Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

Contextos de revelação da orientação sexual: no final do arco-íris tem um pote de ouro?

Luiz Fabio Alves de Deus

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, ciclos de vida e sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Vera Silvia Facciolla Paiva

São Paulo

2014

Contextos de revelação da orientação sexual: no final do arco-íris tem um pote de ouro?

Luiz Fabio Alves de Deus

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, ciclos de vida e sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Vera Silvia Facciolla Paiva

São Paulo

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Dedico esta dissertação as 924 pessoas homossexuais, bissexuais, travestis e transexuais que enquanto eu fazia minha trajetória nesse curso de mestrado tiveram ceifadas não apenas suas vidas, mas também seus sonhos, sua dignidade, o direito de serem quem eram e o direito de não ser quem não queriam ser. A todas elas, além desta dedicatória, peço desculpas pela ignorância e aridez que insistem em governar o coração de pessoas que estão presas a normas mesquinhas e que perdem a grande oportunidade de ver a beleza que existe nas diferenças.

E, se ainda me permitem, gostaria de dedicar ao Thiago Frade, que foi atacado a machadadas porque ousou dizer, o ‘nome’.

Agradecimentos

É provável que me falte palavras para expressar a minha gratidão, o meu respeito e principalmente o meu carinho com todos aqueles que encontrei ao longo desses dois anos no mestrado e que tanto contribuíram para o meu crescimento pessoal e acadêmico. Jamais poderia imaginar que ao meu lado estariam pessoas de coração e alma de nobreza sem igual. Pessoas que foram valiosas em todas as etapas desse trabalho, cada uma a seu jeito e cuja missão nessa vida é simplesmente serem humanas.

A Profª Dra Vera Paiva, minha orientadora, que tão afetivamente me conduziu nessa aventura acadêmica;

A Claudinha Barros, pela amizade e enorme disponibilidade e apoio estatístico, tudo muito regado a risadas incansáveis;

A Bruna Robba e a Eliana Zucchi pelas confidências, pelas revisões de texto, pela companhia adorável ao longo dessa trajetória, pelos cafés e sorvetes e por deixar o caminho menos árido;

A Larronya Motta, a Tania Souza e a Ana Paula ou simplesmente as "curicas" da lanchonete da Faculdade de Saúde Pública que desde o primeiro contato sempre foram tão amáveis comigo;

A Edith Modesto e toda sua família pelo espaço de trabalho e pelo carinho que sempre me deu e que me possibilitou este encontro;

Aos amigos do Projeto Purpurina que me ensinaram que a vida é para ser vivida;

Ao time Sampacentro, pessoas queridas que entraram em minha vida como colegas de trabalho e que em curto espaço de tempo se tornaram amigas;

Ao Thiago Marin e ao Daniel Manzoni pelas criticas e revisões do projeto de qualificação;

A Gabriela Calazans pelos conselhos e ideias;

A Profª Dra Maria Amélia de Sousa Mascena Veras pela parceria no Projeto Sampacentro, pelo compartilhamento carinhoso do conhecimento e pela contribuição ímpar no meu exame de qualificação e no exame de pré-banca;

Ao Profº Dr. Aluísio Augusto Cotrim Segurado, pelo valiosa contribuição nos exames de qualificação e de pré-banca;

A Faculdade de Saúde Pública;

Aos funcionários do Departamento de Saúde Materno Infantil, em especial ao Leandro Cleto;

Ao CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pela bolsa de pós-graduação;

A Ruth Araújo, Hilton Braitt, Cássia Moraes, Mariana Farias, Sylvania Miranda, Fatme Nabi, Renata Batisteli, Claudia Bernardi, Elaine Farineli, pessoas incríveis e que me fazem manter a fé na humanidade;

Ao Marcos, que me ajudou a descobrir que eu poderia sonhar e que era capaz;

Ao Thiago, namorado e amigo, que me fez companhia e que tão carinhosamente entendeu minhas ausências e indisponibilidades.

