry e Danijela Stojanac pelo carinho e cuidado compartilhado. Por participar com tanto amor em meus desdobramentos.

A Trude Franceschini pela amizade, idéias, leituras, textos, sugestões, estímulo e afeto.

A Emerson Fernando Rasesa pelo estímulo.

A Anderson Luiz Jacob de Almeida, meu irmão por eleição, pelo acolhimento e carinho.

À minha família estendida de Sertãozinho pela torcida.

Ao grupo de leitura “Fátima Chaguri” pelo carinho, poesia e inspiração.

Às minhas tias Elza Conceição dos Santos e Marilza Conceição dos Santos pela torcida e carinho, presentes ainda que ausentes.

Aos meus amados amigos, Cláudia Palma, Alexandre Delsin, Fábio Scorsolini-Comin, Karin Casarini, Rodrigo Moretti, John Lannamann, Brenda Borches, Julie Tilsen, Gordon Miller, Jeffrey Keefer, Daniel Mercer, Lenise Motta, Carlos Eduardo Silva, Gisele Curri de Barros, Ana Lúcia Albuquerque, Nick Ford, Alan Giami, Elizabeth Meloni, Oneida Strazeio, William Borges, Raquel Silvano de Almeida, Lenise Lisboa Azoubel, Jociene Bazan, Gisele Lannamann, Mara Witzling, Peter Cass, Timothy Thurber e Gina Crites.

Aos meus ex-alunos, por tantas lições.

Aos novos amigos e futuros colegas de trabalho da Universidade Estadual de Maringá.

SOBRE A CAPA

Para a composição do conceito da capa desta tese tomei como inspiração direta o trabalho do artista cearense José Leonilson Bezerra Dias, em especial, a obra “34 with scars”. Nesta obra o artista borda em linha preta duas cicatrizes sobre um *voile* branco. O ato de bordar um tecido e suturar a pele são equacionados na poética delicada e contundente do artista. Todavia, o que vemos sobre o tecido não é uma representação realista da sutura, mas da cicatriz que eventualmente permanece no corpo quando a linha já foi retirada. Assim, o artista utiliza de um procedimento para falar de seus efeitos. A obra foi produzida no início da década de noventa, período no qual Leonilson, aos 34 anos, se confrontava com os desafios de viver com Aids.

Na capa desta tese, reconheço por meio da referência ao trabalho de Leonilson a marca do fenômeno Aids sobre a comunidade LGBT, e uso deste signo para delinear o cenário deste trabalho no campo da saúde. Trata-se de um trabalho focado nas necessidades de saúde e portanto, ocupado em identificar carências, denunciar exclusões e apontar sofrimentos. Ele é, neste sentido, um olhar para a dor que lateja na história de uma cicatriz.

Contudo, retomo a delicadeza do bordar para enfatizar que uma cicatriz não é apenas o legado de uma ferida. Ela pode ser o vestígio de um gesto de cuidado. Trata-se de um trabalho interessado em produzir transformação e favorecer encontros de ajuda. Ele é, sobretudo, um olhar para as possibilidades que germinam na costura dos encontros humanos.

Na imagem da capa, o *voile* foi substituído por tecido utilizado em ataduras. Deste modo, os pontos, a costura, o tipo e a trama do tecido, aludem à importância das relações e salientam que tanto a dor quanto a delicadeza se misturam em nossos esforços de cuidar.

Assim, nas cicatrizes, quero reconhecer a marca do encontro humano renovador. Na trama quero reafirmar minha aposta de que nestes encontros podemos tecer um amanhã inclusivo. Um amanhã, que na metáfora de João Cabral de Melo Neto, se tece entre todos e que se ergue como tenda para todos.

Agradeço à minha mãe pelo empenho em investir seu talento artístico no bordado que compõe a imagem da capa. Poder contar com seu trabalho em meu bordado é também valorizar tantas outras tramas que temos feito juntos, por tanto tempo.

RESUMO

MOSCHETA, M.S. – Recursos relacionais para a qualificação da assistência à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. 157f. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2011.

Este trabalho tem como objetivo conhecer os desafios da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTs) no âmbito da saúde pública no Brasil e elaborar recursos relacionais para ampliação da inclusão desta população e para a qualificação da assistência prestada. Sustenta-se portanto, na premissa de que a assistência à saúde desta população apresenta necessidades de qualificação que, se respondidas, contribuiriam na construção de um projeto de saúde pública equânime, integral, inclusivo e sensível às diferenças. Para a construção do campo no qual este estudo se insere, apresento o contexto das mudanças políticas brasileiras em saúde destacando a congruência entre a Política de Atenção Integral à Saúde LGBT e a Política Nacional de Humanização. Também articulo o meu argumento dentro de um cenário histórico que contribui com a compreensão do deslocamento das descrições das identidades sexuais LGBTs de patológicas para oprimidas. De mesmo modo, delinheio uma trajetória histórica das práticas em saúde que, na atualidade, tomam a forma de um sistema de saúde fundado na igualdade e equidade e preocupado em considerar os determinantes sociais das doenças. Por fim, articulo minhas reflexões em um cenário científico permeado por discussões que salientam uma mudança paradigmática - da modernidade a pós-modernidade - e que sustentam a passagem de uma ênfase objetiva e tecnicista para uma abordagem relativista e relacional. A investigação foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade de médio porte, na qual conduzi 8 encontros de grupo com uma equipe profissional multidisciplinar. Os encontros de grupo foram gravados em áudio. Realizei a transcrição temática das gravações dos encontros de grupo e organizei seu conteúdo segundo núcleos de sentidos. Estes núcleos deram suporte para a construção de uma narrativa que apresenta os encontros de grupo ao mesmo tempo em que discute aspectos relevantes da assistência à população LGBT em articulação com a literatura científica disponível. A partir desta narrativa, escolhi desenvolver uma argumentação que salienta a responsividade como um recurso para o trabalho em saúde com esta população. Inicialmente apresento uma definição operacional deste recurso e posteriormente, articulo esta definição com uma experiência da pesquisa. Finalmente, apresento algumas considerações acerca do potencial generativo deste recurso para o trabalho em saúde com a população LGBT.

Palavras-chave: Relações profissional-paciente, sexualidade, saúde pública, homossexualidade, transexualidade, necessidades e demandas de serviços de saúde

ABSTRACT

Moscheta, M.S (2011) - Responsivity as a relational resource for enhancing healthcare assistance to lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transgender people. Doctorate thesis. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

This study aims to understand the challenges of public healthcare assistance to lesbian, gay, bisexual, transvestite and transgender people in Brazil (LGBTs). In addition, it also aims at elaborating relational resources for enhancing available assistance and the inclusion of this population in care services. Therefore, this study is built upon the premise that healthcare assistance to LGBT population presents necessities of improvement that, if adequately met, could contribute to the construction of a public health project that is equitable, integral, inclusive and culturally sensitive. In order to delineate the field in which this study is situated, I present the changes in Brazilian healthcare policies and highlight the Politics of Integral Attention to LGBT as well as the National Politics of Humanization. I also develop my argument within an historical scenario that contributes to our understanding of the shift in LGBT identity descriptions: from pathological to oppressed. Likewise, I introduce the history of healthcare practices that has led to the formulation of the contemporary Brazilian healthcare model in which equity and justice are organizing principles and health is not disconnected from its social determinants. Finally, I develop my argument within a scientific scenario permeated by discussions that emphasize a paradigmatic shift – from modernism to post-modernism – and lays the groundwork for movement from a technique-oriented and objective emphasis to a relativistic and relational approach. The investigation took place in a Basic Healthcare Center of a middle size city in which I facilitated 8 group meetings with a multidisciplinary team of health professionals. Meetings were audio-recorded. I kept a journal with field notes throughout the research process. I performed a thematic transcription and organized the contents of the transcripts according to groups of meanings. This organization allowed me to create a narrative in which I present each group meeting and, at the same time, discuss relevant aspects of LGBT health assistance as it relates to available literature. From this narrative, I chose to develop an argument that emphasizes responsivity as a resource for healthcare professionals. Initially, I present a definition of responsivity and later I articulate it with the research experience. Finally, I present some considerations about the generative potential of this resource to LGBT healthcare assistance.

Key-words: client-professional relations, sexuality, public health, homosexuality, transexuality, health services needs and demands.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
PARTE I – A CONSTRUÇÃO DE UM CAMPO DE INTELIGIBILIDADE	21
Capítulo 1 - Negociações identitárias: três momentos na história da saúde da população LGBT	23
Interlúdio 1 - Reflexividade	42
Capítulo 2 - Escutar o corpo e auscultar a pessoa: delineando necessidades de saúde	45
Capítulo 3 - Políticas de saúde e a cultura do cuidar: a construção de uma proposta de assistência a saúde integral e humana	65
Interlúdio 2 - Encruzilhada	76
Capítulo 4 - O empenho da/na palavra: contribuições dialógicas para o campo da saúde	79
PARTE II – A CONSTRUÇÃO DE UM CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	87
Objetivos	89
Sobre o método	91
Interlúdio 3 – Transformações	100
A performance do método nesta investigação	103
Interlúdio 4 - Isabela	107
PARTE II – A CONSTRUÇÃO DE RECURSOS PARA O TRABALHO EM SAÚDE	121
Narrativas	123
Responsividade	149
Apostas e convites	167
REFERÊNCIAS	169
APÊNDICE	181
ANEXO	183

Apresentação

Este trabalho tem como objetivo apresentar a responsividade como um recurso relacional para o trabalho de assistência a saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no âmbito da saúde pública no Brasil. Sustenta-se portanto, na premissa de que a assistência a saúde desta população apresenta necessidades de qualificação que, se respondidas, contribuiriam na construção de um projeto de saúde pública equânime, integral, inclusivo e sensível às diferenças.

O que apresento a seguir são três narrativas elaboradas com a finalidade de produzir três campos de inteligibilidade. Na primeira delas, construo um percurso histórico que tem por objetivo salientar um modo específico de conceber a interface população LGBT x assistência em saúde. Em minha descrição, a população LGBT é apresentada como estigmatizada e excluída e as práticas em saúde como insuficientes. Assim, produzo o argumento da necessidade de investimentos na transformação deste campo.

Na segunda narrativa, procuro articulações dentro dos discursos científicos no intuito de situar meu modo de investigação no interior de uma comunidade científica. Finalmente, na terceira narrativa, elaboro uma história (ou histórias) que tem a finalidade de gerar recursos para a qualificação das práticas em saúde no sentido da inclusão da população LGBT e da superação de preconceitos instituídos.

Cabe nesta apresentação um detalhamento do que chamo de narrativa. Narrativas são histórias limitadas que contamos sobre a vida. Uma vez que vivemos dentro da linguagem, vivemos dentro destas narrativas. Deste modo as narrativas não são uma mera descrição da vida, mas a própria criação de formas de vida. Uso o termo, portanto, para salientar o caráter produtivo da retórica que utilizo neste trabalho. Ou seja, as três narrativas que apresento criam respectivamente: um cenário que organiza a formulação de um problema, um modo justificado de se aproximar deste problema e um conjunto de apostas para a sua resolução ou redução. De modo algum estas três narrativas excluem possibilidades de outras histórias. Penso que ao longo das narrativas ofereço algumas articulações que permitirão ao leitor fazer sentido sobre o “porque” de minhas escolhas discursivas. Por que, por exemplo, escolhi produzir uma narrativa que destaca as especificidades das necessidades de saúde da população LGBT, ao invés de

utilizar de uma retórica que problematiza o olhar para as especificidades e denuncia seus possíveis efeitos naturalizante? De modo geral, posso adiantar que minhas escolhas foram orientadas segundo um compromisso ético-político. Isto implica em dizer que o que escrevo aqui não é mais verdadeiro que outras possibilidades narrativas, mas constitui a aposta que faço na construção de um modo de vida (portanto político) que se articula, entre outras coisas, com meus valores (portanto ético) enquanto homem, gay, psicólogo, profissional da área da saúde e usuário do SUS.

Situar este trabalho enquanto um compromisso ético-político não o reduz a uma expressão de um posicionamento individual. Em minhas narrativas, espero ter oferecido elementos suficientes para que o leitor possa contextualizar meus argumentos em três níveis: as políticas públicas em saúde, as forças históricas e a transformação das tradições científicas. Assim, esforço-me em situar a construção do problema no contexto das mudanças políticas brasileiras em saúde destacando a congruência entre a Política de Atenção Integral à Saúde LGBT e a Política Nacional de Humanização, bem como com as discussões contemporâneas acerca do que são necessidades de saúde. Também articulo o meu argumento dentro de um cenário histórico que contribui com a compreensão do deslocamento das descrições das identidades sexuais LGBTs de patológicas para oprimidas. De mesmo modo, delinheiro uma trajetória histórica das práticas em saúde que, na atualidade, tomam a forma de um sistema de saúde fundado na igualdade e equidade e preocupado em considerar os determinantes sociais das doenças. Por fim, articulo minhas reflexões em um cenário científico permeado por discussões que salientam uma mudança paradigmática - da modernidade a pós-modernidade - e que sustentam a passagem de uma ênfase objetiva e tecnicista para uma abordagem relativista e relacional.

A construção de um campo de inteligibilidade

O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam.

(João Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas, São Paulo: Nova Fronteira, 2005, p.24)

Negociações identitárias:

Três momentos na história da saúde
da população LGBT

Os males e seus nomes

“Sai desse homem, espírito imundo. E perguntou-lhe: Qual é teu nome? Respondeu-lhe ele: Legião é o meu nome, porque somos muitos.” (Marcos 5:8-9)

Incapaz de encontrar alívio para seu sofrimento, um jovem homem alemão de 29 anos decidiu procurar ajuda médica. Queixava-se de recorrentes dores nos testículos que lhe interrompiam o sono e que só eram aliviadas por meio da masturbação. Embora esta prática o perturbasse, ele não se sentia em condições de evitá-la. Ele relata a seu médico que aos 17 anos, fora seduzido por um (outro) homem com quem praticara masturbação mútua. Desde então, havia se envolvido em práticas sexuais com outros homens, embora nunca tivesse alimentado sentimentos amorosos por nenhum deles. Seus sonhos eram frequentemente atormentados por cenas nas quais mantinha relações sexuais com homens. Encontrava-se desanimado, infeliz e sem interesse no trabalho.

A data de seu tratamento é imprecisa, mas certamente aconteceu antes de 1886 - data na qual seu médico, o doutor Krafft-Ebing, publicou o relato deste atendimento em seu importante livro *Psychopathia Sexualis* (Krafft-Ebing, 1886). O paciente recebeu de Krafft-Ebing o diagnóstico de *“instinto sexual antipático adquirido por meio da masturbação”* e a seguinte recomendação: *“que abdicasse da masturbação e tentasse transferir para as mulheres seus*

desejos sexuais destinados a pessoas de mesmo sexo" (p.374). O tratamento do jovem alemão incluiu onze sessões de hipnose nas quais as seguintes sugestões lhe foram dadas:

"[1] *Eu não posso, não devo e não irei me masturbar novamente.*"

"[2] *Eu abomino o amor do meu próprio sexo e jamais deverei considerar homens bonitos novamente.*"

"[3] *Eu posso e vou ficar saudável novamente, me apaixonar por uma mulher virtuosa, ser feliz e fazê-la feliz*" (p. 374).

A história do jovem alemão é apresentada por Krafft-Ebing ao lado de centenas de outros relatos que compõem um dos mais influentes tratados sobre sexualidade humana já descritos. Sem dúvida, outros estudos precederam a *Psychopathia Sexualis*, mas nenhum deles resultou em um conhecimento tão abrangente, descritivo e influente sobre a sexualidade e seus "desvios". A sistematização criada por Krafft-Ebing tornar-se-ia útil nas formulações de Freud sobre a sexualidade humana, serviria de referência para o trabalho clínico e para decisões judiciais, e ofereceria uma nomenclatura que pudesse popularizar termos como sadismo e masoquismo, por exemplo. Sobretudo, a produção de Krafft-Ebing, amparada pelo fervor classificatório da ciência positivista, lançaria as bases do conhecimento científico sobre aquilo que até então era entendido como pecado pelo discurso religioso, e tratado com indulgência pela aristocracia. À medida que a ciência vai ocupando o lugar da religião enquanto conselheira do Estado, o conhecimento produzido por ela sobre a vida erótica das pessoas vai também ganhando importância enquanto dispositivo de governo. Neste sentido, a *Psychopathia Sexualis* é um esforço dentro de um movimento maior, de produzir aquilo que Foucault chamou de *scientia sexualis* (Foucault, 1988d). É por isso que a obra de Krafft-Ebing é considerada um marco na história da apropriação do erotismo humano pelo saber médico que emergiu a partir do século XIX (Pereira, 2009).

Krafft-Ebing compunha o batalhão de cientistas que há quase um século haviam iniciado o movimento que transformava o conhecimento científico em uma chave para o entendimento e desenvolvimento do humano. No início do século XIX, Pinel já havia inaugurado a demarcação do domínio científico no terreno da psiquiatria quando propôs que aquilo que era vagamente entendido como loucura, devia ser abordado enquanto doença mental. E embora essa transformação fosse inspirada em valores humanistas, sua prática e seus efeitos não deixaram de ser marcados pela disciplinarização, como bem mostra o nome que Pinel destinou a seu tratamento – o tratamento moral. Se para os entusiastas da psiquiatria a intervenção de Pinel é um marco que funda as práticas de cuidado em relação à doença mental – em oposição a sua repressão ou castigo – para os críticos ela é a organização em um novo formato do controle que era antes exercido pelo rei, fundado em seu direito divino. É

nesta linha que Castel (1978) afirma que a psiquiatria nasceu sob a forma de uma ciência política, uma vez que responde a uma necessidade de administrar um problema social. Foi ela que permitiu que a loucura, no formato de doença mental, pudesse ser governada.

Uma vez que a Revolução Francesa não mais acolhia em seus ideais o controle absolutista, a psiquiatria veio justificar a sua reformulação utilitária ao ressignificar a liberdade em um contexto de contenção necessária para o tratamento, a igualdade organizada em uma hierarquia de cuidado e a fraternidade expressa em comiseração pelos doentes. Ela possibilita a substituição do padre pelo cientista, do confessor pelos consultórios e hospitais, e das listas (bastante enxutas, pode-se reconhecer) de sete pecados capitais e dez mandamentos, pelas longas, detalhadas, ambiciosas e sempre crescentes nosografias.

Identificar e descrever doenças eram atividades necessárias para a legitimação do conhecimento científico e a delimitação entre o normal e o patológico; o que constituiu pedra fundamental desta arquitetura de categorias. Embora em alguns campos da ciência natural os determinantes culturais, sociais e políticos desta delimitação pudessem passar despercebidos, suas repercussões na psiquiatria seriam definitivas. A abordagem que Krafft-Ebing faz da masturbação, práticas sexuais não-reprodutivas e prostituição é distintamente marcada pela moral cristã, por mais que a empreita científica tentasse se distanciar dela. Em sua discussão sobre o masoquismo, por exemplo, ele argumenta sobre a definição de tal patologia como *“uma intensificação anormal de certas especificidades do caráter psicosssexual da mulher”*, uma vez que na mulher *“a inclinação à subordinação ao homem (...) é de certa forma uma manifestação normal”* (1886, p.170).

É verdade que o terreno científico no qual a *Psychopathia Sexualis* emerge, foi fortemente influenciado pela teoria evolucionista de Darwin, a qual dialogava diretamente com uma produção científica que se opunha à cosmologia cristã. O conceito de seleção natural trazia ênfase sobre o papel da sexualidade e contribuía para a construção de um entendimento que sustentava a necessidade e naturalidade da reprodução. O imperativo bíblico *“crescei e multiplicai-vos”* foi substituído pelo entendimento da procriação como forma de garantir a sobrevivência e evoluir a espécie. No entanto, a procura científica de uma explicação para os comportamentos desviantes, empreendida por Krafft-Ebing, foi também inspirada nas teorias da degenerescência de Augustin Morel. Morel derivou o conceito de degenerescência de sua interpretação do livro de gêneses da Bíblia, no qual Adão, antes da “queda” é tomado como o homem ideal. Desde então, degenerar-se significa afastar-se da condição ideal definida pelo criador. O conceito foi utilizado como referência nas classificações de Lombroso (1835-1909) sobre o homem criminoso em suas proposições para a chamada Criminologia Positivista, na eugenia de Galton (1822-1911), bem como na proposta de crítica

da arte e literatura de Max Nordau (1849-1923). No terreno da sexualidade, Krafft-Ebing utilizou deste termo para classificar as práticas sexuais perversas como aquelas que se distanciavam do ideal da relação sexual restrita à procriação, e que se apresentariam como resultado de prejuízos hereditários ou dos malefícios decorrentes da vida moderna. A homossexualidade é definida por ele como uma predisposição congênita e perversa a sentimentos amorosos e sexuais em direção a pessoas do mesmo sexo. O termo perverso faz referência ao desvio que o desejo sofreu em sua direção natural. Desta forma, Krafft-Ebing naturaliza a homossexualidade ao tomá-la como congênita, advogando inclusive contra sua perseguição e punição, sugerindo que a sociedade tivesse pena daqueles a quem chamou de “*enteados da natureza*” (Krafft-Ebing, 1886). A perversidade, entretanto, é definida pela maneira indulgente com que algumas pessoas perversas podem se entregar a seus desejos. A distinção científica entre perversão e perversidade faz eco com a máxima cristã de que Deus abomina o pecado, mas ama o pecador.

No entanto, essa naturalização do desvio não oferece muita saída àqueles que dele sofrem. Uma vez definidos em sua condição naturalmente perversa e privados da possibilidade de exercitar os supostos imperativos desta condição, a clínica de Krafft-Ebing oferece poucas possibilidades, e todas elas com um inevitável acento paliativo. Restou, aos homossexuais, a possibilidade de se esforçar no cumprimento de sua função social empenhando-se no simulacro de uma relação heterossexual, ou à abdicação completa de seus desejos constrictos em uma vida de abstinência. Na pior das hipóteses, quando nenhuma destas duas saídas parecer possível, “se *ele*”, por exemplo “*não puder encontrar alívio e se a situação se tornar intolerável, ele deve limitar seus atos a beijos e abraços com outro homem*”, prescreve Krafft-Ebing (1886, p.301). É neste contexto que a prática da hipnose é vista como recurso que pode auxiliar o paciente a evitar a entrega indulgente a práticas sexuais que podem levar ou acelerar a sua degeneração, como no caso do jovem alemão que abre este capítulo. As sugestões oferecidas em hipnose supostamente criam as balizas psíquicas que, se não podem ajudar na transformação da “*natureza bastarda*” do paciente, podem, pelo menos, ajudá-lo a viver sem ofender as normas e convenções dos “legítimos filhos da natureza”. E se o preço deste ajustamento é pago em sofrimento, a história nos lembra que, ao contrário das promessas positivistas, a crença e a procura por uma verdade absoluta nem sempre resultaram em felicidade.

Talvez, sensível a essa limitação de seu método, Krafft-Ebing tenha transcrito em seu livro a carta de um “*homem de alta posição em Londres*” que embora reconhecesse o valor da *Psychopathia Sexualis*, se opunha à denominação da homossexualidade como uma

psicopatologia. Reconhecendo a “maior proporção de casos de insanidade, exaustão emocional, etc” entre os homossexuais, o autor da carta questiona:

“Esse aumento de doenças nervosas depende necessariamente do caráter da homossexualidade, ou é, na maioria dos casos, decorrente dos efeitos da lei e dos preconceitos da sociedade, a qual proíbe a indulgência de alguns desejos sexuais resultantes de uma peculiaridade congênita, enquanto outros não são assim reprimidos?”

O jovem homossexual, quando sente os primeiros indícios de sua sexualidade e ingenuamente compartilha-os com seus colegas, logo descobre que ele não é entendido e se afunda em si mesmo. Se ele divide com seus pais ou professor aquilo que o move – aquilo que descrevem como errado e pecaminoso é aquilo que é tão natural para ele como nadar é natural para um peixe – então ele escuta que deve lutar e superar isto. (...) Quando um homem normal procura por satisfação sexual, ele sabe onde encontrá-la facilmente; mas o mesmo não se aplica ao homossexual. Ele vê homens que despertam sua atração, mas não ousa dizer nada sobre o que sente – nem sequer trair-se com um olhar. Ele pensa que está sozinho no mundo com sentimentos tão anormais (...) Consideremos o mais feliz dos casos. Após esperar por toda uma vida, ele encontra um amigo com sentimentos semelhantes. Mas não pode dele se aproximar abertamente, como o amante se aproxima da jovem. Em medo constante, ambos devem esconder suas relações (...) Assim, mesmo no interior desta relação de intimidade, uma corrente de ansiedade e medo é forjada (...) A mínima coisa, um evento que não afetaria aos outros, faz-los tremerem de medo de que suspeitas sejam levantadas e o segredo descoberto, destruindo sua posição social e seus negócios. Pode este constante nível de ansiedade ser suportado sem deixar traço, sem exercer influência por todo o sistema nervoso?” (p.481).

A descrição da história de vida e dos conflitos dos “perversos” que o autor da carta apresenta, poderia, com facilidade, ser alinhada com os relatos que eu ouvi de muitos dos pacientes gays, lésbicas, transexuais e travestis que a mim escolheram como psicoterapeuta. Embora mais de um século separe estes dois cenários, os dramas parecem surpreendentemente semelhantes. As ponderações da carta também parecem semelhantes à preocupação contemporânea em entender o sofrimento das pessoas LGBTs, menos como uma condição intrínseca segundo a proposta de Krafft-Ebing, e mais como decorrência de processos sociais estigmatizantes, marginalizadores e prejudiciais.

Em 2010 o Governo Federal do Brasil publicou a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2010), que consiste em um conjunto de diretrizes políticas e administrativas com a finalidade de melhorar a atenção prestada à população LGBT nos serviços de saúde brasileiros. Nesta publicação o conceito de determinação social no processo saúde-doença é tomado como organizador das políticas em saúde, permitindo conceber eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram violência contra gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais como uma ação favorecedora de saúde. Quais são

os marcos históricos que nos ajudariam a produzir sentidos sobre a transformação que se processou entre a *Psychopathia Sexualis* e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT? Quais articulações históricas nos auxiliariam a entender a passagem de uma perspectiva científica individualista em saúde, que se apropriou da sexualidade e denominou suas anormalidades, para uma perspectiva social, que propõe ações em saúde destinadas a combater a discriminação que ela mesma, previamente, contribuiu em criar? São estas questões que norteiam as elaborações que apresentarei a seguir.

“O verbo se fez carne” - ou - “digo, logo existo”

A denominação dos homossexuais como “enteados da natureza” teve, muito provavelmente, uma perspectiva inclusiva dentro de seu contexto de produção – a de que a natureza era generosa o bastante para adotar mesmo aqueles que dela se diferenciavam. Hoje, no entanto, a mesma metáfora sublinha uma questão: se a natureza é apenas madrastra, quem seriam os legítimos progenitores? Assim, se pretendo explorar como chegamos ao ponto de falar em políticas de saúde inclusivas para a população LGBT, parece-me interessante começar investigando, em primeiro lugar, como se deu seu processo de exclusão. E se a metáfora utilizada refere-se a uma negação de filiação, tal exclusão parece ter ocorrido ainda no berço.

O uso de categorias de identidade sexuais (como por exemplo heterossexualidade e homossexualidade) enquanto forma de descrever um “modo de ser” no mundo é relativamente recente. No entanto, a força com que estas categorias impregnam a organização da vida na sociedade ocidental, facilmente produz uma ideia de naturalidade que apaga seus condicionantes históricos. Não fosse assim, não seria tão comum o argumento de que a homossexualidade compõe as relações humanas desde a Antiguidade Clássica. Entretanto, autores apontam que a organização da sexualidade até o final do século XVIII pautava-se em critérios que não incluíam necessariamente o gênero do parceiro sexual e nem implicavam em uma correlação entre sexualidade e subjetividade (Foucault, 1988d; Mott, 1986; Sartec, 1986; Veyne, 1986).

Na Grécia Antiga, por exemplo, o fator essencial para a organização das práticas sexuais era sua inscrição no contexto público ou privado. No contexto público, predominantemente masculino, homens exibiam seus jovens amantes, também homens, como signo de seu prestígio social. Esta relação entre pessoas do mesmo sexo, porém com idades e posições sociais diferentes, não sinalizava para um suposto tipo de “identidade sexual”, uma

vez que a sexualidade não era tomada como elemento distintivo da identidade de uma pessoa. O fundamental era que o homem grego adulto mantivesse relações com outros em posições sociais distintas, fossem eles um homem imberbe ou uma mulher (Sartec, 1986). Em Roma, as regras que regulavam as atividades sexuais referiam-se à atividade ou passividade do homem durante a relação. A passividade, compreendida como falta de virilidade, era condenada, uma vez que supostamente ameaçava a segurança e comprometia os interesses de uma sociedade guerreira (Veyne, 1986). Posteriormente, com a ascensão do cristianismo, a regulação das práticas sexuais se efetivaria ao redor da função de reprodução, sobretudo nos países onde o catolicismo se articulava com o governo. No Brasil Colonial, por exemplo, a inquisição punia aqueles cujas práticas sexuais eram consideradas não-naturais e inférteis, condenando práticas sexuais como o sexo oral, sexo anal e a masturbação. Entretanto, embora tais atos fossem condenados, eles não diziam muito a respeito da pessoa que os praticava. A própria estrutura de produção da Colônia garantia e criava as condições que possibilitavam ao senhor de engenho abusar e explorar sexualmente de seus escravos, homens e mulheres (Mott, 1985, 1986).

Uma mudança significativa ocorre no final do século XVIII, quando o discurso religioso é alterado e passa a promover uma nova prática da confissão, uma prática centrada nos desejos e não nos atos do pecador (Foucault, 1988d). Desta forma, começou-se a criar a noção de que nos desejos de um homem estaria a chave para a compreensão de sua mais íntima verdade. O deslocamento do foco no ato para o desejo permite que se delineie um interesse por uma suposta personalidade por detrás dos atos. Esta passagem da concretude do ato para a imaterialidade da personalidade instigou uma intensa investigação acerca dos desejos, e portanto uma explosão discursiva ao redor do sexo. Como afirma Foucault (1988d) define: *“O essencial é bem isso: que o homem ocidental há três séculos tenha permanecido atado a essa tarefa que consiste em dizer tudo sobre seu sexo”* (p. 26).

Tanto o discurso médico, científico, religioso, quanto a arquitetura, a moda, a decoração, as regras de comportamento; todos ofereceram suas contribuições nesta prolixa e barulhenta gritaria ao redor da sexualidade. E quanto mais falada, mais descrita e mais teorizada, mais verdadeira, natural, real e essencial ela se tornava, ampliando assim, as possibilidades de definições claras e definitivas. O que se inaugura neste movimento, não é a possibilidade de que práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo possam existir. De fato, tais práticas já existiam, conforme os relatos de diversas sociedades. No entanto, é neste momento que elas passam a delimitar uma identidade sustentada por uma noção de “eu” individual, subjetivo e estável.

É neste contexto que a contribuição de Krafft-Ebing emerge no final do século XIX e é com esta amplitude de efeitos que ela deve ser entendida. Sua proposta classificatória não repercutiu simplesmente na criação de uma lista de formas patológicas da experiência sexual. Ela se ampara em uma cultura que começava a ver a sexualidade como o centro da experiência humana e, ao definir suas deformidades, delimitava por oposição seus contornos saudáveis. A onda propulsora iniciada na nova prática da confissão embalaria Krafft-Ebing em sua ambição de classificar as patologias sexuais e se desenvolveria a ponto de permitir a produção de uma teoria na qual a sexualidade seria tomada como essencial na classificação de toda psicopatologia, como formulado por Freud (1987). No discurso religioso ou científico, a incessante instigação a falar sobre a sexualidade criou a existência da sexualidade de que se falava.

Assim, na passagem do século XIX para o século XX, tornou-se possível falar de si mesmo a partir de rótulos que definiam uma identidade sexual. Na demarcação, agrupamento e nomeação das especificidades sexuais promovidas pelo discurso científico, nasciam tipos distintos de seres humanos (Louro, 2001). O homossexual e o heterossexual foram apenas dois dentre aqueles que dividiram o mesmo berço. Articuladas como polos opostos, a definição de uma destas categorias determinou também seu contrário, e o benefício da normalidade oferecido a uma, fatalmente teria que ser negado à outra (Costa, 1992). Ou como afirma Katz:

A categoria médica heterossexual proclamava um inédito separatismo erótico, uma nova ortodoxia sexual, que forçosamente segregava normais de pervertidos sexuais e posicionava hetero acima de homo em uma hierarquia erótica superior e inferior. Mas foi gradualmente que a ideia de que havia tais criaturas como heterossexuais e homossexuais emergiu do estreito domínio do discurso médico para tornar-se uma noção popular e de lugar comum (1997, p. 177).

É, portanto, no interior do discurso médico-científico que as categorias de identidade sexual são geradas, e é por este mesmo discurso que uma terá seu direito legítimo de pertencimento reconhecido, enquanto outra será denominada bastarda. É por isso que Gamson (2000) irá afirmar que a história da relação da ciência do século XIX e XX com a homossexualidade (e porque não incluir os bissexuais, travestis e transexuais?) é uma história marcada pela discriminação, preconceito, autoritarismo, estigmatização e violência. Contudo, a posição desta autora deve ser entendida enquanto uma avaliação dos produtos de um movimento cultural, ou seja, ela só pode identificar esta opressão porque se situa em um

cenário político e ideológico distinto daquele que predominava no século XIX e início do século XX.

Deste modo, dizer que as categorias de identidade sexual nascem no interior do discurso médico-científico não significa dizer que este discurso se impunha de modo opressor sobre outros discursos e sobre os próprios sujeitos. Como Foucault (1979b) faz questão de salientar, a mudança discursiva opera enquanto uma estratégia sem estrategista, um dispositivo que responde às contingências do momento histórico-cultural e às necessidades de governo da época. Neste sentido, a identidade homossexual não foi imposta àqueles que tiveram que se submeter à classificação médica. Se para médicos e cientistas ela era um modo de entender, e até mesmo de ajudar; para os homossexuais ela era a possibilidade de nomear um modo de existência. Era também a possibilidade de estabelecer um ponto de luta e resistência, uma vez que oferecia o discurso científico como contraponto à lógica religiosa. É com base na representação da homossexualidade como uma doença, que Hirschfield irá organizar seus argumentos contra as leis que criminalizavam a homossexualidade no início do século XX, por exemplo. Tampouco se deve perder de vista que, embora este movimento tenha sido predominante, ele não foi de modo algum homogêneo. Alguns médicos e “militantes” resistiam e não compartilhavam da proposição da homossexualidade como doença, como por exemplo, o médico alemão Benedict Friedländer que se opunha a Hirschfield advogando por teorias mais positivas em relação à homossexualidade (Simões & Facchini, 2009). Assim, identificar o dano presente na construção de um discurso científico que produz a ideia de uma sexualidade desviante só é possível quando esta história é recontada desde um olhar que já considera os efeitos históricos deste discurso. Falar da construção discursiva das identidades sexuais e da opressão que se instalou sobre algumas delas a partir de então não é uma acusação da perversidade da ciência. É sim um reconhecimento das repercussões do interesse compartilhado por cientistas e leigos, heterossexuais e homossexuais, em estabelecer uma compreensão do humano a partir de sua sexualidade. É reconhecer também que, embora florescendo em um solo comum, esta compreensão atingiria de modo diferente cada uma destas categorias.

Enquanto a heterossexualidade é incorporada como “a maneira que se deve ser”, as, então definidas, “sexualidades desviantes” são cristalizadas como patologias a serem tratadas. A relação entre as ciências da saúde com a “sexualidade desviante” no seu início, é pautada por uma proposta terapêutica, predominantemente depositada no poder da psiquiatria e da psicologia. Assim, na primeira versão do manual norte-americano de diagnóstico dos transtornos mentais, o DSM (Diagnostic Statistical Manual) de 1952, as categorias

homossexualidade, travestismo, pedofilia, fetichismo e sadismo sexual foram apresentadas como especificações da categoria diagnóstica de transtorno de personalidade sociopático.

Até a década de 70, pessoas que percebiam em si mesmas, desejos sexuais que não se enquadravam no estreito modelo da sexualidade heterossexual e procriativa tinham praticamente duas opções: ou viviam tais desejos em segredo, ou os traziam à luz sob a forma de uma patologia que necessitava de tratamento. A psicanálise e o behaviorismo consistiam nas principais perspectivas teórico-técnicas a propor formas terapêuticas para as “sexualidades desviantes”. Como exemplo, em 1971, MacCulloch, Birtles e Feldman divulgaram suas experiências de tratamento em um artigo sobre o uso do método de “Aprendizado de Evitação Antecipatória” que consiste no condicionamento de pacientes homossexuais (por exemplo) a apresentar uma reação aversiva na presença do estímulo visual excitatório. Este condicionamento é realizado por meio do pareamento da apresentação do estímulo sexual com um estímulo aversivo – no caso o eletrochoque. O autor discute brevemente as implicações éticas de tal procedimento e conclui:

“os pacientes serão os melhores juízes para avaliar o que é mais tolerável – o considerável sofrimento que alguns vivem como consequência de sua orientação homossexual, ou um curto período de semanas, talvez 12 horas, nas quais eles receberão choques elétricos.” (MacCulloch, Birtles, & Feldman, 1971, p. 162)

No terreno psicanalítico as afirmações científicas que propunham o tratamento da homossexualidade, se fundamentavam em uma visão claramente estigmatizante. Em diferentes fases do desenvolvimento do pensamento psicanalítico, a homossexualidade foi descrita como fixação em estágios não desenvolvidos da sexualidade, como defesa contra a paranóia, como um ataque ao casal parental, como uma forma perversa de satisfazer impulsos sádicos e como uma regressão a um estágio pré-edipiano.

Na atualidade, algumas práticas psicoterapêuticas destinadas aos homossexuais ainda tentam manter uma perspectiva curativa, como aquelas advogadas pela Associação Nacional para Pesquisa e Terapia da Homossexualidade dos EUA (NARTH – National Association for the Research and Therapy of Homosexuality) e o Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos do Brasil. No entanto, a prática das chamadas terapias de reversão é cada vez mais restringida. Em 2009, por exemplo, o Conselho Federal de Psicologia puniu com censura pública uma psicóloga que propunha terapia de reversão associada a um movimento social cristão. O cerceamento destas práticas se ancora nas mudanças de entendimento dos órgãos

reguladores do exercício profissional da psiquiatria e psicologia em relação a práticas homoeróticas.

Assim, na segunda versão do DSM, de 1968, a homossexualidade foi descrita como um desvio sexual, não mais como uma subcategoria do transtorno de personalidade sociopática como na primeira versão do manual. Em 1980, sua terceira versão traz a homossexualidade definida segundo uma classificação imprecisa e bastante problemática - a homossexualidade ego-sintônica e a homossexualidade ego-distônica - e a versão revisada de 1983 definitivamente elimina a homossexualidade como categoria diagnóstica. É nesta versão do DSM que o termo transexualismo é incluído no manual dentro do grupo de transtornos de identidade de gênero. Na quarta versão (1994) o termo “transexualismo” é abolido e permanece até hoje a classificação de transtorno de identidade de gênero. Em 1975 a Associação Americana de Psicologia (APA - American Psychological Association) publicou diretrizes para o trabalho com pessoas homossexuais onde ressaltavam que os profissionais não deveriam entender a homossexualidade masculina, feminina e a bissexualidade, como transtornos mentais; deveriam se esforçar em entender os efeitos do estigma social, e reconhecer que as propostas psicoterapêuticas destinadas à “cura” destas pessoas não produzem resultado (American Psychological Association, 1975). No Brasil, em 1999, o Conselho Federal de Psicologia também publicou diretrizes que definem que os psicólogos brasileiros devem atuar de modo a combater a discriminação de pessoas com práticas homoeróticas e não exercerão práticas que favoreçam a patologização destas pessoas. Foi com base nesta resolução que se deu o processo ético-disciplinar movido contra a psicóloga supracitada.

Sem dúvida, as mudanças na maneira de diagnosticar e nas regulamentações das práticas profissionais foram construídas no diálogo com mudanças científicas e culturais. Como visto, os sistemas classificatórios (desde as primeiras propostas de classificação de Kraepelin e Krafft-Ebing, até os atualmente utilizados DSM e CID-10) são produtos culturais e, portanto, respondem às mudanças de valores, necessidades de governo e pressões sociais. É neste sentido que os movimentos sociais de luta por direitos desempenharam um papel fundamental na construção destas mudanças.

Da identidade individual à mobilização coletiva

No início da década de 50, Alfred Kinsey publicou seu detalhado estudo da sexualidade de homens e mulheres. Os dados apresentados em seu relatório provocaram a incômoda

percepção de que o número de pessoas que relatavam terem participado de práticas homoeróticas, adultério e sexo pré-conjugal era muito maior que a moralidade norte-americana da época gostaria de admitir. Possivelmente, pela primeira vez, aqueles denominados de “perversos” puderam ter a dimensão da comunidade da qual participavam sem saber. Se o início do século assistiu ao nascimento de seres sexuais específicos, a segunda metade do século seria marcada pelo agrupamento destes seres em comunidades. Um movimento que necessitou, em primeira instância, da aceitação por parte dos “perversos” das especificidades a eles atribuídas, para que se identificassem uns com os outros e para que, posteriormente, pudessem reclamar sua reintegração. Ao assumir o rótulo que lhes foi conferido pela psicopatologia, gays, lésbicas, bissexuais e transexuais também tomavam para si a tarefa de dizer quem o eram, ou como afirma Foucault (1979b):

“... está certo, nós somos o que vocês dizem, por natureza, perversão ou doença, como quiserem. E, se somos assim, sejamos assim, e se vocês quiserem saber o que nós somos, nós mesmos diremos, melhor que vocês” (p.234).

A princípio, a tarefa dos grupos era de desenvolver a identidade positiva que muitos gays e lésbicas careciam (C. Clark, 1997). Posteriormente, à medida que estes grupos se organizavam, estratégias de defesa e reivindicação começaram a ganhar espaço, até que, na década de 70, tais grupos encontraram-se organizados como frentes de lutas por direitos. Organizavam-se como grupos de militância, cujas estratégias incluíam a visibilidade, denúncia e oposição franca aos mecanismos repressores da sociedade (Jagose, 1997). Neste período, Charles Silverstein, membro da Aliança Ativista Gay de Nova York (*New York City's Gay Activist Alliance*), coordenava os trabalhos de um grupo de consultores *ad hoc* da APA que demandava a exclusão da homossexualidade enquanto uma categoria diagnóstica do DSM. Segundo ele:

“Uma vez que a psiquiatria era um dos guardiões das atitudes da sociedade, nós acreditávamos que esta mudança teria efeitos profundos na vida de pessoas gays e que fosse acelerar a eliminação das leis de sodomia e “torpeza moral” nas regulações estaduais que rejeitavam profissionais qualificados (por exemplo, médicos e advogados). Nós também esperávamos que isto estabelecesse proteção para os direitos civis das pessoas gays, diminuindo a discriminação em habitação e emprego. (Silverstein, 2008, p. 161)”

A vitória conseguida por este grupo injetou ânimo nos nascentes e crescentes grupos de militância homossexual nos EUA. Na década de 70, no Brasil, surgiram também os movimentos organizados de militância homossexual, dentre os quais destacam-se o Movimento Homossexual Brasileiro, de 1977, o grupo Somos e o jornal O Lampião, de 1978. Alguns grupos buscavam a integração à sociedade, lutavam pela aceitação e assimilação. Outros defendiam a construção de uma sociedade e cultura à parte. No entanto, tais iniciativas surtiam efeitos restritos no cenário político totalitário.

Na luta contra a definição da homossexualidade enquanto patologia, militantes insistiram na noção de “estilo de vida”. Sem uma categoria diagnóstica que os definissem, as comunidades homossexuais norte-americanas da década de 70 buscaram sua definição em um modo de viver que se caracterizava pela (e valorizava a) oposição aos valores sociais predominantes; uma identidade que, embalada pelos ideais da contracultura, *“questionava-se a real necessidade da monogamia para as relações duradouras e para o amor, arguía-se quem eram os interessados sociais na definição pejorativa de promiscuidade, e perguntava-se se a definição de fidelidade não compreenderia mais um compromisso emocional do que físico”* (Góis, 2000, p. 78). No entanto, embora a normalização da homossexualidade tenha sido um ganho de fato, ela criou a possibilidade de outra ordem de aprisionamento. A definição de “estilo de vida” condensou possibilidades muito atrativas para a voraz lógica de mercado alimentada pelo capitalismo de consumo. Nesta mudança de tutela, saíram as prescrições terapêuticas e entraram os imperativos estéticos e de consumo; o hospital foi substituído pela academia e a submissão às sessões de hipnose (a la Krafft-Ebing) foram trocadas pelo também hipnótico farfalhar das propagandas. O que permaneceu constante foi o princípio básico de definição de homens e mulheres a partir de sua sexualidade, seja ela uma perversão ou um estilo.

Mas a década de 80 trouxe ao cenário destas disputas um elemento dramático. A emergência da epidemia de Aids alterou em profundidade a construção dessas identidades, a organização do movimento LGBT no Brasil e ressaltou a imbricação das práticas em saúde e as identidades sexuais.