RESUMO

A decisão por revelar a orientação sexual, bem como em quais contextos fazê-lo, implica diretamente na trajetória de vida dos homossexuais. O objetivo deste estudo foi descrever a revelação da orientação sexual, segundo as características sociodemográficas, contextos e graus de revelação e episódios de discriminação e agressão entre 1217 homens de 18 a 77 anos, frequentadores de espaços de sociabilidade em dois distritos da capital paulista que aceitaram participar do estudo Sampacentro. Este estudo é um desdobramento de pesquisa maior cuja metodologia adotada foi à amostragem por tempo-espaço e os instrumentos de coleta foram: questionários de inclusão e estruturado com questões sociodemográficas, sociabilidade/práticas sexuais, atitudes e percepções sobre prevenção, estigma e discriminação. As variáveis foram descritas por frequências e proporções. Os testes de hipótese utilizados foram qui-quadrado de Pearson e Exato de Fischer para as diferenças entre as proporções e qui-quadrado de tendência para as variáveis ordinais. O nível de significância adotado foi 5%. Predominou raça/cor de pele branca (59%), alta escolaridade, 43% com graduação concluída; elevada proporção de atividade remunerada (90%); prevaleceu padrão socioeconômico B (57%); elevada proporção de não praticantes de religião (51%); 55% solteiros e 82% homossexuais. Foram estatisticamente significantes a revelação da orientação entre os jovens, os de raça/cor branca, os que estavam namorando e entre os homossexuais. 52% dos participantes compartilharam a orientação sexual em todos os contextos sociais e em ordem crescente a distribuição da revelação entre os domínios da vida se deu nos contextos de amizade, dos serviços de saúde, familiar, trabalho e escolar. Em relação à experiência de discriminação observamos tendência crescente a maior exposição à medida que a orientação era compartilhada em número maior de contextos sociais. Para agressão também verificamos tendência crescente à medida que a orientação estava compartilhada em mais contextos sociais nos subitens: agressão física, verbal e ameaça de agressão, chantagem e constrangimento no trabalho. Concluímos que a revelação da orientação sexual é ainda um desafio na trajetória de homens homossexuais, acentuada por barreiras sociais, e que quanto

mais contextos sociais compartilham a informação acerca da orientação sexual maior é a possibilidade da pessoa homossexual ser submetida a atos de discriminação e agressão.

Palavras-chave: Homossexualidade masculina, *coming-out*, discriminação social, agressão.

ABSTRACT

The decision to reveal one's sexual orientation, and in what contexts to do it has a direct impact on the trajectory of homosexuals' lives. The objective of this study was to describe the development of sexual orientation according to socio-demographic characteristics, contexts and degrees of development and episodes of discrimination and aggression among 1217 men aged 18 to 77 years frequenting social spaces in two areas of São Paulo's State capital who agreed to participate in the *Sampacentro* study. This study is an outgrowth of a larger research whose methodology was the time-space sampling and whose data collection instruments were: questionnaires about inclusion structured around questions about socio-demographic data, sociability and sexual practices, attitudes and perceptions about prevention, stigma and discrimination. The variables were described as frequencies and proportions. The hypothesis tests used were chi-square test and Fisher's Exact test for differences between proportions and chi-square test for trends for ordinal variables. The level of significance was set at 5%. Predominant among the sample were the white race/color (59%), high level of education, (43% university graduates), high employment rate (90%), high socioeconomic standard (57% in Class B), high proportion of not practicing any religion (51%); 55% declared themselves as single and 82% as gay. The revelation of their status as gay was statistically significant among young people, the white race/skin color, among those who were dating and among homosexuals. Fifty-two percent of participants shared information about their sexual orientation in all social scenarios; the distribution is given in ascending order in the scenarios of friendship, health services, family, school and work. Regarding the experience of all kinds of discrimination there was tendency to greater discrimination as the sexual orientation was shared in more scenarios. There was in increasing trend for suffering aggression as the orientation was shared in more scenarios, regarding physical aggression, verbal abuse and threats, beatings, the scam of lacing drinks with hypnotic drugs, blackmail and harassment at work. We conclude that the development of sexual orientation is still a challenge in the trajectory of homosexual men marked by social barriers, and that in the greater

number of social scenarios the information about gay sexual orientation is shared, the bigger are the chances to suffer discrimination and aggression.