Aqui cabe retomar o início da apropriação médica das “sexualidades desviantes”. Como vimos, a proposta terapêutica sobre a homossexualidade que se inaugura com os estudos de Krafft-Ebing focava-se no universo privado do sujeito “doente” em coerência com os princípios científicos da época que determinavam que uma patologia apresenta causas específicas, manifestações em um determinado organismo e possibilidades terapêuticas (na maioria dos casos). Se a doença deixa de existir, se os indivíduos passam a ser vistos sobretudo por seu pertencimento a uma comunidade, e se a identidade dessas pessoas passa

a ser tomada como manifestação de um “estilo de vida”, a proposta terapêutica focada no “privado” perde seu objeto. Ao invés do homossexual perverso, a ciência do final do século XX irá tomar a comunidade homossexual com seu estilo de vida insubordinado, como centro de suas intervenções. É por isso que em seus primeiros anos, a epidemia de Aids no contexto internacional, foi associada à ideia de uma “peste gay” - doença e comunidade gay foram equalizadas.

Notícias sobre a Aids chegaram ao Brasil antes que aqui pudesse se encontrar algum caso desta doença. O papel da mídia na construção das representações acerca da doença foi portanto crucial, de modo que não é exagero afirmar que antes que o vírus aqui chegasse, a mídia já havia se antecipado no trabalho de inocular-nos com noções preconceituosas e distorcidas como o “grupo de risco” e a “promiscuidade” (Ramos, 2004). As reações iniciais nos serviços de saúde foram também marcadas pelo preconceito, onde médicos e hospitais chegaram a negar atendimento a pacientes homossexuais infectados, justificando-se por uma deturpada lógica preventiva (Parker, 1994; Terto-Junior, 1996).

O estado de alarme produzido na sociedade favoreceu mobilizações sociais que progressivamente caminharam para uma organização política. Assim, antes mesmo de o Estado propor sua formalização, já havia uma organização entre profissionais de saúde, pesquisadores e ativistas que daria origem à Comissão Nacional de Aids (CNAIDS).

A história que Mary Jane Spink conta sobre a formação e atuação desta comissão, três pontos ficam em destaque (Brasil,, 2003). Em primeiro lugar, a autora destaca que o processo de construção de uma resposta à epidemia de Aids no Brasil coincide com o processo de abertura política, compondo um cenário no qual as questões de saúde se entrelaçavam com ambições de democratização. Este entrelaçamento é evidente na própria criação do Sistema Único de Saúde, após a Constituição de 1988, que trazia em seus princípios a universalidade e equidade no cuidado e reforçava a participação popular na gestão da assistência a saúde. O segundo aspecto de destaque, refere-se ao caráter heterogêneo que marca a participação de diferentes setores na história da Comissão. A Comissão congrega desde seu início a voz da sociedade representada por pessoas reunidas por um interesse comum, e que aos poucos se formalizam enquanto representantes de diferentes categorias. É neste campo que as organizações não-governamentais voltadas para o enfrentamento da Aids e para a militância pelos direitos LGBTs, encontrarão um espaço de articulação com a especialidade técnica dos pesquisadores e com a inflexão política dos representantes do poder público. O Grupo Gay da Bahia, representado na CNAIDS pelo professor e pesquisador Luiz Mott, é um exemplo histórico desta forma de articulação que se inicia. Finalmente, o terceiro aspecto marcante na história da CNAIDS diz respeito a seu caráter político. Em seu início, esta comissão teve que

assumir que a resposta aos desafios colocados pela epidemia, necessitava de um modo de enfrentamento amparado em políticas públicas consistentes que levassem em conta a integralidade das ações de prevenção e tratamento e que fossem sensíveis às desigualdades sociais que compunham a complexidade do campo de ação. Assim, a Comissão teve que atuar, em seu início, na sensibilização do poder público de que a Aids era de fato um problema a ser enfrentado e posteriormente, desempenhou papel chave, no controle governamental exercido sobre os bancos de sangue e na defesa da garantia de acesso gratuito aos medicamentos.

É neste cenário de redemocratização, com ênfase na participação da sociedade que as organizações não-governamentais puderam florescer. Destacam-se neste período o Gapa (Grupo de apoio e prevenção à Aids), a Abia (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids) e Pela Vidda (Grupo de Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids) que exerceram papel fundamental nas campanhas preventivas, na promoção de amparo jurídico aos doentes, nas pressões para mudanças e elaboração de políticas públicas, no desenvolvimento e financiamento de pesquisas aplicadas, e na construção de uma rede de solidariedade. Além disso, estas organizações constituíram-se como modelos para as organizações não-governamentais (ONGs) que se multiplicariam exponencialmente a partir da década de 90 (Galvão, 2000).

Além deste cenário favorável, a explosão no número de ONGs ligadas ao fenômeno Aids foi também articulada frente às exigências feitas pelo Banco Mundial, para concessão de um empréstimo destinado a viabilizar uma proposta de controle da epidemia em 1992 e 1993. Para conseguir o empréstimo, o Governo Federal teve que elaborar um Projeto de Controle de DSTs e AIDS (o AIDS I) no qual, entre outras coisas, explicitava uma política de fortalecimento das ONGs, tomadas pelo Banco Central como estratégicas no acesso à população em risco.

A multiplicação e fortalecimento destas organizações foram importantes no cenário brasileiro porque acontecia em sucessão a um período de enfraquecimento das articulações políticas e sociais na comunidade LGBT. A Aids permitiu que organizações se fundassem com objetivos específicos que incluíam o apoio às pessoas infectadas, o combate ao preconceito e a pressão política demandando do Estado medidas protetoras. É neste jogo de forças que, em 1996, o governo brasileiro passa a fornecer acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais, contrariando recomendações da Organização Mundial de Saúde e do próprio Banco Mundial (Galvão, 2000). Tratava-se de uma decisão do Estado que respondia diretamente à pressão realizada pela CNAIDS que, enquanto órgão composto por representações de diversos setores, incluía em seu posicionamento a voz da população LGBT. Por isso, tomo a participação de ONGs que militavam pelos direitos LGBTs na CNAIDS como

um marco na história das relações entre as ciências da saúde e a população LGBT. É neste momento que se inaugura o posicionamento desta população não apenas como alvo de intervenção, mas também como co-autores dos modelos terapêuticos pelos quais seriam tratados.

É do bojo deste movimento de politização das ONGs no Brasil que surge, em São Paulo em 1997, a primeira Parada do Orgulho Gay, que contou com cerca de 2.000 participantes. O evento ganhou repercussão estrondosa e tornou-se o maior evento deste tipo no mundo, congregando mais de três milhões de pessoas em 2010. A explosão das Paradas Gays por todo o país é sinal das ações de militância, articulações políticas e crescente nível de organização das ONGs (G. G. da C. Santos, 2007). Em 1995 foi fundada a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT)¹ que desempenha papel agregador e organizador das estratégias e demandas do movimento.

De objetos da intervenção terapêutica a autores de propostas políticas em saúde

A organização das entidades de lutas por direitos foi fundamental para o delineamento de ações de políticas públicas sensíveis às demandas da população LGBT. Estas entidades aproveitaram o contexto político e cultural que favorecia o seu desenvolvimento, o qual incluía: a redemocratização brasileira, as influências culturais do movimento feminista contra o patriarcalismo, a valorização mercadológica do universo homossexual, as reformas no sistema de saúde brasileiro e as contribuições da ciência pós-moderna. Ao amadurecer e levar adiante suas reivindicações, o movimento de lutas por direitos fortaleceu suas articulações com o poder público. Em 2004, esta articulação gerou o programa Brasil sem Homofobia, lançado pelo Governo Federal e que tomava como princípio a inclusão da perspectiva de não-discriminação e de direitos humanos nos diferentes Ministérios e Secretarias Federais, a produção de conhecimento para subsidiar a elaboração, implantação e avaliação de políticas públicas e finalmente, que o combate à homofobia é um compromisso do Estado e de toda a sociedade brasileira (Brasil, 2004a).

Na linha de promover a produção de conhecimento para subsidiar a elaboração de políticas públicas, foi realizada em 2008 a I Conferência Nacional LGBT. O evento marca a história do movimento LGBT no Brasil numa perspectiva de maior articulação e cooperação política. Pela primeira vez na história, o Governo Federal convocou a sociedade civil e suas

1. Atualmente a Associação se denomina Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, mas mantém a sigla original ABGLT.

organizações e os representantes do poder público para elaborar e debater propostas de governo destinadas especificamente às necessidades da população LGBT organizadas em 10 eixos: direitos humanos, saúde, educação, justiça e segurança pública, cultura, comunicação, turismo, trabalho e emprego, previdência social, cidades e esportes. A Conferência Nacional foi organizada de modo a congregar e debater as propostas formuladas nas Conferências Estaduais, que em alguns Estados foram precedidas por Conferências Regionais.

Durante a conferência, o Ministro da Saúde José Gomes Temporão, anunciou a publicação de uma portaria destinada à regulamentação do atendimento aos transexuais. De fato, em agosto do mesmo ano, este Ministro instituiu por meio da portaria nº 1707, a implantação do processo transexualizador no SUS, a ser realizado nos serviços de referência nacionais (Brasil, 2008). Até então, transexuais recorriam à cirurgia de redesignação sexual em serviços privados no Brasil, e com muita frequência, no exterior. Os custos do processo transexualizador são muito elevados, incluindo além da cirurgia, implantação de próteses e cirurgias plásticas de correção, acompanhamento psicológico e fonoaudiológico, o que definitivamente excluía muitos transexuais das possibilidades de acesso a este tratamento. Além do benefício direto a esta população, um dos benefícios indiretos desta medida é a pressão que ela cria sobre os serviços de saúde para se atualizarem de modo a desenvolver protocolos de atendimento onde antes ofereciam, no máximo, um encaminhamento para os serviços de psiquiatria. A portaria pressiona também os cursos de formação de profissionais da saúde a estarem atentos quanto à capacitação de jovens profissionais para o trabalho, com esta demanda na perspectiva de seu direito ao tratamento. No entanto, a mudança de nome das pessoas transexuais ainda é realizada com muita dificuldade no Brasil.

É também em decorrência da Conferência que o Governo Federal lança duas publicações. O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTs foi publicado com o objetivo de *“Orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela inter-setorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas”* (Brasil, 2009, p. 10). Esta publicação condensa os resultados das discussões levantadas na Conferência e formaliza planos de ação em diferentes áreas que respondem às diretrizes definidas no Programa Brasil Sem Homofobia. A segunda publicação resultante da Conferência foi a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2010) que discuto a seguir.

A Política de saúde LGBT sustenta-se no Programa Mais Saúde – Direito de Todos, lançado pelo Governo Federal em 2008 visando ao desenvolvimento de políticas em saúde que favoreçam o acesso a serviços, sobretudo enfrentando as iniquidades e desigualdades sociais. Segundo o texto:

“A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais.” (Brasil, 2010, p. 3)

Articulado dentro da lógica e das diretrizes que organizam o SUS (e que veremos em detalhes adiante), a Política é um marco da mudança na maneira que a sexualidade LGBT é tomada dentro da perspectiva da saúde. Em primeiro lugar, a Política, enquanto fruto da Conferência, é um texto de autoria da comunidade LGBT articulada com as diferentes instâncias sociais e do poder público. Isto implica em dizer que ela determina diretrizes para a organização de serviços de saúde que foram elaboradas pelos possíveis usuários destes serviços. Em segundo lugar, a ênfase da Política, como destacado no trecho acima, está na ação sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença. Neste sentido ela toma o conceito de saúde em sua definição ampliada e estende seu foco de ação para além dos fenômenos biológicos envolvidos no processo saúde-doença. Entende que *“a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde”* (Brasil, 2010, p. 10).

Assim, a Política define como diretrizes a eliminação das formas de discriminação da população LGBT no âmbito do SUS e a inclusão da temática de orientação sexual e identidade de gênero nos processos de educação permanente destinado aos seus profissionais. Dito de outra forma, a Política consolida uma perspectiva que define a discriminação como problema, e inclui a sociedade no foco de sua intervenção.

Em resumo, é possível identificar três marcos na história das intervenções em saúde sobre a população LGBT, cada qual com sua perspectiva que define o que tomam como problema, sua proposta de intervenção e foco de ação. No primeiro momento, que se inicia nas primeiras classificações da sexualidade, a perspectiva se definia pela patologização de “sexualidades desviantes” manifestadas em um sujeito enfermo. A proposta terapêutica é corretiva e busca eliminar, ou minimizar o problema focando sua ação sobre o indivíduo. No segundo momento, delimitado pela desconstrução das patologias e pela emergência da Aids, é organizada por uma preocupação epidemiológica, que propunha sobretudo uma estratégia de ação preventiva tomando como foco da intervenção o estilo de vida de um grupo social. O terceiro momento, que se consolida a partir do fortalecimento das ONGs e sua articulação com

políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos humanos, contempla a promessa de uma perspectiva em saúde destinada a promover uma transformação social, cujas estratégias terapêuticas incluem o combate à discriminação e ao preconceito e que expandem seu foco de ação para toda a sociedade. Assim, na história das mudanças de nossos discursos, passamos do indivíduo doente, para o grupo de risco e chegamos à sociedade desigual. Saímos (pelo menos conceitualmente) das práticas corretivas, passamos às ações preventivas e chegamos ao combate à discriminação.

Encadear estes marcos históricos produz algumas tentações. Uma delas seria acreditar que evoluímos ao longo da história e que superamos os “enganos” do passado. Se o jovem alemão, paciente de Krafft-Ebing, se transportasse ao presente, ele poderia reconhecer a insistência na proposição de formas terapêuticas que se assemelhariam àquelas que conheceu no século XIX. Poderia identificar a mistura de diferentes discursos sobre sua “condição” incluindo o religioso, o político e o científico, e poderia notar que em muito eles divergem. Sem dúvida reconheceria que aquilo que chamei de terceiro momento é grande em promessas e ainda muito pequeno em realizações. No entanto, este exercício didático tem o benefício de sublinhar mudanças discursivas ao longo da história que geraram diferentes cenários para as relações entre saúde e sexualidade LGBT acontecerem. Ao invés de uma visão organizada (e portanto redutora) da vida, espero com este exercício construir a possibilidade do leitor produzir sentido sobre o contexto no qual este trabalho emerge e a que ele tenta responder.

Interlúdio 1

Reflexividade

Memória é uma colagem de imagens não escolhidas que me visitam. Lembranças são fragrâncias persistindo em habitar frascos já vazios.

“Tira essa moeda da boca menino! Não sabe que tem uma doença pegando muita gente por aí?” proclamou a voz zelosa de minha mãe sem saber que aquela doença nada tinha a ver com moedas, mas talvez, intuitivamente percebendo que minhas brincadeiras poderiam me colocar em risco algum dia. Eu tinha mais ou menos cinco anos.

Depois, eu era um adolescente voltando para casa com a cabeça e o coração confusos após assistir a Tom Hanks em Filadélfia. Ao contentamento de ver uma história de luta contra o preconceito, misturava-se um sentimento temeroso de quem reconhece o nome e a forma de uma ameaça. Sozinho, eu saía do cinema à noite, e torcia para não encontrar ninguém pelo caminho. Eu sequer havia dado meu primeiro beijo!

Para mim, como para muitos homens gays da minha geração, a Aids sempre foi um elemento com o qual tivemos que dialogar no vir-a-ser da adolescência. Um diálogo que se dava em várias formas: na morte de nossos cantores favoritos; nos cartazes que passaram a povoar os bares e clubes; no interminável tempo que separava o dia do exame do dia do resultado; na desconfiança, culpa e temor que se insinuavam nas brechas da descoberta da sexualidade ou na notícia do diagnóstico positivo de um amigo...

No meu caso, o diálogo se estendeu para o trabalho. Tornar-me psicólogo e pesquisador aproximou-me da possibilidade de relacionar-me com o fenômeno Aids a partir de um lugar ativo, calcado no entendimento de que a preocupação com vírus pertencia-nos enquanto comunidade, estivéssemos infectados ou não. Foi o tempo de descobrir que diante da face terrível da doença, homens e mulheres costuravam uma trama forte de solidariedade e militância. Fazer parte desta trama era para mim a possibilidade de participar do vir-a-ser de uma história coletiva.

Eu ainda não havia concluído meus estudos de graduação, quando participei em São Paulo, da quarta Parada do Orgulho LGBT. Era uma festa enorme, pública, diurna e feliz. Uma celebração que alçava meus dilemas pessoais a um plano político e que me convocava a uma apropriação identitária com possibilidades de pertencimento. Se esta identidade é hoje um campo tensional que às vezes reverbera em mim enquanto um aprisionamento, naquele domingo de junho ela foi o princípio de uma libertação.

Anos depois, meu trabalho como co-fundador do VIDEVERSO, levou-me a trabalhar em parceria com a ONG Rosa Vermelha, e

juntos organizamos eventos científicos e participamos da promoção das primeiras paradas do orgulho LGBT em Ribeirão Preto. Em uma delas além de distribuir preservativos, fui chamado para pronunciar algumas palavras no microfone. Eu não falei da Aids, nem de moedas, e minha mãe estava lá.

Pouco também se falou de Aids no grupo de trabalho em questões de saúde, na Conferência Regional LGBT realizada em 2008. A Conferência Regional era um evento preparatório para a I Conferência Nacional LGBT em que eu participava como representante do Conselho Regional de Psicologia. A variedade de temas que discutimos, e que seriam posteriormente incorporados à Política Integral de Saúde LGBT, atestavam que as preocupações de saúde desta população vão muito além das questões relativas às DSTs e Aids. Três décadas após o surgimento da epidemia, e tendo o Brasil desenvolvido uma resposta modelar a ela, o cenário das conversas convidava a uma ampliação do diálogo no qual a saúde pode ser considerada para além dos contornos da doença e do corpo. Compreender estes contornos foi um dos objetivos que defini para este trabalho. Esta tarefa responde às necessidades de reflexão colocadas pelo nosso momento atual e se ampara nas possibilidades de compreensão oferecidas por outros textos acadêmicos. Mas seu fazer não se opera sem o reinvocar de fragrâncias antigas, tampouco se encerra sem a renovação do frasco.

Escutar o corpo e auscultar pessoas:

delineando necessidades de saúde

O percurso histórico que apresentei no capítulo anterior permite a formulação do desafio que profissionais de saúde enfrentam atualmente na assistência a população LGBT: como receber e cuidar desta população sem a perspectiva estigmatizante que está historicamente associada à própria criação dessas categorias de identidade sexual, produzidas pelo discurso médico e científico? Neste capítulo, apresento uma revisão da literatura científica acerca das necessidades de saúde e dos cuidados oferecidos à população LGBT no intuito de delinear com maior precisão como estes desafios têm se traduzido nas relações entre profissionais e usuários.

No entanto é preciso advertir quanto ao uso do termo “população LGBT”, quando falo de necessidades de saúde. Agrupar lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em uma única população não apenas encobre as importantes diferenças entre estes grupos como também pode homogeneizar as discrepâncias entre etnias, renda, gênero, idade, formas de se posicionar frente às categorias de identidade sexual, etc (Meyer, 2001). Assim, um jovem branco, de razoáveis recursos financeiros, nível de escolaridade superior e em uma relação afetiva homossexual reconhecida e apoiada pela família e grupos de amigos, provavelmente apresenta vulnerabilidades, recursos e necessidades de cuidado em saúde bastante diversas

de uma travesti que trabalha com comércio sexual, sem contar com o apoio da família, de um parceiro afetivo fixo ou de um grupo de amigos. Do mesmo modo, uma mulher lésbica de 60 anos pode apresentar necessidades de saúde mais próximas às necessidades de uma mulher heterossexual deste mesmo grupo etário do que de um homem de 40 anos que mantém relacionamentos afetivos e práticas sexuais com homens e mulheres. Entendo que ao falar da saúde da população LGBT, é importante manter em mente as inúmeras variedades que compõem esta população, e lembrar que o agrupamento destes indivíduos em uma população não se dá por sua homogeneidade, mas sim pela área de intersecção presente nesta diversidade.

Nesse sentido, embora diferentes, os indivíduos LGBTs compartilham um cenário comum que determina uma especificidade para o processo saúde-doença-cuidado. Eles compartilham experiências similares em relação ao estigma, rejeição, preconceito e violência em diferentes contextos e nas relações que estabelecem com variadas instituições (Carrara & Ramos, 2005). Sem dúvida, o impacto destas experiências sobre a vida de cada indivíduo também varia segundo uma série de fatores. No entanto, é necessário reconhecer que é virtualmente impossível que um indivíduo LGBT não tenha sua trajetória marcada pelo signo da minoria sexual e da diferença em relação à norma. Na melhor das hipóteses, este signo configurou-se em uma dada trajetória particular como uma peculiaridade valorizada e apreciada por seus acenos à liberdade, criatividade e/ou rebeldia. Na pior delas, a experiência da diferença foi significada enquanto erro/doença/pecado e foi recebida com recusa e violência. De um extremo ao outro, as experiências, o impacto sobre a saúde e o sofrimento que elas ensejam são muito distintos. No entanto, permanece a marca distintiva de que em todos eles a alteridade, positiva ou negativamente significada, delimita uma zona de intersecção.

Também penso que é importante destacar que o discurso da especificidade da população LGBT encontra oposição e crítica. A principal delas refere-se à inconstitucionalidade de implementar políticas que privilegiem grupos específicos, uma vez que a constituição brasileira determina que todos devem ser iguais perante a lei (Lionço, 2008). O debate mais acirrado atualmente tem sido travado acerca do Projeto de Lei da Câmara 122, que criminaliza atos de homofobia. Enquanto os grupos de militância LGBTs veem na aprovação deste projeto a possibilidade de conter a violência que marginaliza, fere e mata esta população, seus opositores argumentam que tal medida protetora atribui privilégios que ameaçam a igualdade de direitos (Moscheta, 2010). No contexto da saúde não é raro que o discurso da igualdade seja usado para justificar a falta de sensibilidade a questões relativas à sexualidade LGBT - “é um paciente como qualquer outro!” – ou ainda, que a especificidade de um serviço ou atendimento contribuiria com o reforço da discriminação. No meu entender, tal argumentação,

embora possa fazer sentido do ponto de vista teórico, na prática apenas margeia o cerne do problema e neutraliza possibilidades de intervir contra as desigualdades. A ciência é a principal produtora do discurso da diferença que inaugurou a possibilidade de homens e mulheres serem classificados e definidos a partir de sua sexualidade – como visto no capítulo um - não deve utilizar agora de um discurso inverso - de que todos são iguais - para justificar sua omissão, injustiça ou defasagem frente ao cuidado das diferenças que ela mesma criou. Ou seja, é possível argumentar que a demanda de especificidade no tratamento em saúde se justifica como decorrência lógica do próprio discurso científico que produziu estas diferenças. Isso implica em dizer que a solução para as desigualdades criadas a partir da formulação das categorias de identidade sexual não será efetivada por uma reparação mágica e culpada – uma reparação que se assemelharia à crença ingênua de que, uma vez abolida a escravidão no Brasil, os negros seriam prontamente tão livres quantos os brancos. A meu ver, a reparação necessária se efetivará a partir do reconhecimento das diferenças/desigualdades enquanto produtos lamentáveis (porém presentes) de nossa história coletiva e demandará o engajamento responsável na criação mútua de novas formas relacionais.

Finalmente vale ressaltar que na construção desta apresentação acerca das necessidades de saúde da população LGBT, não compartilho da premissa de que estas necessidades se configuram como naturais ou intrínsecas a esta população. Sobretudo no campo da saúde mental, a despeito das alterações do DSM e das resoluções da APA e do CFP, ainda é presente a crença de que esta população apresenta uma “tendência natural” a certas patologias, ou ainda de que a própria orientação sexual destas pessoas constitui um sinal de outros comprometimentos de seu psiquismo. Uma pesquisa realizada nos EUA, por exemplo, identificou que homens gays são vistos como estereotipicamente diferentes por estudantes e estagiários de psicologia com tendência a classificá-los como mentalmente instáveis (Boysen, Vogel, Madon, & Wester, 2003). Entretanto, se categorias de identidade sexual são vistas como produtos de uma construção histórica, a explicação das possíveis especificidades da saúde desta população não pode presumir uma essência psíquica ou biológica. As possibilidades de se conceber estas especificidades parecem se reduzir a dois campos: 1) os comportamentos específicos desta população (com especial atenção aos comportamentos sexuais) que criam especiais condições de exposição para algumas doenças e 2) aos processos sociais dos quais esta população participa que criam vulnerabilidades e/ou demandam cuidado culturalmente sensível (Lionço, 2008; Meyer, 2001).

As pesquisas que tratam das especificidades de saúde da população LGBT têm se multiplicado nas últimas décadas no cenário norte-americano e europeu, mas são ainda consideradas insuficientes (Boehmer, 2002). No Brasil, embora este aumento também possa

ser observado, tais pesquisas são muito restritas. Esta limitação deve-se a dificuldades metodológicas (como por exemplo a rigidez da definição operacional das categorias de identidade sexual em oposição à fluidez na forma em que estas são vividas pelas pessoas); à falta de documentação (prontuários de saúde em geral não incluem orientação sexual dos pacientes, limitando a possibilidades de estudos epidemiológicos); à redução do foco de pesquisas (a maioria dos estudos da década de 80 e 90 investiga a relação desta população com as DSTs/Aids) e à ausência de políticas e iniciativas que ressaltem a importância desses estudos. O desenvolvimento destas pesquisas são fundamentais para os processos de educação de profissionais de saúde que poderão implementar práticas de cuidado mais sensíveis e inclusivas, e constitui um dos campos onde o conhecimento acadêmico pode fecundamente contribuir para a transformação social (M. E. Clark, Landers, Linde, & Sperber, 2001). Especificamente no contexto brasileiro, o maior potencial desta contribuição está na possibilidade de estudar a saúde desta população para além dos aspectos relacionados às DSTs/Aids (Terto-Junior, 2002). É neste sentido que a Política Nacional de Saúde Integral de LGBTs estabelece a produção de conhecimentos científicos sobre a saúde da população LGBT como uma de suas diretrizes (Brasil, 2010).

O que são necessidades de saúde

A responsabilização do Estado pela garantia do bem-estar da população é claramente demarcada no momento do estabelecimento da saúde enquanto um direito de todos, tal qual definido na Constituição Federal de 1988. A Carta assegura que cabe ao Estado promover ações que guarneçam a saúde dos brasileiros de modo integral e universal. Deste modo, a discussão acerca das necessidades de saúde se dá em um terreno tensional que congrega de um lado um conjunto de expectativas que se articulam na forma de direito, e de outro, a tradução destas expectativas em demandas dirigidas a uma instituição legalmente obrigada a elas responder. Assim, a definição do que são necessidades de saúde é sempre atravessada por um fio político que costura a relação entre estas duas instâncias.

Talvez por seu caráter político - sempre sujeito a disputas - talvez por seu aspecto dialético - articulando-se em uma circularidade dinâmica - ou ainda, talvez por situarem-se no limiar entre o enrijecimento operacional dos serviços e a fluidez das transformações da vida, as necessidades de saúde são tão importantes quanto difíceis de serem definidas. A saída simplificada deste meandro é aquela que reduz necessidades de saúde ao consumo de

serviços de saúde, em geral oferecidos em resposta a uma doença já instalada, ou à possibilidade de sua instalação (Campos & Bataiero, 2007). Contribuem nesta articulação tanto o conjunto de ações programáticas que compõem pacotes de ações oferecidas nos serviços de saúde a populações específicas, quanto a ênfase na epidemiologia como ferramenta privilegiada para a identificação de necessidades. Embora úteis em certa medida, ambas tomam como destinatário das ações de saúde um sujeito abstrato, ou seja, elas tomam o sujeito integrante de um grupo homogêneo e definem ações que prescindem de uma escuta singularizada. Além disso, o prejuízo desta saída está na equiparação inevitável entre saúde e ausência de doenças, mutilando a concepção ampliada de saúde preconizada pelo SUS.

Neste sentido, é necessário enfatizar a armadilha que pode surgir quando uma Política de Saúde Integral LGBT é traduzida em um programa de saúde destinado a esta população. Um programa, ao circunscrever e priorizar um conjunto de ações, destaca e homogeneiza um grupo, permitindo que a relação de cuidado se estabeleça com base na mera troca de serviços entre prestadores e usuários. Os aspectos mais emancipadores impregnados na Política, correm o risco de serem assim desativados sob a racionalidade neoliberal na qual cabe ao Estado disponibilizar produtos ao consumo, sem necessariamente empenhar-se em uma relação que transforme os determinantes sociais que levam a este consumo (Campos & Mishima, 2005).

Contudo, definir necessidades de saúde, para além do inevitável, é também um dispositivo útil para a organização dos serviços que serão oferecidos. No lugar de prestadores de serviços, a pergunta organizadora dos processos de trabalho é justamente aquela que circunscreve tais necessidades, entendendo que é em resposta a esta pergunta, que profissionais assumem a função de cuidadores. Deste modo, a proposição de uma definição de necessidades de saúde está presa a duas forças. Uma delas enfatiza a importância de uma linha operacional que permita a organização do trabalho nos serviços de saúde e que auxilie seus agentes a identificar necessidades que por diversas razões podem passar despercebidas. A outra sinaliza o perigo que se instala quando esta operacionalização se institui como resposta não apenas àquilo que o usuário precisa em um dado momento, mas também àquilo que definimos como ideal na proposição de um sistema de saúde universal, equânime e integral. Dito de outra forma, o problema refere-se à definição de um conjunto de necessidades que promova a organização do trabalho de saúde em direção aos ideais filosóficos do SUS, sem contudo, estreitar o horizonte destes ideais por meio de proposições demasiadamente técnicas. Se a operacionalização é importante para a tradução concreta do trabalho, os ideais são indispensáveis tanto para reapresentar-nos o humano que escapa a toda

operacionalização, quanto para instigar a dúvida/abertura, sem a qual a procura por ele se encerra.

É neste campo tenso e delicado que Cecílio (2006) irá desenhar uma possibilidade de classificação de necessidades em quatro grupos: *ter boas condições de vida, ter acesso e consumir tecnologia de saúde, criar vínculos e desenvolver autonomia*. Guardarei para o próximo capítulo a articulação que esta proposição faz com o conceito de integralidade e utilizarei esta classificação neste momento, para organizar minha exploração das necessidades de saúde da população LGBT em diálogo com conceitos-chave neste campo, tais como, opressão e heteronormatividade.

As boas condições de vida

Sem dúvida as condições de saneamento, qualidade alimentar e a exposição a certos riscos cooperam para o estabelecimento da saúde ou doença. No entanto, a proposição de Cecílio (2006) para o primeiro conjunto de necessidades de saúde implica em entender “condições de vida” para além de uma descrição funcionalista que busca relações entre o ambiente e o sujeito. O autor propõe que “*a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades*” (idem, p.114) incluindo nas condições de vida, o trabalho e os lugares ocupados pela pessoa dentro da cadeia produtiva capitalista. Neste sentido, para autores de inspiração marxista (Campos & Bataiero, 2007; Moraes, Bertolozzi, & Hino, 2011; Stotz, n.d.), as necessidades de saúde devem ser entendidas como tendo sua origem no modo como alguém se insere não apenas em um ambiente, mas também em um modo de reprodução social, o que inclui as formas de trabalhar, consumir, transformar a natureza, distribuir bens, formar instituições e organizar-se coletivamente. A todos estes campos se endereçariam as ações de saúde destinadas à melhoria de condições de vida, segundo esta perspectiva.

A contribuição marxista sublinha o entendimento de que melhorar condições de vida de uma pessoa implica em agir sobre o ambiente no qual ela vive, mas sobretudo, nas mediações que se instalam entre ela e o mundo. Tais mediações não se estabelecem naturalmente e são frutos de um processo histórico e social. Deste modo, retomo aqui a apresentação feita no capítulo anterior para sinalizar que no caso da população LGBT esta mediação é atravessada pelo signo da exclusão social. Este atravessamento é especialmente evidente na população de

travestis e transexuais, uma vez que são elas/eles o subgrupo submetido às formas mais violentas e nocivas de discriminação (Carrara & Ramos, 2005).

Neste sentido, considero que o acesso limitado ou dificultado dessa população à educação e ao trabalho formal restringe suas possibilidades de ganho financeiro, que repercute em condições precárias de habitação e alimentação (Kreiss & Patterson, 1997). O preconceito dificulta a criação de laços de apoio social e familiar e promove a marginalização destas pessoas, o que contribui com a associação desta população com outros grupos marginalizados, fomentando um círculo de riscos e vulnerabilidades crescentes (Carrara & Vianna, 2006; Sember, 2000). As restrições frequentemente encontradas na procura aos serviços de saúde que possam atender às demandas desse grupo favorecem o movimento de um mercado informal de hormônios, bem como de aplicação “caseira” de silicone industrial. Além disso, as condições em que muitas travestis exercem suas atividades de comércio sexual no Brasil são muito precárias, violentas e abusivas (Pelúcio, 2005; F. B. Teixeira, 2008).

Embora aparentemente menos intenso, este processo discriminatório também reverbera na construção de obstáculos para as boas condições de vida de mulheres e homens homossexuais. O maior obstáculo parece estar na construção de redes de apoio social, restringindo o acesso a um conjunto de recursos importantes para a construção da saúde. Estar privado destes recursos interfere, de modo especial, no bem-estar psíquico, favorecendo o aparecimento de crises de ansiedade, depressão e uso abusivo de álcool e outras drogas (Baerstein et al., 2006; Berg, Mimiaga, & Safren, 2008; Johnson, Mimiaga, & Bradford, 2008; J. B. Lehmann, Lehmann, & Kelly, 1998; Rogers, Emanuel, & Bradford, 2003; Shaw, 1989).

Se as condições de vida da população LGBT se encontram atravessadas pela discriminação, sua melhora demandará dos profissionais de saúde um esforço na criação de uma resposta aos mecanismos de opressão a esta população. Neste sentido, considero útil a proposição de Young (2000) acerca das cinco faces dos sistemas de opressão, a saber: exploração, desempoderamento, violência sistêmica, imperialismo cultural e marginalização.

A *exploração* é caracterizada por condições de desigualdade que permitem que um grupo possa se beneficiar do produto da atividade de outro grupo social. Assim, embora a população LGBT constitua parcerias afetivas e familiares, as leis nacionais não permitem que tais parcerias gozem dos mesmos benefícios garantidos aos casais heterossexuais e suas famílias. Tais benefícios se referem a garantias previdenciárias, inclusão em convênios de saúde, respaldo para adoção de filhos, transmissão de bens e herança, entre outros. O caráter de exploração se configura na medida em que a população LGBT é submetida às mesmas cargas tributárias da população heterossexual, sem contudo, gozar dos mesmos benefícios. É em reconhecimento a esta exploração que a Política Nacional de Saúde Integral da População

LGBT define como um de seus objetivos específicos “*Garantir os direitos sociais de LGBTs na saúde suplementar, incluindo os direitos da conjugalidade entre casais homoafetivos*” (Brasil, 2010, p. 17).

O *desempoderamento* refere-se ao enfraquecimento do poder de decisão da população LGBT em contextos institucionais relacionados ao tratamento desrespeitoso e a constrição de suas oportunidades para o desenvolvimento de habilidades (Elze, 2006). Os efeitos do desempoderamento na população LGBT é evidente nos contextos educacionais, mas também estão presentes nas áreas de emprego, segurança e saúde. O preenchimento de um formulário ou cadastro que disponha apenas das opções “masculino” e “feminino” pode gerar situações de constrangimento para transexuais e travestis. A recusa de profissionais de instituições de ensino e saúde em utilizar o nome social dos alunos e pacientes transexuais e travestis pode ser destacada como um símbolo de desempoderamento uma vez que implica em desapropriar o sujeito de seu próprio nome. A Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT define como um de seus objetivos “*Garantir o uso do nome social de travestis e transexuais de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*” (Brasil, 2010, p. 17).

A *violência sistêmica* constitui formas de discriminação instituídas e socialmente estabelecidas, como por exemplo aquelas que se apresentam em programas televisivos (sobretudo os programas humorísticos). É também expressa nas punições e agressões destinadas à população LGBT quando rompem com certa invisibilidade e permitem que sua orientação sexual possa ser reconhecida no espaço público. Uma situação bastante comum é aquela de um casal homossexual que demonstra afeto em público e é acusado de obscenidade ou de ser extravagante, ainda que as mesmas manifestações sejam toleradas quando expressas por casais heterossexuais. Não é de se estranhar portanto, o furor causado dentro do movimento de militância LGBT quanto ao tratamento dado às personagens homossexuais dentro das telenovelas. O “beijo gay” sempre anunciado no início das telenovelas e, sempre vetado a despeito (ou por iniciativa) dos roteiristas, constitui um ícone de como a expressão de afeto público entre LGBT é desigualmente tratada pela sociedade e suas instituições². A violência se articula então com o *imperialismo cultural* na medida em que toma

2. Em 2010 a emissora de televisão Rede Globo optou em não veicular uma cena de beijo gay no seriado “Clandestinos” alegando que tal conteúdo era “sensível” e que sua veiculação implicaria em ferir normativas definidas pelo Ministério da Justiça do Brasil acerca da classificação indicativa de faixas etárias e de horário para a exibição de determinados conteúdos. A ABGLT questionou a emissora por meio de um ofício (PR 353/2010) no qual afirmava que a própria Secretaria Nacional da Justiça havia esclarecido que, para efeitos de classificação indicativa, o beijo entre duas pessoas de mesmo sexo deve ser tratado de mesmo modo que o beijo entre pessoas de sexo oposto (Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, 2010). A Secretaria reconhece assim que um tratamento desigual significaria o acolhimento de práticas discriminatórias no seio de uma instituição destinada a zelar pela justiça. Em sua carta de resposta a este ofício, a emissora de televisão, cita em sua defesa duas outras obras veiculadas pela emissora na qual personagens homossexuais se beijavam (Erlanger, 2003). No entanto, nas cenas citadas pela emissora (uma em *Mulheres Apaixonadas* e outra em *Meus Queridos Amigos*) os

o modelo heterossexual como o padrão a ser seguido e exige que toda manifestação diferente seja anulada, ocultada ou repreendida. Em seu formato mais sofisticado, o imperialismo cultural configura um acordo social paradoxal no qual a homossexualidade, por exemplo, é aceita, desde que permaneça invisível, ou ainda, a diferença é incluída na medida em que deixa de se apresentar enquanto diferente. Isto pode se manifestar dentro dos serviços de saúde na insistência de que os usuários LGBTs se ajustem a certas normas e convenções sociais compartilhadas pela população heterossexual.

Finalmente, a *marginalização* refere-se à “*exclusão de certas pessoas da plena cidadania, sua expulsão de uma participação social útil e seu tratamento denegridor e desrespeitoso por parte de instituições e serviços*” (Young, 2000, p. 41). No contexto brasileiro destacam-se as dificuldades legais que transexuais enfrentam para conseguir o ajustamento de seus documentos ao gênero de identificação. A precariedade de documentos constitui uma fragilidade fundamental na conquista da cidadania. Neste sentido a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT inclui em suas diretrizes:

“- *Eliminação das homofobias e demais formas de discriminação e violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral (...);*
 - *Promoção da cidadania e inclusão de LGBT por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social como: educação, trabalho, segurança e outros (...);*
 - *Fortalecimento da representação do movimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos conselhos de saúde, conferências e demais instâncias de participação social;*” (Brasil, 2010, p. 15)

A opressão, em qualquer uma de suas cinco faces, constitui um problema social que contribui na conformação de desigualdades muito relacionadas com as dificuldades de construir boas condições de vida para a população LGBT. Deste modo, a primeira necessidade de saúde apontada por Cecílio (2006), quando pensada em articulação ao conceito de opressão, se configura como um problema que convida os agentes de saúde a tomarem suas intervenções em uma perspectiva ampla. Localizados em um serviço de saúde, tais agentes podem, por exemplo, tomar para si a tarefa de romper com os modos instituídos de

referidos beijos são significativamente desprovidos de sua intensidade e caráter erótico. O editor Luis Erlanger, que assina a carta da emissora, ainda acrescenta: “*A teledramaturgia – diferente das questões éticas e sociais – não é o ambiente adequado para levantar bandeiras de comportamento moral no campo da sexualidade baseada na individualidade. Televisão aberta é o espaço do coletivo.*” Em seu argumento, a emissora parece denunciar a preferência coletiva pelo ocultamento de expressões afetivas e eróticas homossexuais ao mesmo tempo em que assume seu lugar enquanto perpetuadora destas preferências. O imperialismo cultural pode ser entendido aqui como esta insistência em reproduzir o ideal de um grupo tomado como maioritário às custas do apagamento dos interesses de grupos oprimidos.

reprodução da opressão aos LGBTs dentro do próprio serviço de saúde. Localizados em uma sociedade, tais agentes são convidados a conceber seus posicionamentos políticos como parte de um conjunto de intervenções em saúde, borrando as fronteiras que separam o exercício profissional do exercício da cidadania. Ademais, a articulação entre estes dois conceitos tem o benefício de enfatizar o empobrecimento que opera quando intervenções em saúde são desnatadas de seu caráter político e de sua responsabilidade na construção de um modo de vida coletivo.

Uma vez que as condições de vida não são o único contexto negativamente influenciado pela opressão, voltarei a este conceito futuramente ao tratar das outras necessidades de saúde.

Acesso e uso de tecnologias de saúde

O segundo grupo de necessidades definido por Cecílio (2006) refere-se à possibilidade de que alguém tenha acesso e que possa se utilizar de toda tecnologia de saúde, com potencial de melhorar e prolongar sua vida. Trata-se portanto, de necessidades que podem ser pensadas sob o prisma do percurso instituído entre o usuário e as tecnologias (o acesso) e sob o prisma do consumo (ou uso) desta tecnologia.

Qual o percurso percorrido por uma transexual (homem-para-mulher) para que possa consumir tecnologias como por exemplo, a cirurgia de redesignação sexual, ou tratamento hormonal? Qual o percurso a ser percorrido por um transexual (mulher-para-homem)?

Ainda precariamente instalado no Brasil, o chamado processo transexualizador foi recentemente incorporado no rol de tecnologias disponibilizadas pelo SUS. O processo cria a possibilidade de tratamento em saúde para as transexuais (homem-para-mulher) mas exclui os transexuais (mulher-para-homem), uma vez que a neofaloplastia e a metoidioplastia³ são ainda considerados procedimentos experimentais. No início deste percurso situa-se o diagnóstico psiquiátrico que define o processo transexualizador como uma medida curativa em resposta a uma doença: o transtorno de identidade de gênero. Deste modo, o acesso a este tipo de tecnologia está condicionado ao reconhecimento pelo usuário de sua condição patológica. Ficam excluídos todos/as transexuais que não apresentarem uma narrativa que produza uma doença a partir da sua relação com sua sexualidade e seu corpo. Ficam também excluídas as

3. Procedimentos cirúrgicos de construção do aparelho sexual masculino a partir do aparelho sexual feminino.

travestis que, embora invistam na construção de um corpo feminino, em geral não apresentam uma identidade exclusivamente feminina. Neste sentido, Spade (2003) discute o papel regulador exercido pela medicina sobre as possibilidades de construções identitárias que escapam ao binarismo homem/mulher⁴. Em seu relato ele apresenta a tensa relação estabelecida com um terapeuta em uma clínica que o questionava quando ele havia se percebido como diferente pela primeira vez. Em resposta, Spade (2003) reflete:

“Porque devo eu investir em uma narrativa na qual minha performance de gênero é apresentada como a diferença mais importante de minha vida? Ela não foi, e eu não posso separá-la das variáveis familiares, de classe e raça que a atravessam. Será que isto significa que eu não sou verdadeiro o suficiente para uma cirurgia?” (p.20).

O caráter regulador do dispositivo que exige que transexuais se apresentem dentro de uma narrativa de sofrimento e desajuste está na produção de um entendimento segundo o qual apenas algumas pessoas sofrem para aprender as normas sociais de gênero. Para todas as outras, estas normas seriam naturalmente incorporadas na medida em que sua masculinidade ou feminilidade se configurassem.

Deste modo, pensar a necessidade de acesso à tecnologia de saúde para os transexuais implica em considerar que em sua configuração atual, este acesso cobra uma cara contrapartida do usuário, podendo inclusive representar um agravamento à sua saúde: que ele descreva a si mesmo como doente (Lionço, 2009). Ou seja, o percurso que leva ao tratamento é por si só, parte da produção da doença. De modo complementar, pensar a necessidade de uso destas tecnologias implica em observar sua distribuição desigual, regulatória e moralizadora. Assim, cumpre reforçar a importância de que a tecnologia disponível e seu acesso devem contemplar, não apenas a cirurgia de redesignação sexual e suas consequências físicas e psíquicas (Sember, 2000), mas também as terapias hormonais, os implantes de próteses (Lombardi, 2001) e a atenção aos agravos que podem surgir como decorrência do tratamento hormonal (Baba et al., 2007; Kirk & Kulkarni, 2006). Há que se considerar ainda que as necessidades do usuário são definidas na interação que ele estabelece com o profissional e que estas podem contemplar todos ou apenas alguns dos procedimentos previstos no processo transexualizador.

É este aspecto mediador das relações entre profissionais e usuários que me parece fundamental nesta discussão, uma vez que o consumo e o acesso às tecnologias, não se dão

4. Embora o autor se refira a um cenário norte-americano, penso que suas reflexões são pertinentes aqui, uma vez que o processo transexualizador nos dois países guarda semelhanças.

simplesmente porque estas tecnologias existem, mas porque elas só se tornam disponíveis e até mesmo necessárias dentro de um jogo relacional. Assim, garantir que a população LGBT tenha acesso a tecnologias de saúde implica, entre outras coisas, em considerar como esta população é recebida pelos profissionais da área. Novamente, o conceito de opressão dá novos contornos a esta discussão indicando uma das forças que tencionam este jogo relacional posicionando de modo diferente usuários e profissionais.