Keywords: Homosexuality, disclosure of sexual orientation, social discrimination, aggression.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO 18

1.1 SOBRE HOMOSSEXUALIDADE 19

1.2 DO ESTIGMA À REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL 22

1.2.1 Do Estigma e da Discriminação de Práticas Afetivo-Sexuais entre Pessoas do Mesmo Sexo 22

1.2.2 Revelação da Orientação Sexual 24

1.3 A SAÚDE DAS MINORIAS SEXUAIS 28

1.4 A CONTRIBUIÇÃO DAS TEORIAS CONSTRUCIONISTAS PARA COMPREENDER OS EFEITOS DA ESTIGMATIZAÇÃO, DA VIOLÊNCIA E DA DISCRIMINAÇÃO DE DIREITOS 32

1.5. O ESTUDO SAMPACENTRO: ANTECEDENTES DESTE PROJETO 36

2 HIPÓTESE 38

3 OBJETIVO 39

3.1 OBJETIVO GERAL 39

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 39

4 SUJEITOS, MATERIAIS E MÉTODOS 40

4.1 DESENHO DO ESTUDO 40

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO 40

4.3 INSTRUMENTO 40

4.4 VARIÁVEIS 41

4.4.1 VARIÁVEL DEPENDENTE 41

4.4.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES 42

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS 45

4.6 ASPECTOS ÉTICOS 45

5 RESULTADOS 47

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 47

5.2 REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS 49
5.3 REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL 50
5.4 CONTEXTOS DE REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL 50
5.5 DISCRIMINAÇÃO E AGRESSÃO EM DECORRÊNCIA DA ORIENTAÇÃO SEXUAL 52
5.5.1 DISCRIMINAÇÃO 52
5.5.2 AGRESSÃO 55
6 DISCUSSÃO 58
6.1 REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS 58
6.2 A REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL EM SEUS CONTEXTOS SOCIAIS 65
6.3 A REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL, DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIAS 80
6.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO 85
6.5 REFLEXÕES GERAIS 87
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 90
8 REFERÊNCIAS 91
ANEXOS
Anexo I – Questionário para coleta de dados Projeto Sampacentro
Anexo II – Autorização para utilização do banco de dados do Projeto Sampacentro
CURRÍCULO LATTES

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Revelação da orientação sexual para alguém ao longo da vida, segundo características sócio-demográficas. São Paulo, 2012. 48

Tabela 2 - Revelação da orientação sexual. São Paulo, 2012. 50

Tabela 3 - Distribuição da revelação da orientação sexual segundo quantidade e contextos de revelação. São Paulo, 2012. 51

Tabela 4 - Experiência de discriminação, segundo revelação da orientação sexual. São Paulo, 2012. 54

Tabela 5 - Episódios de agressão, segundo quantidade de contextos de revelação da orientação sexual. São Paulo. 2012. 56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Trajetória da revelação da orientação sexual. São Paulo. 2012. 51

APRESENTAÇÃO

No último ano da graduação do curso de Psicologia, etapa que compreendia a realização de estágios, atendimentos psicoterápicos na clínica-escola e supervisões, me deparei com pessoas que buscavam a psicoterapia para compreender e lidar com questões relacionadas a sexualidade.

Em sua maioria, as pessoas que buscavam ajuda na clínica-escola eram homens e compartilhavam algum grau de sofrimento psíquico em razão da orientação sexual não estar adequada às normas sociais. O fato de não corresponderem aos padrões vigentes também os tornavam alvo frequente de preconceito e gozação por parte de familiares, colegas de escola e trabalho. Apesar dos questionamentos, sobre a masculinidade, virilidade e orientação sexual, muitos deles relatavam dúvidas e incertezas com relação à direção do interesse e desejo sexual. Para a maioria, a possibilidade da homossexualidade ser uma condição implicada em sua sexualidade parecia bastante assustadora. O susto não se dava pelo receio do exercício da sexualidade em si, mas pela vergonha e o medo da exposição e das perdas que a revelação acarretaria.

Logo após os primeiros atendimentos e das supervisões subseqüentes, conclui que pouco sabia a respeito da complexidade das questões que levavam aqueles pacientes à clínica-escola. Ao longo da graduação, a sexualidade foi tema pouco abordado, restrito basicamente às teorias psicanalíticas do desenvolvimento sexual, e a heterossexualidade sempre foi a única possibilidade de manifestação da sexualidade que ocupava espaço nos debates acadêmicos.

Ciente das limitações teóricas, da ausência de ferramentas e técnicas para atuar frente às demandas que chegavam ao consultório, trazidas por pacientes que buscavam auxílio, busquei apoio fora dele e pesquisas na internet me dirigiram ao Grupo de Pais de Homossexuais (GPH).

O GPH é uma organização não governamental (ONG) pioneira na atuação com questões ligadas à homossexualidade, comportamento e identidade de gênero e tem como público-alvo jovens homossexuais e transgêneros e seus respectivos pais heterossexuais. O objetivo da ONG é auxiliar as famílias na compreensão das complexas questões que envolvem a sexualidade, possibilitando a convivência entre

pais-filhos-sociedade do modo mais harmonioso possível. O GPH realiza mensalmente encontros restritos aos pais de homossexuais e/ou transgêneros e, em espaço e horário distintos, realiza encontros restritos aos jovens, em sua grande maioria homossexual, com até 24 anos - o Projeto Purpurina, onde são discutidos temas do interesse e contexto da homo e bissexualidade, além de comportamentos e identidade de gênero.

Depois de frequentar alguns encontros do Projeto Purpurina, e me identificar com a proposta me ofereci para ajudar voluntariamente na elaboração e organização das atividades. O GPH, em decorrência da limitação de sua estrutura física e financeira conta prioritariamente com ajuda voluntária para a realização das suas atividades e manutenção de seus projetos. As ações, em sua maioria, são financiadas com recursos doados pela presidente do GPH, Edith Modesto, e por doações dos pais, e desenvolvidas por voluntários.

Atuando como coordenador das atividades do Projeto Purpurina há cinco anos, tenho me aproximado das dificuldades que lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT) enfrentam.

O correio eletrônico do projeto recebe diariamente centenas de mensagens com pedidos de ajuda de pessoas desesperadas, pois não conseguem entender e explicar os afetos e desejos que sentem. Muitos deles ao buscarem o apoio da família sofrem com a violência doméstica, legitimada e naturalizada socialmente como medida educativa. Frequentemente pais e responsáveis, ao descobrirem a direção do desejo de seus filhos, bloqueiam acesso à internet, telefone, restringem contato com amigos ou namorado(a) a fim de 'educar' em direção à heterossexualidade.

A experiência como coordenador do Projeto Purpurina permitiu ampliar meu entendimento sobre a homossexualidade e me aproximou do universo de marginalização e discriminação que, ainda no século XXI, trazem sofrimento às pessoas não heterossexuais. O trabalho na ONG permitiu também enriquecer meu repertório para o atendimento clínico, oferecendo melhores condições de compreensão e apoio às pessoas que me procuram como psicólogo clínico.

Logo após o término da graduação em Psicologia e em paralelo ao trabalho que desenvolvia junto ao Purpurina, ingressei no Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia Hospitalar do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

Durante um ano, atuando como psicólogo no ambulatório, nas enfermarias infantil e adulto, no Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tive contato com pacientes infectados pelo vírus HIV, sendo que a maioria já se encontrava em estágio avançado, caracterizado como aids. Nesta experiência pude acompanhar o drama de pessoas que além do adoecimento físico agravado pelo desenvolvimento das doenças comuns em quadros de aids, também sofriam com a sobreposição de preconceitos, bastante freqüente em pacientes homossexuais infectados pelo HIV. No meu estágio em uma das enfermarias, acompanhei o caso de um paciente de 24 anos, diagnosticado meses antes com HIV, que já apresentava sintomas avançados de aids. No início de sua internação, declarou que não gostaria que ninguém fosse avisado, pois tinha medo da reação da família ao saber de sua doença e da possível ligação que fariam com sua orientação sexual.

O rapaz, em sua estadia na enfermaria, relatou sobre sua saída da casa dos pais, ainda na adolescência para morar com amigos, a fim de ocultar a orientação sexual já posta em questionamento pelos pais e irmãos.