Um dos efeitos comuns de crescer e viver em uma sociedade discriminatória é a antecipação de experiências de preconceito e violência – um fenômeno que é denominado “homofobia internalizada”⁵ (Herek, 2004; Junqueira, 2007). Portanto, é forçoso considerar que de um lado desse jogo encontra-se alguém que poderá lançar mão de defesas contra situações de discriminação que antecipa. A possibilidade de homens e mulheres homossexuais buscarem ajuda para problemas relacionados à sua vida sexual, por exemplo, dá-se pela antecipação que fazem da maneira como os profissionais de saúde os receberão. Neste sentido a literatura nacional e internacional destaca que pessoas que temem serem discriminadas devido à sua orientação sexual restringem a procura por serviços de saúde (Baerstein et al., 2006; Barbosa & Facchini, 2009; M. E. Clark et al., 2001; Genke, 2004; Jackson, Johnson, & Roberts, 2008; C. Johnson et al., 2008; Rhodes & Yee, 2006). O receio de utilizar serviços de saúde devido à homofobia internalizada pode ser maior para a população de idosos LGBTs, uma vez que possivelmente cresceram em contextos históricos mais discriminatórios (Genke, 2004). A evitação do uso dos equipamentos de saúde é descrita como associada a diferentes fatores como o medo de sofrer violência e rejeição (Klitzman & Greenberg, 2002), a fantasia de obtenção de um serviço de pior qualidade (Neville & Henrickson, 2006), a experiências negativas anteriores (Schatz & O’Hanlan, 1994), ao incômodo em ter que falar da orientação e das práticas sexuais (Barbosa & Facchini, 2009; Robertson, 1998), entre outros.

No aprofundamento da discussão acerca dos fatores que podem dificultar o acesso aos serviços de saúde pela população LGBT, considero que os conceitos de heteronormatividade e heterossexismo podem ser úteis.

Para Herek (1990), heterossexismo pode ser definido como *“um sistema ideológico que nega, deprecia e estigmatiza qualquer forma de comportamento, identidade, relacionamento ou comunidade não-heterossexual”* (p.316). Refere-se portanto à tendência em avaliar pessoas e relações a partir da referência a um modelo que toma a relação heterossexual como ideal. No entanto, o ideal de relação heterossexual não apenas denigre outras formas de relação, como

5. Por razões práticas, em minha utilização do termo homofobia incluo as manifestações de “lesbofobia” e “transfobia”.

também produz um mal-estar nas relações heterossexuais que não se ajustam a este estreito modelo. Rubin (1984) apresenta uma tabela na qual organiza diferentes hierarquias que definem o ideal da relação e do sexo heterossexual:

Bom, normal, natural	Mau, anormal, antinatural
Heterossexual	Homossexual
Casado	Não-casado
Monogâmico	Promíscuo
Procriativo	Não-procriativo
Não-comercial	Comercial
Em par	Sozinho ou em grupos
Em um relacionamento	Casual
Dentro da mesma faixa etária	Inter-geracional
Privado	Público
Não-pornográfico	Pornográfico
Apenas com corpos	Com objetos manufaturados
“romântico”	sadomasoquista

Embora tenha sido formulado há quase 30 anos e tendo tomado a sociedade norte-americana como referência, o esquema de Rubin ainda parece atual em muitos aspectos e útil para descrever o estreito modelo de relacionamento e sexualidade. A heteronormatividade refere-se à naturalização deste modelo e à consequente antecipação de que a princípio, todos vivenciam sua sexualidade desta maneira. Desnaturalizar este modelo, implicaria em educar filhos sem presumir sua heterossexualidade, por exemplo. O fato de que pessoas LGBTQs “precisam” em algum momento da vida “assumir” sua sexualidade, ao passo que heterossexuais não vivem a mesma demanda, atesta a favor do argumento da naturalização deste modelo. O “assumir” é equivocadamente entendido como a apresentação de uma sexualidade individual até então mantida em segredo. Mais apropriadamente, esta ideia deveria ser formulada enquanto a reapresentação explícita daquilo que, estando presente, foi tornado invisível por dispositivos que não o podiam legitimar. Longe de ser um gesto de afirmação de uma sexualidade individual, o assumir é de fato, a denúncia de uma cegueira coletiva.

Deste modo, é importante considerar os efeitos da heteronormatividade e do heterossexismo na configuração do acesso e uso das tecnologias de saúde. Em primeiro lugar, considero que a pressuposição por parte do profissional, da heterossexualidade do usuário institui uma barreira ao acesso na medida em que restringe o nível das ações e ofertas que este profissional pode fazer, bem como no estabelecimento de uma relação de surpresa com aquele usuário que não confirmar a antecipação feita pelo profissional. Esta surpresa que emerge do encontro sem dúvida pode ser significada de modo positivo. No entanto, devido ao atravessamento de dispositivos de opressão, é necessário pensar em uma possível tendência

em significá-la negativamente transmutando diferença em anormalidade. Os desdobramentos desta pressuposição incluem a criação de um ambiente de cuidado no qual o paciente tem que se “arriscar” a revelar algo que contraria as expectativas do profissional; a criação de certas “zonas de interdição” a respeito daquilo que se pode conversar em uma consulta, e mais diretamente, pode induzir a erros no processo diagnóstico (Harrison & Silenzio, 1996). Responder à necessidade de acesso da população LGBT neste sentido significa empenhar-se em escapar da tendência heteronormativa que impregna a relação profissional-usuário tal qual a literatura tem apontado (Baerstein et al., 2006; Cant, 2002; Craft & Mulvey, 2001; Elze, 2006; Genke, 2004; Harrison & Silenzio, 1996; Kirk & Kulkarni, 2006; Kreiss & Patterson, 1997; Lionço, 2009, 2009; Rhodes & Yee, 2006; E. M. Smith, Johnson, & Guenther, 1985).

Em segundo lugar, considerando que a lógica heterossexista permeia a sociedade de modo geral, saliento a necessidade da produção deliberada de uma força contrária, capaz de romper pressuposições normativas e homogeneizantes. Para isso, profissionais de saúde teriam que sair do lugar passivo de “espera” pela apresentação da diferença, para ocupar o lugar ativo do “convite” à sua apresentação. Inverter a lógica do “assumir-se”, nos levaria então a questionar como um profissional (ou um serviço) de saúde pode se assumir enquanto acolhedor a formas de vivência sexual que escapam aos estreitos contornos heteronormativos. Este novo assumir-se redefiniria desde a concretude da organização e decoração do espaço físico do serviço de saúde até a sutileza do encontro entre o usuário e o profissional.

Neste sentido estudos sugerem algumas medidas que serviços de saúde podem adotar no esforço de criar um ambiente que comunique conforto e segurança aos usuários LGBTs tais como: a aplicação de adesivos com símbolos próprios da cultura LGBT, a colocação de cartazes e folhetos com temáticas LGBTs, a contratação e uso estratégico de profissionais LGBTs e a implementação e identificação de banheiros “*unissex*” dentro dos serviços de saúde. (Baerstein et al., 2006; Cant, 2002; M. E. Clark et al., 2001; Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender health Access Project, 2000; GLBT Health Access Project, 1997; Kreiss & Patterson, 1997; Rhodes & Yee, 2006).

Necessidade de estabelecer vínculos

O vínculo é poeticamente representado por Cecílio (2006, p. 115) como “*o rosto do sistema de saúde para o usuário*”. Assim o autor destaca que, mais que um pertencimento formal, o vínculo é composto por relações humanas, personalizadas e calorosas que se estendem ao longo do tempo. De fato, como já expus aqui, a relação entre profissionais e

usuários tem papel mediador tanto na garantia de boas condições de vida quanto no acesso e uso de tecnologias. No entanto, o maior benefício da taxonomia de necessidades proposta por Cecílio (2006) é dar às relações que se estabelecem entre os profissionais e usuários de serviços, um caráter de importância tal que constitua em si uma necessidade, não apenas veículo para satisfação de outras demandas.

Neste sentido, o autor nos leva a refletir sobre a possibilidade de um trabalho em saúde que supere o estabelecimento de uma relação profissional/usuário pautada na queixa, em geral manifesta e urgente. Quando esta superação não acontece, a relação de cuidado não pode operar na dimensão da prevenção e promoção da saúde. (Romano, 2008).

Considere anteriormente os efeitos da opressão e do heterossexismo sobre a composição de condições de vida desfavoráveis à saúde da população LGBT. Também apresentei seu impacto sobre o acesso que esta população tem e pode ter aos serviços de saúde, tanto no que se refere aos aspectos legais que delimitam quais procedimentos de saúde podem ser oferecidos, quanto ao medo e constrangimento desta população que muitas vezes adia a procura por cuidados até níveis emergenciais. Resta agora considerar que, uma vez que as instituições de saúde participam de um conjunto de valores culturais permeados pelo heterossexismo, e uma vez que os profissionais de saúde (sejam eles heterossexuais ou LGBTs) são também parte desta mesma cultura, a opressão pode estar instalada também no próprio ato de cuidar. Em resumo, a opressão contribui no enfraquecimento da saúde, constrói barreiras de acesso aos serviços e perverte o cuidado.

Assim, embora os dados a este respeito na literatura nacional sejam muito limitados, proliferam na comunidade acadêmica internacional estudos que ressaltam a presença de práticas discriminatórias nos contextos de atenção à saúde. A Associação Americana de Médicos pelos Direitos Humanos (American Association of Physicians for Human Rights) divulgou em 1994, uma pesquisa na qual 67% dos médicos entrevistados relataram ter conhecimento de situações nas quais usuários LGBTs foram negligenciados por profissionais de saúde devido à sua orientação sexual e 88% relataram ter ouvido comentários discriminatórios dentro de estabelecimentos de saúde (Schatz & O'Hanlan, 1994).

Hincliff, Gott e Galena (2005a) realizaram uma pesquisa no Reino Unido na qual constataram que para quase metade dos médicos entrevistados, a orientação sexual não-heterossexual do paciente constituía uma barreira que impedia a discussão de questões ligadas à saúde sexual. Também no Reino Unido, James e Platzer (1999) constataram que os profissionais de saúde que participaram da pesquisa apresentavam posturas inadequadas frente à diversidade sexual do paciente, que variavam desde a recusa ao cuidado até violência verbal. Além disso, outras formas de discriminação estão presentes no contexto dos cuidados

em saúde como a recusa em utilizar o pronome adequado ao nome social escolhido por travestis e transexuais (GLBT Health Access Project, 1997; Lombardi, 2001); a tendência em diagnosticar esta população como mentalmente instável (Boysen et al., 2003); a pressuposição de que o usuário é heterossexual (Cant, 2002); uso de linguagem inadequada e curiosidade excessiva (Harrison & Silenzio, 1996), e a persistência de profissionais de saúde mental em abordar a homossexualidade como transtorno mental, como apresentei no capítulo anterior. Todos estes fatores cooperam na produção de barreiras que limitam a produção de um modo de cuidar sensível à necessidade de vínculos.

No Brasil, o estudo de Carrara e Ramos (2005) realizado durante a 9ª Parada do Orgulho LGBT do Rio de Janeiro, indicou que 11.1% dos participantes declararam ter sido vítimas de discriminação em instituições de saúde. Dentre estes, o grupo de travestis e transexuais foram aqueles que mais sofreram discriminação. Os autores apontam que, no conjunto das sete áreas de discriminação investigadas na pesquisa, a área denominada de Saúde e Emprego foi a que apresentou menor incidência e associam isto ao trabalho educativo exercido pelos movimentos LGBTs junto aos serviços de saúde desde o advento da Aids. No entanto, foi exatamente nesta área da pesquisa que os participantes declararam que menos revelam sua orientação sexual, o que corrobora com a hipótese de que a sexualidade LGBT é menos discriminada quanto mais for ocultada. Lehmann et al. (1998) realizaram um estudo com 53 mulheres norte-americanas dentre as quais apenas 31% afirmaram terem revelado que eram lésbicas a seus cuidadores em serviços de atenção primária. Destas, 27% afirmaram terem recebido uma resposta negativa em face a esta revelação. No Reino Unido, uma pesquisa semelhante apontou que das 449 mulheres lésbicas entrevistadas, 45% revelaram sua orientação sexual ao médico e 50% destas declararam ter obtido uma resposta negativa. A hesitação em revelar a orientação sexual e discutir com os profissionais de saúde as práticas sexuais, restringe as possibilidades de cuidado mais sensível e efetivo e contribui com o aumento na vulnerabilidade destes usuários (Saphira & Glover, 2001).

Se de um lado da relação de cuidado encontram-se pessoas que temem sofrer discriminação devido à sua sexualidade, do outro podem encontrar-se profissionais não menos desconfortáveis. Harrison (1996) aponta que profissionais de saúde sentem-se constrangidos e despreparados para conversar sobre a sexualidade de seus pacientes, sobretudo os LGBTs. Diante do constrangimento gerado pelo assunto, profissionais tendem a abordar a sexualidade reduzindo-a a seus aspectos reprodutivos ou patológicos (Lucksted, 2004). Neste sentido, Terto-Júnior (2002) sugere que os profissionais de saúde que trabalham com a população LGBT se esforcem em ultrapassar este constrangimento e a incluir a sexualidade no campo da saúde para além dos seus aspectos relacionados à DST/Aids. Assim, atender às necessidades

de vínculo demanda olhar e buscar saídas para a interface problemática que muitas vezes sustenta os encontros entre usuários LGBTs e profissionais de saúde. Nesta interface, afetos se combinam e se retroalimentam: o temor de um e o despreparo do outro, a evitação e o constrangimento, o ocultamento e o tecnicismo.

No sentido de transformar este modo de relação, a literatura científica sugere que o profissional de saúde utilize um linguajar neutro de modo a evitar pressuposições preconceituosas (J. B. Lehmann et al., 1998; E. M. Smith et al., 1985), uma postura de curiosidade que demonstre interesse e respeito para garantir a privacidade e a explicitação da perspectiva inclusiva e não-discriminatória do profissional (Harrison & Silenzio, 1996; James & Platzer, 1999). Além disso, autores sugerem que sejam oferecidos treinamentos às equipes de saúde e que sejam realizados investimentos na formação desses profissionais, de modo a torná-los sensíveis e atentos às questões de diversidade sexual desde o nível de graduação (M. E. Clark et al., 2001; Hinchliff, Gott, & Galena, 2005b; Hunter, Cohall, Mallon, Moyer, & Riddel Jr., 2006; Neville & Henrickson, 2006; Spade, 2003). Sobretudo, é necessário que a formação desses profissionais forneça subsídios para que eles ampliem os discursos sobre a sexualidade humana para além dos aspectos orgânicos e auxilie-os a entender as categorias identitárias de maneira fluida e dinâmica (Lionço, 2009).

No entanto, ainda que essenciais, os conhecimentos derivados de treinamentos não podem ser tomados como suficientes para a transformação das relações profissionais-usuários. A construção de um vínculo, embora tomada dentro do rol de necessidades as quais o trabalho em saúde deve responder, é um empreendimento humano e não meramente técnico.

Considero que no contexto brasileiro, o trabalho dos agentes comunitários de saúde pode ter potencial transformador, uma vez que, por meio das visitas domiciliares, eles fazem o papel de busca ativa desta população, dando o primeiro passo no movimento de inclusão (Lionço, 2009). Assim, o visitar ganha especial relevância quando revestido de um significado positivo que reafirma a importância da relação. Neste sentido, Romano (2008) destaca como a visita domiciliar foi um dos elementos fundamentais para a construção da inclusão das travestis em um serviço de saúde no Rio de Janeiro.

Necessidade de autonomia

Finalmente, o último conjunto de necessidades de saúde descrito por Cecílio (2006) diz respeito à autonomia, no sentido da *“possibilidade de reconstrução, pelo sujeito, dos sentidos*

de sua vida” (p.115). Em relação à população LGBT esta reconstrução deve incluir a possibilidade de criar sentidos para a vida para além da sobredeterminação das categorias de identidade sexual. Implica portanto, em garantir que as pessoas possam construir múltiplas narrativas sobre si mesmas e sobre suas vidas, introduzindo rupturas e descontinuidades nas descrições estereotipadas e homogêneas acerca do que vem a ser um homem gay, uma mulher lésbica, uma travesti ou um/a transexual. Este direito de se construir enquanto sujeito singular e inacabado é fundamental, sobretudo para aqueles que são usualmente definidos por seu pertencimento a um grupo minoritário. No caso da população LGBT isto se daria pelo reposicionamento da sexualidade dentro dos discursos, permitindo que corpo, gênero e afeto sejam aspectos fluidos, não-exclusivos, nem sempre importantes e às vezes estratégicos, na construção da vida de cada um. Em seu sentido mais filosófico, garantir a autonomia significa sustentar a incompletude do ser e seu constante movimento de transformação.

Deste modo, Teixeira (2003) fala de disposições morais e cognitivas do profissional de saúde que podem orientar aquilo que ele chama de acolhimento-dialogado. Para ele, este tipo de relação se dá a partir do *“reconhecimento do outro como um legítimo outro, o reconhecimento de cada um como insuficiente”* e o reconhecimento de que *“o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes”* (p.95). Este último aspecto traz uma importante contribuição na medida em que chama nossa atenção para a cooperação necessária para a construção de sentidos. Em um cenário de vida impregnado pela lógica individualista, autonomia pode ser facilmente reduzida a um exercício de liberdade ou a uma expressão de vontades. Assim, pensar autonomia do ponto de vista relacional demanda a consideração de que é nas relações que alguém pode construir e sustentar sentidos para sua vida. Autonomia seria portanto uma conquista coletiva que emerge de formas de relacionamento de co-responsabilização e de apreciação da diferença. Nas palavras de Paulo Freire (1987): *“Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho. As pessoas se libertam em comunhão”* (p.52)

Deste modo, a construção da autonomia se dá para além do plano individual e solicita um empenho na transformação das formas de viver em sociedade. O profissional de saúde é mais uma vez convocado a ampliar os destinatários de suas ações, considerando que, muitas vezes, a construção da autonomia de uma pessoa LGBT perpassa o conjunto de suas relações. Assim, é possível considerar que a discriminação, violência e sofrimento que fazem parte do cenário de vida das pessoas LGBTs, com frequência atingem também aqueles a eles ligados, criando um importante campo de atenção e cuidado para profissionais da saúde, em especial no campo da saúde mental, por exemplo. Intervir em saúde no sentido de construir autonomia pode, em algumas circunstâncias, tomar a forma de oferecer informações aos pais

de uma jovem transexual que sofrem por não compreender o que acontece com a filha; promover programas comunitários inclusivos que desafiem uma determinada comunidade a refletir sobre seus preconceitos; amparar famílias na construção de estratégias para o enfrentamento da violência sexual sofrida por um de seus membros e estimular a articulação de famílias, amigos e comunidade na produção de uma rede social solidária, por exemplo.

Contribuições dos estudos epidemiológicos

As considerações sobre as necessidades de saúde da população LGBT apresentadas até agora circunscrevem um foco amplo de ações em saúde. Como exposto, este foco inclui o contexto físico e relacional do usuário, integra necessidades biológicas, psíquicas e sociais, e dá uma dimensão política às práticas de cuidado em saúde. Ao fazer esta apresentação, espero ter alinhavado uma compreensão acerca do trabalho em saúde com a população LGBT que suplanta um enfoque restrito à doença e ao corpo e deste modo encaminha esforços em direção à integralidade. Sem perder isto de vista, resta agora apresentar as contribuições disponíveis na literatura de enfoque epidemiológico. A meu ver, o conhecimento gerado por estes estudos deve ser incorporado e reposicionado segundo a lógica abrangente de necessidades que apresentei anteriormente. Deste modo, podemos aproveitar estrategicamente das informações geradas por ele, sem necessariamente partilhar dos pressupostos essencialistas e homogeneizantes que muitas vezes podem acompanhar os estudos de populações.

Assim, é importante considerar que a prática do sexo anal pode colocar homens homossexuais e bissexuais em maior vulnerabilidade para doenças infecciosas do sistema gastro-intestinal e urinário, hepatites virais, DSTs e Aids (Harrison & Silenzio, 1996). Além disso, devido a sua exposição maior ao HPV no ânus, a população homossexual está três vezes mais suscetível ao desenvolvimento do câncer nesta área que homens heterossexuais (Rhodes & Yee, 2006). De modo semelhante, travestis que trabalham no comércio sexual têm (tem) maior nível de exposição a DSTs/Aids, hepatites virais, e outras doenças, bem como apresentam altos índices de consumo de álcool e outras drogas (Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender health Access Project, 2000; GLBT Health Access Project, 1997).

O tabagismo é indicado com alta incidência na população de homens e mulheres homossexuais reforçando a suscetibilidade ao câncer de pulmão (Rhodes & Yee, 2006). Além do tabaco, estudos apontam que mulheres lésbicas e bissexuais apresentam altos índices de consumo de bebidas alcoólicas (Fields & Scout, 2001; J. B. Lehmann et al., 1998; Meads,

Buckley, & Sanderson, 2007; Rogers et al., 2003; Shaw, 1989). Fields (2001) destaca que mulheres lésbicas podem aumentar sua suscetibilidade ao câncer cervical e de mama quando fatores como a nuliparidade, o tabagismo e obesidade se combinam. Além disso, pesquisas brasileiras relatam que os exames de diagnóstico precoce para estes cânceres são em geral negligenciados tanto pelas mulheres lésbicas quanto por seus cuidadores (Barbosa & Facchini, 2009; Coelho, 2001).

Uma vez que as campanhas de prevenção ao HIV/Aids focam-se muito no sexo heterossexual e nas práticas sexuais masculinas, algumas mulheres lésbicas tendem a acreditar que suas práticas sexuais constituem uma forma de prevenção (Rodrigues & Schor, 2010). Assim, a literatura recomenda que especial atenção seja dada à prevenção de DSTs/Aids nesta população (Rodrigues & Schor, 2010; Shaw, 1989)

Quando entendidas em articulação com as políticas que organizam o sistema de saúde brasileiro, as necessidades de saúde da população LGBT e as possibilidades de a elas responder, ganham um outro nível de inserção. Assim, no próximo capítulo apresento os princípios que organizam a assistência a saúde no Brasil e destaco o debate atual sobre a humanização da relação de cuidado.

Políticas de saúde e a cultura do cuidar:

**a construção de uma proposta de assistência
a saúde integral e humana**

Na construção do argumento deste trabalho, entendo que os apontamentos da história das relações entre as ciências da saúde e os cuidados oferecidos à população LGBT, apresentados no capítulo um, e a reflexão sobre suas necessidades em saúde apresentadas no capítulo dois, precisam ser articulados no contexto mais amplo das políticas em saúde no Brasil. Na articulação que apresento a seguir, tomo como cenário as políticas que estruturam o sistema de saúde público brasileiro e que regulamentam também a assistência complementar oferecida pelos convênios privados. No entanto, centralizo minhas considerações no contexto da saúde pública e deixo para o leitor a tarefa de ponderar em que minhas reflexões poderiam se estender também ao setor privado. Entendo que o atual modelo brasileiro de assistência a saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), é produto de uma história de lutas políticas e debates ideológicos. Assim, parece-me importante apresentá-lo considerando duas perspectivas: a) sua consolidação histórica enquanto política pública de saúde que se sustenta em uma filosofia, se opõe a uma tradição e define uma moldura para sua efetivação prática e b) sua relação com o debate atual sobre a humanização e a integralidade das práticas em saúde.

Neste capítulo seguirei estes dois caminhos, esperando que assim possa ampliar o cenário no qual a discussão das práticas em saúde destinadas à população LGBT se inserem.

Saúde no Brasil: políticas, filosofia e práticas

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986 definiu um projeto de assistência a saúde no Brasil que foi incorporado na Constituição de 1988. Segundo o artigo 196 desta Constituição, saúde é um direito de todos e dever do Estado. Em oposição à maneira que havia sido abordada até então, a saúde passa a ser vista como um direito universal, não apenas restrita a grupos ou classes, nem condicionada a formas de participação social (como por exemplo ser trabalhador e contribuinte do sistema previdenciário), e o Estado passa a ser o responsável por sua garantia. A garantia à (a) saúde enquanto um direito foi fundamental para que, a partir de então, esforços fossem concentrados na efetivação de uma rede pública de assistência a saúde. No entanto, a que este direito faz referência? A definição de saúde proposta pela VIII CNS é ampla:

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (Brasil, 1986)

Nesta definição, saúde é a resultante de processos que ultrapassam os limites somáticos, incluindo determinantes sociais e psicológicos. Na compreensão de como os determinantes sociais interferem na produção da saúde das pessoas, três abordagens parecem ser preponderantes (Buss & Pellegrini-Filho, 2007). A primeira delas, considera que os aspectos materiais e físicos, decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas, influenciam diretamente nas condições de vida da população e portanto, cooperam na produção de saúde ou doença. A segunda abordagem, toma os fatores psicossociais como preponderantes, levando em consideração que as condições de exclusão e desigualdade social se configuram como estressores responsáveis pela mitigação da saúde. A terceira abordagem busca compreender como a saúde está relacionada à maneira que as pessoas se vinculam entre si e com as instituições. Como expressa Buss e Pellegrini-Filho em relação a esta terceira abordagem:

“Esses estudos identificam o desgaste do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde” (2007, p. 82).

É este entendimento amplo de saúde, produto da VIII CNS, que iria inspirar a organização das políticas públicas de saúde no Brasil que em 1990, instituíram o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das leis 8080 e 8142.

Inspirado na Conferência de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde em 1978 e que tinha como lema “Saúde para todos até o ano 2000”, a proposta de organização da assistência a saúde pelo SUS tem como estratégia de ação a criação e fortalecimento de uma rede de atenção básica que se situe o mais perto possível do contexto de vida e trabalho das pessoas (Rivero, 2003).

Esta rede de atenção básica funcionaria como a “porta de entrada” de um sistema de serviços em saúde hierarquicamente organizado segundo o nível de complexidade clínico-terapêutico (primário, secundário ou terciário).

À medida que o paciente necessitasse de cuidados mais específicos e intensos e que demandassem maior utilização de equipamentos tecnológicos, ele ascenderia dentro de um sistema unificado com alcance pulverizado por meio das unidades básicas de saúde e recursos empregados racionalmente, segundo as necessidades de cada nível.

Assim, o sistema de saúde é concebido de modo hierarquizado, regionalizado e descentralizado, determinando que o poder de decisão e os recursos estejam situados próximos às pessoas, possibilitando maior participação social na definição de prioridades e no controle sobre os recursos. Em geral a participação social é viabilizada pelas Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde e Comissões Locais de Saúde.

Esta organização do serviço é costurada pelos fios de três princípios filosóficos: a universalidade, equidade e integralidade. A universalidade diz respeito à (a) garantia de cuidados em saúde, com disponibilidades de serviços a todas as pessoas e em todos os níveis de complexidade.

O princípio da equidade determina que deve haver justiça no acesso aos serviços de saúde e que portanto, enquanto um sujeito de direitos, todo cidadão é igual perante o SUS. Além disso, considerando que indivíduos, grupos e populações podem apresentar necessidades de saúde específicas, o princípio da equidade sustenta a possibilidade de que as ações em saúde organizem respostas particularizadas, correspondentes às especificidades apresentadas pela população atendida. Neste sentido, equidade significa oferecer a cada um

aquilo que cada um necessita. É com base neste princípio que se organizam políticas específicas de saúde dentro do SUS, como por exemplo: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (de 2004); do Homem (de 2008); da População Negra (2006); da Pessoa Idosa (2006) e da População LGBT (2010). O princípio da equidade reconhece que as condições sociais são desigualmente distribuídas no Brasil, que tais desigualdades são determinantes no processo saúde-doença e portanto, demandam que a justiça na distribuição dos serviços de saúde se faça a partir de uma sensibilidade às diferenças. Neste sentido, as reflexões que apresentei no capítulo anterior visam contribuir com a produção de um entendimento acerca das diferenças presentes na população LGBT.

O princípio da integralidade diz respeito à consideração dos aspectos promocionais, preventivos, curativos e reabilitadores no processo saúde-doença, em nível individual e coletivo, dentro dos três níveis de organização do sistema de saúde. Além disso, refere-se também à (a) consideração das pessoas enquanto seres inseridos em seu ambiente natural e social (Silva, Pinheiro, & Machado, 2003).

Enquanto princípios filosóficos, a universalidade, a equidade e a integralidade se colocam enquanto uma bússola que norteia o modo como a saúde deve ser pensada. Não se reduzem, portanto, a metas no sentido de que não podem ser operacionalizados em um conjunto de procedimentos que garantiriam sua consecução. São, no dizer de Mattos (2006), uma imagem-objetivo, ou seja, um referencial agregador para a construção de um projeto comum que *“ao enunciar aquilo que, segundo nossa aspiração, existirá, (...) também fala, embora sinteticamente, daquilo que criticamos no que existe, e que nos levou a sonhar com uma outra realidade”* (p.41).

Ao falar especificamente da integralidade, Mattos (2006) discute o conceito tomando como referência três níveis de implicação: as práticas profissionais, a organização dos serviços e a promoção de políticas. Pensar a integralidade em cada um destes níveis significa uma oposição a um reducionismo. No primeiro nível, integralidade pode fazer referência à (a) prática de uma medicina que não se reduz a suas especialidades. Neste sentido, o profissional de saúde escuta seus pacientes para além da queixa manifesta e posiciona-se na relação com o doente como alguém interessado em uma pessoa afetada por uma doença e não na doença apresentada pela pessoa. É no campo das relações entre profissionais e usuários que a compreensão das necessidades em saúde, tal qual apresentadas anteriormente, podem informar uma escuta profissional ampla e integral. Em um segundo nível, integralidade tem o sentido de organizar práticas que superam a divisão entre os níveis preventivos e assistenciais, não se reduzindo a respostas à demanda espontânea nem tampouco a uma demanda programada. Fala-se aqui da possibilidade dos serviços responderem às necessidades de seus

usuários para além da queixa que manifestam, podendo oferecer ações que cuidem da vida e não apenas de seus obstáculos. Mattos (2006) sugere que o uso da epidemiologia pode ser de grande utilidade ao delinear perfis populacionais aos quais se dirigem ações que “escutam” o risco do adoecimento, antes que a própria doença se instale. No entanto, o autor adverte que algumas necessidades de saúde não podem ser apreendidas pelas ferramentas da epidemiologia, demandando dos serviços a contínua procura pela singularidade. Sendo assim, a percepção de necessidades que ultrapassa a queixa manifesta, também exige que as ações previstas nos programas institucionais sejam ultrapassadas. Integralidade, neste sentido, significa manter o serviço de saúde constantemente aberto à assimilação de necessidades de saúde que não foram contempladas em seu conjunto de ações. O terceiro sentido de integralidade refere-se à prerrogativa de não reduzir o objeto das políticas em saúde. Neste sentido, uma política de atenção à saúde da mulher, por exemplo, não pode ser traduzida em ações que cuidem somente de problemas ligados ao útero, às (as) mamas e à (a) reprodução, desconsiderando as especificidades culturais ligadas ao gênero que cooperam na construção da saúde ou da doença da mulher. Do mesmo modo, uma política de atenção integral a transexuais deve garantir o acesso à totalidade do “processo transexualizador” não apenas à cirurgia de redesignação sexual. Mais além, esta política deve conceber este processo enquanto um percurso de assistência que ultrapassa os contornos do corpo e que toma cultura, contexto e relações como foco de suas intervenções.

O princípio da integralidade, tal qual discutido por Mattos (2006) e articulado ao princípio da universalidade e da equidade, convoca profissionais a buscarem compreender a saúde e intervir em seu cuidado de um modo não-reducionista que em última instância afirma a humanidade do destinatário de suas ações.

Como apresentarei adiante, diálogo é o nome do tipo de relação no qual os interlocutores não precisam ser privados de sua humanidade. Meu interesse em investigar os recursos dialógicos para a qualificação da assistência a população LGBT tem portanto a integralidade com princípio de referência. Se antes eu fiz o argumento sobre a especificidade das necessidades de saúde desta população, agora é possível ampliá-lo e afirmar que o desenvolvimento de recursos relacionais para o trabalho em saúde que proponho não se dirige apenas às demandas específicas deste grupo, mas a um ideal de consolidar um sistema de saúde universal, integral e equânime. Tais recursos podem auxiliar a construção de uma alternativa à exclusão impregnada ainda hoje nas práticas de cuidado destinadas à população LGBT. Podem também contribuir com a reformulação de uma cultura acerca do cuidar que supere a herança histórica do tecnicismo objetificante e do especialismo redutor.

Os limites de uma tradição

Desde o seu nascimento enquanto ciência moderna, a medicina se fundamentou no discurso cartesiano que permitiu conceber o corpo humano como uma máquina separada de seu espírito. O modelo mecanicista permitiu que o corpo pudesse ser visto como um conjunto de peças em interação e a saúde como produto do bom funcionamento de partes específicas. Além disso, em oposição ao modelo místico que a precedeu, a medicina moderna tomou os princípios da ciência como organizadores e assim se esforçou em produzir um conhecimento objetivo e universal. Esta abordagem científica sobre o corpo permitiu que médicos-cientistas construíssem a partir do século XIX um surpreendente saber sobre a anatomia e fisiologia humana. O corpo, não mais território sagrado e misterioso, passou a ser mapeado em seus componentes e funcionamento. As doenças começaram a ser entendidas enquanto falhas desse funcionamento, ou como resultado da invasão de micro-organismos. As doenças tinham causas que podiam ser objetivamente identificadas e tratadas por meio de uma terapêutica que também se desenvolvia de acordo com os princípios científicos. É impossível menosprezar o otimismo gerado pela Medicina Moderna na medida em que vai desenvolvendo seu modelo de entendimento objetivo e sua terapêutica efetiva no tratamento de males que castigam a humanidade até então. A ciência e a tecnologia emergiram com promessas ambiciosas de libertar homens e mulheres da dor, doença e morte (Capra, 2001).

Para que se consolidasse enquanto ciência, a medicina necessitou em primeiro lugar, afirmar-se enquanto atividade objetiva, e portanto, precisou rejeitar todos os aspectos que não podiam ser reduzidos a um modelo simples, linear e demonstrável. Assim, se nos primórdios das práticas de cuidado, o médico era aquele que se colocava junto ao leito do doente em uma relação direta e próxima ao cenário de vida do paciente, posteriormente ele encontrar-se-á nos hospitais e clínicas que dispõem de um arsenal tecnológico que mediará sua relação com o paciente. Ainda mais adiante, esta relação será em muito reduzida à troca de informação por medicação – uma vez que além da tecnologia diretamente empregada na consulta médica, o médico disporá da tecnologia invisível, porém efetiva, da produção de fármacos (Queiroz, 1986).

Em segundo lugar, a cientificidade da medicina moderna se ancora na adoção de um modelo que separa mente e corpo e que entende este último a partir de um referencial mecanicista. É dentro deste referencial que o médico pôde se especializar no conhecimento de partes específicas do corpo humano, no entendimento unicausal do processo saúde-doença e no tratamento isolado de indivíduos, corpos ou órgãos.

Estas duas forças, da objetividade e do mecanicismo, contribuíram para a formação de uma tradição de assistência a saúde que vem encontrando cada vez mais limites e críticas. Esta tradição é responsável pelo aumento do uso de tecnologia no cuidado que se traduz em custos cada vez mais altos e muitas vezes desproporcionais em relação aos resultados que promovem. É também responsável pela fragmentação do cuidado em especialidades cada vez mais isoladas, focadas no corpo doente e sem abertura para a compreensão da pessoa doente. Esta tradição fomentou uma prática de cuidado curativa e reducionista muitas vezes restrita à prescrição de medicamentos, centrada na figura do médico e focada no corpo descontextualizado. A morte foi tomada como um inimigo a ser vencido em uma tradição médica povoada por metáforas bélicas (invadir, bombardear, sentinela, vencer, lutar contra, resistência, etc).

Portanto, é em face desta tradição que o SUS tenta se firmar como uma organização de assistência a saúde que demanda uma nova cultura de cuidado. A definição ampla de saúde, a abordagem contextualizada, a ênfase na integralidade, o foco no trabalho interdisciplinar, a valorização da atenção básica e as estratégias de promoção e prevenção podem todos ser entendidos como tentativas de oposição aos déficits da tradição da medicina moderna. No entanto, a proposição deste novo modelo se dá em um cenário no qual a cultura de assistência ainda se sustenta na tradição da medicina moderna. Uma nova organização foi implantada para profissionais e usuários formados em um universo cultural distinto, e até mesmo, oposto à proposta que se instituiu. Na medida em que este embate de tradições se desenvolveu, foi ficando claro o ponto no qual a herança mecanicista nos deixou em maior defasagem. Sem dúvida as práticas de cuidado de hoje se beneficiam imensamente dos desenvolvimentos nos campos da anatomia, fisiologia, microbiologia, farmacologia, bem como de toda a tecnologia aplicada no campo (do estetoscópio aos mais poderosos equipamentos de diagnóstico por imagem). No entanto, o mesmo não pode ser dito a respeito do desenvolvimento da capacidade de cuidadores se relacionarem com os destinatários de suas ações. Por isso, a consolidação da proposta de assistência do SUS depende daquilo que tem sido chamando de humanização do cuidado.

A humanização das práticas em saúde

Em 2004 o Governo Federal lançou o programa HumanizaSUS em resposta às tensões geradas pela crescente insatisfação, de um lado, de usuários dos serviços de saúde pouco eficazes e efetivos, e de outro, dos profissionais demandando melhores condições de trabalho.

Antes disso, algumas propostas já haviam surgido delineando o campo da humanização, tais como: a Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); e Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), e PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (2001) (Benevides & Passos, 2005).

O debate acerca da humanização é atualmente intenso e engendra uma pluralidade de sentidos para o termo. O texto publicado pelo Governo Federal estabelece as seguintes diretrizes:

- “1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.*
- 2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.*
- 3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.*
- 4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.*
- 5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.” (Brasil, 2004b)*

Embora o texto oficial não ofereça uma definição clara do termo “humanização”, as diretrizes que oferece, delimitam uma intervenção que busca sobretudo transformar as práticas relacionais no campo da saúde. Assim, valorizam-se a dimensão relacional, a produção de sujeitos, a atuação cooperativa e solidária, a construção da autonomia e do protagonismo. Em sua análise do texto oficial, Deslandes (2004) identifica quatro núcleos de significado na construção do sentido de humanização. O primeiro sentido opõe humanização à violência, entendendo que esta está historicamente instituída nas práticas hospitalares que despersonalizam e silenciam os pacientes. A contraposição à (a) violência institucional se daria por meio da retomada de princípios ético-relacionais que permitiriam que o paciente estivesse presente nas práticas de cuidado como uma pessoa e não apenas como um corpo sobre o qual a intervenção médica opera. A ascensão de corpo à pessoa se dará (daria) na medida em que a linguagem for (é) reconhecida como elemento humanizante e produtor de subjetividade. De modo prático, humanizar neste sentido estaria relacionado à retomada das capacidades

comunicativas entre profissionais e usuários, bem como entre os profissionais enquanto membros de uma equipe. O desafio neste âmbito é de sustentar a relação profissional-usuário dentro de um espaço dialógico. A construção e sustentação deste espaço dialógico de negociação de sentidos sobre o cuidado é tensional e atravessada por diferentes discursos, dentre os quais destaca-se a tradição médica moderna que pressupõe que o profissional é quem tem as melhores condições de decidir sobre as intervenções (Spink, 2007).

O segundo sentido de humanização presente no texto oficial refere-se à possibilidade de oferecer cuidado de qualidade que articule avanços tecnológicos e competência relacional. Neste ponto, o texto sublinha a necessidade de colocar a tecnologia a serviço da produção de uma atenção eficiente e efetiva, entendendo que um serviço humanizado deve ser capaz de resolver os problemas dos usuários na extensão de seus recursos e possibilidades. A humanização neste aspecto refere-se à excelência no cuidado, incluindo suas dimensões de competência técnica, os insumos materiais e habilidades relacionais.

A melhoria das condições de trabalho para os profissionais é destacada como o terceiro sentido, que neste caso, sustenta-se no entendimento de que a humanização do cuidado passa pela humanização do processo de trabalho dos profissionais de saúde. Finalmente, o quarto sentido concebe a humanização como a ampliação do processo comunicacional. Nas palavras de Deslandes (2004):

“(...) os documentos apontam a deficiência do diálogo, a debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, repercutindo de forma negativa no cuidado prestado. O desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveriam a violência, comprometeriam a qualidade do atendimento e manteriam o profissional de saúde refém das condições inadequadas que não raro lhe imputam desgaste e mesmo sofrimento psíquico (p.10)”.

Assim, embora o termo humanização seja bastante utilizado, e muitas vezes banalizado em expressões que o esvaziam de sentido, parece haver uma tendência em operacionalizar uma definição que valoriza os aspectos relacionais e comunicacionais como fundamentais. Benevides e Passos (2005) sugerem que o termo deva ser utilizado para fazer referência ao investimento na produção de novas formas de relação entre profissionais e usuários de modo a fomentar o protagonismo destes participantes. Na prática, isto demandaria um enfretamento das práticas de cuidado fragmentadas e fragmentadoras, que se instituem a partir de uma lógica de especialidades. Desta forma, humanizar a atenção em saúde demanda que o

profissional desenvolva capacidades de se relacionar com seus pacientes de modo diferente, considerando-os como pessoas (e não órgãos) e como participantes de comunidades (e não sujeitos individuais).

Para que isso seja possível, faz-se necessário que o profissional e o serviço de saúde sejam capazes de gerar um novo cenário relacional. É neste sentido que Merhy (2000) propõe que o profissional em saúde considere as três tecnologias de que dispõe, denominadas de duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras são compostas pelos equipamentos que o profissional usa e que condensam em sua materialidade a história do desenvolvimento de diferentes saberes. As tecnologias leve-duras são os conhecimentos de que o profissional dispõe e que informam suas decisões no processo clínico. As tecnologias leves são aquelas que estão presentes no espaço relacional entre profissional e paciente e que só se materializam em ato. Ao denominar este espaço relacional enquanto uma tecnologia, Merhy enfatiza a necessidade de que os profissionais concebam a construção da relação com o usuário como parte de seu trabalho e que portanto, invistam no desenvolvimento das habilidades necessárias para sua operacionalização. Para este autor, as possibilidades de superação do modelo de assistência da medicina moderna estão justamente no investimento nas tecnologias leves. No entanto, se conceber o espaço relacional como uma **tecnologia** tem o benefício de destacar a necessidade de investimento no desenvolvimento e uso desta tecnologia, por outro lado ela pode reduzir as implicações da consideração do espaço relacional ao formato de procedimentos definidos e destinados a determinados resultados (Ayres, 2000). Por isso, minha preferência pelo termo **competência relacional**.

Embora difícil de ser delineada por completo, esta competência relacional implicaria na possibilidade da legitimação da alteridade, no reconhecimento dos limites e incompletudes como aberturas e no entendimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes, ou como diz Teixeira *“todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades”* (2005, p. 593).

No projeto de humanizar a assistência a saúde, a ênfase na comunicação, na palavra e no diálogo são preponderantes. Enfatiza-se a retomada da palavra para além de sua função informativa, e a apropriação do diálogo enquanto terreno de produção de sentido e acolhimento da diferença (Ayres, 2000; Deslandes, 2004, 2005, 2005; R. R. Teixeira, 2005)

Em resumo, um olhar histórico sobre o modelo de assistência a saúde no Brasil, reconhece a emergência de princípios conceituais que desafiam reducionismos, como a definição ampliada do conceito de saúde, a implantação de uma política de saúde que se

pretende universal, integral e equânime; a compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença, a valorização do controle social, e o apreço pelo diálogo e pela relação. No plano prático, historicamente vimos tentativas de consolidação destes princípios com a implantação do SUS e das políticas de humanização. No entanto, o desenvolvimento de uma nova cultura do cuidar não depende exclusivamente da implantação de políticas nem da mudança de estratégias de gestão. É cada vez mais claro que esta nova cultura, inspirada em ideais de justiça, solidariedade e integralidade, necessita do desenvolvimento de competências relacionais que traduzam princípios em práticas, e diretrizes em ações.

Ao mesmo tempo, como apresentado no capítulo um, a população LGBT se articula em uma nova relação com os serviços de saúde. Pela primeira vez foram protagonistas de uma política de atendimento que leva em conta suas especificidades. Tendo sido alvo de intervenções corretivas e discriminatórias, esta população espera atenta, pela tradução prática das promessas de integralidade e humanização. Neste terreno intermediário e tensional, profissionais de saúde e usuários LGBTs se encontram. É neste terreno que o desenvolvimento de competências relacionais parece atender tanto às necessidades de consolidação de uma nova cultura em assistência a saúde quanto às demandas de uma população cuja relação com as práticas de cuidado estão sendo historicamente alteradas.

Interlúdio 2

Encruzilhada

Fiquei animado quando a enfermeira me disse que eu seria visto por um médico da família no dia seguinte. Ela me atendeu com paciência e cordialidade em um posto de saúde amplo, reformado, movimentado e organizado. Desde que retornei dos Estados Unidos, eu decidi em não contratar um convênio médico privado e ser usuário do mesmo serviço que estudava, o SUS. É verdade que essa decisão era facilitada por um cenário de escassez de recursos financeiros muito familiar aos doutorandos sem bolsa. Mas ela não deixava de ser, por isso, uma eleição que se amparava em um posicionamento político.

Ao escrever alguns capítulos desta tese, conheci uma história sobre o SUS da qual passei a me orgulhar. Em uma noite, surpreendi-me com a empolgação com que falava com uma amiga sobre os princípios filosóficos do SUS. Eu falava de integralidade por sobre as migalhas do jantar. Eu havia retornado de um país no qual o debate sobre a possibilidade de uma assistência universal a saúde dividia opiniões calorosas e o desejo de equidade que elegera seu primeiro presidente negro não encontrava muito espaço para traduzir-se em políticas de cuidado.

Foi com este entusiasmo e orgulho que cheguei ao posto de saúde. O médico da família que me atendeu era um homem agradável, embora silencioso demais. Em uma primeira consulta, eu esperava uma anamnese extensa, uma investigação ampla que permitisse a identificação de necessidades. Mas ele parecia contente em responder a minha queixa com uma prescrição. Havia uma pressa e uma ansiedade em nossa conversa que provavelmente tinha a ver com a fila que aguardava atendimento fora da sala. Talvez tivesse a ver também com o fato de que todos os pacientes haviam sido agendados para o mesmo horário, não por engano, mas para a conveniência do serviço, eu descobri depois. Eu negociava comigo mesmo as frustrações e alegrias de ver uma filosofia se espremendo para caber na vida do serviço. Mas eu tinha a filosofia e a ela recorria para lembrar que a vida pode ser mais que a dor de sua estreiteza. Comemorei quando o exame foi agendado e realizado com agilidade, como se um raio-x pudesse revelar não apenas minha saúde, mas a imagem de uma conquista coletiva. Contudo, a longa espera pelo agendamento com um especialista que se seguiu, refletiu a impaciência daqueles que querem mais que um sonho.

É nesse sentido que entendo o argumento de Spink (2010a) em defesa do conhecimento como recurso para lidar com a complexidade das experiências no campo da saúde. A autora propõe que este conhecimento inclua o entendimento da história da criação do SUS, de sua filosofia e de seus desafios. Esse entendimento permitiria que o profissional situasse seu trabalho enquanto um ato

político e concebesse sua prática em saúde como parte de um projeto maior direcionando seus esforços para o enfrentamento dos obstáculos que nos separam do ideal filosófico almejado. Por isso, a autora se admira ao constatar que muitos alunos de psicologia ignoram a proposta que sustenta o SUS, mesmo sendo este um dos poucos cenários com ofertas de empregos para esta área.

Os convênios privados de assistência a saúde sempre foram o recurso ao qual minha família recorreu. Portanto, assim como para muitos de meus colegas universitários, minha inserção no SUS se deu, desde o princípio, em um lugar profissional. E a divisão entre o “local onde eu trabalho” do “local onde sou cuidado” reverberou em mim em dissonâncias quanto ao “trabalho que eu ofereço” e o “trabalho que quero receber”. Uma divisão impregnada de uma separação de classes que atravessa nossa história. Para mim, e para muitos, o SUS era o recurso daqueles que não dispunham de melhores alternativas. Ironicamente, era também o local de trabalho de onde saíam os recursos daqueles que usavam tais melhores alternativas.

Em um tempo de crescente desinteresse por aquilo que é público e político, esperar horas por uma consulta apressada ou aguardar semanas para um horário com um especialista, são fortes convites para uma crítica intumescida de desesperança. E se os motivos de minhas consultas fossem atravessados pela urgência e gravidade que freqüentemente permeiam as relações no campo da saúde, provavelmente a crítica me levaria à procura pelas “melhores alternativas”. Felizmente, daquela vez eu podia esperar e por isso pude também adiar ter que decidir entre minha saúde e meus ideais. Nesta encruzilhada ética onde público e privado se encontram, a história cimenta um suporte de esperança ao me lembrar de contínuas transformações: se a espera por uma consulta é hoje insuficiente, poder esperar por ela foi um dia uma conquista.

Empenho da/na palavra:

contribuições dialógicas para o campo da saúde

As considerações que apresentei até agora convergem para a elaboração de um argumento em favor das transformações das práticas em saúde orientadas à população LGBT. Vimos inicialmente como as categorias de identidade sexual foram geradas dentro de um discurso médico-científico, e como dentro deste mesmo discurso, estas categorias foram abordadas criando um cenário que hoje consideramos insatisfatório. Este discurso médico-científico que se inaugura na modernidade também fundou um modelo de assistência a saúde que, embora tenha sofrido constantes reformulações e ampliações, atualmente também apresenta sinais de insuficiência. Assim, os limites do discurso médico-científico se apresentam tanto na sua aproximação às sexualidades LGBT, quanto na sua organização de práticas em saúde.

Deste modo, as possibilidades de superação dos limites atuais na assistência a saúde da população LGBT podem ser formuladas enquanto uma necessidade de pensar seus entraves dentro de uma outra epistemologia, na crença de que, ao reformular o problema em novos termos, novas possibilidades de respostas possam emergir. Esta outra epistemologia permitiria que, a um só tempo, tanto as categorias de identidade sexuais pudessem escapar das descrições essencialistas que as aprisionam e que muitas vezes justificam sua discriminação, quanto que as práticas de cuidado, em consonância com o projeto de humanização da assistência a saúde, se estendessem para além de um exercício tecnicista e objetificante.

A emergência de uma nova epistemologia é concebida aqui como uma mudança paradigmática. Nossas possibilidades de formular problemas e respostas estão circunscritas pelos compromissos que adotamos com determinada teoria, com certa definição de objeto e com um conjunto de práticas investigativas que denominamos método. Estes elementos se articulam de modo a criar paradigmas que definem os contornos daquilo que pode ser pensado e como pode ser pensado (Kuhn, 1962). Como analogia, tomo os paradigmas como uma “linguagem”. Aqueles que são fluentes em pelo menos duas línguas provavelmente estão familiarizados com situações nas quais a tradução de uma língua para outra parece ser impossível ou insuficiente. O sentido expresso em uma língua, muitas vezes não encontra equivalência nas construções de linguagem possíveis pela gramática e vocabulário de outra (língua). Cada língua constitui um mundo próprio, ou segundo a metáfora de Wittgenstein (1996), a linguagem é uma “forma de vida”. De mesma forma, paradigmas criam mundos específicos. Assim, mudar de paradigma não é apenas rearranjar o mesmo problema em novos termos, mas a completa inauguração de uma epistemologia na qual o problema pode inclusive não mais existir. Como exemplo, Gergen (1999) refere-se ao debate insolúvel entre racionalistas e empiricistas sobre como é possível conhecer o mundo. Para os primeiros, o mundo é conhecido na medida em que a nossa mente (ou espírito) organiza nossa percepção do mundo por meio de categorias instituintes da própria mente. Para os segundos, o mundo é conhecido por meio dos registros que imprime sobre a mente. Para ambos o problema de “como conhecemos o mundo” é formulado dentro de uma epistemologia dualista herdeira da tradição cartesiana que separa mente e corpo, consciência e mundo, sujeito e objeto. Assim,

“o problema insolúvel do conhecimento só é insolúvel devido à metáfora dualista utilizada para definir o problema. Podemos abandonar o dualismo e o problema então será desfeito – ou pelo menos será revisado em uma formulação mais tratável” (K. Gergen, 1999, p. 11).

Neste sentido, entendo que uma das possibilidades de ampliação da discussão da assistência a saúde da população LGBT se localiza na ampliação do paradigma da ciência moderna. Apresento a seguir o esboço de uma proposta pós-moderna em ciência, para delinear uma epistemologia que tem, a meu ver, oferecido importantes recursos para o trabalho em saúde.

Para a discussão que faço neste trabalho, considero importante apresentar o paradigma da ciência moderna como um conjunto de crenças que:

- a) fundamentam-se em uma ontologia dualista,
- b) organizam um método destinado a apreensão da verdade,

- c) tomam a linguagem como representação,
- d) e concebem o ser-humano como um ser individual

Assim, segundo este paradigma o mundo existe na forma de uma realidade que pode ser objetivamente apreendida por meio de um método que minimize os possíveis equívocos da mente individual. O conhecimento é formulado em uma linguagem clara e universal que possibilita sua transmissão a outros indivíduos. Uma vez que o conhecimento se refere a uma única realidade, o processo científico é visto como cumulativo e progressista na medida em que a representação da realidade pelo conhecimento vai se tornando cada vez mais refinada e precisa. Em sua tradução prática, o paradigma moderno fundamenta as práticas em saúde organizadas segundo o modelo mecanicista que apresentei no capítulo anterior.

A pós-modernidade é caracterizada por um conjunto de proposições científicas e culturais que, em diferentes intensidades, desafiam o paradigma moderno. Na definição sintética de Lyotard (2002) a pós-modernidade pode ser definida pela incredulidade nas meta-narrativas, e a proliferação de diferentes jogos de linguagem. É assim, caracterizada pela coexistência e disputa de diferentes narrativas contextualizadas, cada uma articulada de modo particular e produtora de uma inteligibilidade específica.

Neste cenário, o conhecimento deixa de ser tomado como representação absoluta de uma verdade, e passa a ser considerado como um jogo de linguagem, um modo de conceber o mundo dependente das formas narrativas e das relações compartilhadas em uma dada comunidade. A verdade na apreensão da realidade, central à epistemologia moderna, é substituída na pós-modernidade pela relatividade das diferentes construções discursivas da realidade. Nesta inteligibilidade, a realidade só pode ser conhecida por mediação da linguagem e desta maneira, torna-se impossível distinguir o real de sua representação.

Na proliferação de teorias que emergem dentro do paradigma pós-moderno é possível identificar um conjunto de pressupostos comuns (Burr, 1995). Em primeiro lugar estas teorias definem o conhecimento em seu caráter produtivo, ou seja, identificam que o “saber sobre” é uma forma de criação e não de representação da realidade. Esta criação se dá dentro de um contexto histórico cultural que a legitima e se sustenta em processos sociais. Uma vez que o conhecimento é produzido ao mesmo tempo em que produz realidade, ele é considerado por seus efeitos e regulações sobre as práticas sociais. Em resumo, esta postura epistemológica define o conhecimento como relativo, produtivo e pragmático.

Formular a produção do conhecimento segundo estes termos enseja um novo conjunto de convites. Em primeiro lugar somos motivados a questionar descrições essencialistas, realistas e descontextualizadas. A apresentação que faço sobre a construção histórica das categorias de identidade sexuais no primeiro capítulo deste trabalho, por exemplo, tem como

objetivo apresentar o processo de produção destas categorias de modo a explicitar sua contingência histórica, social e discursiva. Os trabalhos de Michel Foucault sobre a história da sexualidade e da loucura são exemplos clássicos desta abordagem (Foucault, 1978a, 1988d).

Em segundo lugar, uma vez que esta postura epistemológica é relativista, ela convida-nos a estar atentos à parcialidade de nossas descrições. Toda descrição está comprometida com uma determinada perspectiva e assim privilegia alguns aspectos e algumas formas de se falar sobre a realidade criando zonas de inclusão e exclusão. Deste modo, devemos ficar atentos aos processos de construção de realidades, suas zonas de inclusão e exclusão e seus efeitos no modo como vivemos (Spink, 2010b).

Finalmente, esta postura epistemológica nos convida a focar-nos nos processos relacionais que constroem os sentidos e as múltiplas realidades. Neste campo, destacam-se os trabalhos que se dedicam a olhar para como interlocutores se posicionam mutuamente dentro do processo de produção de sentido (Harré & Langenhove, 1999; Rasera & Japur, 2003), como os repertórios linguísticos são utilizados nas práticas discursivas (Spink & Gimenes, 1994; Spink, 2010b), e como as relações sociais cooperam na criação da noção de “self” (K. Gergen, 1991).

Deste modo, em oposição ao que apresentei como características da epistemologia moderna, a postura pós-moderna:

- a) fundamenta-se em uma epistemologia relacional,
- b) reflete sobre o método a partir de seus efeitos na construção de uma realidade,
- c) toma a linguagem como produtora,
- d) e concebe o ser-humano como um ser relacional

Contribuições pós-modernas para o trabalho em saúde

A postura epistemológica que delineei tem sido adotada por inúmeros pesquisadores interessados em expandir os recursos das práticas em saúde. Apresento a seguir alguns deles.

Ao estudar o uso problemático de bebidas alcoólicas por mulheres, Corradi-Webster (2009) identificou quatro discursos científicos sobre o tema que denominou de epidemiológico, biomédico, sociológico e psicológico. Embora cada um desses discursos ofereça contribuições na compreensão dos problemas relacionados ao consumo problemático de bebidas alcoólicas, eles também produzem efeitos prejudiciais. Tais efeitos decorrem em parte, da tendência destes estudos em descrever as mulheres que consomem bebidas alcoólicas como mulheres *“vitimizadas pela vida, estigmatizadas pelo consumo, criticadas por familiares e amigos e*

envergonhadas” (Corradi-Webster, 2009, p. 32). Nesta formulação, ficam excluídos, por exemplo, os possíveis benefícios que o consumo de bebida alcoólica pode ter na vida das mulheres bem como a apresentação deste consumo por mulheres bem-sucedidas profissionalmente, que vivem relacionamentos satisfatórios e que não se envergonham de consumir bebidas alcoólicas. Deste modo, a autora enfatiza que o consumo de bebidas é predominantemente abordado pelo discurso científico como um problema, limitando as possibilidades de exploração deste comportamento a partir de perspectivas menos negativas.

Para expandir as possibilidades de compreensão do consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres, Corradi-Webster (2009) realiza uma análise das diferentes construções discursivas sobre o tema salientando seu aspecto contextual e histórico, bem como as tradições comunitárias que legitimam estas construções. A autora assume uma postura relativista e pragmática ao olhar para os discursos sobre o consumo de bebidas privilegiando a elucidação de seus efeitos, em detrimento da investigação de uma suposta verdade. A contribuição que ela apresenta em seu trabalho diz respeito à explicitação das limitações intrínsecas à lógica discursiva dos discursos científicos que circunscrevem o problema do consumo do álcool sob determinadas perspectivas. Ao fazer isto, ela fomenta uma exploração de novas possibilidades narrativas que favoreçam o desenvolvimento e saúde das mulheres que consomem tais bebidas.

Também fundamentada em uma perspectiva relativista e pragmática, Camargo-Borges (2007) investigou as possibilidades de reformulação do discurso sobre os impasses nas relações entre profissional de saúde e paciente. Para a autora, o modelo de assistência fundamentado no paradigma moderno tende a conceber o paciente como objeto da intervenção do sujeito (profissional de saúde) definido como especialista e, portanto, detentor da verdade. Dentro desta lógica, ou o paciente se submete a este saber hierarquizado, ou ele é descrito segundo uma terminologia que enfatiza sua falta de adesão, insubordinação ou incompetência. Ocasionalmente, esta lógica também pode funcionar de modo inverso e simétrico, culpabilizando o profissional pela falta de sucesso no tratamento do paciente. Subjacente a esta lógica está a premissa moderna e romântica de compreender o sucesso, ou insucesso, como produtos de decisões que nascem em um indivíduo autônomo e isolado (K. Gergen, 1991).

É em oposição a esta concepção de “self” autônomo e a decorrente tendência em atribuição de responsabilidade individual que McNamee e Gergen (1998) propõem o conceito de responsabilidade relacional. Entender a responsabilidade como um produto relacional demanda uma nova compreensão de “self” que transcende os limites da individualidade. Assim, McNamee e Gergen (1998) oferecem quatro aportes teóricos para a conceituação do

“self” enquanto um fenômeno relacional: “outros internos”, relações conjuntas, relações entre grupos e processos sistêmicos. Em resumo estes quatro aportes enfatizam que uma pessoa é composta e faz uso de diferentes vozes, que os sentidos da comunicação são sempre incompletos e suplementados na relação, que todo ato de comunicação é inteligível dentro de um certo conjunto de relações que o legitima e que as relações se dão dentro de um complexo sistema cultural e linguístico. Segundo esta concepção de “self” a autonomia e responsabilidade necessitam ser revistas.

Neste sentido, Camargo-Borges (2007) utiliza do conceito de responsabilidade relacional para investigar como determinadas práticas discursivas favorecem a construção de práticas em saúde menos hierarquizadas e mais colaborativas. Ao estudar um grupo de apoio para usuários hipertensos realizado em uma Unidade Básica de Saúde, a autora mostra que a responsabilidade relacional favoreceu a passagem do foco de atenção do problema para a relação com ênfase no processo de comunicação. Deste modo, criou possibilidades para que profissionais e usuários cooperassem na construção e negociação das necessidades em saúde. Além disso, favoreceu uma cultura de grupo que se contrapôs aos efeitos do individualismo e assim, estimulou a criação de vínculos entre os participantes e a comunidade.

Camargo-Borges (2007) também oferece uma fértil aproximação do discurso de Estratégia de Saúde da Família com o discurso Construcionista Social, situado na tradição pós-moderna. A autora destaca a simetria entre a ênfase na democratização do saber e das ações em saúde e a proposta construcionista de co-criação do conhecimento. Aquilo que é tratado nos discursos atuais do campo da saúde como “participação social” articula-se com a perspectiva construcionista de favorecer práticas colaborativas ao mesmo tempo em que a preocupação com a implementação de práticas em saúde sensíveis ao contexto se articula com a preocupação construcionista em relativizar o conhecimento, abrir espaço para múltiplas inteligibilidades e evitar o imperialismo cultural.

Além disso, identifico que a epistemologia pós-moderna se articula com as discussões sobre humanização das práticas em saúde. Como já apresentei, humanizar o trabalho em saúde tem sido concebido enquanto um investimento no desenvolvimento de competências relacionais (tecnologias leves na expressão de Merhy (2000)) e como um projeto que resgata o valor da palavra e da comunicação (Ayres, 2000; Deslandes, 2004; R. R. Teixeira, 2005). Existe, portanto, uma congruência na aposta que fazem os teóricos da humanização e as traduções práticas dos profissionais informados pela epistemologia pós-moderna, na medida em que ambos localizam na relação o foco privilegiado de transformação.

Neste sentido, Souza e Scorsolini-Comin (2011) reafirmam o potencial do discurso construcionista social (preferencialmente chamado pelos autores de construcionista relacional)

na proposição de novas práticas relacionais entre profissionais de saúde. Para estes autores este potencial se traduz na operacionalização de práticas profissionais que convidam à colaboração e à descentralização das decisões, valorizam a diversidade, suspendem conhecimentos prévios estimulando a curiosidade e valorizam a novidade e a exceção. Nesta articulação, os autores propõem alguns recursos práticos dos quais destaco a multivocalidade.

A multivocalidade refere-se à possibilidade de reconhecer a complexa teia discursiva presente nas interações entre profissionais de saúde e usuários. De modo semelhante ao conceito de “outros internos” de McNamee e Gergen (1998), a multivocalidade reconhece a polifonia que é suprimida quando alguns sentidos e algumas formas de conversar são privilegiados nas relações. Assim, Souza e Scorsolini-Comin (2011) sugerem que este conceito pode favorecer que o profissional de saúde se coloque na (em) relação fazendo uso de suas diferentes vozes, e ao mesmo tempo permite que ele esteja aberto à convivência com diferentes racionalidades. Reconhecer a multivocalidade possibilita que em uma situação de conflito um profissional de saúde possa se perguntar, por exemplo: Quais vozes podem ser reconhecidas? A quem elas se endereçam? A que elas respondem? De que lugar esta voz emerge? Quais vozes estão ausentes? Quais vozes poderiam ser úteis se estivessem presentes?

Penso que os estudos de Camargo-Borges (2007), Corradi-Webster (2009) e Souza e Scorsolini-Comin (2011) guardam semelhanças que permitem que sejam agrupados como estudos que se esforçam em oferecer recursos para o trabalho em saúde fundamentados em uma abordagem construcionista social e que priorizam as práticas conversacionais. Recorrem, portanto, a uma epistemologia pós-moderna, na tentativa de responder à solicitação que emerge do debate em saúde pública no Brasil de pensar conceitos úteis na consolidação de uma assistência humanizada. Ao demonstrarem o potencial generativo dos conceitos que propõem, não só sublinham as similaridades e correspondências entre o discurso da humanização e as proposições pós-modernas, com também consolidam a comunicação como um campo privilegiado de investimento para a transformação das práticas em saúde.

Spink (2010a), ao discutir a formação do psicólogo para o trabalho em saúde, afirma que *“práticas em saúde são práticas de comunicação e demandam, portanto, entendimento comum dos repertórios usados para dar sentido a questões relativas à saúde/doença. Trata-se de uma ação em um contexto local e pessoal. Portanto, trata-se de práticas discursivas”* (p.13). A autora advoga pelo desenvolvimento do conhecimento acadêmico dos profissionais de saúde como forma de ampliação de sua familiaridade com repertórios históricos e culturalmente variados de modo a incrementar suas habilidades comunicacionais.

Assim, parece-me ser este também um caminho fértil para explorar os desafios da assistência a saúde da população LGBT. Portanto, em meu esforço de pensar os recursos disponíveis para o enfrentamento deste desafio estarei focado nos recursos conversacionais, ou como chamarei daqui em diante, nos recursos dialógicos.

A literatura sobre diálogo é vasta e inclui desde as considerações mais filosóficas que delimitam sua implicação no que definimos como humano e ético (Bakhtin, 1982; Bohm, 2004; Buber, 2008; Sampson, 2008) até as formulações mais prescritivas que se inserem no campo das práticas de mediação de conflitos, gerenciamento e liderança (Isaacs, 1999; McNamee, 2008; Yankelovich, 2001). No trabalho que se segue, buscarei em diversos autores formulações sobre o diálogo, as quais apresentarei à medida em que forem sendo convocadas. Por hora, penso que seja suficiente apenas delinear o que tomo como diálogo, e para isto, sigo a apresentação sintética de Wood (2003).

A despeito da variedade de definições possíveis, a noção de incompletude e responsividade é central à concepção de diálogo. Um ato de comunicação é sempre precedido de outro ato, ao qual ele responde e ao mesmo tempo cria o convite para a emergência do próximo. Diálogo é portanto, um fluxo de respostas e convites mútuos. Além disso, a comunicação dialógica se processa de modo imprevisível e não-linear, engendrando múltiplas vozes, múltiplos endereçamentos e constante abertura ao inesperado. É, neste sentido, um processo emergente e fluido.

Os interlocutores de um diálogo estão imersos em uma trama comunicacional que compõe aquilo que eles são - ou seja - aquilo que tomamos como “self” ou identidade é visto como dependente da linguagem e das interações. Neste sentido, o diálogo é produtivo, ele cria aquilo que tomamos como o que somos nas interações. Esta criação é uma negociação contínua e tensional, o que significa dizer que, diálogo não é equivalente a consenso.

Em resumo, inicio a aproximação do campo da pesquisa a partir de uma perspectiva que define diálogo como processo de comunicação fluido, emergente, não-linear, imprevisível, tensional e criativo.

A construção de um campo de investigação

Todo abismo é navegável a barquinhos de papel

(João Guimarães Rosa, Tutaméia, São Paulo: Nova Fronteira,
2001, p.58)

Objetivo

Nesta investigação tive como objetivo conhecer os desafios da assistência a saúde da população LGBT e elaborar um recurso relacional para ampliação da inclusão desta população, bem como para a qualificação da assistência prestada. Especificamente, busquei em primeiro lugar, conhecer os sentidos que participam da experiência de uma equipe multiprofissional de uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade brasileira de médio porte nas relações de cuidado que estabelecem com usuários LGBTs, e posteriormente, formular um recurso relacional que pudesse favorecer o desenvolvimento de uma assistência não-discriminatória, inclusiva e culturalmente sensível.

Sobre o método

O método é descrito, tradicionalmente, como o conjunto de procedimentos que permite ao pesquisador conhecer a realidade ou fenômeno que se propõe a estudar. Segundo Law (2004) esta descrição do método está em maior ou menor grau comprometida com uma ontologia que define a realidade como se esta existisse de modo independente. O método permitiria ao pesquisador ter acesso a esta realidade que já existia e que estava, de certa forma, aguardando que o pesquisador a descobrisse ou desvelasse e dela se ocupasse. Ainda segundo esta ontologia, as descrições produzidas pelo pesquisador circunscreveriam um fenômeno que se mantém constante e bem-delimitado. E à medida em que estas descrições fossem geradas, outras descrições seriam invalidadas de modo a produzir um conhecimento único e coerente. Estes pressupostos que sustentam esta versão ontológica podem ser classificados como princípios da independência, precedência, definição e singularidade, todos frutos diretos da tradição filosófica iluminista.

A qual versão de método esta definição de realidade abre espaço? Qual é o método que se consolida quando a realidade é descrita como independente e com características bem definidas? Se a realidade precede e existe de modo independente do pesquisador, o método é um instrumento de descobrimento. Como um instrumento, ele deve ser utilizado de uma certa maneira, ou seja, seguindo a prescrição definida pelo rigor metodológico. As prescrições por sua vez, corroboram com a apropriação do método como um conjunto de características bem definidas e que existe como um instrumento independente do contexto no qual ele é “aplicado”. Além disso, o método enquanto ferramenta, tende a ser utilizado para descobrir uma realidade que posteriormente deverá ser analisada pelo pesquisador. Analisada porque nesta versão ontológica a realidade fala por si mesma, mas fala de modo “cifrado”, o que portanto convoca a atividade interpretativa do pesquisador. A ferramenta metodológica, a realidade cifrada e sua tradução analítica são caracterizadas como modalidades distintas e

independentes. É, portanto, dentro desta compreensão ontológica e metodológica que a narrativa de uma pesquisa (seja ela uma dissertação, tese, artigo, projeto, relatório) pode ser dividida em uma sessão denominada método, outra denominada resultados e uma outra chamada análise. Em geral, a pressuposição da existência independente e bem definida do método de um lado, da realidade de outro, e da análise de outro é que permite que uma narrativa dividida em método, resultados e análise possa fazer sentido.

Com base nos estudos pós-estruturalistas, feministas e da sociologia das ciências, Law (2004), apresenta uma versão alternativa de método. Segundo ele, o método não apenas descreve uma realidade, mas participa na construção da mesma.

Método não é uma ferramenta aplicada sobre uma realidade com a finalidade de descobri-la, mas constitui-se como uma “atuação” sobre “o mundo” de modo a produzir uma realidade por meio de uma série de dispositivos, dentre os quais podem ser destacados a teoria e a tecnologia. A versão ontológica acoplada à proposta metodológica de Law caracteriza a realidade como fluxo múltiplo e dinâmico. O método é uma atuação do pesquisador que cristaliza este fluxo, condensando certas possibilidades, amplificando alguns padrões e ressonâncias, e silenciando outros. O exercício do método produz uma realidade que reverbera tanto com os procedimentos quanto com a teoria que o pesquisador adota. Procedimentos, resultados e análise estão muito mais misturados do que versões tradicionais de método apresentam. Ou ainda, a ideia da separação entre estas instâncias é vista como produto de um estilo narrativo que se sustenta no apagamento dos processos decisórios, ambivalentes, incongruentes, multi-direcionados, e fluidos que compõem a pesquisa.

Mas quais seriam as implicações de se definir o método desta maneira?

Em primeiro lugar, a descrição de método oferecida por Law rompe com a separação e a independência entre o pesquisador e o objeto de seu estudo e portanto, rompe com distinções tradicionais de fora/dentro, subjetividade/objetividade, interpretação/fato. Por conseguinte, nega-se a possibilidade de construção de representações realistas por parte do pesquisador na medida em que a distinção realidade e representação não mais faz sentido. O método deixa de ser uma ferramenta ou um meio para se alcançar um fim, e passa a ser um processo produtivo indissociável de seu produto. Finalmente, se a atividade do pesquisador cria o processo e o produto ao mesmo tempo, o método não pode ser previsto, prescrito ou previamente definido, pois necessita de sua atuação (performance) para que se constitua sempre em ressonância com seu contexto de produção.

Na tentativa de produzir uma inteligibilidade científica acerca desta proposta metodológica, vejo a necessidade de articulá-la em três eixos: organização, estilo e qualificação.

A seguir, apresento a maneira como a incorporação desta perspectiva metodológica alterou o fazer desta pesquisa.

Organização

Entendimentos tradicionais do método em geral pressupõem que durante a execução dos procedimentos de coleta de dados, o pesquisador trabalha de modo a capturar ou registrar os dados da pesquisa (Guba & Lincoln, 2005; Law, 2004; McNamee & Hosking, 2011). Em versões metodológicas mais críticas que questionam a neutralidade do pesquisador, assume-se que os ‘dados’ são criados na interação do pesquisador com o campo pesquisado, reverberando assim no questionamento da adequação do uso do termo ‘dados’ (Holstein & Gubrium, 2007). Em meu entender, adotar este pressuposto implicaria em repensar a maneira como os trabalhos científicos são escritos, pois a organização da escrita que preconiza sua divisão em introdução, método, resultados e análise não incorpora a crítica presente nesta segunda postura. Se o pesquisador cria aquilo que analisa, de que modo pode-se fazer a distinção entre os momentos de criação e análise representados nas categorias que organizam a escrita do trabalho em seções distintas denominadas respectivamente de resultados e análise (ou discussão)? Assim, parece-me que o trabalho científico que é organizado compartilhando da divisão nestas seções, necessariamente precisa compartilhar também do pressuposto de que 1) os dados existem de maneira independente da “ação” do pesquisador e/ou de que 2) produção e análise são atividades diferentes e que o pesquisador é capaz de distinguir os momentos em que emprega uma ou outra ou 3) embora o pesquisador rejeite os dois pressupostos anteriores, sua subscrição a este modo de dividir o trabalho científico se dá numa performance que entende como vantajosa, ainda que implique nos prejuízos da retificação destas distinções.

Considerando o que foi exposto anteriormente, entendo que a divisão entre coleta de dados e análise, ou até mesmo criação de dados e análise é um efeito do uso da linguagem e do estilo utilizados na escrita chamada científica. Esta forma de usar a linguagem se ancora em pressupostos ontológicos e epistemológicos e ao mesmo tempo contribui para a confirmação destes pressupostos, tal como mostrado nos estudos de Latour e Woolgar (1986). Ao tratar esta divisão como um produto do uso da linguagem, coloco-a no foco de minha atenção porque entendo que os compromissos linguísticos que assumo, circunscrevem o que esta pesquisa, enquanto processo de produção de conhecimento, pode ou não, ser e dizer. Além disso, busco questionar também a divisão que separa a pesquisa de seu relato, e que trata as

narrativas científicas como meros relatórios que espelham um processo já vivido, completo e finalizado. Na experiência desta pesquisa, a linguagem que separa o escrever, o coletar ou criar e o analisar como se existissem de modo distinto, parece-me inadequada. Como veremos adiante, meu intuito foi desenvolver uma inteligibilidade sobre um método que não compartilhasse desta divisão tradicional a fim de explorar as potencialidades e limites de uma nova divisão.

O que ganhamos quando rompemos com o compromisso de uma escrita científica tradicionalmente segmentada? O que isso demandaria? Qual seria a divisão que proporíamos para substituir o modelo tradicional?

Na busca destas respostas neste trabalho, assumi três princípios norteadores. Primeiramente a organização deste trabalho esforçou-se em apresentar a pesquisa enquanto um processo. Digo “esforçou-se” porque faço referência à atividade deliberada de constantemente lembrar ao leitor que o que ele está lendo é uma construção de sentido “em texto” e que esta construção se deu ao longo de todo o processo. Em segundo lugar, uma vez que este trabalho se sustenta em um referencial teórico no qual os sentidos são produzidos nas relações, parece-me coerente organizá-lo segundo seus momentos relacionais. Assim, se tomo a coleta, análise e redação como processos indiscrimináveis, a organização do trabalho segundo estas atividades não mais faz sentido. Substituí esta organização por outra que ao invés da atividade, toma as interlocuções do pesquisador como parte do campo de pesquisa como possibilidade de organização. Assim criei os três momentos relacionais denominados: 1) cenário; 2) momento de interação no campo; e 3) momento de interação com os registros, que apresento adiante. Desta forma deliberadamente evitei distinguir os momentos em que desempenhei funções de coletar, criar e analisar.

Entretanto, se por um lado esta proposta narrativa pode contribuir com a superação desta divisão, por outro ela é limitada em superar a separação entre um suposto método e seu produto. É na apresentação dos eventos que marcaram minha interação no campo pesquisado, e é na apresentação das ações que empreendi na produção de significado em minha interação com os registros, que eu separo “o que fiz” e “o como fiz” de seus resultados. Evitar esta distinção demandaria assumir uma forma de narrar que não produziria aquilo que na tradição do discurso científico é chamado de método. É portanto, na busca de ser responsivo a esta tradição científica que assumo os prejuízos de uma forma de narrar que produz a ilusão de um método independente de sua performance e anterior a seus resultados.

Em terceiro lugar, reconheço que o uso das chamadas citações diretas dos registros, sejam eles trechos de transcrições ou anotações de diário de campo, em geral produzem o efeito discursivo da separação entre uma “realidade” mais objetivamente acessível e uma

produção analítica do pesquisador sobre ela. Este efeito está impregnado na própria adjetivação que se faz do termo ‘citação’, entendendo que ‘direta’ se refere à possibilidade de uma apreensão menos mediada ou mais pura. O efeito desta maneira de utilizar os registros é produzir um silenciamento que sirva para criar um ponto fixo sobre o qual o argumento da pesquisa possa se desenvolver. O debate e o questionamento recaem então sobre a interpretação e/ou uso que o pesquisador faz da citação, enquanto a citação permanece em si mesma inquestionável e assim, ganha status de dado ou resultado. Assim, tomo como o terceiro norteador da organização deste trabalho o mínimo uso das chamadas “citações diretas” dos registros.

Estilo

“Por que os livros podem ser separados em duas colunas, os romances de um lado e os acadêmicos de outro?” questiona Law (2004). *“Por que”*, continua ele, *“os romances são lidos nos finais de semana ou feriados, ou nos dez minutos antes de dormir?”* (p. 11), enquanto que os livros acadêmicos são lidos *“durante os horários nobres do dia?”* (p. 11) Para ele, o que distingue os livros acadêmicos das demais formas de literatura é sua preocupação com os fins e os meios. Na literatura científica, a linguagem é em geral tomada como um meio para se alcançar a finalidade de comunicação do conhecimento produzido. Modelos mais tradicionais preconizam o uso de uma linguagem concisa, objetiva e neutra⁶. Nas demais formas de literatura a linguagem e seu uso são um fim em si mesma. O valor estético de um poema, por exemplo, está na maneira como o autor usa e joga com as palavras. Na literatura, o compromisso com uma “realidade lá fora” é relativizado e a linguagem é liberada de seu compromisso de representar o mundo com exatidão.

Como exposto anteriormente, este trabalho se apropria do método como forma de produção de realidade e conhecimento. Não presume portanto, o uso do método para a descoberta de uma realidade e tampouco se apropria da linguagem como forma de

6. No livro *1984* o regime autoritário da sociedade utópica descrita por George Orwell (2009) dispõe de vários recursos para efetivar seu controle social. Um deles é a criação de uma nova linguagem, concisa, direta e simplificada ao extremo. Diz o autor: *“a ideia era que, uma vez definitivamente adotada a Novafala e esquecida a Velhafala, um pensamento herege (...) fosse literalmente impensável, ao menos na medida em que pensamentos dependem de palavras para ser formulados. (...) A Novafala foi concebida não para ampliar e sim restringir os limites do pensamento (...)”* (p. 248-349). Embora a descrição de Orwell pareça-nos aterrorizante enquanto uma proposta social, o uso desta linguagem rigidamente organizada e objetiva ainda é frequentemente preconizado como padrão da escrita científica. Aquilo que é rejeitado em uma esfera por seus possíveis efeitos de opressão é tomado como modelo em outra, o que nos fala tanto da inextricável relação entre poder e ciência quanto da habilidade desta, em ocultar esta relação em um discurso que valoriza a verdade.

representar esta realidade. Uma vez liberado do uso da linguagem como dispositivo meramente descritivo, passei a buscar um estilo de escrita que estivesse em consonância com minha epistemologia. Esta busca produziu um texto que de maneira geral faz uso frequente de metáforas⁷ e alegorias e que busca uma pluralidade de estilos.

Assim, ao fazer uso frequente de metáforas busco em primeiro lugar, evitar a produção de um texto que possa ser tomado como retrato imparcial, objetivo ou completo. Isto porque entendo a linguagem metafórica como evocativa: ela convida o leitor a engajar-se pessoalmente e a trazer suas próprias metáforas e associações com o texto. Metáforas demandam que o leitor se atente para sua participação ativa na construção do sentido do que lê. Neste aspecto, a linguagem metafórica põe em relevo a incompletude do relato e a parcialidade do relator. Ao mesmo tempo, é a linguagem metafórica e alegórica que se ajustam melhor ao esforço de produzir sentido acerca de uma realidade que tomo como complexa e múltipla (Law, 2004). É por isso que notamos uma proliferação de poesias, histórias ficcionais, textos de performances, aforismos, apresentações visuais, alegorias e conversações na escrita das ciências sociais contemporâneas como uma estratégia de ampliar as possibilidades de geração de sentido sobre o mundo em sua complexidade (Richardson, 1994).

Em seu trabalho, Corradi-Webster (2009) utiliza de três formas narrativas para explorar as diferentes possibilidades de construção de sentidos sobre a experiência do consumo problemático de álcool entre mulheres. Inicialmente apresenta a história das mulheres que entrevistou, seguida de trechos da entrevista. Posteriormente, apresenta uma reflexão sobre a história com base no conceito de posicionamento de Langenhove e Harré (1999), e por fim, escreve uma carta endereçada a suas entrevistadas na qual apresenta possibilidades de sentidos que não foram amplamente enfatizadas durante a entrevista e que a autora considera generativas.

7. Davidson (1992) comenta que a metáfora é *“o trabalho de sonho da linguagem e, como todo trabalho de sonho, sua interpretação recai tanto sobre o intérprete como sobre seu criador (...) Assim sendo, também compreender uma metáfora é um esforço tão criativo e tão pouco dirigido por regras quanto fazer uma metáfora.”* (p.35) Neste sentido a linguagem metafórica introduz brechas no texto que se configuram enquanto possibilidades de colaboração entre autor e leitor. Ao mesmo tempo, ao escapar das regras que definem o uso habitual dos termos, o emprego da metáfora produz um texto aberto à polissemia, perturbando a hierarquia que se estabelece entre o autor produtor de significados e o leitor, mero receptor destes significados. Contudo, uma vez que “as palavras” não são “as coisas”, tampouco guardam com “as coisas” uma relação essencial ou definitiva, é correto afirmar que toda linguagem é metafórica. Assim, Goodman (1992) observa que aquilo que tomamos como literal, é um texto cujas metáforas feneceram devido ao seu uso frequente e descuidado. Metáfora então corresponde a *“retirar um termo, ou melhor, um esquema de termos, de uma aplicação literal inicial e aplicá-lo de uma nova maneira para realizar uma nova separação de uma mesma ou de diferentes esferas.”* (p.179). Este reposicionamento de termos dentro dos jogos de linguagem ativa o potencial instigador da metáfora, e é por isso que este autor irá afirmar que, *“na metáfora os símbolos realizam um trabalho adicional.”* (p. 181).

Se consideramos a dimensão ética da pesquisa, o uso de diferentes estilos de escrita neste trabalho cumpre também com a função de tentar expandir os possíveis públicos. É na possibilidade de ser lido e de buscar diferentes engajamentos com diferentes leitores que o texto desta pesquisa pode ampliar suas possibilidades generativas. Dialogar com a comunidade científica demanda que eu ajuste meu estilo de narrar de modo a ser sensível às convenções desta comunidade. Dialogar com os trabalhadores dos serviços de saúde demanda que minha narrativa seja evocativa, inspiradora e prática. Dialogar com a população LGBT implica em situar-me próximo, não como um “outro”, mas como alguém que também usufrui dos serviços de saúde em condições semelhantes. A escrita deste trabalho tomou estas três audiências como interlocutores imaginários. A estas três audiências tentei alcançar, de modo a evitar a crítica claramente colocada por Richardson (1994) de que *“parece tolo, na melhor das interpretações, e narcisista e auto-centrado na pior delas, gastar meses ou anos fazendo pesquisa que no fim não é lida e não faz diferença em nada mais que a carreira do pesquisador”* (p.924).

Neste trabalho busquei abrir espaço para diferentes estilos narrativos, como por exemplo o estilo ‘narrativo-associativo’ que criei como estratégia discursiva para narrar os encontros de grupo na Unidade Básica de Saúde, o ‘estilo narrativo-teorizado’ criado para possibilitar as elaborações dos recursos para o trabalho, e o estilo ‘narrativo-biográfico’ dos interlúdios que introduzem articulações com minha história. Tais estilos narrativos correspondem a diferentes performances do “eu do pesquisador” que poderiam ser chamadas de eu-poético, eu-teorizador e o eu-histórico, respectivamente. Esta proposição de que o “eu” (*self*) seja tomado como uma performance está sustentada em uma tradição dentro da Psicologia que se opõe às suas descrições mais essencialistas e que, em resumo, vão salientar sua dependência da linguagem e das relações (Guanaes & Japur, 2003).

Assim, se no eixo da organização tentei formular uma maneira de relatar que transcendesse a divisão tradicional da pesquisa em método, dados, análise e relato; no eixo do estilo, busquei ampliar as possíveis audiências e as possibilidades de construção de sentido incluindo diferentes formas narrativas correspondentes a performances complementares do “eu-pesquisador”.

Qualificação

No século XIX as produções narrativas podiam ser claramente separadas em duas colunas: a literatura – parte do domínio da arte e da cultura – e a ciência. À primeira permitia-se

o uso de linguagem metafórica e ambígua e agregavam-se os valores da estética, ética e humanismo. Em oposição, a segunda comungava da crença no uso de uma linguagem não-metafórica, não-ambígua, objetiva e precisa (Richardson, 1994). Os resíduos desta distinção entre o universo literário e o científico ainda permeiam a inteligibilidade contemporânea sobre o narrar. Assim, se esta tese fosse endereçada a uma comunidade artística, acredito que seria recebida dentro de uma modalidade de apreciação que chamo de estética. Tal qual uma música, um quadro ou um poema, por exemplo, ela seria de modo geral, apreciada por sua capacidade de se relacionar com aquilo que se considera belo ou prazeroso. De modo diferente da comunidade artística, a comunidade científica toma uma tese sob outras modalidades de apreciação que, ainda que incluam a dimensão estética, não a toma como central. Dentro da lógica positivista e empiricista, um trabalho científico é tomado sob uma modalidade de apreciação de correspondência, ou seja, um trabalho é tanto mais apreciado quanto é capaz de corresponder a uma realidade entendida como externa. Esta crença moderna fundamental à divisão narrativa do século XIX foi criticada e revista pela comunidade científica que, no final do século XX denominou-se pós-moderna. A crise das representações e o chamado “giro linguístico”⁸ (van Dijk, 2004) problematizaram tanto a existência desta realidade externa quanto a possibilidade de se ter acesso imediato a ela, demandando a emergência de uma nova modalidade de apreciação. Se, no dizer de Law (2004) *“a verdade não é mais o único árbitro e a realidade não é mais nosso destino”* (p.152) quais são os critérios que podemos utilizar para avaliar a qualidade de um trabalho científico? Como advogar por afirmações científicas quando rompemos com o modelo empírico e abandonamos a possibilidade de sustentar um argumento com base em seus fundamentos, métodos ou pressupostos que transcendam as construções situadas culturalmente? (J. K. Smith & Hodgkinson, 2005)

Assumindo o risco de generalizar demais e apagar sutilezas, acredito que a comunidade científica pós-moderna substitui o modo de apreciação de correspondência por um modo de apreciação de coerência. Assim, um trabalho científico é apreciado pela coerência que o pesquisador demonstra em seu processo de produção do conhecimento, sendo enfatizada a congruência entre a teoria, a metodologia e a análise propostas pelo pesquisador.

Quero propor em consonância com alguns autores construcionistas sociais (K. Gergen & Gergen, 2007) que este trabalho não seja tomado em nenhuma destas modalidades de apreciação. Sem perder de vista o endereçamento deste trabalho a uma comunidade científica,

8. Giro linguístico é o termo utilizado para fazer referência a uma mudança na filosofia, a partir da qual a linguagem para a ser central. A proposta filosófica que emerge a partir desta mudança entende que as palavras não são um rótulo ligado aos objetos do mundo, mas são artifícios que constroem a realidade. Uma explanação detalhada sobre o giro linguístico pode ser encontrada em Rorty (1992) “The linguistic turn”.

convido o leitor a tomá-lo sob uma modalidade de apreciação pragmática, ou seja, seu valor está (ou não está) naquilo que ele oferece como recurso que possibilita mudanças. No entanto, dito desta forma, esta proposta pode soar como um convite para que o leitor se relacione apenas com o produto da tese (os recursos que ela apresenta) e silencie sobre o seu processo de produção, o que a meu ver parece ser uma inversão do modo de interação subjacente à modalidade de apreciação de coerência. Assumir este silenciamento seria abrir mão daquilo que entendo como uma contribuição da crítica pós-moderna: a atenção ao processo de produção do conhecimento. Assim, reafirmo meu convite de que a comunidade científica tome este trabalho sob uma apreciação pragmática, tanto de seu conteúdo quanto de seu processo de produção. No plano do **conteúdo**, convido o leitor a apreciar os recursos que apresento como apostas viáveis, transformadoras e generativas dentro do campo das práticas em saúde. No plano do **processo** de produção, convido o leitor a pensar sobre a utilidade das ações que empreendi na construção destes recursos. Além do mais, vale esclarecer que não rejeito nem a coerência nem tampouco a estética como critérios, mas sim os reposiciono dentro de uma lógica pragmática. Desta forma, se busco produzir uma narrativa de pesquisa coerente ou esteticamente convidativa não o faço enquanto um bem em si mesmo, mas a serviço do entendimento de que a utilidade daquilo que proponho pode depender (mas não necessariamente) de sua coerência ou apelo estético.