Nas semanas seguintes de internação, o quadro do jovem se agravou, foi transferido para UTI e diante da gravidade do caso a equipe negociou com o jovem a autorização para que a família fosse informada de sua internação. Após seu consentimento, familiares foram visitá-lo e tive a oportunidade de conversar com a mãe e irmão. Durante conversa, a mãe bastante religiosa declarou que não sentia nenhuma tristeza com relação ao adoecimento do filho, pois aquilo tudo era resultado da vida que ele escolhera levar ao optar pela homossexualidade. Em sua visão, Deus o estava castigando por causa do seu 'desvio de conduta e desobediência', sendo o mesmo discurso sustentado pelo pai e irmãos.

Os pais acompanharam a internação do jovem com bastante proximidade e alguns dias após a alta da UTI, já na enfermaria, o jovem relatou com alegria o carinho que estava recebendo dos pais e que após longas conversas com eles havia entendido que todo o sofrimento que estava passando era fruto da sua sexualidade 'anormal'. Afirmava veemente que se tivesse escutado os conselhos da mãe, a respeito dos ensinamentos religiosos, jamais teria 'optado' pela homossexualidade e, por conseqüência, jamais teria se infectado com o HIV.

Segundo afirmou o jovem, sua homossexualidade foi um ato de rebeldia, característico de uma fase e a partir daquele momento voltaria a morar com seus pais assumindo a heterossexualidade que havia, até aquele momento, negado.

Apesar de emblemático, o caso citado acima não é o único que tenho encontrado na minha curta experiência trabalhando com os temas: homossexualidade e saúde.

Em 2012, em trabalho de campo que resultou nos dados que serão analisados neste trabalho, inúmeras situações evidenciaram o quanto as práticas sexuais com alguém do mesmo sexo ainda são atravessadas pelo preconceito e pelas mais diferentes formas de violência.

Ao abordar um jovem e inquiri-lo sobre se já havia tido alguma experiência sexual com alguém do mesmo sexo, etapa fundamental para verificar a elegibilidade para o estudo, o mesmo foi extremamente violento e ameaçou me agredir fisicamente. Tal reação expressa o quanto não ser heterossexual é compreendido como grave ofensa, a ponto de a menção hipotética de uma relação homossexual ser justificativa para a hostilidade e agressão física.

Neste sentido, investigar as nuances da revelação da orientação sexual, bem como a discriminação e a violência em decorrência da orientação sexual que estão enraizadas na nossa sociedade pode oferecer indícios e levantar hipóteses sobre qual é a dinâmica e as condições de saúde da população homossexual. Esperamos que este trabalho seja, portanto, uma contribuição de um psicólogo na saúde coletiva, dedicada a aumentar a equidade e a universalidade de fato do acesso à saúde integral desse segmento de brasileiros.

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo de introdução apresentamos algumas considerações breves sobre a homossexualidade no contexto dos estudos acadêmicos, bem como as implicações para o exercício da sexualidade e das condições de saúde da população homossexual em razão da marginalização à qual são lançados por sua sexualidade dissidente.

Assim, o primeiro item da introdução contextualizará historicamente os discursos sobre as relações afetivo-sexuais entre pessoas do mesmo sexo. O segundo subcapítulo abordará as questões que permeiam e influenciam a revelação da orientação sexual entre os homossexuais. E o terceiro e último subcapítulo tem como objetivo iluminar as implicações da frequente exposição à discriminação e hostilidade para o campo da Saúde Pública no que diz respeito à população de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT)[1].

Apesar de, em alguns momentos, nos referirmos à população de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, o centro da presente narrativa é limitada a experiência de homens homossexuais. Quando nos referimos à população LGBT não faremos a distinção entre os diversos grupos que a sigla abarca que é significativa. Apesar de compartilharem similaridades no que tange à marginalização social da qual são alvos, sabemos que há diferenças quanto às experiências e relações sociais estabelecidas entre homens homossexuais e mulheres homossexuais, quanto à experiência em relação à revelação da orientação sexual e ao exercício da sexualidade. O desenho do estudo restringiu-se a experiência de homens homossexuais.