Segundo essa proposta pragmática, uma pesquisa deve ser avaliada pelo propósito e pelo potencial em transformar cenários sociais. Sem dúvida, o que é tomado como cenário desejável é relativo e mutável, o que coloca o próprio critério em um plano relativo. Assim, tomo também como critério de qualificação do trabalho científico a clareza com que o autor apresenta o cenário que definiu como desejável. É no esforço de tornar claro para o leitor quais são as contribuições que desejo fazer, que posso me apresentar situado historicamente, socialmente e politicamente. Na medida em que faço esta apresentação, construo o terreno para que os leitores questionem e se posicionem em relação aos meus anseios enquanto pesquisador, e neste sentido acredito não favorecer que a pesquisa seja alçada a um patamar de conhecimento absoluto. Este critério tem sido denominado de reflexividade (K. Gergen & Gergen, 2007; Holstein & Gubrium, 2007; McNamee & Hosking, 2011; J. K. Smith & Hodkinson, 2005).

Interlúdio 3

Transformações

Na cidade onde nasci e cresci, existem três reservas de mata nativa. Uma delas foi convertida em um parque, com zoológico, playground e um lago artificial. Visitávamos o “Parque do Ingá” anualmente nas excursões promovidas pelas escolas onde estudei. A segunda delas, embora localizada em região central, permanece completamente fechada ao acesso da população. Nesta eu nunca entrei. A terceira, chamada “Horto Florestal”, também ocupa uma ampla área no coração da cidade, é aberta, mas oferece apenas trilhas nas quais a população pode aproveitar do contato com a natureza. Na maioria das vezes em que visitei o Horto estava acompanhado de meu pai, e em muitas delas estávamos a trabalho.

Meu pai é biólogo, professor e pesquisador de botânica na Universidade Estadual de Maringá. Em 1993 ele estava realizando o seu doutorado e eu, com 15 anos, fui informalmente nomeado seu assistente de pesquisa. Talvez tenha sido nestas excursões que a palavra “pesquisa” tenha começado a fazer parte de meu horizonte e vocabulário. Nosso trabalho consistia em visitar algumas árvores e enquanto meu pai observava com binóculos as folhas, flores e frutos, eu ia anotando em uma prancheta as informações que ele ditava. Eventualmente, com o auxílio de um longo instrumento de poda, ele coletava alguns frutos que posteriormente seriam levados ao seu laboratório, convertidos em lâminas, vasculhados em microscópios e representados em detalhados desenhos que, orgulhoso, depois exibiria em casa. Minha imaginação esforçava-se em fazer uma ponte que unisse tamanha diferença: o fruto que eu via com binóculos era bem diferente do desenho produzido com auxílio do microscópio. Pouco tempo depois comecei a perceber que à diferença visual também se somava uma diferença de vocabulário: o fruto era chamado de dado, e a colheita de coleta. No imaginário de um filho que tentava entender o que seu pai fazia, pesquisa era para mim, uma atividade que produzia uma transformação.

Anos depois, quando meu status de pesquisador já começava a ganhar credenciais universitárias e não apenas familiares, comecei a entender um pouco melhor esta transformação. Alguns estudos me ajudaram a entender que a alquimia dos laboratórios de pesquisa é sobretudo, uma proeza linguística. Ao invés de frutos, Annemarie Mol (2002) pesquisou a arteriosclerose e descobriu que diferentes locais do tratamento e pesquisa acerca da doença produzem descrições e realidades diferentes. Assim, nas consultas com o médico, a arteriosclerose era definida segundo um conjunto de sintomas, que não correspondiam diretamente à descrição que o patologista, utilizando do microscópio, fazia acerca da doença. Na sala de exames de ultrassom e raio-x a descrição era outra, como também o era na sala de cirurgia. O argumento de Mol é de que estes diferentes locais não produzem conhecimentos parciais de uma

realidade única, como se olhassem para o mesmo objeto de diferentes perspectivas. Ao contrário, ela defende que existem tantas arteriosclerose quanto descrições. Como sustentação para seu argumento ela apresenta as contradições presentes nas descrições produzidas em diferentes locais. Aponta ainda os diferentes mecanismos que são colocados em ação quando estas contradições irrompem e ameaçam desestabilizar uma descrição única da arteriosclerose, tais como: a sobreposição, uma narrativa singular e agregadora, a tradução em cifras, porcentagens, gráficos e tabelas, a hierarquização das diferentes versões, e a racionalização.

O estudo de Mol se alinha com observações de estudos anteriores que enfatizam que a atividade científica produz, e não apenas descreve a realidade que se propõe a estudar. Latour e Woolgar (1986) argumentam que o processo de pesquisa utiliza de diferentes “dispositivos de inscrição” (ou inscription devices, no inglês). Dispositivos de inscrição são instrumentos que fazem parte do processo de pesquisa e que são capazes de transformar uma substância material em uma representação (em forma de número, imagem, gráfico, etc) que serve de base para o trabalho do cientista. Como por exemplo o raio-x ou o exame de tomografia no estudo de Mol, ou como as lâminas, químicas e microscópios, que transformaram frutos em dados no estudo de meu pai. Latour e Woolgar apontam que uma vez traduzidos em suas representações, as substâncias materiais e a própria materialidade do processo desaparecem. As discussões dos cientistas recaem sobre as representações e seus possíveis significados. Assim, cientistas discutem representações da realidade como se estivessem discutindo a própria realidade. E é neste intervalo entre a realidade e sua representação que todo um debate acerca da ontologia e epistemologia se instala.

Curiosamente, no ano em que meu pai se aposenta eu concluo meu doutorado. Em nossas conversas é possível identificar as diferentes tradições em pesquisa nas quais nos situamos e que representam polos distintos do debate entre o realismo e o construcionismo. Embora nós dois nos denominemos pesquisadores, a linguagem e as atividades que compõem nossas pesquisas parecem bastante diferentes. De modo distinto das minhas experiências como auxiliar de pesquisa de meu pai, a prancheta, o podão, o microscópio e os binóculos não me foram úteis quando iniciei minha pesquisa em uma Unidade Básica de Saúde. Tampouco acredito ser útil o vocabulário da colheita de frutos (ou coleta de dados) que me parecia tão apropriado quando juntava frutos em uma sacola. Qual seria então o vocabulário que se ajustaria a minha prática de pesquisa? Tornar-me pesquisador foi para mim um processo de criação de novos instrumentos, metáforas e realidades. Portanto, escrever sobre o método é um esforço em produzir sentido sobre esta criação.

A performance do método nesta investigação

O cenário

Algumas histórias são contadas como se tivessem um início bem definido. Elas começam e sugerem ao leitor que nada de significativo aconteceu antes delas. Outras histórias começam lembrando-nos que existem muitas outras histórias que antecedem o ponto de partida daquela narrativa. O fato das histórias prévias não serem contadas, não apaga a força que têm na composição do enredo que virá. Histórias passadas confluem na criação de um cenário a partir do qual a narrativa que se iniciará ganha e ao mesmo tempo, oferece sentido.

Uma pesquisa pode ser relatada como tendo um início definido, como por exemplo, o primeiro contato do pesquisador com o campo de pesquisa, ou o primeiro evento de “coleta de dados”. Uma pesquisa também pode ser relatada como uma narrativa que se desenrola como fluxo em um cenário. Esta é minha opção. Entendo este cenário como o conjunto de expectativas, crenças e experiências que compõem a cena que situo no início arbitrário da narrativa acerca do processo desta pesquisa. Vale considerar que ao propor a ideia de cenário, estou produzindo uma relação entre estes elementos e não pressupondo que ela exista fora desta narrativa. Ao propor o cenário e a articulação destes elementos estou propondo uma forma de narrar que, de um lado permite o diálogo com uma tradição discursiva acadêmica que demanda a produção de sentidos sobre o que é chamado de método, e de outro de que isto seja feito de forma a salientar o seu caráter construído e relacional.

Penso ser útil apresentar o cenário como resultado da interação entre três elementos: as expectativas da pesquisa, o conhecimento teórico do pesquisador e a construção do campo a ser pesquisado. As expectativas da pesquisa dizem respeito à noção que o pesquisador tem acerca do foco da pesquisa, bem como da necessidade, relevância e interesse em estudá-lo. Podem incluir os objetivos da pesquisa, mas não se reduzem a eles, na medida em que em sua articulação o pesquisador apresenta não apenas uma justificativa para o estudo, mas também para o fato de ele mesmo ter escolhido se ocupar do estudo. Portanto, diz respeito àquilo que se espera do estudo e à pessoa do pesquisador que decide por ele. Estas expectativas estão diretamente relacionadas com o conhecimento teórico e experiências do pesquisador que compõem sua visão de mundo e que, por sua vez, circunscrevem seu comprometimento pessoal⁹, político e epistêmico. É dentro desta visão de mundo que a pesquisa ganha sentido como um processo que responde ao interesse pessoal do pesquisador, bem como oferece-lhe possibilidades de investir na transformação (dimensão política) e compreensão (dimensão epistêmica) do mundo em que vive. As expectativas da pesquisa e o conhecimento do pesquisador informam suas escolhas acerca do campo a ser pesquisado e contribuem na organização de ações para a viabilidade da mesma. Tais ações incluem contatos com gerentes, líderes, além de consultas a comitê de ética, visitas ao local no qual o estudo será realizado, entre outras. Por sua vez, o contato do pesquisador com o campo da pesquisa, seja ele direto ou indireto, contribui para a formação das expectativas da pesquisa e assim por diante. Portanto, o cenário é tomado aqui como um recorte de um momento específico no jogo de relações dinâmicas entre esses três elementos.

Entender o início da pesquisa como um cenário segundo o modelo exposto aqui me oferece duas vantagens:

1. Evidencia a arbitrariedade da escolha do momento que defino como o início da pesquisa. Entendido desta forma, o cenário sinaliza que uma pesquisa não se inicia

⁹ Entendido aqui para além do plano individual, abarcando o conjunto de relações sociais que sustentam e legitimam sua expressão pelo pesquisador.

propriamente no momento em que o pesquisador está se relacionando diretamente com os participantes da pesquisa, nem tampouco quando obtém aprovação do comitê de ética, ou sequer quando rascunha o projeto de pesquisa. No entanto, podemos tomar qualquer um destes eventos como pontos de partida na descrição inteligível que produzimos acerca de um processo quando preservamos a noção de que estamos arbitrariamente selecionando um ponto dentro de um fluxo dinâmico de relações. Entendida desta forma, a pesquisa não é apenas um modo de produzir sentido sobre uma realidade, mas é também produzida enquanto uma prática que ganha sentido dentro desta realidade.

2. Instiga o pesquisador a expor sua apreensão do processo de construção dos interesses e possibilidades da pesquisa dentro de uma narrativa que valoriza as relações. Neste sentido, o conceito de cenário favorece a reflexividade, entendida como a possibilidade do pesquisador se ver como parte do processo de pesquisa e não fora dele, evitando descrições presumidamente neutras. Gergen e Gergen (2007) defendem o conceito de reflexividade em pesquisas enquanto possibilidade do pesquisador se mostrar como um ser situado histórica e geograficamente, com vieses, interesses e expectativas. Além do mais, pensar o cenário como um jogo relacional e dinâmico auxilia o pesquisador a considerar aquilo que toma como suas intenções, ideias e escolhas como parte de um processo de relação e não como produto de uma consciência individualizada. Este aspecto é fundamental nas pesquisas que almejam desenvolver um conhecimento dos processos relacionais, pois evita que o pesquisador seja incoerentemente definido como um sujeito individual e independente do jogo relacional que se processa no estudo e ao qual deseja compreender.

Tomo o projeto de pesquisa apresentado ao programa de pós-graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto como a primeira formalização das expectativas que norteavam meu envolvimento com o tema. No projeto, defini como objetivo, conhecer as construções discursivas acerca da diversidade sexual, produzidas por uma equipe de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. Este objetivo se sustentava na premissa de que as construções discursivas coordenavam as possíveis ações desta equipe no atendimento oferecido aos seus usuários. Assim, embora os objetivos do projeto não contemplassem explicitamente uma proposta de mudança ou intervenção nas práticas dos profissionais de saúde, estas se insinuavam como possíveis efeitos da pesquisa. Isto é, tomando a perspectiva teórica do construcionismo social, entendemos que as práticas se sustentam em sentidos que

por sua vez são construídos e ganham inteligibilidade em relações sociais. Ao propor um campo relacional com o propósito de explorar os sentidos, também crio o campo relacional a partir do qual novos sentidos, e consequentemente novas práticas, podem ganhar legitimidade. Portanto, a investigação dos sentidos construídos, bem como a transformação das práticas existentes, estavam presentes enquanto expectativas que compunham o cenário da pesquisa.

Mas por que transformação?

A literatura científica disponível é suficiente para fundamentar tanto o argumento de que as práticas em saúde destinadas à população LGBT são discriminatórias, quanto da necessidade de desenvolvimento de estratégias de atendimento específicas a esta população. Estes estudos estão apresentados na primeira parte deste trabalho e ilustram como o conhecimento teórico se articula com as expectativas dentro do cenário da pesquisa. Articula-se também com algumas de minhas experiências enquanto pesquisador que destaco a seguir:

- 1) Defesa da dissertação de mestrado intitulada: Construindo a diferença - a intimidade conjugal em casais de homens homossexuais (Moscheta, 2004), na qual as ideias construcionistas começam a me servir como recurso para entender as diversas formas de categorização e controle da sexualidade humana.
- 2) Criação do VIDEVERSO – grupo de ação e pesquisa em diversidade sexual, que tem como um de seus objetivos o desenvolvimento de práticas de intervenção psicossociais não-discriminatórias e não-patologizantes. Durante as reuniões do grupo e em supervisões dos estagiários, comecei a ter contato com relatos de pacientes LGBTs que se queixavam da maneira que haviam sido atendidos por outros psicólogos e demais profissionais da saúde.
- 3) Apresentação do trabalho Diversidade sexual e saúde: interfaces com cidadania, no Seminário Internacional Sexualidade e Saúde, organizado pela Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto em 2006. Para a composição deste trabalho, realizei uma pesquisa na mesma unidade básica de saúde na qual realizei a pesquisa atual, perguntando aos profissionais o que entendiam por diversidade sexual. Esta pesquisa permitiu-me conhecer as dúvidas, dilemas e dificuldades que os profissionais daquela unidade apresentavam em relação ao trabalho com a diversidade sexual. O trabalho aponta para a maneira que o tecnicismo nos atendimentos em saúde é utilizado como conduta segura em situações nas quais o profissional não se sente preparado para agir. Além do mais, sugere três formas de posicionamento dos profissionais frente à sexualidade LGBT: rejeição e recusa explícita; aceitação condicionada ao apagamento da diferença, na qual o profissional espera do paciente uma postura discreta e ajustada aos padrões

heteronormativos, e a aceitação pela diferença na qual as especificidades são reconhecidas, aceitas e atendidas.

- 4) Também em 2006, esta Unidade Básica de Saúde encaminhou ao VIDEVERSO uma paciente transexual. Acompanhei em meu consultório a paciente que chamarei de Isabela, por três anos e durante os atendimentos pude conhecer, por meio de seu relato, situações de muito sofrimento e exclusão. O impacto desta relação foi parcialmente traduzido em uma crônica que escrevi em 2007, e que transcrevo a seguir para tornar explícita uma das forças que compuseram o cenário desta pesquisa.

Interlúdio 4

Isabela

“Ninguém sabe o que fazer com Isabela” – disse a médica com olhar de espanto. “Quando ela chegou aqui, todos pararam para ver. Depois que contou a história, aí é que ninguém acreditou. O ginecologista não iria se ocupar disso. Afinal, não é uma mulher. Mas então, quem vai se ocupar? Ninguém vai, ninguém quer.”

Isabela apareceu no posto de saúde em busca de ajuda. Estava vestida com uma saia e mini-blusa, cabelos tingidos de loiro em tamanho médio, equilibrando-se na corda bamba de seus altos saltos como uma criança trôpega. A sobancelha fina e delineada contornava olhos verdes despontando em uma pele morena. O nariz era largo e abaixo dele, contornava a boca, o acinzentado de barba feita. Do pescoço, saltava o pomo-de-adão, tal como saltavam em ângulos de Picasso, os ossos do cotovelo, joelhos e quadris do corpo magro. Mas o ombro era largo e forte. Os braços tinham marcas e cicatrizes que seguiam até as mãos, também marcadas e rudes, mas de dedos finos e unhas feitas. Procurava um médico pois precisava de orientação. Pouco tempo antes havia se divorciado da esposa por não se sentir feliz no casamento. Há um mês começara uma intensa exploração de seu corpo seguindo as pistas que há muito tempo, insidiosamente, se anunciavam. Descobrira, assustada, uma singular forma de prazer. Ao tocar-se, desejava que sua mão descesse, abaixo dos lugares habituais e permitidos, e que fosse aventurar-se em um estranho campo intermediário. Entre os testículos e o ânus, desabrochou uma intensa sensibilidade e surgiu magicamente, ao toque, um novo orifício. Este novo orifício – sem nome – foi percorrido, vasculhado e explorado. Dedos e “consolos”. Dúvida.

“Algum médico pode, por favor, me dizer o que está acontecendo comigo? O que é isso no meu corpo?”

O que é, e de quem é esse corpo? Algum médico iria examiná-la e quem sabe, até tocá-la para fazer surgir aquele insólito orifício? Depois de esperar sob olhares de espanto e riso, de revolta e medo, Isabela encontrou um médico que a viu, ouviu e tocou. E embora o ultrassom em preto-e-branco tenha constatado perfeito aparelho reprodutor masculino, em cores, o médico viu surgir, magicamente, o insólito orifício. E embora o médico em espanto tenha conjecturado que Isabela havia por si produzido aquilo, ou que tivesse aproveitado uma fissura anal, o orifício permaneceu insólito – e sem nome. E Isabela sem consolo.

Isabela gostaria de entender o que era aquele orifício, como cuidar dele e como evitar riscos.

Isabela gostaria de fazer exames genéticos.

Isabela gostaria de fazer uma cirurgia de redesignação sexual, de corrigir o nariz, de depilar a barba e de ampliar os seios.

Isabela gostaria de ver no espelho o mesmo que vê quando fecha os olhos.

Eu gostaria de descobrir um caminho que permitisse a existência do insólito. Gostaria que sua singularidade não a impedisse de ser ouvida e cuidada. Gostaria que ela tivesse seu direito à saúde considerado.

Tanto a realização da pesquisa em 2006 quanto o acompanhamento de Isabela e uma outra paciente transexual também encaminhada pela Unidade Básica de Saúde, foram importantes marcos na construção da viabilidade do campo da pesquisa. É no desenrolar da minha relação com a UBS que se construiu o interesse mútuo pelo trabalho. Podemos dizer que, no momento da apresentação do projeto para apreciação da gerência da UBS, eu era tido como um parceiro da unidade, participando de reuniões de equipe eventuais e atendendo a solicitações de encaminhamento de pacientes. Entendo que construí minhas expectativas em relação à pesquisa no fluxo destas relações que ao mesmo tempo construíam um campo no qual esta poderia se realizar. Meu interesse em conhecer e transformar práticas em saúde de modo a criar um contexto equânime para o cuidado dos pacientes LGBTs configurou-se em eco com o interesse desta equipe de saúde em repensar suas práticas de cuidado com tais pacientes.

Incluo o plano metodológico definido no projeto como um dos elementos que compõem as expectativas presentes no cenário da pesquisa. Ao defini-lo como expectativa também o situo como uma proposta para o trabalho que foi co-construída na relação pesquisador-campo. O projeto previa três momentos de interação direta com os participantes da pesquisa assim divididos:

entrevistas preparatórias
primeiro encontro de grupo
segundo encontro de grupo

Estas três fases respondiam ao objetivo definido no projeto. No entanto, à medida que o trabalho foi se desenvolvendo, a ampliação do número de encontros pareceu possível e necessária para responder ao desejo crescente de desenvolver recursos para o trabalho com a população LGBT. Assim, além das entrevistas foram realizados oito encontros de grupo. Em nossa construção conjunta, objetivos e método foram reconfigurados. As entrevistas e os oito encontros de grupo compõem o que aqui está sendo considerado como a etapa de interação no campo da pesquisa.

Interação no campo da pesquisa

A Unidade Básica de Saúde

Quem visita a Vila Tradição logo percebe que o bairro, localizado em uma região central, deve ter sido uns dos primeiros da cidade. Suas ruas estreitas e calçadas pouco arborizadas são intensamente movimentadas por pedestres e veículos que visitam os inúmeros estabelecimentos comerciais e de serviços das vias principais. As casas, em geral pequenas, se colam umas às outras, algumas com janelas se abrindo diretamente sobre a calçada, outras com alpendres, mas quase todas com uma arquitetura simples de padrão de classe média baixa. Em uma das praças centrais da vila, é possível encontrar grupos de homens, em geral idosos, jogando cartas e discutindo futebol. As mulheres, idosas também, aparecem mais pela manhã, bem cedo, quando realizam seu ritual de varrer e lavar calçadas. E à noite, travestis ocupam algumas das ruas e esquinas do bairro - locais famosos na cidade pelo comércio sexual.

A Vila Tradição tem duas Unidades Básicas de Saúde, ambas articuladas com uma Universidade, o que cria uma especificidade nestas instituições: elas prestam serviço à comunidade e ao mesmo tempo constituem um campo de ensino, estágios profissionalizantes e pesquisas. A Unidade na qual realizei meu trabalho é assim denominada de Centro de Saúde Escola. Esta Unidade iniciou suas atividades em 1934 como um posto de puericultura. Em 1999 agregou em seu conjunto de programas a Estratégia de Saúde da Família. A Unidade atende cerca de 731 famílias cadastradas e desenvolve ações que incluem visitas domiciliares

às famílias, grupos de dança, relaxamento, planejamento familiar, oficinas de artesanato, entre outras.

O prédio da Unidade oferece espaço para três consultórios, além de uma sala de curativos, uma para vacinas, uma para gerência, uma para as atividades que compõem a Estratégia de Saúde da Família, uma sala de reuniões, uma copa e quatro banheiros. Na frente, uma pequena varanda com bancos de concreto serve de sala de espera para os usuários, e ao fundo um amplo jardim com espaço coberto abriga atividades em grupo. A equipe de profissionais que trabalham na unidade é composta por 20 profissionais distribuídos nas seguintes categorias: uma enfermeira-gerente, cinco médicos, duas enfermeiras, três técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, quatro agentes comunitárias de saúde, um auxiliar de limpeza, uma recepcionista e dois vigias. Além disso, a unidade conta com o trabalho de estagiários de psicologia, terapia ocupacional e medicina.

Entrevistas

Apresentei o projeto de pesquisa à equipe de profissionais da Unidade Básica de Saúde em uma reunião de congregação. A reunião de congregação é o espaço oficial no qual os profissionais se encontram para discutir e deliberar sobre assuntos de interesse da unidade. Cada categoria profissional é representada por um delegado que tem a dupla função de contribuir nas decisões em nome da categoria profissional que representa e compartilhar as informações da reunião com os demais profissionais de sua categoria.

Durante a reunião na qual apresentei o projeto de pesquisa, foi decidido que cada delegado informaria os profissionais de sua categoria a respeito do trabalho e os convidaria a ler o projeto que deixei disponível na UBS. Aqueles que se interessassem em participar da pesquisa deveriam procurar seu delegado ou procurar-me diretamente para o agendamento de uma entrevista preparatória. Esta estratégia de contato com os participantes da pesquisa justificava-se na minha preocupação em não criar um contexto no qual os participantes se sentissem pressionados a participar da pesquisa. Assim, evitei tanto o contato direto com os profissionais da unidade, quanto o contato via gerência da unidade. Pensei que a apresentação do projeto por meio da figura do representante da categoria criaria um contexto menos coercitivo e permitiria que o profissional se sentisse à vontade para recusar a participação.

Na medida em que os profissionais interessados no projeto se manifestavam, as entrevistas eram agendadas. As entrevistas tinham o objetivo de preparar o encontro grupal e foram organizadas conforme o seguinte roteiro:

a) Apresentação mútua

b) Descrição da pesquisa (apresentação em linhas gerais da pesquisa, apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido, e oferecimento das informações necessárias para a tomada de decisão quanto à participação na pesquisa)

c) Planejamento da conversação (identificação da maneira que o encontro grupal poderia ser organizado para que o participante se sentisse motivado e à vontade, favorecimento da participação ativa do participante)

d) Colaboração (apresentação do plano metodológico da pesquisa e convite para que o participante contribuísse com as reflexões acerca da exequibilidade e cuidados éticos).

e) Preparação do encontro (convite ao participante para que pensasse e se preparasse para falar sobre uma situação que ilustrasse suas preocupações acerca do trabalho com a diversidade sexual)

O interesse dos participantes da pesquisa em engajarem-se no processo de investigação proposto é crucial dentro da perspectiva teórica deste trabalho. Assim, a fase de preparação do grupo apresenta especial relevância, pois oferece a possibilidade do pesquisador estabelecer uma primeira aproximação com os participantes em encontros individuais mais protegidos, e previamente desencadear com eles um processo de construção das regras que organizarão o encontro grupal, bem como estimular o clima afetivo favorável ao diálogo (McNamee & Gergen, 1998). Para Yankelovich (2001), esse clima afetivo é alcançado quando se cumprem três condições básicas: igualdade e ausência de forças coercitivas, possibilidade de escuta empática e de expressão sem julgamento. Organizar e realizar estas entrevistas preparatórias para o encontro grupal alinhava-se com minha convicção de que o tipo de interação que desejava alcançar nos encontros grupais (uma interação pautada no diálogo e não no debate, por exemplo) não seria alcançada simplesmente ao reunir os participantes dentro de uma sala. Tal contexto conversacional, se alcançado, seria fruto de uma série de medidas que favoreceriam seu estabelecimento e dentro das quais destaco as entrevistas preparatórias.

Foram realizadas 14 entrevistas distribuídas nas seguintes categorias profissionais: três médicos, quatro agentes comunitários de saúde, duas enfermeiras, dois auxiliares administrativos, uma faxineira e dois auxiliares de enfermagem. Todas as entrevistas foram áudio-gravadas e tiveram duração de 20 a 90 minutos.

Ouvi e organizei as entrevistas de acordo com os temas que eram abordados na conversa. Para esta organização, registrei os temas de todas as entrevistas, e agrupei-os em três grupos de modo a responder a três perguntas:

- Quais as expectativas que os participantes deste grupo têm em relação ao primeiro encontro do grupo?
- Quais os recursos que os participantes deste grupo destacam como qualidades presentes neste grupo e que poderiam favorecer o trabalho grupal?
- Quais as regras e acordos que precisamos fazer antes do início do nosso primeiro encontro grupal de modo a organizar um ambiente de trabalho seguro, confortável e produtivo?

Com relação às expectativas, os entrevistados destacaram que desejavam melhorar o trabalho com a diversidade sexual, trocar experiências, ouvir a história de trabalho dos outros profissionais da equipe e aprender comigo. Quanto aos recursos, os participantes destacaram o interesse e o valor que dão ao trabalho com grupos, o desejo de expandir e de incluir novas formas de trabalho, a crença de que vale a pena expor os pensamentos para a equipe e o sentimento de valorização mútua presente naquela equipe. As regras apontadas como favorecedoras do trabalho em grupo pelos entrevistados foram: ser ouvido, ser franco, ser participativo, não se sentir constrangido ao falar, trabalhar em um grupo descontraído, não criticar ou julgar, manter a conversa aberta e responsabilizar-se pela maneira como a esta se desenvolveria.

A realização das entrevistas ajudou-me a identificar que a reunião de equipe era o melhor momento para a realização dos grupos, uma vez que o agendamento de pacientes já havia sido reduzido, para que os profissionais pudessem estar presentes na reunião. O encontro grupal foi agendado para acontecer três semanas após a realização da última entrevista, na sala de reuniões da UBS.

Primeiro encontro de grupo

Com base no estudo realizado acerca das entrevistas, elaborei o roteiro e o plano de atividades para o primeiro encontro do grupo. Todos os profissionais entrevistados estavam presentes neste encontro, totalizando 14 participantes.

Iniciei o encontro apresentando uma síntese das entrevistas de acordo com os três tópicos organizadores (as expectativas, os recursos e as regras). Cada síntese foi entregue em um envelope para que um participante do grupo lesse. Ao final da leitura de cada tópico, os participantes foram solicitados a comentar, alterar ou acrescentar algo à síntese.

Na segunda atividade proposta, pedi a cada participante que compartilhasse com o grupo uma metáfora ou imagem que representasse os pacientes LGBTs. Esta atividade tinha o

objetivo de promover um aquecimento da conversação e desta forma, minhas intervenções buscavam estimular os participantes do grupo a falar e a apontar a pluralidade de perspectivas presentes no grupo.

Após este aquecimento convidei o grupo a discutir quais eram suas preocupações em relação ao atendimento à população LGBT e estimei os participantes a ilustrar suas falas com descrições de situações vividas no cotidiano do trabalho na UBS. Utilizei perguntas auxiliares para estimular a discussão do grupo tais como: O que esta equipe quer saber sobre diversidade sexual? Quais são as questões mais relevantes para o trabalho de vocês? Que tipo de situação vocês têm enfrentado no cotidiano da prática de vocês? Conte-me uma história de uma situação vivida com os pacientes LGBTs neste serviço. Que questões emergem desta história para o trabalho de vocês? Por que estas questões são importantes para vocês?

O primeiro encontro teve duração de 120 minutos e foi encerrado com o agendamento do segundo encontro. Imediatamente após o término do encontro, registrei minhas impressões e lembranças.

Segundo encontro de grupo

O segundo encontro do grupo foi realizado três semanas após a realização do primeiro encontro. Este tempo foi definido segundo a conveniência da equipe e considerando minha necessidade de um intervalo para o preparo do segundo encontro. Durante estas três semanas tive a tarefa de elaborar uma compreensão do primeiro encontro que serviria de ponto de partida para o trabalho no segundo encontro de grupo. Assim, o segundo encontro tinha como objetivo apresentar esta compreensão com a finalidade de criar o contexto para a conversa grupal.

Utilizei minhas anotações e o registro em áudio do primeiro encontro para compor o material apresentado aos participantes no segundo encontro. Após a leitura das anotações e de duas escutas com transcrição temática do registro em áudio¹⁰, elaborei dois eixos de compreensão.

No primeiro deles salientava a representação do paciente LGBT como um “ser exótico”. Este exotismo se referia tanto às descrições que retratavam o paciente LGBT como participante de um universo de sofrimento, abuso ou miséria, quanto às representações

10 Nesta modalidade de transcrição, criei temas ao ouvir o registro em áudio da discussão grupal, bem como transcrevi literalmente algumas citações que ilustram estes temas e incluí meus pensamentos, ideias e lembranças. Trata-se de uma forma de aproximação dos registros na qual busquei traçar uma descrição compreensiva e abrangente do encontro grupal.

diretamente relacionadas a uma sexualidade especial (seja por preferências inusitadas, por uma intensidade exagerada, ou por incapacidade de estabilização em relações afetivas duradouras).

O segundo eixo dizia respeito às preocupações e recursos práticos dos profissionais que estariam ligados ao trabalho junto à população LGBT. Este eixo incluía dois aspectos: o como entender (como entender a história do paciente LGBT? O que fez com que ele ficasse assim? Por que uns se expõem tanto e outros não? É uma doença? Por que eles são defensivos? É uma escolha? De onde vem a sexualidade de uma pessoa?) e o como fazer (Quais são os perigos do silicone? Como trabalhar com os adolescentes? Como fazer para não excluir mais? Qual é o limite da intervenção médica? Como acolher melhor? Como suportar a falta de adesão?)

Apresentei o primeiro eixo no início do segundo encontro que contava com a presença de oito profissionais. Os participantes foram convidados a discutir e estimulados a refletir sobre as consequências da representação dos pacientes LGBTs como “seres exóticos”. A partir desta discussão, propus uma atividade na qual o grupo foi subdividido em três pequenos grupos. A cada grupo, entreguei uma foto de uma pessoa (ou grupo de pessoas) LGBTs, e o grupo foi convidado a produzir uma história acerca da vida daquelas pessoas, que poderia incluir, suas preocupações, seus problemas, seus relacionamentos, suas expectativas de vida, seus sonhos, sua carreira, entre outros. Após a elaboração das histórias os grupos compartilharam suas narrativas que posteriormente, foram comparadas à biografia das pessoas presentes nas fotos.

Ao notar como as histórias produzidas se diferenciavam das biografias com tendência a descrever as personagens de maneira negativa, o grupo ampliou sua discussão acerca da percepção dos pacientes LGBTs e criou o contexto para a reflexão sobre o segundo eixo.

Convidei os participantes a pensar quais estratégias estariam disponíveis àquela equipe que poderiam auxiliar no desenvolvimento do “como entender” e do “como fazer”. Ao término do encontro, decidimos que seria útil prolongar os encontros de grupo. Assim, foi estabelecida a data para mais seis encontros de grupo com frequência quinzenal.

Demais encontros de grupo

Os seis encontros de grupo que sucederam os dois encontros definidos no projeto seguiram uma estrutura de organização semelhante e por isso são apresentados aqui enquanto conjunto. Os encontros foram realizados na UBS, em horário de reunião de equipe e com frequência quinzenal. A frequência foi definida de modo a favorecer a presença do maior

número de participantes possível sem impedir que a equipe pudesse continuar com horário reservado para a abordagem dos assuntos referentes ao cotidiano da UBS. Assim como nos encontros anteriores, a presença nos grupos era facultativa, e desta forma, o número de participantes variou a cada encontro. Dadas estas condições e para favorecer o engajamento dos participantes, apresentei a cada início dos grupos uma crônica do encontro anterior. Esta crônica era elaborada a partir de minhas anotações durante o grupo. Ao mesmo tempo em que esta crônica oferecia aos participantes a possibilidade de relembra o encontro anterior, também permitia àqueles que não estiveram presentes conhecer um pouco dos temas que haviam sido discutidos até então. Desta forma, tentei favorecer o engajamento dos participantes com o processo e com a construção do processo, e não apenas com as reuniões de grupo isoladamente.

As atividades que compuseram cada um dos encontros foram planejadas com base nas discussões geradas no encontro anterior. Busquei identificar temas de interesse do grupo e responder a solicitações específicas apresentadas pelos participantes nos encontros. Também os estimei a auxiliar na preparação dos encontros, trazendo sugestões de atividades e temas. O quadro a seguir apresenta o tema central e as atividades de cada encontro.

Encontro	tema	Atividade
3	Questionamento das categorias de identidade sexual	apresentação de um modelo quadridimensional de sexualidade e discussão
4	Reconhecendo os próprios valores	a) Discussão sobre: “o que é normal no terreno da sexualidade?” b) Discussão sobre como os valores dos participantes em relação à sexualidade foram construídos e alterados ao longo de suas trajetórias de vida.
5	Reconhecendo os próprios preconceitos	a) Discussão: Como sua vida seria melhor se você fosse LGBT? b) Reflexões sobre as vicissitudes do atendimento a um paciente homossexual na UBS c) Discussão: Nome social X nome de registro
6	Geração de recursos para o trabalho	Estudo de caso: reflexões acerca de um atendimento a um paciente homossexual na UBS
7	Os efeitos da discriminação e do preconceito	Leitura e reflexão acerca de uma crônica sobre discriminação Exercício imaginativo: colocando-se no lugar do outro
8	Avaliação do trabalho	Exercício imaginativo: você foi convidado pelo governo federal a montar um programa para treinamento de equipes em saúde para o trabalho com a população LGBT. Como dever ser este programa?

Interação com os registros

Considero minhas anotações, as gravações em áudio e as crônicas escritas ao longo dos encontros de grupo como registros produzidos na interação no campo de pesquisa. Após o término da etapa de interação no campo de pesquisa, iniciei a etapa de interação com os registros, que foi organizada em sete passos.

1. Escuta preliminar das gravações em áudio dos oito encontro de grupo e leitura do diário de campo e das crônicas;
2. Segunda escuta das gravações com transcrição temática.
3. Construção de um mapa temático. Classifiquei cada encontro de grupo em um quadro no qual identificava os temas, as preocupações e questionamentos expressados pela equipe, as atividades desenvolvidas, os objetivos e repercussões destas atividades e os pensamentos e idéias do pesquisador.
4. Re-elaboração do quadro. Re-organizei o quadro anterior em um esquema mais elaborado e articulado em três eixos: atividades, temas e questões/preocupações. A questão norteadora para a elaboração deste esquema foi: Que tipo de entendimento acerca do processo do trabalho com a equipe torna-se possível quando olhado a partir da perspectiva das atividades que foram desenvolvidas? E se fosse olhado a partir da perspectiva dos temas ou questões/preocupações? De que modo estes entendimentos podem contribuir na formulação que recursos para o trabalho em saúde com a população LGBT?
5. Os três eixos construídos no esquema anterior deram suporte para a organização dos registros em dois focos: o processo de grupo e o conteúdo dos encontros. Esta distinção reproduz uma divisão que Gergen (2009) aponta entre as pesquisas de referencial construcionista social que se dedicam ao estudo do conteúdo e do processo. Assim, pareceu-nos fértil explorar de que maneira a discussão nos grupos se desenvolveu, os dilemas e dificuldades, as respostas e soluções encontradas, e como o processo do grupo pode ter tido algum impacto na forma com que os profissionais trabalhavam com os pacientes LGBTs. De forma similar, a exploração dos temas, questões e preocupações que foram discutidas ao longo dos oito encontros de grupo parecia uma estratégia interessante para entender os desafios do trabalho desta equipe.

6. Produção de uma narrativa exploratória. Produzi uma narrativa que buscava criar uma inteligibilidade sobre o processo na qual cada reunião de grupo era apresentada e discutida. Entretanto, separar o processo do conteúdo reduziu a riqueza e o potencial generativo das histórias e restringiu minhas possibilidades de exploração.
7. Produção de uma narrativa exploratória integrativa. Re-escrevi completamente a narrativa anterior de modo a apresentar o processo e o conteúdo conjuntamente e de modo complementar. Organizei esta narrativa em oito capítulos que descrevem cada um dos oito encontros de grupo. No entanto, ao contrário da que foi construída anteriormente, esta narrativa não se esforça em “apresentar” os encontros e “poupar” algumas considerações “analíticas” para um momento posterior. Foi neste momento em que mudei minha forma de narrar, que percebi a necessidade de uma superação da divisão entre “dados” e análise. Esta narrativa busca descrever os eventos que marcaram a construção da trajetória do grupo produzindo conexões entre os eventos com os temas que foram abordados. Neste esforço de articulação, lancei mão de conceitos e teorias que auxiliassem na compreensão do processo e do conteúdo, sem explorar tais conceitos em profundidade neste momento. Cada capítulo recebeu o título baseado em metáforas geradas pelos participantes da pesquisa no primeiro encontro de grupo em resposta à pergunta: quando você pensa nos pacientes LGBTs quais imagens lhe vêm à cabeça? A justificativa para o deslocamento do uso destas metáforas se encontra na premissa de que os sentidos são construídos relacionalmente, são fluidos e nunca completos. Assumir esta premissa também se constitui enquanto um ato político dentro da pesquisa, uma vez que, se os sentidos emergem na interação, as palavras que usamos para falar do “outro” também dizem sobre nossa forma de estar em relação com este “outro”.
8. A produção, leitura e reflexão desta narrativa favoreceram a produção de dois focos de reflexão. Os focos de reflexão foram desenvolvidos considerando a possibilidade de articular um **conceito teórico** com os **registros produzidos** e a **geração de recursos** para o trabalho em equipes de saúde. Neste sentido, a reflexão elaborada neste trabalho de pesquisa foi organizada segundo o critério de **utilidade**, no qual a geração de recursos substitui a busca por uma elaboração que supostamente represente a realidade do serviço estudado. O foco de discussão que escolhi apresenta a responsividade enquanto recurso relacional facilitador do trabalho com a diversidade sexual.

Sobre homens e mulheres

A equipe de profissionais da Unidade Básica de Saúde onde realizei este estudo é predominantemente composta por mulheres. Nas entrevistas preparatórias, apenas um homem (médico) se voluntariou para participar do estudo. Este médico esteve presente apenas no primeiro encontro do grupo. Por esta razão, ao me referir à equipe usarei pronomes femininos.

Embora este não seja o foco deste trabalho, penso que vale a pena fazer uma breve consideração sobre a predominância de mulheres neste trabalho. Em primeiro lugar, considero que o exercício de profissões de cuidado estão historicamente vinculadas ao conjunto de profissões consideradas femininas. Uma leitura essencialista, veria nesta vinculação a confirmação da tese de que as mulheres são mais propensas ao cuidado com o outro e ao exercício de atividades que evocam afetos ternos.

Contudo, o entendimento mais crítico destaca que o feminino, tal qual o masculino, são construções históricas, performativas e não-homogêneas. A frase que “constata”¹¹ o sexo do bebê logo ao nascer (“É um menino!” ou “É uma menina!”) inaugura um percurso razoavelmente pré-definido que se destina à produção daquilo que se entende como menino ou da menina, homem ou mulher. Esta construção é operada por um conjunto de discursos profundamente tramados no tecido dos instrumentos sociais e instituições e que circunscrevem práticas de educação, delimitam espaços sociais, conformam comportamentos e orientam escolhas profissionais, por exemplo.

Neste processo de construção social do feminino, as atividades de cuidado são valorizadas enquanto possibilidades de expressão de um “modo de ser” que se volta ao outro. Deste modo, as profissões ligadas a área da saúde, da educação e do serviço social tornam-se atraentes para mulheres. Além disso, esta mesma produção, articulada aos remanescentes dos valores patriarcais, valoriza o cuidado que a mulher dirige à sua família.

Esta pesquisa, contudo, não foi a primeira vez em que pude identificar a predominância de mulheres em contextos conversacionais relacionados a sexualidade LGBT. Nos anos de 2006 e 2007, participei de uma proposta de oferecimento de apoio psicológico em grupo para pais e mães de jovens homossexuais promovido pelo grupo de pesquisa VIDEVERSO da Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto. Embora o grupo fosse aberto e assumisse uma postura pró-ativa na busca por possíveis usuários, durante todo o período de seu funcionamento, apenas mães participaram dos encontros (M. A. dos Santos, Brochado-

11. Para Judith Butler (2003), até mesmo a constatação do sexo é uma construção, na medida em que o enquadramento de possíveis sexos dentro de um binômio macho/fêmea é em si uma produção cultural.

Júnior, & Moscheta, 2007). Esta participação de mulheres (e a ausência dos homens) reproduz a crença de que é tarefa da mulher zelar por sua prole e família, ao mesmo tempo em que faz coro com a idéia bastante comum de que as mães são menos preconceituosas e mais receptivas que os pais em relação a não-heterossexualidade de seus filhos. Neste sentido, Edith Modesto, pesquisadora que fundou a ONG Grupo de Pais Homossexuais, aconselha que o jovem homossexual converse sobre sua sexualidade primeiramente com sua mãe, confiando que esta se encarregará de “dar o tom” de aceitação para o restante da família (Modesto, 2010). Esta ênfase na capacidade feminina em acolher a diferença sexual também transparece na escolha do título de um dos livros desta autora: “Mães sempre sabem?” (Modesto, 2008).

A ausência de participação de profissionais homens nesta pesquisa parece se ancorar tanto na predominância de mulheres nos contextos de cuidado de saúde quanto na maior disponibilidade que mulheres podem apresentar em se abrir para o diálogo que questiona o padrão heteronormativo. Contudo, a meu ver, isto não corrobora com a idéia de uma natureza feminina essencialmente distinta de uma natureza masculina. Ao contrário, reforça o argumento de que os valores patriarcais ainda operam no aprisionamento de homens em performances de uma masculinidade hiperviril e defensivamente impermeável. Neste sentido, esta pesquisa foi limitada em contornar este aprisionamento, mas auxiliou no delineamento de um desafio que se coloca pra futuras pesquisas: como criar contextos de investigação e de intervenção em saúde LGBT que sejam atraentes à participação de profissionais homens.

Considerações éticas

A elaboração deste trabalho, desde seu início, foi feita em contínuo diálogo com a equipe da Unidade Básica de Saúde. Meu contato com esta equipe tem se mantido desde 2001, passando por diferentes modos de inserção e atuação nesse contexto. No ano de 2007, fui convidado pela unidade para participar de reuniões de equipe, de modo a contribuir em suas discussões, particularmente nos casos nos quais a sexualidade LGBT era questão-chave para a compreensão da situação que a equipe estava enfrentando. Assim, a proposta deste trabalho acompanha o interesse da equipe desta unidade em particular, de desenvolver seus recursos para o trabalho com a diversidade sexual.

O projeto desta pesquisa foi apresentado à representante da gerência da Unidade, que se dispôs a abrir um espaço e oferecer as condições necessárias para a sua viabilização. Também foi apresentado e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável (anexo A). Sempre que possível, os profissionais foram informados que sua participação no estudo era

voluntária e medidas foram tomadas para que os profissionais não sofressem nenhuma pressão ou constrangimento por parte do pesquisador ou da direção da Unidade para participarem da pesquisa, como já exposto. Antes do início da pesquisa cada participante formalizou sua anuência em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A). Eles foram assegurados que a participação na pesquisa não oferecia nenhum risco potencial à saúde física ou psíquica dos participantes, e tampouco implicaria em algum ônus financeiro. A recusa na participação também não acarretou nenhum prejuízo profissional.

O prolongamento dos encontros de grupo foi promovido em resposta à necessidade da própria equipe de continuar a discussão do tema proposto atendendo ao imperativo ético de que eu permanecesse com a equipe até o momento em que pudéssemos ambos concordar com um encerramento.

Planejei esta pesquisa a partir de uma perspectiva dialógica que prima pela relação com os participantes. Desde o início, os participantes foram convidados a assumir uma postura ativa e crítica frente a esse trabalho, e em diferentes momentos tiveram a possibilidade de acompanhar a produção do conhecimento e a confecção da tese. Esta postura colaborativa de investigação tem como premissa o enfraquecimento da fronteira que separa o pesquisador dos indivíduos pesquisados e, ao convidar os participantes a ativamente colaborarem no processo de investigação, permite que eles se engajem em algo com valor pessoal (K. Gergen, 1999). Além do mais, o trabalho em colaboração favorece a postura auto-reflexiva do pesquisador, apontada como essencial ao cuidado ético das pesquisas qualitativas (James & Platzer, 1999).

A construção de recursos para o trabalho em saúde

Coração – isto é, estes pormenores todos.

(João Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas, São Paulo:
Nova Fronteira, 2005, p.34)

Narrativas

A fera ferida

Meu primeiro encontro com o grupo na Unidade Básica de Saúde foi uma experiência constrangedora. Por mais de um mês eu havia investido todo o meu tempo livre na realização de catorze entrevistas com profissionais daquela unidade. Estas entrevistas tinham o objetivo de preparar os participantes para o encontro de grupo que eles haviam concordado previamente em participar. Eu sabia que discutir sexualidade poderia ser delicado e queria certificar-me de que eles se sentiriam confortáveis e seguros. Pensei que tais conversas prévias poderiam auxiliar a criar um contexto favorável ao engajamento dos participantes nas discussões durante os encontros de grupo. Depois de completar as catorze entrevistas, levei horas para ouvir cada uma delas e organizá-las em três tópicos: as expectativas, os recursos para o trabalho de grupo e as regras para nossos encontros. Meu plano era ler estes tópicos no início do primeiro encontro de forma que pudéssemos retomar nosso interesse em realizá-lo, o que poderíamos utilizar como recurso para o nosso trabalho e quais seriam os limites e diretrizes que nos auxiliariam a realizar um trabalho produtivo. Eu imprimi minhas observações em papéis especiais e coloquei-as em bonitos envelopes. Cheguei cedo. Levei comigo sucos e pedi que a copeira preparasse café para nós. Por prevenção, levei dois gravadores. Eu tentava ser cuidadoso e preparado.

Também tentava ser delicado. Para não pressionar os profissionais a participar de minha pesquisa, eu optei por apresentar minha proposta a toda a equipe em uma de suas reuniões ordinárias. Deixei uma cópia do projeto de pesquisa e do termo de consentimento na

Unidade Básica de Saúde de modo que todos que quisessem, pudessem realizar sua leitura cuidadosamente, pensar e decidir se estavam interessados e dispostos a participar. Eu sabia que estava trabalhando com diferentes profissionais, que se organizavam dentro de uma hierarquia própria à instituição, e que por isso, eu deveria estar atento à distribuição de poder dentro da equipe. Assim, preferi que a gerente da Unidade não ficasse responsável em contatar os profissionais, evitando que a proposta de participação soasse como mais uma tarefa que eles deveriam cumprir. Tampouco eu queria criar esta pressão, e assim optei em não contatar diretamente nenhum profissional.

Uma Unidade Básica de Saúde é um local agitado, sobrecarregado com as inúmeras demandas que ali se apresentam. Ter espaço para incluir minha pesquisa nesta rotina intensa foi um privilégio ao qual eu estava muito agradecido. Antes que começássemos o encontro, uma auxiliar de enfermagem perguntou-me se sua colega, que eu não havia entrevistado anteriormente, poderia participar. Eu estava lisonjeado com o interesse que aquela equipe demonstrava em meu projeto, e parecia que eles se sentiam tão privilegiados quanto eu. Aceitei que ela participasse.

A sala estava cheia. Eu havia trabalhado intensamente para criar as condições para aquele encontro. Eu havia repassado meu plano de atividades inúmeras vezes. Estava ansioso mas confiava que tudo o que eu teria que fazer naquele momento era iniciar a conversa e torcer para que meu cuidadoso planejamento sustentasse um trabalho que fluísse tranquilamente. Entretanto, eu havia me esquecido que uma pesquisa é desenhada para produzir a novidade... e novidade, por definição, não pode ser planejada...

Aconteceu apenas dez minutos depois do início do encontro, enquanto ainda líamos os envelopes e nos aquecíamos para a próxima atividade planejada. Carla, a auxiliar de enfermagem que eu acabara de receber no grupo, levantou sua mão e disse que gostaria de sair da sala. Disse que não havia participado das entrevistas, que não entendia sobre o que falávamos e que ficaria mais confortável se não participasse. Instantaneamente, desfez-se o contexto que eu havia planejado tão cuidadosamente para o conforto dos participantes. Nenhuma das poucas palavras que eu pude dizer fizeram muita diferença. Carla levantou-se e fechou atrás de si a porta de uma sala tensa e silenciosa. No momento, senti-me constrangido e posteriormente fiquei com raiva. Como pude deixar que isso acontecesse? Como ela pôde fazer algo assim? Precisei de um mês para digerir a experiência e quanto mais eu tentava explicar o ocorrido, mais culpado me sentia. Mas culpa e acusação são os dois pratos de uma mesma balança. Minha experiência em psicanálise me permitiria explicar o infeliz evento como um movimento de resistência da equipe, personificado por um de seus membros que, por razões inconscientes, estava mais propenso naquele momento a atuar como bode-expiatório.

Posteriormente, a equipe me ofereceria algum consolo explicando que Carla estava reagindo a questões internas da equipe. De fato, aliviou-me lembrar de que toda equipe tem sua história, e que esta história é apenas parcialmente acessível a estrangeiros como eu. Porém, se ver-me de fora da situação trazia algum alívio, também produzia o meu isolamento; e eu não estava disposto a ser “o próximo a deixar a sala”. Aceitar este tipo de explicação naquele momento, significava aceitar que minha participação na conversa do grupo se dava a partir de uma posição protegida e privilegiada – uma posição na qual eu não precisaria me responsabilizar pelos efeitos de minhas palavras e ações no desenvolvimento da conversa grupal. O preço do conforto seria alto demais.

Além do mais, uma possibilidade de formular o objetivo de meu trabalho é dizer que ele está focado exatamente na expansão das possibilidades de inclusão de pacientes LGBTs nos serviços de saúde. Sendo assim, excluir (a mim ou a Carla) não me pareceu ser um bom começo nesta direção. Se eu fosse capaz de incluir aquele evento inesperado enquanto algo que oferecesse valor ao trabalho – reafirmando assim meu compromisso em acolher a diferença - eu teria mais chances de auxiliar a própria equipe a acolher tal diferença. Ao invés de tentar explicar, decidi aprender como utilizar o que havia acontecido. Ao invés de ficar preso no ciclo de culpa e acusação que procurava uma explicação (e um culpado) no passado, fiquei livre para explorar o potencial desta situação na criação de um futuro inovador.

Encontrei-me com Carla um mês depois de nosso primeiro e constrangedor encontro, e dois dias antes do segundo encontro do grupo. Nossa conversa foi mais fácil que eu pensava que seria. Provavelmente, ela precisava conversar tanto quanto eu – estávamos ambos tentando processar a mesma experiência indigesta. Acredito que ela percebeu que eu estava realmente preocupado sobre como ela se sentia e provavelmente intuiu quão importante aquela conversa era para mim. Pude então apresentar para ela o que eu havia pensado desde nosso último encontro e acredito que isso tenha permitido-lhe ver aquela situação a partir de uma nova perspectiva. Trabalhamos juntos por meia hora e construímos um novo entendimento que eu senti motivado a dividir com o grupo. Ela prontamente aceitou meu convite para participar da próxima reunião.

Minha conversa com Carla ajudou-nos a desfazer um mal-entendido. Minha cautela e discrição em convidar as pessoas para participar da pesquisa não esteve sempre a meu favor. Carla disse-me que teria se sentido “mais convidada” se eu tivesse falado com ela pessoalmente. Para mim, e para outros membros da equipe, minha sutileza era sinal de respeito. Para Carla, ela produziu dúvida e deixou-a insegura sobre o quanto eu valorizava sua presença. Carla também me ajudou a entender que simplesmente permitir que ela participasse da reunião no último minuto não poderia ser propriamente chamado de inclusão. Ela deixou a

sala quando percebeu que falávamos sobre algo do qual ela não havia participado. Acolhê-la no grupo não foi suficiente, uma vez que eu não trabalhei com ela de modo a criar as condições para sua plena participação em uma conversa já iniciada. Quando eu penso nesta conversa e me lembro de minha história com Carla, penso também nas discussões que tivemos com a equipe sobre os cuidados de saúde da população LGBT. Posso entender que inclusão requer mais que um simples convite; demanda um envolvimento ativo com os convidados, especialmente quando eles fazem parte de uma população vulnerável. Além disso, reflito sobre a “exclusão cordial” que podemos produzir quando tudo o que fazemos para incluir limita-se a simplesmente convidar e posteriormente, culpar o convidado por não ser capaz de aproveitar daquilo que gentilmente oferecemos.

O grupo ficou silencioso ao ouvir estas reflexões no início de nosso segundo encontro. Eles provavelmente não esperavam que eu fosse trazer aquela incômoda e embaraçosa conversa de volta. Responderam dizendo que era muito importante para eles ter um pesquisador que não estivesse comprometido apenas em coletar dados. Eles perceberam que eu estava lá para aprender e não para confirmar o que eu já sabia. Acredito que o grupo começou a me ver como alguém que estava tentando desenvolver sua “voz de pesquisador” e a criar um lugar dentro da equipe. Acima de tudo, eles entenderam que eu estava comprometido com a inclusão em um nível que desafiaria o trabalho deles tanto quanto a mim mesmo. Esta história retornou às discussões do grupo algumas vezes. Carla participou das reuniões sempre que pôde e eu fiquei mais confortável em trabalhar com aquela equipe.

Após a saída da Carla na primeira reunião, foi um desafio continuar a conversa e reanimar a discussão que se seguiu pelos 110 minutos restantes. Embora eu tenha ficado bastante inseguro acerca do conjunto de atividades que eu havia planejado, elas eram meu único ponto de apoio. Segui, portanto, com o planejamento. Pedi ao grupo que utilizasse de uma imagem ou metáfora para descrever os usuários LGBTs. Pensei que isto nos ajudaria a aquecer a conversa e favoreceria uma interação descontraída na qual eu pudesse identificar as emoções do grupo em relação a estes usuários. Fiquei surpreso com a variedade de descrições e sua riqueza de significados. O grupo falou-me de árvores com raízes dispersas que emergem ao acaso; do vento que sopra suave como a brisa ou feroz como um ciclone; de ondas movendo para frente e para trás no balanço das marés; de borboletas frenéticas que nunca voltam para uma segunda visita; de uma fera ferida tão furiosa quanto vulnerável; da beleza e alegria postiça de um desfile de carnaval e da sedução e luxúria de um fruto proibido.

As imagens e a discussão que se seguiram sobre as preocupações da equipe a respeito do trabalho com a população LGBT, pareceu articular-se ao redor da dicotomia entre o visível e o invisível (as raízes subterrâneas, a pessoa por trás da máscara de carnaval, a vida

real fora do paraíso) e sobre a inconstância (as marés, a borboleta errante, o vento). As narrativas produzidas nestes eixos foram histórias de um mistério, descrito como excitante, curioso ou perigoso, e marcado por um constante tom negativo que destacava o sofrimento, a dor, a tristeza e a miséria. Os usuários LGBTs foram caracterizados por sua diferença, sua singularidade ou por sua vida exótica. Havia uma nítida distinção, uma fronteira que delimitava o “eles” e o “nós”. Uma descrição que ao mesmo tempo em que produzia a distinção (eles/nós) homogeneizava ambos os lados da divisa – como se os usuários LGBTs fossem todos parte de um grupo homogêneo, e por oposição, a equipe fosse parte de outro, completamente diferente.

Esta divisão ficou ainda mais clara quando mais tarde eu solicitei que a equipe pensasse sobre o que queriam dizer quando afirmavam “respeitar a escolha sexual do usuário”. Pedi a eles que em silêncio pensassem no momento em que haviam escolhido a própria sexualidade, ou quando haviam decidido por quem se sentiriam atraídos e na primeira vez que decidiram assumir publicamente esta escolha. Alguns riram diante da impossível resposta, outros resistiram ao questionamento perturbador. “Nós não temos escolha, nós apenas seguimos aquilo que a natureza determina. A única escolha é recusar isto, como eles fazem” disse uma médica.

Ao término da primeira reunião ficou claro para mim que o trabalho deveria ser desenvolvido de modo a borrar esta distinção e aproximar distâncias. Também ficou claro que isto não poderia ser realizado sem questionar a ideia de que “nós”, que estávamos naquela sala, éramos parte de um grupo comum. O caminho ao exótico iniciaria-se explorando terrenos familiares.

O fruto proibido

“N.D.A. tem 35 anos e limitados recursos financeiros. Ela melhorou sua aparência tingindo seus cabelos, usou botox, e fez algumas cirurgias plásticas. O nariz dela é tão perfeito que ficou feio, e a boca tem uma simetria irreal. Ela tenta chamar atenção usando roupas coloridas e criando composições incomuns. Ela quer ter um emprego que lhe dê status, mas o olhar dela transmite tristeza e desafio. Não dá para dizer o que ela é exatamente: é uma mulher? É um homem que se transformou em mulher? O nome dela significa: ‘nenhuma das alternativas’”.

Esta foi o relato produzido por um grupo de participantes em resposta a meu convite para que criassem uma história para a personagem em uma fotografia que lhes entreguei em nosso segundo encontro de grupo. Após refletir sobre nosso primeiro encontro, eu havia entendido que o grupo estava falando dos usuários LGBTs como um grupo homogêneo. Um

grupo definido por um único traço (sua sexualidade) e aprisionados em narrativas de tristeza, pobreza, sofrimento e problemas. Eu sabia que estas narrativas estavam baseadas na experiência daquela equipe com estes usuários. Muitos daqueles que haviam utilizado dos serviços da Unidade de Saúde eram profissionais do sexo que viviam em condições precárias sob o controle abusivo e explorador de um 'cafetão'. Mas eu estava preocupado com os efeitos desta narrativa quando saturam a relação e cristalizam uma imagem da diferença – sempre descrita enquanto déficit. Qual é o tipo de relação que a equipe de saúde pode desenvolver com um usuário que é sempre descrito como deficiente? Como eu poderia auxiliar a equipe a alimentar sua curiosidade para outras narrativas acerca destes usuários?

No segundo encontro, eu estava disposto a desafiar a equipe a olhar para os usuários LGBTs para além das histórias estigmatizantes comumente associadas a categorias de identidade não-heterossexuais. Comecei a reunião resumindo estas ideias para a equipe. Uma agente comunitária de saúde contou a história de uma travesti que costumava ir até a Unidade e que passara a morar nas ruas. Uma enfermeira tentou dizer algo mas foi logo interrompida por suas lágrimas. Após um tempo, ela contou como era difícil para ela perceber que, a despeito dos esforços da equipe, a administração geral de saúde do município era incapaz de perceber o valor do trabalho deles. Falamos sobre o sentimento de ser excluído uma vez que aquilo que a equipe valorizava enquanto objetivo para o trabalho não constava na lista de prioridades da administração geral. Também falamos sobre nosso recente aprendizado em como incluir Carla. Falar sobre os sentimentos de exclusão e inclusão da equipe foi para mim uma forma de criar contexto para falar da exclusão produzida pelas narrativas estigmatizantes sobre a população LGBT. Eu tinha a esperança que esta conversa criaria um senso de proximidade, uma forma de conexão, um solo comum para o cultivo da empatia. No entanto, a atividade que eu propus mostrou-me que ultrapassar estas narrativas seria muito mais trabalhoso.

Eu convidei o grupo a criar histórias sobre pessoas em três fotografias que eu apresentei a eles, como se fossem usuários do serviço de saúde. Pedi a eles que pensassem sobre quem seriam estas pessoas, onde elas trabalhavam, como elas viviam, o que gostavam e não gostavam de fazer, entre outras coisas. Pensei que tais histórias gerariam uma conversa na qual poderíamos perceber que a sexualidade, embora importante, era apenas um elemento na vida dos usuários LGBTs. Este tipo de conversa ajudaria a nos aproximarmos destes usuários, não na perspectiva de suas diferenças mas sim de suas lutas, limitações, desejos, aspirações, esperanças e recursos que são tão humanas.

Além da figura que gerou a história de N.D.A. eu tinha duas outras para dois sub-grupos. Para a figura de um homem transexual, um grupo contou a mítica história de Adão que

havia sido transformado em Eva e expulso do paraíso, quando comeu do fruto proibido. Eva tornou-se modelo e começou a usar sua imagem como bilhete para o sucesso e inclusão social. Para a figura de um casal gay com uma criança, outro grupo produziu a história de uma menina que foi adotada por um casal gay. Embora a mãe estivesse faltando, a família era feliz e planejava visitar a Disneylândia nas próximas férias – contava a história.

Estas histórias mostravam como foi difícil para o grupo superar as limitações impostas pelo estigma. O corpo de Eva existe em uma narrativa mitológica, longe do mundo ordinário. É um corpo híbrido produzido por transgressão e punido com exclusão. O corpo de N.D.A. é também uma fabricação. Ela também pertence a um universo de incerteza e desafio. Ambas estão intensamente investidas em construir uma imagem artificial. Elas parecem existir tanto quanto existem para aparecer ... ou nenhuma das alternativas.

A terceira história soava diferente. Era a história de uma família e seus planos de férias. Seria a história diferente porque apelava a valores sociais altamente apreciados como a família? Será que a ideia de família – de estar envolvido com alguém e investindo na criação de filhos – ajuda as pessoas a ver para além do estigma? Se sim, será que isto significa que, para que seja visto enquanto pessoa, alguém precisa ter sua sexualidade negada de alguma maneira? E ainda, embora a família aparecesse em uma história feliz, houve a necessidade de lembrar que “a mãe estava faltando”.

Eu tentei estimular o grupo a pensar sobre o que estes personagens teriam em comum com outros usuários que eles viam cotidianamente na Unidade. A discussão não fluiu facilmente e as respostas tendiam mais a oferecer uma explicação ou teoria sobre quem eles eram do que propriamente produzir uma semelhança empática. Ao explicar, o grupo enfatizava a diferença e ampliava a distância. Eu insisti um pouco mais e perguntei: “o que na vida destes personagens você acredita que é semelhante a você, ou ao modo que você vive sua vida?” Eu podia sentir o quanto o desafio era difícil para eles. Eles reviravam os olhos, olhavam uns para os outros procurando uma pista. As respostas vieram com muito esforço e timidez. Eram demasiadamente abstratas e genéricas e os poucos pontos de identificação eram simplificados em obstáculos, problemas e necessidades: “eles são seres humanos como nós”, “eles encontram obstáculos para serem felizes assim como nós”, “elas querem ser bonitas e nós também”, “todo mundo tem problema em se aceitar”, “estamos sempre procurando algo diferente para nos sentirmos completos”.

Apresentei uma breve biografia das pessoas de cada uma das fotografias e o grupo ficou surpreso em ver a diferença da história que produziram. Adão/Eva é Loren Cameron, um fotógrafo transexual que, na foto, aparece nu em um autorretrato, exibindo um bonito corpo masculino, musculoso, tatuado e com a vagina exposta. N.D.A. é uma travesti que trabalha

como diretora de uma escola de ensino médio em uma cidade do interior de São Paulo. A família é composta pelo primeiro casal gay do Brasil a conseguir direito legal à adoção de sua filha de sete anos.

O resultado desta atividade foi diferente do que eu esperava. Pensei que seria mais fácil gerar um contexto no qual pudéssemos ver para além das categorias de identidade sexual. Mas a atividade ajudou-nos a perceber o quanto o estigma é poderoso em reduzir pessoas, em calcificar imagens a partir de elementos isolados. Não ser definido por sua sexualidade é um privilégio do qual apenas aqueles que se ajustam à norma heterossexual podem, eventualmente, gozar. Pessoas não-heterossexuais vivem o imperativo cultural de ter que assumir sua sexualidade como se assim, eles apresentassem seu “verdadeiro” self (portanto a recorrência de narrativas sobre a aparência quando falamos sobre eles) e eles têm também que encontrar sua verdadeira identidade (e estigma) dentro de uma comunidade definida por seu sexo (gay, lésbicas, transexuais, bissexuais, etc). Neste ponto, não conseguimos ultrapassar esta força. O que emergiu como resultado deste exercício foi, entretanto, um importante passo na criação da possibilidade de uma conversa diferente no futuro.

No sétimo encontro de grupo, uma agente comunitária de saúde contou uma história. “Um homem negro sobe em um poste para pegar um balão que uma criança havia perdido. Quando ele retorna ao chão a mãe da criança segura seu filho e corre com medo. O homem negro vai para casa, entra em seu quarto e solta o balão. Lentamente o balão sobe até chegar ao teto, onde encontra lugar entre muitos outros balões.” A agente comunitária traz esta história como uma metáfora dentro de uma discussão sobre o preconceito contra a população LGBT. O grupo foi então capaz de falar sobre o preconceito, seus preconceitos e os efeitos negativos que eles produzem. Do segundo ao sétimo encontro, nós criamos as condições que permitiram ao grupo pensar sobre os usuários LGBTs de modo mais empático, provavelmente, podendo enxergar além das ideias estigmatizadas que acompanham estas categorias de identidade sexual. Esta condição começou a ser construída no segundo encontro, quando o grupo percebeu que a descrição que faziam destes usuários era enviesada e aprisionada pelo preconceito. Quando o grupo comparou a história que haviam criado com a biografia das pessoas apresentadas nas fotografias, todos se surpreenderam com a percepção do quanto estavam propensos a pensar e falar destas pessoas sob uma perspectiva negativa. Embora a atividade não tenha alcançado o objetivo que eu desejava, ela resultou em uma afirmação categórica sobre como o preconceito estava presente na relação daquela equipe com estes usuários. Se aproximar não era possível ainda, pelo menos, estávamos muito mais conscientes da distância. E este entendimento criava o contexto para a mudança.

Ver nossos próprios preconceitos não é fácil nem agradável. Especialmente se vivemos em uma sociedade permeada por discursos sobre equidade e tolerância. Embora com implicações distintas, apresentar-nos como alguém com preconceitos pode trazer um outro tipo de estigma. Mas para mim, os preconceitos do grupo não era algo para ser tomado como uma definição de quem eles eram (tal qual faz o estigma). Eu entendo o preconceito como histórias que contamos sobre “o outro” sem ter a oportunidade de realmente viver com esta alteridade. Infelizmente, o efeito de tais histórias, em geral, nos impede de estar abertos para realmente estar com “o outro”. É uma história antecipada que confirma e reproduz a si mesma. Eu queria quebrar este ciclo e permitir que novas narrativas fossem contadas. Para fazer isso, eu não podia focar-me nos preconceitos, mas em como o grupo responderia a percepção de seus preconceitos, como reagiria à percepção de que suas ideias e descrições acerca das pessoas LGBTs não eram apenas simplistas, mas provavelmente tinham efeitos negativos no modo como estabeleciam as relações com estes usuários. Utilizando a metáfora delas : nós nos vimos nus, deixamos o paraíso e tínhamos que decidir então para onde seguiríamos¹².

Um desfile de carnaval

O projeto que apresentei à equipe quando solicitei autorização para realizar minha pesquisa com eles, previa dois encontros de grupo. Entretanto, embora eu tivesse material suficiente para seguir com os próximos passos da pesquisa, o último encontro de grupo produziu uma nova demanda. A percepção de seus vieses no trabalho com os usuários LGBTs produziu na equipe a necessidade de ampliar a conversa de modo a tornar mudanças possíveis. Deixar a equipe naquele momento era uma opção prevista, mas que não me parecia ética ou responsiva. Enquanto pesquisador, minha responsabilidade e curiosidade me motivavam a continuar o trabalho com a equipe, e enquanto homem gay, interessava-me

12. O símbolo do fruto proibido congrega uma interessante malha de possíveis significados. O mais culturalmente assimilado deles representa na imagem do fruto tudo aquilo que tem potencial de despertar o desejo de alguém, ainda que (ou justamente porque) repercuta em efeitos danosos para a pessoa que o consome. Daí sua apropriação e uso frequente em narrativas moralizantes sobre a sexualidade. Na origem desta metáfora, situa-se o mito cristão da queda de Adão e Eva, expulsos do paraíso por terem cedido ao desejo de consumir da única árvore proibida no perfeito jardim que o criador havia preparado para eles. A desobediência de consumir o fruto introduziu a morte como condição humana e corrompeu o estado de equilíbrio eterno. Contudo, o fruto proibido foi gerado pela denominada árvore do conhecimento do bem e do mal. Consumir de seu fruto, representaria portanto, um ato de desobediência a uma lei imposta e incompreensível, e ao mesmo tempo, uma procura por um exercício de escolha e aprendizagem. É apenas após este conhecimento que Adão e Eva perceberão e terão vergonha de estarem nus, representando assim, o constrangimento humano frente a sua própria condição. É também, apenas a partir daí que Adão passará a chamar sua companheira de Eva, até então também chamada de Adão, inaugurando uma divisão entre homens e mulheres. Com a expulsão do paraíso, homens e mulheres passaram a ter que utilizar de seu conhecimento para trabalhar em troca de sua sobrevivência. A queda do paraíso é assim, uma metáfora do esforço humano em trabalhar pela sua liberdade, em procurar formas de utilizar o conhecimento para transformar aquilo do qual se envergonha (König, 1998; Lurker, 1997).

construir possibilidades de mudança. O grupo prontamente aceitou minha sugestão de continuarmos o trabalho.

De modo a tornar os encontros possíveis, concordamos em trabalhar quinzenalmente no horário das reuniões oficiais da equipe com a flexibilidade de utilizarmos nosso tempo para discutir questões emergenciais caso fosse necessário.

Assim, o início de nosso terceiro encontro foi incomum. O grupo precisava de tempo para discutir um problema na relação com um dos profissionais. Algumas pessoas apresentavam posições muito fortes e a discussão transcorreu de forma intensa. Quando terminaram, a auxiliar de limpeza me perguntou se elas haviam me assustado. Como eu havia permanecido calado durante a discussão, entendi sua pergunta como um convite para que eu dividisse meus sentimentos e pensamentos sobre a conversa naquele momento. Primeiramente, disse que me questionava se eu deveria fazer parte daquela conversa, uma vez que meu ingresso na equipe havia sido construído com um propósito muito específico. Eu me questionava qual deveria ser o formato de minha participação em conversas que não diziam respeito à assistência aos usuários LGBTs. Eu identificava que a equipe estava interessada em minha participação para além da circunscrição dos temas relativos à sexualidade. Eu também havia percebido isto no encontro anterior, quando a enfermeira falou sobre as dificuldades que eles enfrentavam na relação com a administração central. Em seguida, respondi que acreditava que aquela equipe havia sido capaz de construir um contexto no qual as pessoas podiam expressar seus pensamentos e sentimentos abertamente e isto era algo para ser apreciado e não para temer.

Uma médica lembrou como aquela equipe costumava discutir questões problemáticas no passado e como em algumas situações, a falta de recursos conversacionais havia levado à agressão. Ela contou-me que minha participação em conversas difíceis era bem-vinda e que eu seria capaz de ver como eles estavam desenvolvendo a condição de falar de assuntos íntimos. Para ela, e para mim isto era algo importante e para o trabalho também. A enfermeira chefe comentou que minha participação era vista como um recurso para a equipe em um momento em que eles estavam se preparando para tempos difíceis. Senti-me convidado e incluído.

Inclusão, uma palavra que significa tanto em meu trabalho! Uma palavra que eu estava tentando entender enquanto a criávamos. A experiência com Carla havia mostrado que inclusão era mais que convidar, pois demandava um nível maior de envolvimento. Eu estava vivendo um processo no qual a inclusão era gerada por uma conversa na qual eu sentia que tinha algo a oferecer à equipe. Assim, sentir-me capaz de oferecer algo e ser visto como capaz de oferecer algo era importante para a construção de minha participação ativa no grupo. Sem este elemento apreciativo, a inclusão poderia ser reduzida a um gentil exercício de poder (e

dominação) sobre aquele que se inclui. O pobre, oprimido, marginalizado ou estrangeiro, por exemplo, seriam incluídos por aqueles que permitem sua participação em um contexto privilegiado. Eles se beneficiariam de uma oportunidade oferecida por aqueles que, além de poderosos seriam também generosos. A meu ver, o elemento apreciativo problematiza esta inclusão hierarquizada. Os benefícios e ofertas são melhor distribuídos. O pobre, oprimido, marginalizado e estrangeiro é re-descrito como alguém de recursos valiosos e não fica mais confinado a uma posição passiva. Ele tem um papel ativo e é responsável por ele. Este tipo de inclusão não seria desenvolvido no serviço se a equipe não mudasse as descrições estigmatizantes e negativas acerca da população LGBT.

Se em um nível eu me sentia convidado a contribuir nas discussões da equipe sobre temas variados, em um outro nível eu acreditava que minha melhor contribuição até aquele momento havia sido de criar um espaço dentro da conturbada rotina da Unidade no qual pudessemos sentar e discutir temas frequentemente marginalizados, como por exemplo a assistência aos usuários LGBTs. Obviamente eu não havia criado este espaço sozinho. Construimos juntos, na medida em que nos convidamos e aceitamos nossos convites mútua e continuamente. Mas eu sabia que meu papel nesta construção coletiva era de sustentar o convite e mantê-lo vivo, protegendo-o de submergir nas turbulentas águas da rotina de uma Unidade de Saúde. Assim, embora eu tenha expandido minha participação nas discussões da equipe e tenha me sentido mais confortável e ativo, mantive-me atento em não diluir minha participação e relembrar constantemente à equipe de seu interesse em refletir sobre questões relativas à sexualidade.

Os encontros anteriores ajudaram-me a perceber como a conversa sobre os usuários LGBTs estava baseada em uma divisão nítida entre “eles” (os outros, a diferença, o problema) e “nós” (a norma). Eu havia tentando encurtar esta separação promovendo uma conversa na qual as similaridades, e não as diferenças pudessem ser identificadas. Para a terceira reunião eu planejei uma abordagem diferente. Eu queria refletir sobre o efeito desta divisão em termos de homogeneização de ambos os lados. Definidos e reduzidos a um traço que marcava a diferença, “eles” eram identificados como um grupo uniforme, e “nós” também. Minha estratégia foi utilizar um modelo de sexualidade quadri-dimensional para gerar diferentes categorizações identitárias em uma explanação de vinte minutos. O modelo define sexualidade como composta por quatro elementos: corpo, papel de gênero, identidade de gênero e desejo¹³. Para cada um destes componentes o modelo sugere uma linha contínua entre dois extremos. Por exemplo, o componente corpo apresentaria uma linha contínua que ligaria os extremos de “macho” e “fêmea”, e a linha do componente desejo ligaria os extremos da

13. (Picazio, 1998)

“homossexualidade” à “heterossexualidade”. A identidade sexual seria definida pelo arranjo destes quatro componentes. Embora o modelo utilize de um “continuum” para gerar um entendimento de que as pessoas estão diferentemente posicionadas ao longo destas linhas e assim, haveria infinitos arranjos de sexualidade possíveis, as limitações e problemas deste modelo eram óbvias para mim. Em primeiro lugar, a síntese da sexualidade em quatro elementos é em si mesma uma limitação. Em segundo lugar, o modelo opera em uma metáfora que usa a linha contínua como uma régua para avaliar abstrações produzidas pela linguagem. Se criamos um mundo no qual as pessoas são divididas em categorias discursivas como ‘homem’ e ‘mulher’, e posteriormente criamos uma escala para identificar onde alguém está posicionado entre ‘homem’ e ‘mulher’, não estamos medindo nada mais que o poder de nossa categorização artificial de ‘homens’ e ‘mulheres’ em produzir a realidade de ‘homens’ e ‘mulheres’. Finalmente, e mais problemático para mim, o modelo responde a uma insistência em ter que classificar a sexualidade. A partir de uma perspectiva exterior ao processo no qual eu decidi utilizar este modelo, minha escolha pareceria contraditória: se eu queria que as pessoas fossem vistas para além das categorias sexuais que as identificavam, porque eu utilizaria um modelo que criava estas categorias? Meu uso foi portanto, estratégico. Mais do que explicar, eu queria criar confusão. Eu illustrei o modelo com figuras que me ajudariam a alcançar este efeito: um casal gay com características físicas estereotipicamente masculinas em contraste com um ídolo do cinema de aparência andrógina e famoso por seus casos com lindas mulheres, um transexual grávido (mulher para homem), entre outros.

Separar a sexualidade em quatro componentes diferentes ajudou a equipe a entender que um homem gay não necessariamente se comporta como uma mulher, tampouco se identifica como mulher, ou que uma transexual (homem para mulher) pode desejar ajustar seu corpo a sua identidade feminina, mas pode se sentir sexualmente atraída tanto por homens quanto por mulheres (ou por ambos). Mais do que entender e classificar pessoas LGBTs, a equipe descobriu que havia muito mais para ser pensado na sexualidade que eles antecipavam. Ao invés de produzir respostas, estávamos gerando curiosidade.

Eu também aprendia algo importante. Surpreendeu-me notar a excitação da equipe em conhecer estas definições: “Então quer dizer que nem todo homem gay quer ser uma mulher?” – perguntou-me uma agente comunitária para meu espanto. Ser gay e ter pesquisado a sexualidade por alguns anos, ofereceu-me condições de aprender e ficar familiarizado com estas categorias a partir de uma posição específica. Quando percebi que havia muita surpresa naquilo que eu tomava como óbvio, entendi que até então eu havia presumido que a equipe possuía uma compreensão que na verdade não tinha. Desde os rascunhos do projeto de pesquisa até aquele dia eu não havia me dado conta do quão diferentes eram o meu

entendimento das categorias de identidade sexual daquela que a equipe apresentava. Pensei em quantas intervenções e programas de treinamento podem ser desperdiçados simplesmente porque presumimos que estamos iniciando o trabalho “no mesmo pé”.

A apresentação foi muito generativa. O grupo estava animado em pensar sobre a população LGBT a partir desta nova perspectiva. Elas contaram histórias de usuários. Elas fizeram questões sobre hermafroditismo. Elas estavam curiosas e descontraídas. A próxima atividade que eu propus foi elaborada para levar a discussão adiante. Uma vez que já tínhamos criado alguma confusão na noção de “outros” enquanto um grupo homogêneo, era hora de criar dúvidas a respeito de “nós”. Pedi às profissionais que pensassem silenciosamente em sua sexualidade em termos de corpo, comportamento, identidade e desejo. Posteriormente, propus-lhes que pensassem em seus desejos em termos de preferências, fetiches, frequência de relações, posições sexuais preferidas, fantasias, parceiros pelos quais se sentiam atraídos, entre outros elementos. A equipe sorriu, ruborizou e riu. Pedi então que olhassem ao redor e tentassem imaginar se duas pessoas naquela sala poderiam ter pensado exatamente nas mesmas coisas. E rimos ainda mais.

O exercício abriu a possibilidade de discutirmos sobre a singularidade da sexualidade humana e os limites das classificações. Juntamente com a atividade anterior, este exercício ajudou-nos a perceber como elementos específicos da sexualidade são selecionados para circunscrever uma identidade sexual e o quão limitada é esta circunscrição.

Estas atividades foram constantemente referidas pela equipe nos outros encontros como um importante aprendizado do grupo. Eu fiquei surpreso em ver como uma simples e quase óbvia explicação podia produzir tamanho impacto. Entendi que, o treino destas profissionais dentro de um modelo heterossexista, impedia que elas desenvolvessem uma visão mais complexa sobre a sexualidade humana. O entendimento possível era emoldurado por uma visão em branco e preto na qual tudo aquilo que não é “como eu” é chamado de “outro”, sem muito espaço para distinções de cinza sutis e definições em diferentes matizes. Ao final da reunião, o grupo começou a discutir algumas situações vividas na assistência as usuárias travestis. Algumas questionavam por que elas eram tão exibicionistas. Outras questionavam por que ser exibicionista era um problema. Fizeram referências à cultura, à forma como haviam sido educadas sexualmente, aos preconceitos, esforços e desconfortos na interação com estas usuárias. O repertório era muito mais ampliado que aquele apresentado na primeira reunião.

Em nosso quarto encontro o grupo falou sobre o desconforto de perder parâmetros que ditam o que é certo ou errado. As atividades anteriores produziram uma confusão e de algum modo desestabilizaram seus valores. Em um território de fronteiras imprecisas, elas

lutavam para encontrar um lugar no qual pudessem se sentir seguras e confiantes para responder aos dilemas cotidianos que teriam que enfrentar. Eu, no entanto, estava lutando para legitimar este desconforto e ao mesmo tempo manter a pergunta sem resposta. Pois para mim, o próprio questionamento era ele mesmo uma forma de resposta. E se trocássemos nossa demanda de classificação por uma curiosidade apreciativa? E se, ao invés de olharmos para a vida como uma corrida que termina em um pódio, começássemos a apreciá-la como um desfile no qual a diferença aparece para somar e não para competir?

O carnaval no Brasil é um produto cultural interessante. Por quatro dias as pessoas vestem fantasias, brincam e dançam. As regulações morais são relativizadas e as pessoas são autorizadas a serem diferentes do que geralmente são. A ordem é protegida pela confiança de que, não importa quão intenso seja o fogo, ele sempre acabará em cinzas na quarta-feira. A vida retornará a seu curso ordinário e as pessoas trocarão suas fantasias reluzentes por sóbrios uniformes. Mas um uniforme não é nada mais que uma fantasia, visto como mais apropriado apenas porque uniformiza e por isso, se ajusta mais. E aquilo que é mais ajustado, tal qual a moda, fala mais de nossos acordos enquanto sociedade do que sobre aquilo que realmente somos. Em um desfile, no qual identidades sexuais são fantasias, quem irá distinguir aquelas que se ajustam aos 361 dias, daquelas que devem virar cinzas na quarta feira?

A brisa e o tornado

Lina engravidou na primeira relação com seu primeiro namorado. Ela não sentiu que tinha outra opção a não ser casar-se com ele. Selma casou-se virgem e ainda procura pela parte doce da lua-de-mel. Ambas eram adolescentes em um tempo no qual mulheres deveriam ser ignorantes sobre sexo. Seu aprendizado viria a partir da experiência, e experiência deveria esperar pelo casamento. A contravenção de Lina não a fez mais feliz que àqueles que, como Selma, jogavam segundo as regras. Porque ambas cresceram em uma cultura onde a sexualidade feminina era algo que deveria ser negado tanto quanto possível, escondido quando não mais impossível de negar, disciplinado quando descoberto e coberto de vergonha quando insurrecto.

Lina e Selma dividiram estas histórias em nosso quarto encontro quando estávamos discutindo o que era normal e anormal no campo da sexualidade. O grupo começou a conversa estabelecendo dois possíveis critérios para definir esta fronteira: a sexualidade deveria ser algo privado e não deveria trazer extremo sofrimento para a pessoa. A conversa foi enriquecida por várias histórias. Enquanto tentávamos encontrar alguns critérios, as participantes estavam abertas para olhar para suas próprias experiências e refletir sobre seu

desenvolvimento sexual. Elas não estavam falando de modo a tomar os “outros” como definição do errado, elas não tinham um discurso que, ao demonizar o outro, santificasse a si mesmas. Ao contrário, elas estavam reconhecendo a alteridade em suas próprias experiências; estavam ponderando sobre como a cultura havia produzido valores que limitavam, e até mesmo prejudicavam seu desenvolvimento enquanto seres sexuais.

O encontro foi importante e produziu uma conversa na qual as participantes puderam refletir sobre as origens dos valores que organizavam sua vida sexual. Valores são produzidos em nossa relação com os outros na sociedade. À medida que pessoas se reúnem, elas coordenam ações em um movimento espontâneo – tal qual elas coordenam seu andar de modo a não trombar com os outros em uma cidade movimentada. Estas coordenações geram padrões que são repetidos ao longo do tempo e dos quais emergem expectativas. Padrões e expectativas trabalham juntos na criação de valores que definem como esperamos que o mundo seja. Quanto mais silencioso este processo se torna, mais consistentes são as crenças em seus produtos¹⁴. Em termos de valores, a verdade é o que sobra quando não mais podemos ver a dependência relacional daquilo que criamos.

Enquanto contavam suas histórias, as participantes recuperavam os contextos de suas relações, tornavam evidente a silenciosa produção de seus valores. Uma vez contextualizados desta maneira, os valores não podem mais ser tomados como absolutos. Ao contrário, eles se tornam um ponto de perspectiva, uma posição a partir da qual alguém vive e encara a vida. Acima de tudo, os valores se tornam uma posição na qual alguém pode permanecer ou não. Valores, quando contextualizados, não se tornam menos importantes ou necessariamente deixam as pessoas menos confiantes naquilo que acreditam. Mas convidam as pessoas a escolher aquilo no que acreditam, a estarem atentas a suas escolhas e a serem respeitosas às diferenças.

Valores são um produto inevitável da vida em relações. Como o ar que respiramos, eles estão sempre presentes e geralmente não são notados. Eles podem nos pressionar e nos arrastar como um tornado ou podemos usar deles na travessia da vida, como um barco veleja uma brisa suave. O vento, feroz ou calmo, é um movimento permanente em várias direções. Valores, tal qual o vento, não ficam parados.

Eu estava curioso em saber como os valores dos participantes em relação à sexualidade haviam mudado ao longo do tempo, e principalmente, como o trabalho delas havia contribuído para estas mudanças. O grupo conversou sobre as diferentes formas que tinham

14. Este modelo foi construído por Sheila McNamee e pode ser compreendido com maiores detalhes no texto *Constructing values and beliefs: a relational approach to sustainable development*, a ser publicado no livro *Including Attitudes and Values in Sustainability Development Research*, Cheltenham, England: Edward Elgar Publishing, organizado por J. Appleton.

em lidar com seus filhos, como haviam sido capazes de permitir que seus filhos experimentassem a sexualidade de uma forma que elas mesmas nunca tiveram a chance de tentar. Posteriormente, elas falaram sobre como o trabalho havia mudado seus valores. Lina contou que viu um preservativo pela primeira vez quando começou a trabalhar na Unidade de Saúde. Como profissionais de saúde, elas estavam visitando famílias, vendo usuários, ouvindo suas histórias que muitas vezes apresentavam uma nova perspectiva do mundo. Disseram que seu trabalho era interessante porque continuamente exigia que elas mudassem.

Senti que o grupo havia produzido muito deste nosso primeiro encontro. Elas estavam abertas e curiosas, auto-reflexivas e engajadas em reconstruir os sentidos acerca dos usuários LGBTs. Categorias de identidade sexual foram confundidas. Elas haviam desenvolvido descrições mais positivas acerca de seus usuários e estavam encarando seus próprios valores de modo relativo. Havia um processo de mudança e eu sentia que movíamos a todo vapor. Entretanto, assim como as marés vem e vão, as ondas que nos levam adiante podem em algum momento também nos impedir de avançar.

As marés

Quando Mary Shelley escreveu seu livro em 1818, ela propositadamente deixou sua famosa criatura sem nome. Frankenstein – também chamado de “o Prometeu moderno” no subtítulo do livro - era o nome do médico que na história usou da ciência para criar a vida. O livro é uma celebração sombria dos desenvolvimentos científicos da era moderna. A criatura tornou-se um monstro quando foi rejeitada por seu criador sem nunca obter o nome e a esposa que solicitava. Um nome e uma esposa, em uma leitura pós-moderna, poderiam representar as duas condições que marcam a diferença entre uma criatura e uma pessoa: precisamos da linguagem tanto quanto necessitamos de interações humanas.

Um nome é uma marca de identidade e organiza grande parte de nossas relações sociais. Enquanto marca identitária, usamos nossos nomes para preencher formulários, imprimimo-los em cartões de negócios, cheques, caixas de correio e lápides, rastreamo-los em nossa árvore genealógica e imediatamente usamo-los quando conhecemos alguém pela primeira vez: “Olá, meu nome é Murilo. Prazer em conhecê-lo.”

“Você pode se chamar Murilo, mas eu prefiro te chamar de Marcos” alguém poderia dizer... mas ninguém nunca disse. Pois o nome de uma pessoa é geralmente tomado como algo inquestionável. Ele não depende de preferências e não se coloca para debates. Exceto se você for uma travesti.

Uma travesti chega à Unidade Básica de Saúde. A funcionária da recepção pede-lhe que preencha um formulário. Ela é obrigada a utilizar seu nome de registro, um nome masculino é rejeitado. Mas a mesma funcionária escreve com um lápis, no canto superior do papel, o nome social – o nome que a travesti escolheu para si mesma. As assistentes de enfermagem são esclarecidas e cuidadosas, elas fazem o melhor para que a travesti sinta-se confortável enquanto espera pela consulta. O médico é também cuidadoso, aproxima-se da paciente e em voz baixa chama seu nome – seu nome masculino, entretanto. Esta é a história que a equipe me conta em nosso quinto encontro.

O que aconteceu nesta unidade já era óbvio no século XIX, quando Shelley traduziu em uma história de horror a ambição científica por poder. A medicina moderna tornou-se especialista em produzir discursos autoritários que transformam corpos em partes e pessoas em criaturas. Dar nome – tal qual acontece em uma atividade diagnóstica – e negar um nome são mais que um exercício de conhecimento; elas compõem uma forma de relação definida pela assimetria de seus interlocutores, pela submissão do corpo de um em face da prevalência da verdade do outro. Dois séculos após o livro de Shelley, esta tradição ainda se mantém presente a ponto de facilmente sentirmo-nos como criaturas (e não pessoas) quando entramos em um hospital e temos nosso corpos investigados, nossos pensamentos interrogados, nosso desconforto rotulado em uma linguagem inacessível e nossas ações prescritas. Falar da humanização do cuidado, tal qual muitos autores contemporâneos têm falado, só faz sentido se aceitarmos primeiramente que, de alguma maneira, nos desumanizamos.

Mas esta equipe era para mim uma equipe muito distinta. Eu havia participado esporadicamente em diferentes atividades na Unidade por seis anos, a começar quando eu ainda era um aluno de graduação do curso de psicologia. Eu sabia o quanto este grupo de profissionais havia lutado para criar uma relação com seus usuários e como eles haviam se tornado uma referência em assistência na comunidade. Eu sabia do quanto elas haviam investido em estabelecer um programa de intervenções que tomava saúde em um sentido amplo, para além da perspectiva tradicional focada na doença. Elas visitavam famílias em suas casas, elas estavam integradas à comunidade, elas geralmente falavam dos usuários com profunda preocupação e sensibilidade. Até então, eu nunca havia visto o trabalho desta equipe como desumanizado. E considerando a história de nosso processo e tudo que havíamos conversado até então, era difícil para eu entender porque elas resistiam a usar plenamente o nome social das travestis.

Primeiramente eles argumentaram que elas não chamam os usuários por seus apelidos e que isto era parte da cultura das escolas de medicina e enfermagem nas quais elas haviam sido treinadas. Usar o nome de registro era uma formalidade que preveniria mal-entendidos na

relação profissional-paciente. Mas eu estava certo de que, para uma travesti, não utilizar seu nome social era o maior dos mal-entendidos.

Em segundo lugar elas explicaram-me que a Unidade havia mudado muito nos últimos anos. Há dez anos, era apenas um centro de saúde de puericultura. Posteriormente, tornou-se uma unidade de saúde e homens começaram a frequentar o serviço. Finalmente, a Unidade adotou a Estratégia de Saúde da Família e integrou suas ações na comunidade ampliando o escopo de seu trabalho. Quando as travestis começaram a aparecer na Unidade, um grupo de mulheres que eram usuárias frequentes pediu explicações: “O que vocês acham que estão fazendo com a Unidade?” - lembrou uma médica. Disseram-me que tinham que ser cuidadosos e sensíveis à cultura e à história da Unidade. Incluir as travestis no serviço produzia um impacto nos outros usuários e a equipe estava preocupada com as possíveis reações. Mas qual o tipo de reação que elas imaginam que um usuário teria ao ver um médico chamar uma travesti por seu nome social? “Eles podem pensar que vale tudo aqui” - respondeu uma médica.

Por um lado eu podia apreciar o esforço da equipe em ser sensível às possíveis reações dos usuários. Por outro, eu não podia evitar pensar que esta sensibilidade só era possível às custas de um outro ato, muito insensível. Sensibilidade não era um privilégio para todos, e a política de sua distribuição carrega a história de mais de um século de heteronormatividade. É sobre o corpo da travesti que a lei, as regras e a autoridade serão reclamadas. Sobre ela se estabelece uma ordem que institui o poder médico sobre todos – um ato disciplinar e pedagógico tanto para o corpo punido quanto para os olhos curiosos que o circundam.

Embora eu tenha feito o convite, a equipe não voltou a discutir este tema novamente. Quando terminamos nosso trabalho juntos eu não podia dizer se havíamos movido um centímetro nesta direção. A equipe parecia pronta para pensar sobre estas usuárias de modo positivo; as profissionais estavam se esforçando em desenvolver uma melhor relação com elas; queriam que as travestis frequentassem mais a Unidade. Mas elas não estavam prontas para publicamente apoiá-las. Senti que este tema gerava resistência provavelmente porque era um convite claro à tradução de nossas conversas em uma ação pública. As marés se recolhiam e navegávamos contra o vento.

Entretanto, movia-nos. Como lembrou-nos a enfermeira chefe, não fazia muito tempo que eles haviam começado a se preocupar em perguntar o nome social das travestis. Elas foram provavelmente, a primeira Unidade de Saúde da cidade em investir em um trabalho de discussão das questões LGBTs, quando estas nem constavam na lista de prioridades da administração geral. “O fato da homossexualidade não ser uma doença não significa que os homossexuais não possam ter transtornos mentais”, disse uma médica, ilustrando seu

aprendizado de que alguns problemas que ela havia tido com alguns usuários não se davam como resultado de suas sexualidades, mas de traços de personalidade que tornavam a relação particularmente difícil. “Nós temos problemas com o Roberto porque ele é uma pessoa difícil, por causa da sua personalidade, não porque ele é gay” – disse uma enfermeira. Era uma mudança importante. Mas dado o contexto da conversa, eu me perguntava se também não era uma maneira de evitar o desafio. Afinal de contas, se nossos problemas na relação com os usuários LGBTs não têm nada a ver com a sexualidade deles, então provavelmente, não há nada em nossa prática em relação à sexualidade deles que mereça ser reconsiderado.

A resistência cria uma tensão, não necessariamente a inércia. Eu estava confiante que o trabalho estava gerando reflexões que iriam, em algum momento, demandar uma transformação prática. No início do encontro uma médica contou a história que havia acontecido com ela durante o fim de semana. Ela estava viajando e havia almoçado com dois outros médicos. Por alguma razão a conversa voltou-se sobre a assistência aos usuários LGBTs e a médica ficou surpresa em ver quão discriminatórias eram as práticas de seus colegas e quão preconceituosos eles eram em relação às travestis. Ela contou que se sentiu motivada a descrever para eles o trabalho que fazíamos na Unidade e como ela estava aprendendo a ver estas situações de modo diferente. Em sua viagem de volta ela pensou sobre a questão que eu havia proposto à equipe como exercício para casa: “como sua vida seria melhor se você fosse gay, lésbica, bissexual, travesti ou transexual?” Ela disse que foi muito difícil de encontrar uma resposta e que se questionava então se esta dificuldade era fruto de seus preconceitos: “Será que sou tão preconceituosa quanto eles?” Seu questionamento era para mim, sinal de uma tensão que abria possibilidades para o diálogo e a transformação.

A única resposta que ela pôde encontrar foi de que homens gays têm mais possibilidades de prazer sexual, uma vez que eles podem desempenhar papéis “masculinos” e “femininos” na relação sexual. Uma agente comunitária de saúde acrescentou que as travestis são muito extrovertidas e que ela gostaria de ser também um pouco assim. Uma enfermeira salientou: “eles têm a verdade deles, eles estão à procura de algo, eles têm a coragem de pagar o preço por aquilo que eles acreditam que é melhor para eles. Eu sou enfermeira e às vezes eu me perco na rotina. Eu perco meu objetivo e comprometo aquilo em que acredito.”

Existe uma ironia sutil na história de Shelley. Uma vez que a humanidade é uma qualidade da relação e não uma posse pessoal, o limite da humanidade do Dr. Frankenstein é dado por sua habilidade em humanizar suas relações. Assim, ele não apenas privou sua criatura de humanidade, mas ao fazê-lo, privou-se também da possibilidade de agir humanamente. O dano e o desconforto afetam ambos os lados da relação. E é por isto que eu

acredito que esta equipe um dia terá a condição de começar a utilizar os nomes pelos quais já aprenderam a perguntar.

Uma borboleta entra em cena

Roberto é um homem gay que tem uma relação problemática com a Unidade Básica de Saúde. A equipe o descreve como arrogante, impaciente, desafiador, desrespeitoso, exibicionista e violento. Sendo ele mesmo um profissional da área da saúde, ele domina os caminhos de como pressionar e ameaçar os profissionais para conseguir o que quer. Ele é extremamente intolerante à frustração. A agente comunitária que visita sua casa descreve-o em uma cena grotesca: quase nu ele a deixa entrar em sua casa bagunçada, esparrama-se preguiçosamente no sofá de onde dispara grunhidos e palavras raivosas emaranhadas na interminável fumaça de seus cigarros.

Nosso sexto encontro focou-se na discussão dos recursos da equipe para o trabalho com os usuários LGBTs. A equipe escolheu discutir a relação com Roberto uma vez que esta parecia ser uma intensa fonte de preocupação e aborrecimento entre os profissionais. Após ouvir a descrição dos profissionais acerca desta relação, perguntei se eles lembravam de outros usuários que também representavam um desafio para eles. A equipe contou histórias caricaturais sobre usuários apelidados de PitBull e Fernandona. Os nomes foram escolhidos por eles para transmitir o conjunto de emoções habitualmente mobilizadas no contato: medo, raiva e intimidação. Convidei o grupo a pensar sobre quais os recursos que eles usavam nestas situações que eles consideravam úteis e produtivos. Fizemos uma lista: deixá-los falar primeiro, nunca estar sozinho com eles porque a presença de um segundo profissional pode ajudar a distribuir a tensão e evitar que a conversa se torne saturada, pensar sobre outros problemas como por exemplo, comorbidades psiquiátricas, sempre prestar atenção ao que acontece na Unidade e não ficar trancado na própria sala, enfatizar as atitudes positivas dos pacientes, prestar atenção ao próprio humor e indisposição para estar com o usuário. Uma médica citou o famoso conselho de Wilfred Bion aos psicanalistas: sem memória, sem desejo e sem preconceito. Uma enfermeira dividiu com o grupo o que ela acabara de aprender em uma conferência no final de semana: “devemos usar de uma curiosidade genuína, uma escuta respeitosa e uma fala cuidadosa.” Na medida em que falávamos sobre os usuários que os desafiavam, a equipe se engajava em uma conversa viva e animada. Contaram muitas histórias sobre muitos usuários, seus desafios e resultados. Com o desenrolar da conversa geramos uma perspectiva alternativa para olhar para estas relações difíceis. Perguntei à equipe o que seria diferente se eles comessem a ver estes clientes como “mimados” ao invés de

agressivos. Que tipo de sentimentos e ações eles acreditam que começariam a se desenvolver?

Alguns participantes pensaram em seus filhos e em como eles costumavam responder às suas demandas irrealistas. Esta perspectiva também abriu a possibilidade de eles pensarem em alguém “mimado” como alguém com necessidade constante de reafirmação de seu valor, geralmente expressa em solicitações e reclamações. Posteriormente, a equipe falou sobre Roberto como alguém que usava de provocações para testar o quanto a equipe realmente se importava com ele. Uma agente comunitária descreveu como ele se sentira abandonado quando ela, por alguma razão, não compareceu em uma das visitas. Uma médica disse que ele era a única pessoa na família que havia sido capaz de acolher uma sobrinha rejeitada e problemática. Na medida em que avançávamos na discussão, Roberto ia sendo transformado de uma lagarta repulsiva e voraz em uma frágil, agitada e irritante borboleta. A equipe também se movia da raiva e medo para a compaixão e preocupação. Como esta mudança pôde acontecer?

Uma alternativa ao paradigma moderno que define o “eu” (ou self) como uma possessão individual e essencial, é concebê-lo enquanto um processo relacional¹⁵. A partir de uma perspectiva pós-moderna, o “eu” pode ser definido como um conjunto de narrativas, múltiplos posicionamentos construídos e ativados em diferentes interações sociais. Uma mulher pode ser descrita por seu marido como uma mãe atenta com uma capacidade amadurecida de exercer autoridade sobre seus filhos. Entretanto, esta mesma mulher pode se sentir constantemente intimidada na sua relação com seu chefe que persistentemente reclama sobre sua falta de atenção. Ela não é atenta ou desatenta, assertiva ou tímida. Mas ela é convidada a ser (no sentido performático de ser) de um modo ou de outro, dependendo da relação na qual ela esteja envolvida. Os atributos que tendemos a acreditar que são posse individual, são performances que ela repete em colaboração com seus interlocutores (o marido, os filhos e o chefe) que por sua vez, também esperam que ela apresente certas performances. Na medida em que um alimenta o outro, a narrativa se torna rígida e logo não se espera dela nada mais que a mesmas performances saturadas. De mesma forma, as histórias que contamos sobre os outros, organizam nossas respostas a eles de maneira que a própria resposta se torna um convite para que eles mantenham suas performances habituais e por fim, confirmem a narrativa. Facilmente descartamos informações, sinais e performances que não se harmonizam com o enredo esperado, e tendemos a focar-nos naqueles que oferecem coerência à narrativa.

15. Um aprofundamento desta concepção pode ser encontrado em Gergen, (1991), Gergen (2009), Harré e Van Langenhove (1999).

Entender o “eu” como um conjunto de narrativas permitiu-me ficar curioso sobre as outras histórias que poderiam ser contadas sobre Roberto. Contar a história de uma criança mimada, ao invés de um adulto ameaçador, permitiu à equipe recuperar pedaços de sua interação com Roberto que geraram uma outra descrição. Uma versão não é melhor que outra. Nenhuma delas é mais verdadeira. Mas certamente cada uma delas tem implicações diferentes, uma vez que a equipe cria suas performances em resposta à história que contam sobre Roberto.

A performance de Roberto é também um convite para que a equipe responda da mesma maneira calcificada. Por isso, no início foi tão difícil imaginar diferentes respostas à ele. Pensar sobre outros usuários permitiu que a equipe considerasse suas performances de modo mais refinado, com nuances e variedades. Ao fazer isso, elas puderam ter acesso a performances úteis que era bem-sucedidas na relação com outros usuários mas que não estavam disponíveis para a relação com Roberto, uma vez que não se ajustavam ao enredo.

Uma perspectiva relacional nos abre oportunidade para parar de ver as pessoas como um conjunto de traços que definem quem elas são e a começarmos a olhar para o conjunto de histórias que contamos sobre nós. Este recurso é importante para produzir mudanças, especialmente quando trabalhamos com pessoas que foram estigmatizadas pela sobre-determinação de uma única história. Pessoas LGBTQs têm sido historicamente descritas dentro de uma narrativa na qual a sexualidade é a explicação unívoca sobre quem elas são. Esta narrativa saturada reduz o que elas são tanto quanto aquilo que os outros podem ser na relação com elas. Portanto, a importância da proliferação de diferentes histórias. Tal qual uma médica resumiu: “tivemos que ter toda esta conversa para entender que nosso problema com Roberto não tem nada a ver com o fato de ele ser gay”.

Raízes dispersas

Há três anos, uma travesti entrou em meu consultório em busca de psicoterapia. Pelo breve tempo em que trabalhamos juntos, eu estive constantemente atento a um peculiar sentimento de fragilidade durante as sessões. Embora ela fosse alguém cordial e educada, eu não podia evitar a sensação de tensão, como se, a qualquer momento ela pudesse desmoronar ou explodir. Logo percebi como eu tendia a ser atipicamente cauteloso com ela, e como eu escolhia bem minhas palavras e atitudes. Posteriormente, entendi que nossas sessões, com toda sua sorte de emoções intensas, de algum modo representavam o que ela vivia todos os dias em seu trabalho no comércio sexual.

Eu utilizei desta experiência para abrir a conversa com a equipe em nosso sétimo encontro, quando discutíamos as tensões presentes na relação com as usuárias travestis. Assim como eu, as profissionais tendiam a se sentir intimidadas pela presença delas e tinham medo de que qualquer ato pudesse gerar uma resposta turbulenta. Era como andar sobre campo minado. Convidei-as então para fazer um exercício de imaginação. “Imagine que você é uma travesti que trabalha como profissional do sexo. Imagine-se entrando em um carro de um estranho que para em uma esquina de uma rua escura. Você não o conhece, você não controla o carro, você não tem certeza de onde ele está te levando. Seu trabalho é ilegal então você não pode contar muito com a proteção da polícia, e você já ouviu as histórias que circulam sobre estupros, abusos, assaltos e violência que acontecem todas as noites. Como você faria para se sentir segura? Como você se protegeria?”

O exercício abriu a possibilidade de pensarmos sobre a relação tensa entre profissionais e travestis a partir de uma perspectiva relacional e pragmática. Na medida em que a equipe discutia as dificuldades das travestis em trabalhar diariamente em condições tão vulneráveis, ela percebia que o medo desempenhava um importante papel nas interações. Em situações de extrema vulnerabilidade, a intimidação pode ser a única forma de proteção, como se o medo pudesse ser refletido e passasse a trabalhar em benefício do mais aterrorizado e vulnerável. Quanto mais intimidados os clientes se tornam, mais controle as travestis podem sentir que têm.

A conversa que se seguiu pôde explorar o que havia na Unidade de Saúde que poderia ser intimidador para as travestis. Falamos sobre como as pessoas são constantemente estigmatizadas e tendem a organizar suas ações em resposta a essa discriminação antecipada. Assim, não importa se dentro de um carro, supermercado, posto dos Correios, Unidade Básica de Saúde ou em meu consultório, a vulnerabilidade e intimidação constituíam um modo ritualizado de interação para aqueles que haviam experimentado a violência em situações que, infelizmente, não foram apenas imaginadas. Violência e medo podem se espalhar e agarrar como tenazes raízes se prendem à terra. Portanto, trabalhar com elas, demanda a capacidade de ver a pessoa vulnerável por trás da face intimidadora, e de responder criativamente fora do roteiro previsto.

Emergiram histórias de travestis que trabalhavam para sustentar suas mães. Descrições de comportamentos exibicionistas deram lugar ao entendimento do quão importante era para as travestis serem vistas para que fossem escutadas. Afinal de contas, o pavão exhibe suas penas para atrair sua parceira ou para delimitar um território contra seus adversários? De história a história, o grupo produzia um entendimento ampliado das usuárias travestis, muito diferente da simples e restrita descrição que elas ofereceram em nosso primeiro encontro.

Um Jorge ferido

“Foi curto”, disse a enfermeira chefe, quando refletíamos sobre nosso trabalho juntos em nossa oitava e última reunião. Esta frase de alguma maneira também resumia minha avaliação acerca do processo: terminou antes que pudéssemos alcançar um ponto mais amadurecido em termos de práticas e intervenções em saúde, mas foi longo o suficiente para nos inspirar o desejo de continuidade.

“Aprendi que eu devo começar olhando para minha própria casa” disse uma agente comunitária. Ela falava sobre como havia sido importante para ela ter visto a si-mesma, pensado sobre sua sexualidade e considerado seus valores como forma de preparação para o trabalho com os usuários LGBTs. O grupo enfatizou a importância dos valores em sua prática e como eles haviam aprendido que, embora sempre presentes, eles não precisavam limitar as possibilidades de novos aprendizados. Curiosidade, empatia, abertura, escuta e aceitação foram algumas das palavras utilizadas.

O aprendizado da diferença entre as categorias de identidade sexual tais como gay, transexual e travesti, foi destacado como uma conquista importante. De mesma forma, ver a heterossexualidade como uma construção discursiva e não como uma característica essencial – como qualquer outra categoria de identidade sexual – foi descrito como uma habilidade libertadora.

Uma médica enfatizou que ela acreditava ter mais recursos para seu trabalho, agora que era capaz de pensar que suas dificuldades com um usuário gay não estavam relacionadas à sexualidade dele. Ela era capaz de entender o comportamento agressivo dele como uma forma de se proteger e não necessariamente como uma maneira de confrontá-la ou ofendê-la. O grupo mostrou que as descrições que dispunham sobre os usuários haviam se tornado mais complexas e abriam possibilidades de mudança. Elas pareciam curiosas em explorar os múltiplos níveis de suas relações com os usuários e estavam interessadas em desenvolver narrativas que fossem além das interpretações calcificadas e óbvias. Uma lenda, contada por uma agente comunitária no início do encontro, ilustrou com beleza os desafios de continuamente desenvolver novas performances que revisam formas estereotipadas de relação.

“São Jorge estava profundamente apaixonado por uma linda moça, o que despertou os sentimentos invejosos de uma bruxa malvada. Enfeitiçados, e exilados na lua, o amante foi condenado a lutar com sua amada que havia sido transformada em uma fera. Após incontáveis anos, o encantamento foi finalmente quebrado. Porém, incapazes de abandonar um ao outro e

analfabetos de uma diferente linguagem do amor, amante e amada continuaram repetindo sua interminável luta, sem pausa ou esperança de resolução.”

Ao final de nosso encontro o grupo me deu um presente. Um livro de crônicas intitulado: “O amor que ascende à lua”. Para mim, a ressonância com a lenda de São Jorge fala da qualidade da minha relação com a equipe. Decidimos estar juntos em uma história que não foi fácil nem confortável, mas que entretteve desafios e provocações. Esta história resultou em algumas transformações e em algumas promessas para futuros desenvolvimentos. Não foi uma luta, mas deixou-nos marcados. Tal qual na lenda, as cicatrizes de uma luta, podem também ser as marcas que atestam o cuidado, e certamente para mim, sinais de crescimento.

Responsividade

A responsividade como recurso para o trabalho em saúde

Na introdução deste trabalho formulei o desafio atual dos profissionais de saúde pública frente à assistência da população LGBT como um desafio em desenvolver ações de cuidado destinadas a esta população para que superem a histórica abordagem estigmatizante, associada à própria criação destas categorias identitárias enquanto patologias pelo discurso médico-científico. Apesar das mudanças culturais recentes, as identidades LGBTs continuam sendo estigmatizadas e discriminadas no Brasil. Os serviços de saúde, bem como outras instituições, na sua maioria, ainda se organizam presumindo que seus usuários são heterossexuais e os profissionais de saúde surpreendem-se e muitas vezes se constroem ao receber e identificar um usuário LGBT. Escolas de enfermagem, medicina e psicologia raramente oferecem treino aos profissionais que considerem as especificidades da população LGBT. Ao mesmo tempo, políticas públicas (como a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT) surgiram na tentativa de consolidar os princípios filosóficos que organizam o sistema de saúde público brasileiro e de reorientar a assistência a estes usuários.

Apresentei, também na introdução deste trabalho, as mudanças históricas que inauguraram uma nova proposta de compreensão do processo saúde-doença-cuidado e colocaram ênfase nas possibilidades de humanização da assistência a saúde no Brasil. Desde a implementação do SUS, o princípio filosófico da equidade reconhece (e não apaga) as diferenças e complexidades da população brasileira à medida que busca garantir que cada

cidadão receba cuidado segundo suas necessidades e considera que as necessidades de alguém variam segundo sua classe, gênero, etnia e contexto social e geográfico.

Quais são os recursos disponíveis aos profissionais de saúde que poderiam favorecer a inclusão dos usuários LGBTs nos serviços de saúde em um modelo de assistência equânime e humanizado? O que apresento a seguir é um esforço em responder a esta questão. Neste esforço busquei articular a experiência de pesquisa que tive, junto a uma equipe multidisciplinar de saúde, com um conjunto de contribuições teóricas que, embora variadas, têm em comum a ênfase nos processos relacionais e comunicacionais. A escolha deste conjunto de contribuições teóricas se deu por sua coerência com a postura epistemológica que adotei nesta pesquisa que toma a realidade como uma construção social, mediada pela linguagem e sustentada nas relações.

Deste modo, apresento a seguir um resumo de uma situação de pesquisa que escolhi como ponto de partida para minha reflexão. Esta situação está descrita em detalhes no item “A fera ferida” da sessão “Narrativas” deste trabalho. Em seguida, articulo esta situação com aportes teóricos na busca da construção de um recurso que chamo de responsividade.

Uma voz fora do coro

A história de Carla, que apresentei anteriormente, pode ser entendida como um problema referente às dificuldades de criar respostas para a “exclusão” dentro de um processo de pesquisa focado nas possibilidades de “inclusão”. Para lembrar, Carla é a técnica de enfermagem que deixou o grupo logo em seu início, quando percebeu que era a única que não havia sido entrevistada por mim preliminarmente.

O mal-estar que se seguiu à saída de Carla criou a possibilidade de respostas, que a meu ver, repercutiam enquanto uma forma de exclusão: pareceu-me que o grupo não se oporia a minha decisão de seguir com a pesquisa a despeito da presença (ou ausência) de Carla. O acontecimento poderia ser entendido como um evento inesperado e lamentável. No entanto, entendendo aquele grupo como parte de um processo de pesquisa que previa pelo menos mais um encontro, minha opção foi de buscar formas de inclusão do acontecimento (e de Carla) neste processo. À medida que esta inclusão foi se tornando possível, eu e o grupo fomos ganhando melhor entendimento sobre o processo de inclusão da população LGBT. Por isso, escolhi este evento como ponto de reflexão auxiliar na geração de recursos para a inclusão.

As possibilidades de respostas recusadas

A partir de uma perspectiva mais tradicional, a atitude de Carla de deixar a sala interrompe sua relação com o grupo e, consequentemente, interrompe a possibilidade de continuidade na co-criação de sentidos. A possibilidade que resta seria de, na melhor hipótese, trabalhar com os participantes remanescentes e criar com eles sentidos sobre o acontecimento. Pouco poderia ser feito em relação a criar sentido com o evento, ou seja, produzir sentido que tomasse o evento não como um movimento comunicativo disruptivo, mas sim como complementar. Para que isto fosse possível, eu teria que tomar não apenas o conteúdo da comunicação mas também seu formato ou performance como parte do processo de construção de sentido. A inclusão da diversidade não se restringiria portanto aos domínios “do que é dito” mas se estenderia ao “como se diz” ou como afirma Julia Wood:

“Permitir a participação de diferentes vozes não é suficiente para cultivar responsividade e possibilidades de transformação. Devemos estar dispostos a mudar o que consideramos ser uma comunicação responsiva - isto é - a forma na qual esta comunicação se apresenta. Devemos dispor-nos em abrir a conversa não apenas a diferentes vozes mas também às diferentes performances destas vozes” (Wood, 2003, p. xx) .

Assim, de que maneira eu poderia responder a Carla se entendo que deixar a sala não significa deixar a conversa, mas sim participar dela de modo diferente, inesperado e (e pelo menos para mim) indesejado?

Na história desta pesquisa, identifico que duas possibilidades de resposta a Carla foram possíveis. Ambas foram recusadas porque, embora inteligíveis e razoáveis, configuravam possibilidades de produzir sentido sobre e não com o acontecimento, minimizando assim o efeito de inclusão.

a) A possibilidade explicativa

Quando a reunião terminou alguns participantes vieram conversar comigo e disseram-me que a auxiliar de enfermagem não estava reagindo à reunião do grupo, ao processo de pesquisa ou a mim. De acordo com eles, ela estava reagindo a algumas questões da equipe e estava utilizando a situação para fazer uma declaração de sua insatisfação em relação a coisas que não se relacionavam diretamente ao que estava acontecendo na sala naquele preciso momento.

Esta linha de pensamento oferece uma consideração importante. Como pesquisador eu era um estrangeiro, e estrangeiros não partilham da tradição da comunicação nem da história de um grupo. Assim, a experiência do grupo não deveria ser reduzida à interação que eles estabeleciam comigo, na medida em que as relações entre os participantes do grupo transcendiam a circunscrição de minha pesquisa. Havia uma história relacional entre os participantes bem como uma certa tradição no modo como faziam a performance de sua comunicação.

No entanto, embora coerente, este entendimento me desresponsabilizaria pelos efeitos de minha fala e performance sobre o processo comunicativo. Se eu quisesse desenvolver um processo de pesquisa colaborativo e inclusivo, as bases da conversação deveriam ser diferentes. Além disso, explicar o que havia acontecido estava a serviço, neste caso, de justificar uma exclusão. Uma vez explicado o que havia acontecido sem que eu assumisse minha parte de responsabilidade, estaria criado o contexto no qual o grupo poderia prosseguir sem incluir o evento como algo significativo no processo. Carla também seria excluída uma vez que, subjacente à explicação, estava uma responsabilização individual pelo acontecido. A possibilidade de explicar o acontecido nestes termos foi rejeitada por seus efeitos de exclusão dentro de um processo de pesquisa focado na inclusão. Uma explicação razoável que exclui não constitui um caminho razoável para a inclusão.

b) A possibilidade interpretativa

Se explicar ou justificar o que havia acontecido não compunha o que estou chamando aqui de responsividade, tampouco analisar a situação contribuía. Chamo de análise toda tentativa de gerar significado para o que ocorreu que 1) isolasse o ocorrido de seu processo, 2) usasse um referencial teórico para “ler” o ocorrido, independentemente dos significados que a própria auxiliar de enfermagem atribuisse a ele. Assim uma das possibilidades que tive de produzir sentido sobre o ocorrido seria utilizar o referencial psicanalítico e ver na comunicação da auxiliar de enfermagem uma atuação das resistências do grupo em entrar no processo de pesquisa. Embora fosse razoável e possivelmente generativa, esta perspectiva também não corresponde com aquilo que eu estava tentando alcançar em termos de inclusão, por três razões. Em primeiro lugar, esta perspectiva privilegia o “porquê” ao invés do “para quê” e assim valoriza mais o entendimento da situação do que sua utilização como parte do processo de comunicação. Em segundo lugar, tende a reduzir um acontecimento inesperado às explicações que já estão disponíveis dentro de uma certa teoria. A novidade não pode existir quando o “inesperado” é reconhecido em termos de conceitos pré-definidos. Em terceiro lugar, a

atividade interpretativa demanda uma assimetria relacional na qual, eu enquanto pesquisador, ocuparia o lugar privilegiado de dizer como o acontecimento deveria ser entendido e assim, minha posição no diálogo seria a de quem controla o sentido tanto de meus próprios enunciados quanto dos enunciados dos outros presentes na relação.

Entendo que explicação/justificação e análise são modos de produção de sentido comuns nos processos relacionais informados pela tradição moderna. Pesquisadores e profissionais da saúde são tomados como representantes da ciência e tendem a ser privilegiadamente situados na relação com os participantes de suas pesquisas ou pacientes. Como mostram os teóricos pós-modernos (Foucault, 1979b, 1979c; K. Gergen, 1997, 2009), as relações organizadas a partir desta tradição apresentam limitações importantes e perigosas. A autoridade, por exemplo, que o pesquisador ou profissional de saúde reclama sobre o “outro” abre possibilidades de controle, domínio e opressão. Como vimos no início deste trabalho, é dentro deste contexto de relações hierarquizadas que as relações entre os usuários LGBTs e os profissionais de saúde foram historicamente articuladas de modo a produzir a marginalização e exclusão. Se minha preocupação está em ampliar os recursos que permitem a coexistência e coordenação das diferenças, minha resposta a Carla não poderia se limitar a explicar ou interpretar sua comunicação – ela demanda um esforço em criar possibilidades de colaboração.

Responsividade: possibilidades de descrições teóricas generativas

O termo responsividade é utilizado amplamente por teóricos da comunicação como um aspecto inerente àquilo que chamam diálogo. De modo geral, a palavra responsividade é utilizada para fazer referência à qualidade da comunicação que reconhece a participação da alteridade no diálogo. Assim, na busca por uma definição operacional do termo, sou movido a investigar como o conceito de diálogo tem sido utilizado pelos teóricos da comunicação. Neste percurso, tomo como bússola o texto de Stewart e Zediker (2000) “Dialogue as tensional Ethical Practice”(Diálogo como uma prática tensional ética) e de Pearce e Pearce (2003) “Taking a Communication Perspective on Dialogue”(Uma perspectiva comunicacional sobre o diálogo).

Stewart e Zediker (2000) identificam uma profusão de usos da palavra “diálogo” nas últimas décadas em diferentes áreas como educação, psicoterapia, política, filosofia e administração. Embora em cada um destes campos a palavra “diálogo” seja utilizada de forma

diferente, estes autores identificam dois modelos conceituais que tensionalmente tomam a palavra em seu sentido **descritivo** ou **prescritivo**.

Para teóricos como Bakhtin (1982, 1986), Shotter (1992, 2006) e Gergen (1997, 2009), enquadrados por Stewart e Zediker dentro do modelo **descritivo**, diálogo é uma qualidade intrínseca ao processo humano de construção de sentido: é irredutivelmente social e relacional. Como afirma Bakhtin: *“tal qual o corpo é formado inicialmente no ventre (corpo) materno, a consciência de uma pessoa emerge envolta na consciência de outrem”* (1986, p. 138). Diálogo é, portanto, inerente à comunicação uma vez que nenhum enunciado se sustenta em si mesmo, mas confere e empresta sentido do contexto conversacional no qual está sendo gerado. Assim, nenhum enunciado pode ser tomado como o primeiro ou o último, uma vez que são sempre organizados em respostas aos enunciados anteriores e, ao mesmo tempo, criam o contexto para os próximos enunciados.

Dentro desta perspectiva, responsividade é um elemento inerente e espontâneo da interação humana. Todo ato comunicativo é sensível e responde ao contexto e àqueles presentes na interação a despeito da consciência da pessoa que fala, de seus esforços e intenções e dos efeitos que a comunicação produz. A responsividade problematiza a noção de autoria individual na medida em que sustenta que qualquer sentido é sempre produto de uma construção relacional.

Embora o modelo **prescritivo** também reconheça que todo ato comunicativo é relacional, a palavra diálogo é reservada para uma forma especial de comunicação. Autores como Martin Buber (2008) e David Bohm (2004) tentam entender o diálogo por meio de sua especificidade frente a outras formas de comunicação.

Para Buber (2008) existe um contínuo tensional entre diálogo e monólogo, que define como estabelecemos nossa comunicação com os outros com os quais nos relacionamos. Buber distingue as formas de relação como Eu-Tu e Eu-Isso. Para ele, diálogo é uma forma de relação de reciprocidade (Eu-Tu) enquanto o monólogo é definido por seu caráter instrumental e objetificante (Eu-Isso). Aqui, diálogo é entendido como uma forma de comunicação que se recusa a reduzir a alteridade e a privar o outro de sua humanidade.

Bohm (2004) faz uma distinção diferente, mas compartilha da mesma noção prescritiva. Ele define diálogo como o processo pelo qual as pessoas criam algo em comum em um esforço colaborativo de construção de sentido, em oposição à tentativa de tornar ideias comuns. Dito de outra forma, a mutualidade do diálogo está na colaboração dos participantes, não no compartilhamento das mesmas ideias ou sentidos. Diálogo é definido como um ato colaborativo e criativo, não como uma forma eficiente de transmitir ideias ou de alcançar consenso. Assim como em Buber, a relação dialógica é aquela que busca não reduzir a

alteridade por meio da objetificação ou consenso, mas que investe na possibilidade de coordenação e coexistência da diversidade. Uma vez que tanto Buber quanto Bohm estão interessados em entender como podemos organizar interações dialógicas, suas ideias são identificadas por Stewart e Zediker (2000) como prescritivas.

Dentro deste entendimento, responsividade é uma postura, um recurso que pode ser ou não utilizado na tentativa de criar uma interação dialógica. Entretanto, isto não significa que diálogo pode ser alcançado simplesmente como resultado da aplicação de um conjunto de técnicas. Esforços são feitos para criar o contexto que favorece sua emergência sem, no entanto, oferecer nenhuma garantia, uma vez que esta emergência depende do contexto, da relação e do momento. Portanto, responsividade é uma disposição à relação humana que se fundamenta em escolhas éticas e que tem por objetivo criar um contexto favorecedor à emergência da interação que articule as diferenças criativamente. Em oposição ao modelo descritivo no qual diálogo constitui as interações humanas, o modelo prescritivo foca-se nas decisões que alguém pode fazer para favorecer o diálogo, definindo-o assim como um investimento ético e humano.

Pearce e Pearce (2003) oferecem uma outra forma de organizar a proliferação conceitual acerca do diálogo. A distinção que fazem ressalta que a palavra “diálogo” é empregada no discurso de terapeutas ora como um substantivo ora como um adjetivo/advérbio. No contexto deste trabalho a descrição que fazem de diálogo enquanto adjetivo/adverbo é particularmente interessante¹⁶.

Quando entendido como um adjetivo/advérbio, diálogo é conceituado enquanto um atributo, ou qualidade de um processo comunicacional. Diálogo refere-se aos processos de comunicação que não têm um formato pré-definido, mas que podem permitir que ideias diferentes, e muitas vezes incomensuráveis, possam ser discutidas sem que a assimilação ou consenso sejam tomados como objetivo. Pearce e Pearce (2003) utilizam da teoria da comunicação, especificamente da Teoria da Operação Coordenada dos Sentidos (Coordinated Management of Meaning) (B. Pearce, 1989) para embasar sua perspectiva acerca do diálogo. Primeiramente, entendem que pessoas, famílias, organizações e nações são *“agregados de diversos níveis de redes de conversação”* (B. Pearce & Pearce, 2003, p. XX). Diálogo é portanto

16. Quando diálogo é entendido como um substantivo, ele é definido enquanto um “recipiente” geralmente criado por um mediador de modo a promover um tipo especial de comunicação. Constitui uma técnica na qual os turnos conversacionais seguem um padrão claro e pré-definido e a fala do mediador é formulada de modo a incluir o que os participantes disseram antes. Diálogo é tomado como uma estratégia para promover a percepção de que os participantes estão sendo escutados por meio de uma técnica na qual o mediador “repete” aquilo que eles disseram. Entendo que este entendimento de diálogo se afasta do enfoque processual que estou tentando desenvolver neste trabalho na medida em que transformam um processo comunicacional em uma técnica, ou como Pearce e Pearce (2003) denominam, diálogo torna-se um substantivo. Por esta razão, na construção do conceito de responsividade, tomarei destes autores apenas o sentido de diálogo enquanto adjetivo/advérbio.

o processo por meio do qual pessoas criam a si mesmas (seus valores, crenças, atitudes, comportamentos, personalidades, etc) ao coordenarem suas atividades dentro destas redes de conversação que as constituem. Nesta coordenação, eles geram sentidos relacionais que ganham coerência na órbita desta relação. No entanto, uma vez que nenhum enunciado é definitivo, esta criação é sempre um processo inacabado. O sentido é sempre incompleto e permanece aberto para futuras transformações. Este entendimento tem duas implicações. Primeiramente, uma perspectiva dialógica centra-se no processo por meio do qual o conteúdo da comunicação é produzido e nas histórias que oferecem inteligibilidade a ele ao invés de focar-se no próprio conteúdo. Em segundo lugar, a exatidão na compreensão do sentido, ou a explicação de sua produção se tornam menos importantes que a exploração de suas implicações no futuro da comunicação. Entender a comunicação como produtiva, ao invés de meramente descritiva, implica que explicar o passado, se não impossível, é menos importante que coordenar para criar o futuro.

A partir desta perspectiva, responsividade pode ser definida como envolvimento relacional que: 1) procura pelas histórias que oferecem coerência ao ato comunicativo, 2) evita explicações definitivas e 3) foca-se nas possibilidades que são criadas no momento da interação.

Em resumo, a partir das contribuições apresentadas acima, defino responsividade como uma disposição relacional que busca:

1. Reconhecer a co-autoria ou a autoria relacional dos sentidos;
2. Estar atenta ao processo relacional,
3. Manter-se curiosa em relação às histórias que dão coerência a cada ato comunicativo,
4. Evitar explicações definitivas,
5. Ser apreciativa em relação à diferença, entendendo-a como um elemento que permite a criatividade e que favorece o desenvolvimento da conversa.

Responsividade em ação: gerando possibilidades de uma compreensão relacional da saída de Carla

O primeiro sentido de responsividade (um esforço em reconhecer a co-autoria) convida-nos a reconhecer a natureza incompleta e colaborativa da interação humana. Isto implica que cada ato comunicativo é uma co-criação, incluindo aqueles que se apresentam no formato de uma performance inesperada. Se dentro de um processo comunicativo nenhum enunciado pode ser tomado como o primeiro (ou último), não posso também atribuir responsabilidade

individual a Carla. Tampouco posso tomar sua ação de deixar a reunião do grupo como uma interrupção definitiva do processo de produção de sentido. Ao contrário, sou levado a investigar de que forma fui co-autor de sua performance e como poderíamos continuar a coordenar nossas ações e assim gerar possibilidades para nova produção de sentido.

Nesta perspectiva, entendo que, quando comecei o encontro do grupo com a discussão sobre as entrevistas das quais Carla não havia participado, e quando permiti sua presença na reunião sem lhe oferecer nenhuma informação sobre o pano de fundo da conversa, eu estava criando o contexto no qual seu desconforto e abandono foram no mínimo razoáveis. É neste sentido que entendo que eu fui co-autor de sua performance.

Esta postura tem o benefício de tornar o produto da comunicação menos importante que seu processo, ou seja, quando os sentidos são tomados como provisórios e co-criados, somos estimulados a nos engajar no processo de construção de um sentido que, não sendo mais verdadeiro ou real, pode ser entendido como mais generativo dentro da relação. Uso generativo para falar sobre a qualidade de uma resposta que mantém o processo de produção de sentido em um fluxo que nós, no caso o pesquisador e os participantes, havíamos concordado: estávamos interessados em entender os desafios da inclusão para que pudessemos desenvolver práticas mais sensíveis à população LGBT. Além disso, ver-me como co-autor do ato de Carla tem o potencial de estimular a responsabilidade relacional e minimiza a tendência em atribuir culpa individual (McNamee & Gergen, 1998). Ver-me como co-responsável pela inclusão de Carla permite-me compreender que, para que ela pudesse ser efetivamente incluída no grupo, seria necessário mais que apenas convidá-la ou permitir sua participação na sala. Seria necessário que eu construísse com ela uma relação que permitisse sua plena participação na conversa em andamento. Esta postura é radicalmente diferente de perspectivas de inclusão nas quais alguém (geralmente aquele com mais privilégios) permite que o outro (geralmente alguém que não compartilha dos privilégios) participe de algo. Uma vez que as condições de participação não são igualmente compartilhadas é comum que aquele que oferece, posteriormente culpe aquele que não foi capaz de usufruir de sua oferta, sem perceber que a própria capacidade de usufruir de algo é construída relacionalmente, tanto quanto a própria oferta.

Eu também descrevi responsividade como uma disposição em estar atento ao processo relacional e em evitar explicações definitivas. Neste sentido entendo que minha recusa às possibilidades de respostas explicativas ou interpretativas constituíam uma tentativa em não me relacionar com a performance de Carla enquanto um produto. Sua saída não era um ato “completo” que necessitava ser explicado ou analisado. Era um ato “inacabado” dentro de um processo comunicativo que demandava continuidade. E se articulo este entendimento

com o terceiro sentido de responsividade – de estar curioso sobre as histórias que oferecem coerência ao ato comunicativo - minha disposição em estar aberto teria que ser complementada por uma procura ativa por estas histórias. Ou seja, às explicações e interpretações sobre a saída de Carla, deveriam ser substituídas pela procura com Carla, das histórias que faziam de sua saída um ato coerente. Entendo que esta procura não se dá nos moldes de uma investigação realista ou arqueológica, que pressupõe a existência de um sentido último para as experiências. Ao contrário, esta procura é definida pela manutenção de um espaço de dúvida que considera que toda experiência é complexa e que todo sentido é parcial.

Foi com este objetivo que encontrei-me com Carla alguns dias após a reunião do grupo. Ao longo de uma hora pudemos explorar com curiosidade quais os significados que aquele evento teve para nós e dividimos o que havíamos pensado desde o término do grupo. Nesta conversa, tramamos o entendimento de que minha decisão de não convidar diretamente os profissionais para participar de minha pesquisa, embora buscasse ser sensível e não criar pressão, deixou espaço para que algumas pessoas, como Carla, duvidassem do quanto sua presença era realmente apreciada. Para Carla, não ter sido diretamente convidada criou o contexto no qual ela não se sentia segura de que era realmente bem-vinda. De mesmo modo, ao saber das minhas razões para proceder daquela forma, Carla pôde ter acesso à lógica discursiva que tornava minhas ações, para mim ao menos, coerentes. Usávamos de duas lógicas diferentes e portanto produzíamos dois sentidos diferentes para minha decisão de não convidar os profissionais diretamente.

Carla estava presente em nosso segundo encontro de grupo e ajudou-me a apresentar um resumo de nossa conversa e aprendizados no início da reunião. O grupo reagiu dizendo o quanto estavam aliviados em ver que eu, enquanto pesquisador, interessava-me pelo processo e não apenas em coletar dados. Eles valorizaram meu esforço e disposição em aprender com eles e o ocorrido reapareceu muitas vezes ao longo de nossos encontros de grupo. Tornou-se uma metáfora disponível no vocabulário do grupo para discutir inclusão, exclusão e suas nuances. A partir de então, os participantes sentiram-se seguros para apresentar suas ideias confiando que eu não estava lá para “ensinar” sobre inclusão, mas que estava comprometido com ela em um nível que também desafiaria a mim mesmo. Eles também sentiram que podiam fazer sugestões sobre o formato da pesquisa e, em colaboração, estendemos o planejamento inicial de dois para oito encontros. Ironicamente, o evento que poderia ter destruído as bases para o diálogo que eu estava tentando criar, foi de fato, o evento que me ajudou a construí-las. Mas, uma vez que esta construção não seguiu as regras pré-definidas por mim, o suposto “expert”, todos nós, incluindo aqueles que apresentavam as performances mais disruptivas,

podíamos reclamar sua autoria. Em consonância com o quinto sentido que atribuí a responsividade, a diferença foi acolhida com apreço e gratidão uma vez que estimulou nossa criatividade e ajudou-nos a esboçar caminhos originais para o desenvolvimento da conversa.

A responsividade como recurso para o trabalho com a população LGBT

Qual o potencial do conceito de responsividade enquanto um recurso para o trabalho em saúde com a população LGBT?

Na exploração das respostas a esta pergunta, tomo como pontos de articulação tanto a compreensão integral de necessidades de saúde quanto o entendimento de que a relação da população LGBT com os serviços de saúde são atravessadas por construções culturais opressoras. Uma compreensão integral de necessidades de saúde é aquela que ultrapassa o foco na doença e considera que saúde é resultado de boas condições de vida, possibilidade de acesso e uso de tecnologias de saúde, possibilidade de construção de vínculos de cuidado e de fortalecimento da autonomia (Cecílio, 2006). O modelo que utilizo para delimitar as construções culturais opressoras é aquele que reconhece a impregnação e legitimação de práticas sociais que repercutem em exploração, violência sistêmica, desempoderamento, imperialismo cultural e marginalização das sexualidades LGBTs (Young, 2000), complementado pelas proposições de Warner (1991) sobre heteronormatividade.

Primeiramente, considero que garantir o acesso da população LGBT às tecnologias de saúde demanda mais que o oferecimento de programas específicos, ou a ampliação daqueles já existentes. Considerar o atravessamento da opressão neste terreno, coloca a ênfase na necessidade da construção conjunta das possibilidades de acesso, adesão e usufruto. Neste sentido, a definição de responsividade enquanto uma procura por uma inteligibilidade que ressalte a co-autoria dos atos de comunicação, instiga-nos a pensar em como os serviços de saúde podem se incluir no projeto de construção relacional da participação dos usuários LGBTs, e não apenas na ampliação dos serviços prestados. Deste modo, quais seriam os efeitos de se formular a inclusão dos usuários LGBTs nos serviços de saúde como um **desafio de desenvolver um relacionamento que cria as condições de participação?** Conceber a inclusão neste formato parece responder tanto à crítica encontrada na literatura de que a oferta de serviços de saúde à população LGBT é pouco ajustada culturalmente quanto à queixa de que esta população raramente consolida um vínculo com os profissionais de saúde capaz de permitir um trabalho que transcenda o nível emergencial e curativo.

A responsividade se traduz em um recurso, neste sentido, quando o momento relacional é tomado enquanto uma responsabilidade coletiva e não como produto de uma

subjetividade particular. É necessário retomar aqui o predomínio cultural de uma narrativa que identifica (e procura) na sexualidade LGBT a matriz explicativa para uma suposta personalidade ou subjetividade. É esta narrativa que produz, por exemplo, a impressão na equipe de que suas dificuldades com o usuário Roberto estavam relacionadas com o fato de ele ser gay, ou que levam a equipe a me solicitar uma explicação do por que as travestis gostavam tanto de chamar a atenção. A necessidade de se produzir uma narrativa que “explique” as pessoas LGBTs com referência a sua sexualidade se funda na construção desta sexualidade enquanto desviantes em comparação com outra sexualidade tomada como natural. Considerando que estas explicações contribuem com a cristalização de imagens estereotipadas e que portanto, interferem negativamente na construção do vínculo, torna-se importante dar ênfase nos recursos relacionais que favoreçam sua suspensão. Assim, na medida em que a responsividade convoca-nos a olhar para a potência do momento interacional, salientando que o futuro de uma relação é de autoria conjunta, ela também nos preserva de procurar fora deste momento (seja no passado, ou na subjetividade de alguém) as justificativas de seu sucesso ou fracasso.

No caso da população LGBT, esse afastamento da tendência em olhar para uma subjetividade específica pode significar para o usuário, a possibilidade de não ser definido ou determinado por sua sexualidade, em uma cultura na qual predominam discursos que supervalorizam o papel da sexualidade na vida destas pessoas. Deste modo, a construção do vínculo fica favorecida, e o trabalho em saúde se posiciona enquanto um espaço de resistência às narrativas favorecedoras de opressão.

Contudo, não tomar a sexualidade de alguém como matriz explicativa de uma subjetividade não equivale ao apagamento desta sexualidade. São opressores tanto os mecanismos que fazem as sexualidades LGBTs invisíveis quanto aqueles que a supervalorizam. Portanto, ser responsivo pode tomar a forma de, em uma determinada circunstância, considerar que as práticas sexuais de um homem gay podem não ter nenhuma relação com o cuidado que ele foi procurar no serviço. Em outra circunstância, pode demandar uma postura ativa, na qual o interesse do profissional pela sexualidade do usuário pode ser significado como abertura e como convite a uma aproximação.

Nesta pesquisa, minha história com Carla ressalta que aquilo que eu tomava como invasivo ou potencialmente inibidor da autonomia dos participantes (convidá-los pessoalmente para participar de minha pesquisa) era entendido por Carla como sinal de interesse e portanto, facilitador do processo de inclusão. Penso que o cuidado que eu tive em ser sensível e prudente, produziu o efeito de uma postura passiva, na qual eu esperava que os participantes me procurassem e manifestassem seu interesse na minha pesquisa. Considero que esta

postura passiva é bastante semelhante à habitual postura dos profissionais de saúde frente à sexualidade dos usuários LGBTs por duas razões. Em primeiro lugar, sexualidade é um campo da experiência humana culturalmente investido de narrativas que predominantemente enfatizam a privacidade e a intimidade e que, conseqüentemente, aumentam a tensão relativa à produção de sentidos como invasão e intromissão. Em segundo lugar, uma vez que as práticas de saúde tendem a ser heteronormativamente organizadas, cria-se a situação na qual todo usuário é heterossexual até que este se manifeste em contrário. Deste modo, penso que minha postura de pesquisador passivo é simétrica à postura passiva dos profissionais de saúde frente à sexualidade LGBT. Para ambos, a narrativa da privacidade e intimidade, e do respeito à liberdade individual sustentam uma prática que qualifico como discreta.

Contudo, para Carla, minha discrição gerou dúvidas em relação ao quanto eu apreciava sua participação no grupo. No caso do atendimento aos usuários LGBTs, penso que a discrição se articula com a heteronormatividade produzindo o apagamento destas possibilidades de organização da sexualidade. Em um contexto social heteronormativo, o silêncio em relação à orientação sexual é raramente significado como uma recusa do usuário em expor sua sexualidade. O silêncio tende a ser pela suposição compulsória da heterossexualidade do usuário. Este preenchimento pode operar dos dois lados da relação criando a situação na qual, para o profissional de saúde, o usuário que não se apresenta como LGBT é visto como heterossexual, e para o usuário, o profissional que não pergunta se ele é LGBT provavelmente presume que ele é heterossexual. A postura discreta do profissional de saúde, embora sustentada em uma narrativa de respeito, com frequência, resulta no silenciamento e invisibilidade das sexualidades LGBTs. Inclusão, portanto, teria o sentido de evitar a exclusão por invisibilidade daquilo que está presente.

Nesta direção a responsividade pode ser um recurso para o trabalho em saúde na medida em que demanda uma suspensão das certezas e uma abertura curiosa para o outro que se apresenta na relação. De modo específico, esta suspensão implica em não presumir heterossexualidade do usuário. 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.

Certamente, o desdobramento desta abertura inclui a suspensão por parte do profissional daquilo que ele tomava como certo a seu respeito, na medida em que o encontro com a alteridade expande o horizonte daquilo que é entendido como possível e legítimo. Uma vez que a postura responsiva coloca o profissional na tarefa de procurar pelas histórias que dão coerência ao modo como o outro se apresenta na interação com ele, esta postura também se estende para uma investigação que contextualiza e relativiza as crenças e valores

que orientam a ação do próprio profissional. Portanto, ser responsivo depende da possibilidade de reflexivamente recuperar o percurso e os discursos que cooperaram para que, naquele momento da relação, o profissional se posicionasse de certa maneira.

Nesta pesquisa, o trabalho com a equipe incluiu momentos nos quais os participantes foram convidados a olhar para os valores que empregavam em seu trabalho. No primeiro encontro, por exemplo, solicitei aos participantes da pesquisa que pensassem no momento em que haviam decidido por sua sexualidade e no momento em que haviam decidido por assumi-la publicamente. Tentava assim, contrapor o discurso de que as sexualidades LGBTs devem ser incluídas dentro da lógica do respeito às “escolhas” individuais. No terceiro encontro, ao apresentar um modelo quadri-fatorial de compreensão da sexualidade, eu convoquei os participantes a tentar identificar como suas sexualidades se organizariam dentro deste modelo, buscando com isso problematizar a noção de uma única identidade heterossexual. As histórias que Lina e Selma contam em nosso quarto encontro são produzidas dentro de um exercício reflexivo que buscava produzir uma compreensão sobre os valores que organizavam suas vidas e sexualidades, os diferentes desdobramentos que estes tinham para cada uma delas, e as possibilidades de transformação que foram se apresentando ao longo de suas trajetórias.

Uma vez que a responsividade convoca o profissional de saúde a um exercício de reflexividade no qual os valores que orientam suas ações são relativizados, ela constitui um recurso útil na construção de práticas em saúde não opressoras. Ela cria o vão necessário para interromper a reprodução compulsória de valores culturalmente privilegiados. Para o benefício da população LGBT, ela permite que o lugar da heterossexualidade enquanto modelo a partir do qual toda sexualidade é entendida e regulada, seja relativizado, e com isso, coopera na construção do vínculo entre esta população e os profissionais de saúde.

Além disso, a ênfase que a responsividade coloca na apreciação das diferenças favorece uma aproximação com uma inteligibilidade na qual a responsabilidade é compartilhada, redefinindo o jogo de poder implicado em iniciativas de inclusão. Neste trabalho, ao mesmo tempo em que eu pesquisava as possibilidades de inclusão dos usuários LGBTs dentro de um serviço, e ao mesmo tempo em que procurava modos de incluir um participante desta equipe no processo de pesquisa, eu era um pesquisador que aos poucos fui incluído na rotina de trabalho de uma unidade básica de saúde. No processo de tornar-me um participante daquela equipe, entendi que o apreço e expectativa que os profissionais me dedicavam contribuíam na construção de um ambiente convidativo. Eu entendia que minha participação era desejada, não apenas permitida, e que meu trabalho era tomado como uma oferta útil, e não como um aproveitamento dos recursos da equipe. Este lugar, definido como um contexto no qual eu entendia que tinha o que oferecer e que esta oferta era bem-vinda,

promoveu em mim um tipo de engajamento relacional responsável. Uma responsabilidade que emergia da percepção de que eu não era tomado enquanto único beneficiário daquela relação.

Se uma das necessidades de saúde definidas neste trabalho refere-se justamente à construção da autonomia, considero que a discussão da inclusão da população LGBT nos serviços de saúde não pode se dar sem que estes usuários sejam posicionados enquanto co-construtores desta inclusão. Ou seja, o caminho que leva à autonomia não é diferente daquele que conduz à responsabilidade. E a apreciação mútua, imiscuída da capacidade de reconhecer e valorizar a oferta do outro, é parte importante neste percurso.

Porém, estabelecer uma relação a partir de postura apreciativa com a população LGBT implica em suspender ou relativizar a predominância de uma narrativa acerca desta população que historicamente se constrói de modo a salientar seus déficits. Em um momento desta pesquisa eu propus à equipe de saúde que criasse três histórias sobre três personagens LGBTs. Ao comparar a história que produziram com a biografia que eu lhes ofereci posteriormente, a equipe percebeu sua tendência em produzir histórias que salientavam suas dificuldades e carências e que subtraíam suas possíveis qualidades e recursos. Posteriormente, em uma atividade especificamente planejada para contrapor esta tendência, eu solicitei à equipe que pensasse em que suas vidas seriam melhores se eles fossem LGBTs. A equipe teve dificuldade em responder a pergunta e aquilo que puderam dizer era ainda assim bastante limitado. No entanto, a atividade colocou-os diante do esforço de procurar por algo que poderiam apreciar, e conseqüentemente, que poderia produzir fissuras em uma descrição predominantemente negativa desta população. De mesmo modo, quando discutimos as dificuldades presentes na assistência ao usuário Roberto, a mudança na disposição da equipe emergiu juntamente com sua capacidade em retomar aspectos positivos na relação com ele. Aspectos que haviam ficado submergidos em uma narrativa enrijecida acerca de seus problemas.

Contudo, no desenvolvimento deste trabalho eu venho apresentando um conjunto de argumentos que corroboram no sentido de apontar especificidades na assistência a saúde da população LGBT. Não seria este discurso da especificidade uma outra forma de construir esta população enquanto deficiente? Sim e não. Sim, no sentido de que meu olhar sobre os processos históricos e culturais que produziram tais especificidades enfatiza o prejuízo legado a esta população, seja ele no formato da patologização de suas identidades, seja nas repercussões dos mecanismos de opressão que se instalaram a partir daí. Assim, na edificação do meu argumento, ficou em segundo plano a possibilidade de se contar a história, por exemplo, de como a construção da patologia permitiu a organização de um ativismo contra a criminalização, ou de como o discurso do poder de consumo da população LGBT foi utilizado

por ela mesma para estabelecer um novo patamar relacional, ou ainda, de como a organização de uma resposta exemplar a uma epidemia tão estigmatizante, como foi a Aids no Brasil, só foi possível porque contou com a potência agregadora e combativa daqueles que souberam aproveitar o melhor da experiência de viver à margem. Porém, se meu argumento aponta para o prejuízo que recai sobre esta população, ele ao mesmo tempo desnaturaliza este prejuízo ao situá-lo dentro de um processo histórico. Diferente do discurso do déficit que encerra o prejuízo em um plano individual, o discurso da especificidade reconhece nesse prejuízo a marca de uma responsabilidade coletiva. Enquanto um toma o indivíduo em sua essência, o outro ocupa-se do coletivo em sua história. Enquanto o primeiro convida-nos a empregar os recursos que temos para suprir os déficits alheios, o segundo convida-nos a olhar para a deficiência presente em nossa capacidade de estabelecer uma relação positiva com o outro. Além disso, o discurso da especificidade não exclui necessariamente possibilidades de descrições positivas, como parece ser predominante no discurso do déficit.

Assim, ser responsivo é insistir na possibilidade de uma descrição positiva da alteridade. Insistência que coloca na relação seu principal ponto de interesse e a ela dirige seus principais questionamentos. Quais as implicações da forma como um serviço de saúde se organiza sobre a possibilidade de construção da participação dos usuários LGBTs de modo ativo e positivo? Como as interações que profissionais de saúde estabelecem com os usuários LGBTs podem convidar à apresentação de recursos, e não apenas de necessidades? Como uma usuária que não pode decidir sequer sobre seu nome, por exemplo, pode ocupar um lugar que não seja aquele do simples consumo dos recursos alheios?

Finalmente, o enfoque que a responsividade coloca sobre o momento da interação não deve ser entendido como uma ênfase fatalista que cristaliza aquilo que as pessoas são naquilo que elas estão podendo ser naquele momento. Se a responsividade enfatiza a co-autoria dos sentidos e assim, demarca o momento presente enquanto o *locus* privilegiado de ação, ela também destaca a parcialidade de qualquer apreensão que emerge dentro de um processo relacional. E é justamente devido a essa parcialidade que a responsividade se apresenta enquanto uma postura que reafirma a constante possibilidade de que relações, pessoas, práticas e sentidos sejam refeitos.

Quando o usuário Roberto apareceu pela primeira vez nos relatos da equipe, ele foi descrito como um problema dentro de uma narrativa que salientava seus atributos negativos. De modo complementar, a equipe se apresentava neste relato como incapaz e sem muitos recursos para trabalhar com ele. Na medida em que investimos na possibilidade de redescrição daquela relação – algo que só pôde ser realizado porque nos recusamos a cristalizar o “presente” daquela relação – Roberto e a equipe ganharam novos, e mais positivos contornos.

Positivo, neste sentido, diz respeito à capacidade de ampliar as possibilidades de que aquela relação prossiga (Wittgenstein, 1996), reverberando diretamente na construção do vínculo.

Deste modo, apresento a responsividade enquanto um recurso para o trabalho em saúde, pois entendo-a como uma recusa a cristalizações e como uma convocação a um permanente renovar de investimentos nas relações.

A responsividade como recurso para além das relações com a população LGBT

A proposta da responsividade reconhecida como um recurso para a qualificação da assistência a saúde que fiz neste trabalho, tomou como cenário ideal aquele no qual a saúde da população LGBT possa ser assistida em suas necessidades amplas. A formulação dessas necessidades de saúde amplas que emprego aqui (Cecílio, 2006), não se restringe, em sua proposição original, a esta população. Trata-se de uma proposta de compreensão de necessidades em saúde que orientam o trabalho rumo à integralidade da assistência de todo e qualquer usuário dos serviços de saúde. Portanto, embora não tenha sido este o meu objetivo, a responsividade pode também ser pensada enquanto um recurso para o trabalho em saúde para além das situações de atendimento à população LGBT.

Entender que as possibilidades de aproveitamento dos recursos oferecidos é uma construção compartilhada, e não uma condição exclusiva do usuário, por exemplo, pode favorecer o trabalho com populações entendidas como refratárias, ou com baixa adesão. A reflexividade presente no exercício da responsividade pode ser útil para reconfigurar os dilemas e impasses vividos por profissionais na relação com usuários que compartilham de valores distintos, tais como aqueles presentes em certos grupos religiosos. A insistência em uma postura apreciativa em relação à diferença tem o potencial de arejar relações nas quais as possibilidades de descrições sobre o paciente ficaram saturadas pela linguagem do diagnóstico. A atenção ao momento da relação e a recusa à procura por explicações definitivas cria aberturas para que usuários constantemente descritos a partir de uma suposta peculiaridade subjetiva, possam ensaiar novas possibilidades de existir. A responsividade se alinha assim, com os estudos contemporâneos que investem no potencial das relações em fomentar o engajamento responsável e ativo do usuário (Camargo-Borges, 2007) e em superar o viés sobredeterminante das categorias diagnósticas (Corradi-Webster, 2009; Souza, 2011).

A responsividade é um investimento na produção de um modo de estabelecer relações. É, por isso, uma oferta que entende o vínculo como cenário privilegiado para a concentração de investimentos. Deste modo, ela pode ter potencial generativo em qualquer contexto no qual

o vínculo seja entendido como suporte necessário para a coordenação de ações. A princípio, ela não é incompatível com as questões que se colocam, por exemplo, no campo da educação ou do trabalho. Entretanto, em minha proposição de responsividade, estive atento àquilo que tomei como especificidades da população LGBT, tomando como articulação o atravessamento da opressão e da heteronormatividade. Deste modo, o convite para a reflexão sobre o potencial deste conceito em outros campos e com outras populações, se estende também a um convite para a consideração de outros atravessamentos possíveis.

Apostas e convites

Dois dos fios que entretecem a trama deste trabalho são especialmente importantes para mim. O primeiro deles é o fio que sublinha a importância das relações. Este trabalho é um investimento que aposta na potência das relações humanas como criadoras de realidades, transformadoras de modos de vida, produtoras saúde e cuidado. Ele faz coro com outras propostas de pesquisadores que acreditam que a consolidação de um projeto ambicioso de saúde, como o SUS, depende de investimentos relacionais. Mais que uma política, esta consolidação se faz no bordado coletivo e diário de profissionais sobre o tecido de um ideal comum. Deste modo, sublinhar a importância das relações é fazer oposição a uma tradição que privilegia o indivíduo e reduz pessoas às suas circunscrições privadas. Ao contrário, a aposta que faço valoriza aquilo que se produz entre as pessoas e retoma o sentido público de nossas ações na medida em que estas se dirigem a uma comunidade e nela tentam produzir sentidos, valores e verdades. O privado é público. O pessoal é político.

O segundo fio diz respeito a possibilidade de entreter uma apreensão da vida que seja complexa e dinâmica. Este é o fio da incompletude. Por ele, entendo que para que este trabalho possa ter sentido e valor, o leitor precisará compartilhar em certa medida de minha escolha em considerar que nenhuma pessoa cabe por completo nas definições de si que emergem em uma dada relação. Primeiro, porque somos e estamos em movimento. Ser é começar a se tornar. Identidades, como as identidades LGBTQs, são pontos de partida provisórios, nunca destinos permanentes. Segundo, porque qualquer definição é limitada e

circunstancial. A linguagem de que dispomos é apenas um dos condicionantes das descrições que podemos fazer sobre nós mesmos. Entender esta incompletude, me estimula a cultivar possibilidades de mudança.

O SUS é um projeto inacabado e aberto à nossa participação na construção de seu futuro.

Esta pesquisa também fica incompleta. Sua incompletude é como uma frase
que não termina, e que por isso se coloca
entre nós
como convite
para...

Ogunquit, Costa do Maine (EUA) – Abril/2010

foto: Murilo Moscheta

Referências

- American Psychological Association. (1975). Practice Guidelines for LGB Clients. APA. Recuperado de <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx>
- Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. (2010, December 10). Ofício PR-353/2010 da ABGLT que questiona a posição da Central Globo de Telecomunicações acerca da censura ao "beijo gay" em suas telenovelas. ABGLT. Recuperado de <http://xa.yimg.com/kq/groups/13581287/733208507/name/ABGLT+Of%C3%ADcio+353+2010.pdf>
- Ayres, J. R. de C. M. (2000). Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4, 117-120.
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., Masumori, N., et al. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction*, 22(4), 1011-1016. doi:10.1093/humrep/del474
- Baerstein, A., Bostwick, W. B., Carrick, K. R., Dunn, P. M., Goodman, K. W., Hughes, T. L., Markovic, N., et al. (2006). Lesbian and Bisexual Women's Public Health. In M. D. Shankle (Ed.), *The handbook of lesbian, gay, bisexual, and transgender public health: a practitioner's guide to service* (pp. 87-118). Binghamton: Haworth Press.
- Bakhtin, M. M. (1982). *The Dialogic Imagination: Four Essays*. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. M. (1986). *Speech Genres and Other Late Essays*. Austin: University of Texas Press.

- 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. doi:10.1590/S0102-311X2009001400011
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 389-394. doi:10.1590/S1414-32832005000200014
- Berg, M., Mimiaga, M., & Safren, S. (2008). Mental Health Concerns of Gay and Bisexual Men Seeking Mental Health Services. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 293-306. doi:10.1080/00918360801982215
- Boehmer, U. (2002). Twenty Years of Public Health Research: Inclusion of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1125-1130.
- Bohm, D. (2004). *On Dialogue* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Boysen, G. A., Vogel, D. L., Madon, S., & Wester, S. R. (2003). Mental Health stereotypes about gay men. *Sex Roles: A Journal of Research*, 54(1/2), 69-83.
- Brasil. (1986). *Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2003). *A Comissão Nacional de Aids: a presença do passado na construção do futuro*. Brasília: Ministério da Saúde/Programa Nacional de DSTs e Aids.
- Brasil. (2004a). *Brasil Sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004b). *HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.redehumanizasus.net/node/8962>
- Brasil. (2008). Portaria 1707 - que insitui, no âmbito do Sistema Único de Saúde o processo transexualizador. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html
- Brasil. (2009). *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTs*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Brasil. (2010). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Buber, M. (2008). *I And Thou*. New York: Hesperides Press.
- Burr, V. (1995). *An Introduction to Social Constructionism*. New York: Routledge.
- Buss, P. M., & Pellegrini-Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93.
- Butler, C. (2002). *Postmodernism : a very short introduction*. New York: Oxford University Press.

- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Camargo-Borges, C. (2007). *O Construcionismo Social no contexto da Estratégia Saúde da Família: articulando saberes e práticas*. Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Campos, C. M. S., & Bataiero, M. oliveira. (2007). Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 605-618.
- Campos, C. M. S., & Mishima, S. M. (2005). Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1260-1268.
- Cant, B. (2002). An exploration of the views of gay and bisexual men in one London borough of both their primary care needs and the practice of primary care practitioners. *Primary Health Care Research and Development*, 3(2), 124-130. doi:10.1191/1463423602pc097oa
- Capra, F. (2001). O modelo biomédico. *O ponto de Mutação* (pp. 103-143). São Paulo: Cultix.
- Carrara, S., & Ramos, S. (2005). *Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT-Rio 2004*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- Carrara, S., & Vianna, A. R. B. (2006). "Tá lá o corpo estendido no chão...": a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 16, 233-249.
- Cecílio, L. C. O. (2006). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In Roseni Pinheiro & R. A. Mattos (Eds.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 113-126). Rio de Janeiro: IMS/UERJ CEPESC ABRAPSO.
- Clark, C. (1997). Twenty-five years after Stonewall: Looking backward, moving forward. In M. Duberman (Ed.), *A queer world - the center for lesbian and gay studies reader* (pp. 22-279). New York: New York University Press.
- 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.
- Coelho, L. M. (2001). Representação Social da homossexualidade Feminina nos Ginecologistas do Ponto de Vista das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. *Revista Tesseract*, (4), 50-59.
- Corradi-Webster, C. M. (2009). *Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias*. Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Costa, J. F. (1992). *A inocência e o vício: Estudos sobre o homoerotismo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Craft, E. M., & Mulvey, K. P. (2001). Addressing lesbian, gay, bisexual and transgender issues from the inside: one federal agency's approach. *American journal of public health*, 91(6), 889-891.

- Davidson. (1992). O que as metáforas significam. In S. Sacks (Ed.), *Da metáfora* (pp. 35-51). São Paulo: EDUC.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 7-14.
- Deslandes, S. F. (2005). O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 401-403. doi:10.1590/S1414-32832005000200017
- Elze, D. E. (2006). Oppression, Prejudice and Discrimination. In D. F. Morrow & L. Messinger (Eds.), *Sexual Orientation and Gender Expression in social Work Practice: working with gay, lesbian, bisexual and transgender people* (pp. 46-77). New York: Columbia University Press.
- Erlanger, L. (2003, November 2). Carta de resposta da Central Globo de Comunicações ao ofício da ABGLT. Recuperado de <http://mixbrasil.uol.com.br/cultura-gls/televisao/pela-primeira-vez-rede-globo-envia-carta-em-que-explica-sua-posicao-sobre-o-beijo-gay-em-sua-programacao.html>
- Fields, C. B., & Scout. (2001). Addressing the needs of lesbian patients. *Journal of Sex Education and Therapy*, 26(3), 182-188.
- Foucault, M. (1978a). *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1979b). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1979c). *Discipline and punish: the birth of the prison*. New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (1988d). *História da Sexualidade I: A vontade de saber* (19th ed.). São Paulo: Graal.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freud, S. (1987). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. (1st ed.). Paris: Gallimard.
- Galvão, J. (2000). *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Gamson, J. (2000). Sexualities, queer theory and qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 133-145). Thousand Oaks: SAGE.
- Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender health Access Project. (2000). Access to Health Care for Transgendered Persons in Greater Boston. Recuperado de <http://www.glbthealth.org/Research.htm>
- Genke, J. (2004). Resistance and Resilience -- The Untold Story of Gay Men Aging with Chronic Illnesses. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 17(2), 81.
- Gergen, K. (1991). *The saturated self: dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- Gergen, K. (1997). *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.

- Gergen, K. (1999). *An invitation to social construction* (1st ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Gergen, K. (2009). *An invitation to social construction* (2nd ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- Gergen, K. J. (2009). *Relational Being: Beyond Self and Community* (1st ed.). Oxford University Press, USA.
- Gergen, K., & Gergen, M. (2007). Qualitative inquiry: tensions and transformations. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The landscape of qualitative research* (pp. 575-610). London: SAGE.
- GLBT Health Access Project. (1997). Health Concerns of the Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Community. Massachusetts Department of Public Health. Recuperado de www.glbthealth.org/documents/HealthConcerns.pdf
- Góis, J. B. H. (2000). Olhos e ouvidos públicos para atos (quase) privados: a formação de uma percepção pública da homossexualidade como doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 10(2), 75-99.
- Goodman, N. (1992). Metáfora como trabalho adicional. In S. Sacks (Ed.), *Da metáfora* (pp. 177-181). São Paulo: EDUC.
- Guanaes, C., & Japur, M. (2003). Construcionismo social e metapsicologia: um diálogo sobre o conceito de self. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2). doi:10.1590/S0102-37722003000200005
- Guba, E., & Lincoln, Y. S. (2005). Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences. *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (3rd ed., pp. 191-216). Thousand Oaks: Sage.
- Harré, R., & Langenhove, L. V. (1999). *Positioning Theory: moral context of international action*. Oxford: Blackwell.
- Harrison, A. E., & Silenzio, V. M. (1996). Comprehensive care of lesbian and gay patients and families. *Primary Care*, 23(1), 31-46.
- Herek, G. M. (2004). Beyond "Homophobia": Thinking About Sexual Prejudice and Stigma in the Twenty-First Century. *Sexual Research and Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Herek, G. M. (1990). The Context of Anti-Gay Violence: Notes on Cultural and Psychological Heterosexism. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(3), 316-333. doi:10.1177/088626090005003006
- Hinchliff, S., Gott, M., & Galena, E. (2005a). I daresay I might find it embarrassing: general practitioners perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health and social care in community*, 13(4), 345-353.
- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2007). *Handbook of Constructionist Research* (1st ed.). The Guilford Press.
- Hunter, J., Cohall, A. T., Mallon, G. P., Moyer, M. B., & Riddel Jr., J. P. (2006). Health care delivery and public health related to LGBT youth and young adults. In M. D. Shankle (Ed.), *The handbook of LGBT public health: a practitioner's guide to service* (pp. 221-245). Binghamton: Haworth Press.

- Isaacs, W. (1999). *Dialogue and the art of thinking together: a pioneering approach to communicating in business and in life* (1st ed.). New York: Currency.
- Jackson, N. C., Johnson, M. J., & Roberts, R. (2008). The potential impact of discrimination fears of older gays, lesbians, bisexuals and transgender individuals living in small- to moderate-sized cities on long-term health care. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 325-339.
- Jagose, A. (1997). *Queer Theory: An Introduction*. New York: NYU Press.
- James, T., & Platzer, H. (1999). Ethical considerations in qualitative research with vulnerable groups: exploring lesbians' and gay men's experiences on health care - a personal perspective. *Nursing ethics*, 6(1), 73-81.
- Johnson, C., Mimiaga, M., & Bradford, J. (2008). Health Care Issues Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) Populations in the United States: Introduction. *Journal of Homosexuality*, 54(3), 213-224. doi:10.1080/00918360801982025
- Junqueira, R. D. (2007). Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. *Bagoas*, 1(1), 145-166.
- Katz, J. N. (1997). Homosexual and heterosexual: questioning the terms. *A queer world - the center for lesbian and gay studies reader* (pp. 177-180). New York: New York University Press.
- Kirk, S. C., & Kulkarni, C. (2006). The Whole Person: Mental and Physical Health of Trans Clients. In M. D. Shankle (Ed.), *The handbook of lesbian, gay, bisexual, and transgender public health: a practitioner's guide to service* (pp. 145-173). Binghamton: Routledge.
- Klitzman, R. L., & Greenberg, J. D. (2002). Patterns of communication between gay and lesbian patients and their health care providers. *Journal of Homosexuality*, 42(4), 65-75.
- Ko nig, F. (1998). *Léxico das religiões*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Krafft-Ebing, R. von. (1886). *Psychopathia Sexualis -- A Clinical-Forensic Study*. Bloat Books.
- Kreiss, J., & Patterson, D. (1997). Psychosocial issues in primary care of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Pediatric Health Care*, 11(6), 266-274. doi:10.1016/S0891-5245(97)90082-1
- Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions* (3rd ed.). Chicago: The University of Chicago Press.
- Latour, B., & Woolgar, S. (1986). *Laboratory Life*. New Jersey: Princeton University Press.
- Law, J. (2004). *After Method: Mess in Social Science Research* (annotated edition.). New York: Routledge.
- Lehmann, J. B., Lehmann, C. U., & Kelly, P. J. (1998). Development and health care needs of lesbians. *Journal of Women's Health / the Official Publication of the Society for the Advancement of Women's Health Research*, 7(3), 379-387.

- Lionço, T. (2008). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 11-21. doi:10.1590/S0104-12902008000200003
- Lionço, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Comprehensiveness and sexual diversity in the Brazilian norm in the process of health care for transsexuals: progress, dilemmas, challenges. Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19, 43-63.
- Lombardi, E. (2001). Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health*, 91(6), 869-872.
- Louro, G. L. (2001). Teoria queer - uma política pós-identitária para a educação. *Revista de Estudos Feministas*, 9(2), 124-135.
- Lucksted, A. (2004). Lesbian, gay, bisexual and transgender people receiving services in the public mental health system: raising issues. *Journal of gay and lesbian psychotherapy*, 8(3/4), 25-42.
- Lurker, M. (1997). *Dicionário de simbologia*. São Paulo: Martins Fontes.
- MacCulloch, M. J., Birtles, C. J., & Feldman, M. P. (1971). Anticipatory avoidance learning for the treatment of homosexuality: recent developments and an automatic aversion therapy system. *Behavior Therapy*, 2, 151-169.
- Mattos, R. A. (2006). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Roseni Pinheiro & R. A. Mattos (Eds.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 39-64). Rio de Janeiro: IMS/UERJ CEPESC ABRAPSO.
- McNamee, S. (2008). Transformative dialogue: Coordinating conflicting moralities. Presented at the Lindberg Lecture, University of New Hampshire. Recuperado de <http://www.unh.edu/liberal-arts/faculty/pdf/LindbergPub2008.pdf>
- McNamee, S., & Gergen, K. (1998). *Relational responsibility: resources for sustainable dialogue*. Thousand Oaks California: Sage.
- McNamee, S., & Hosking, D. M. (2011). *Transforming Inquiry: research as relational practice*. (book manuscript in preparation).
- Meads, C. A., Buckley, E. J., & Sanderson, P. K. (2007). Ten years of lesbian health survey research in the UK West Midlands. *BMC Public Health*, 7(1), 251. doi:10.1186/1471-2458-7-251
- Merhy, E. E. (2000). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 4, 109-116.
- Meyer, I. H. (2001). Why lesbian, gay, bisexual, and transgender public health? *American Journal of Public Health*, 91(6), 856-859.
- Modesto, E. (2008). *Mãe sempre sabe?* Rio de Janeiro: Editora Record.
- Modesto, E. (2010, October 5). Não necessariamente um filho homossexual precisa de terapia. Recuperado de <http://www.maringay.com.br/entrevista-com-edith-modesto-criadora-do-grupo-de-pais-de-homossexuais/>

- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. London: Duke University Press Books.
- Moraes, P. A., Bertolozzi, M. R., & Hino, P. (2011). Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 19-25.
- Moscheta, M. S. (2004). *Construindo a diferença: a intimidade conjugal em casais de homens homossexuais* (Mestrado). Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Moscheta, M. S. (2010). DemocraciaS. *Saúde e Transformação Social*, 1(2), 1-3.
- Mott, L. R. B. (1985). Relações raciais entre homossexuais no Brasil colonial. *Revista Brasileira de História*, 10, 89-122.
- Mott, L. R. B. (1986). Escravidão e homossexualidade. *História da sexualidade no Brasil* (pp. 19-40). São Paulo: Graal.
- Neville, S., & Henrickson, M. (2006). Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *Journal of advanced nursing*, 55(4), 407-415.
- Orwell, G. (2009). 1984. São Paulo: Companhia das Letras.
- Parker, R. (1994). *A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Pearce, B. (1989). *Communication and the Human Condition* (1st ed.). Southern Illinois University Press.
- Pearce, B., & Pearce, L. A. (2003). Taking a communication perspective on dialogue. *Dialogue: Theorizing Difference in Communication Studies* (pp. 39-56). London: Sage Publications, Inc.
- Pelúcio, L. (2005). Na noite nem todos os gatos são pardos: notas sobre a prostituição travestiAt night, not all cats are gray: notes on transvestite prostitution. *Cadernos Pagu*, 217-248.
- Pereira, M. E. C. (2009). Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12, 379-386.
- Picazio, C. (1998). *Sexo secreto : temas polêmicos da sexualidade*. São Paulo: Edições GLS.
- Queiroz, M. de S. (1986). O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 20(4). doi:10.1590/S0034-89101986000400007
- Ramos, S. (2004). O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 1067-1078.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2003). Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8, 55-62.

- Rhodes, S. D., & Yee, L. J. (2006). Public health and gay and Bisexual Men: a primer for practitioners, clinicians and researchers. In M. D. Shankle (Ed.), *The handbook of lesbian, gay, bisexual, and transgender public health: a practitioner's guide to service* (pp. 119-143). Binghamton: The Haworth Press.
- Richardson, L. (1994). writing: a method of inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 516-529). London: Sage.
- Rivero, D. A. T. (2003). Alma-Ata Revisited. *Perspectives in Health*, 8(2), 3-7.
- Robertson, A. E. (1998). The mental health experiences of gay men: a research study exploring gay men's health needs. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 5, 33-40.
- Rodrigues, J. L., & Schor, N. (2010). Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Presented at the Fazenda Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, Florianópolis. Recuperado de www.fazendogenero.ufsc.br/.../1278277959_ARQUIVO_trabalhocompletoJulliana.pdf
- Rogers, T., Emanuel, K., & Bradford, J. (2003). Sexual Minorities Seeking Services: A Retrospective Study of the Mental Health Concerns of Lesbian and Bisexual Women. *Journal of Lesbian Studies*, 7(1), 127-146.
- Romano, V. F. (2008). As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde e Sociedade*, 17, 211-219.
- Rorty, R. (1992). *The Linguistic turn*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rubin, G. S. (1984). Thinking Sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In C. S. Vance (Ed.), *Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality* (pp. 267-293). London: Pandora Press.
- Sampson, E. (2008). *Celebrating the other: a dialogic account of human nature*. Chagrin Falls: Taos Institute Publications.
- Santos, M. A. dos, Brochado-Júnior, J. U., & Moscheta, M. S. (2007). Grupo de pais de jovens homossexuais. *SMAD - Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 3(1).
- Santos, G. G. da C. (2007). Mobilizações homossexuais e estado no Brasil: São Paulo (1978-2004). *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 22(63), 121-135.
- Saphira, M., & Glover, M. (2001). The Effects of Coming Out on Relationships and Health. *Journal of Lesbian Studies*, 5(1), 183-194. doi:10.1300/J155v05n01_12
- Sartec, M. (1986). A homossexualidade na Grécia Antiga. In P. Aries & A. Bejin (Eds.), *Sexualidades Ocidentais* (pp. 46-47). São Paulo: Brasiliense.
- Schatz, B., & O'Hanlan, K. A. (1994). *Anti-gay discrimination in Medicine: Results of a National Survey of Lesbian, Gay and Bisexual Physicians*. São Francisco: Gay and Lesbian Medical Association.
- Sember, R. (2000). Transgender Health Concerns. Presented at the Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health - Findings and Concerns, New York: Center for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health. Recuperado de www.dialog.unimelb.edu.au/.../GLMA%20white%20paper%20jan%2000.pdf

- Shaw, N. S. (1989). New Research Issues in Lesbian Health. *Women's Studies*, 17, 125-137.
- Shotter, J. (1992). Bakhtin and Billig: Monological versus dialogical practices. *American Behavioral Scientist*, 36(1), 8-21.
- Shotter, J. (2006). Dialogue, depth and life inside responsive orders: from external observation to participatory understanding. In B. Goranzon, M. Hammaren, & R. Ennals (Eds.), *Dialogue, skill and tacit knowledge*. New York: John Benjamins. Recuperado de <http://pubpages.unh.edu/~jds/PerformingKnowledge.htm>
- Silva, J. P. V., Pinheiro, R., & Machado, F. R. S. (2003). Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. *Saúde em Debate*, 27(65), 234-242.
- Silverstein, C. (2008). The Implications of Removing Homosexuality from the DSM as a Mental Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 161-163. doi:10.1007/s10508-008-9442-x
- Simões, J. A., & Facchini, R. (2009). *Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT* (1st ed.). São Paulo SP Brasil: Editora Fundação Perseu Abramo.
- Smith, E. M., Johnson, S. R., & Guenther, S. M. (1985). Health care attitudes and experiences during gynecologic care among lesbians and bisexuals. *American Journal of Public Health*, 75(9), 1085-1087.
- Smith, J. K., & Hodkinson, P. (2005). Relativism, Criteria and Politics. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (3rd ed., pp. 915-932). London: SAGE.
- Souza, L. V. (2011). *Construindo o cuidado: a relação com o profissional de saúde nas práticas discursivas de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares* (doutorado). Universidade de São Paulo - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2011). Relações profissionais em equipes de saúde: alternativas construcionistas relacionais. *Saúde e Transformação Social*, 1(3), 37-46.
- Spade, D. (2003). Resisting Medicine / Remodeling Gender. *Berkeley Women's Law Journal*, 18, 16-26.
- Spink, M. J. . (2007). Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. *Saúde e Sociedade*, 16(1). doi:10.1590/S0104-12902007000100003
- Spink, M. J. . (2010a). Social Psychology and Health: assuming complexity. *Quaderns de Psicologia*, 12(1), 7-21.
- Spink, M. J. ., & Gimenes, M. G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade*, 3, 149-171.
- Spink, M. J. P. (2010b). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Stewart, J., & Zediker, K. (2000). Dialogue as tensional ethical practice. *Southern Communication Journal*, 65(2-3), 224-242.
- Stotz, E. N. (n.d.). Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. Recuperado de xa.yimg.com/kq/groups/23214570/215117088/name/STOTZ.pdf
- Teixeira, F. B. (2008). L'Italia dei Divieti: entre o sonho de ser européia e o babado da prostituição. *Cadernos Pagu*, 275-308.
- Teixeira, R. R. (2003). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In Roseni Pinheiro & R. A. Mattos (Eds.), *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 89-111). Rio de Janeiro: IMS/UERJ CEPESC ABRAPSO.
- Teixeira, R. R. (2005). Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3). doi:10.1590/S1413-81232005000300016
- Terto-Junior, V. (1996). Homossexuais soropositivos e soropositivos homossexuais: questões da homossexualidade masculina em tempos de aids. In R. Parker & Barbosa (Eds.), *Sexualidades Brasileiras* (pp. 90-104). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Terto-Junior, V. (2002). Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de hiv/aids. *Horizontes antropológicos*, 17, 147-158.
- van Dijk, T. A. (2004). O giro discursivo. In L. Iñiguez (Ed.), *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais* (pp. 7-14). Petrópolis: Vozes.
- Veyne, P. (1986). A homossexualidade em Roma. In P. Aries & A. Bejin (Eds.), *Sexualidades Ocidentais* (pp. 39-49). São Paulo: Brasiliense.
- Warner, M. (1991). Introduction: Fear of a Queer Planet. *Social Text*, 9(4[29]), 2-17.
- Wittgenstein, L. (1996). *Investigações Filosóficas* (1st ed.). São Paulo: Vozes.
- Wood, J. (2003). Foreword: Entering into dialogue. In P. R. Anderson, L. A. Baxter, & K. N. Cissna (Eds.), *Dialogue: Theorizing Difference in Communication Studies* (pp. 15-23). London: Sage.
- Yankelovich, D. (2001). *The Magic of Dialogue: Transforming Conflict into Cooperation*. New York: Touchstone.
- Young, I. M. (2000). Five Faces of Oppression. In M. Adams, W. J. Blumenfeld, R. Castaneda, H. W. Hackmann, M. L. Peters, & X. Zuniga (Eds.), *Readings for diversity and social justice* (pp. 35-49). New York: Routledge.

APÊNDICE A – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes
desta pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Murilo dos Santos Moscheta, sou psicólogo e aluno do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP.

Sou pesquisador-responsável de um estudo que tem por objetivo compreender como a equipe de profissionais de saúde na qual você trabalha percebe a diversidade sexual nos pacientes. Entendo por diversidade sexual toda manifestação da sexualidade humana que não possa ser classificada como heterossexual. Tais pessoas são em geral classificadas como gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Meu interesse é de compreender como esta equipe percebe estes pacientes e o tratamento que é oferecido a eles em decorrência desta percepção.

Essa pesquisa vem sendo orientada pelo Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos, psicólogo e docente do referido Programa de Pós-Graduação.

Os participantes deste estudo serão entrevistados individualmente (duração média de 60 minutos) e convidados a participar de dois encontros grupais (duração média de 90 minutos cada). É possível que um terceiro encontro grupal seja agendado se houver necessidade e disponibilidade dos participantes. Tanto na entrevista quanto no primeiro encontro grupal deveremos conversar sobre a diversidade sexual na prática cotidiana do profissional de saúde. No segundo encontro grupal, eu deverei apresentar para o grupo de participantes do estudo as minhas impressões e pensamentos sobre nosso primeiro encontro grupal.

Você faz parte do grupo de profissionais de saúde que pretendo entrevistar e gostaria de poder contar com a sua participação. Sua participação é voluntária e uma recusa em colaborar não trará qualquer prejuízo.

Ao aceitar participar desse estudo você estará contribuindo para que se saiba mais sobre como os pacientes com diversidade sexual são atendidos nos serviços de saúde pública e ajudará a levantar as possibilidades de incrementar esta atenção.

Eu gravarei as conversas e entrevistas, se for permitido pelo grupo todo e por você. Você não será identificado no final do trabalho, uma vez que seu nome será omitido. As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente em trabalhos científicos.

Mesmo depois de começarmos a entrevista ou os grupos você poderá desistir a qualquer momento, caso não concorde ou não se sinta mais à vontade para participar do estudo. Se isso acontecer, de modo algum você será prejudicado.

Você terá acesso ao material que estará sendo produzido por mim a partir de nossos encontros a todo o momento que quiser e será inclusive convidado a opinar sobre esta produção. Você terá ainda a possibilidade de editar o material referente a suas falas e todas as suas sugestões quanto ao que poderá ser dito ou publicado será acatado por mim.

As entrevistas e os grupos deverão acontecer até julho de 2009 e deverão acontecer em seu local de trabalho dentro de expediente normal.

Caso algum conteúdo abordado pela pesquisa traga algum tipo de desconforto psicológico, será oferecida a possibilidade de usufruir de atendimento psicológico comigo. Caso queira falar comigo, você poderá me encontrar no horário comercial, no telefone (16)-39117111. Se quiser entrar em contato com meu orientador, ele pode ser encontrado em sua sala, no Bloco 5 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, aqui em Ribeirão Preto, ou no fone: (16)-3602 3645.

Após ter tomado conhecimento destes fatos e de aceitar participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

Eu, _____, aceito participar deste estudo, sendo que a minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar com este estudo, sem que isso me acarrete nenhum tipo de prejuízo.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20 ____.

Nome:

Assinatura:

Assinatura do pesquisador-responsável

ANEXO A – Carta de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto FMRP-USP

Ribeirão Preto, 11 de dezembro de 2008.

Of. Nº218/08/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP.

Senhor Professor,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião, realizada no dia 09 de dezembro de 2008, analisou e apreciou o parecer, referente ao projeto de pesquisa intitulado: **"Adversidade sexual no contexto da saúde pública: uma abordagem construcionalista social"**, protocolo nº.295/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V.Sª, como pesquisador Murilo dos Santos Moscheta, foi **aprovado ad – referendum**, sugerindo alteração no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de que não haverá ressarcimento de despesa.

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos.
Faculdade de filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto _ USP.