No transcorrer do trabalho, utilizaremos os termos gay, homossexual e homens homossexuais para nos referirmos à interação entre homens em termos afetivos e sexuais. Ao utilizar esses termos, estaremos inferindo que a identidade homossexual está internalizada em algum grau, mesmo que a pessoa ainda esteja em

---

[1] Ao longo dos anos diferentes siglas foram adotadas para designar as minorias sexuais. Atualmente emprega-se a sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais) que em relação à sigla anterior, mudou a disposição das letras, a fim de dar mais visibilidade às mulheres lésbicas (FACCHINI, 2005).

processo de reconhecimento e aceitação da mesma. A participação na pesquisa pode ter sido um momento deste processo. A fim de definir os contornos do objeto deste estudo, o termo "orientação sexual" será utilizado para caracterizar indivíduos com a prática sexual com alguém do mesmo sexo, independentemente de assumirem identidade homo ou bissexual.

1.1 SOBRE HOMOSSEXUALIDADE

A interação afetivo-sexual entre pessoas do mesmo não é prática recente e originária dos costumes ocidentais, como alguns discursos religiosos, especialmente o judaico-cristão, disseminam como verdade. Na literatura há registros da atividade homoerótica entre as diversas civilizações do mundo antigo. Vestígios de registros sobre a interação entre pessoas do mesmo sexo são encontrados principalmente na arte, na literatura e nas religiões politeístas, que tinham a bissexualidade como norma teológica (NAPHY, 2006). Ainda que em algumas sociedades antigas existissem regras em relação às práticas sexuais entre homens, no geral as práticas e as interações homoafetivas eram toleradas e não havia qualquer contestação religiosa para tais comportamentos.

É com o surgimento das religiões monoteístas, mais precisamente do judaísmo-cristianismo, que a compreensão social a respeito das relações homoeróticas passa a ser resignificada e posteriormente incorporada e disseminada pelas demais religiões por meio da cristianização via colonização. A atividade sexual nestas tradições religiosas era significada no contexto da procriação; qualquer outra prática que não gere descendentes é condenada, mesmo entre pessoas de sexo opostos (NAPHY, 2006). Somente com a disseminação desta noção limitada sobre o sentido de ato sexual como penetração do pênis na vagina pelas religiões monoteístas é que a relação entre pessoas do mesmo sexo ganhou notoriedade e tornam-se ilegítimas ou ilegais. Se textos clássicos, obras de arte, pinturas rupestres e vestígios arqueológicos encontrados na maioria das culturas antigas confirmam a presença de interações entre pessoas do mesmo sexo na organização sócio-cultural, também

registrarão a transição para a condenação religiosa com o surgimento das tradições monoteístas.

Na efervescência da industrialização do século XVIII, os grandes centros urbanos se desenvolveram e passaram a acolher homens que buscavam locais mais seguros para exercerem a sexualidade em contextos extra-conjugais. Tais espaços possibilitavam maior liberdade para a expressão de relações no âmbito da prostituição e entre pessoas do mesmo sexo, além de serem espaços propícios para o desenvolvimento de uma cultura caracterizada como homossexual, uma vez que nas cidades maiores não existia a vigilância moral comum nas cidades menores. A configuração dos centros urbanos permitia a interação e o anonimato simultaneamente, delineando a interação social entre homens que compartilhavam o interesse afetivo e sexual por alguém do mesmo sexo (ERIBON, 2008, WEEKS, 2010).

Na mesma medida que espaços começavam a se configurar como gays crescia também a ideia da necessidade de normatização da homossexualidade, herdada das décadas anteriores. O século XIX concretizou o discurso da ciência da homossexualidade como comportamento que deveria ser punido severamente. As primeiras tentativas de definir conceitualmente a homossexualidade se deram ainda no século XIX, encabeçadas pela psiquiatria, cujo interesse residia na busca de características e causas biológicas que explicassem o interesse de um homem por outro (WEEKS, 2010).

A função da ciência era definir o que deveria ser compreendido como normal e saudável em termos de exercício da sexualidade e o que ultrapassasse essa barreira seria controlado socialmente, como no caso da homossexualidade (ERIBON, 2008). Esse pioneirismo no estudo da sexualidade, nomeado como período sexológico (PAIVA, 2008), cujos estudiosos, em sua maioria, eram oriundos das ciências médicas, tinham como foco de interesse as questões demográficas e o controle populacional defendiam que a família e as instituições religiosas estariam seriamente ameaçadas de extinção, caso os excessos não fossem controlados (CASTAÑEDA, 2007). O foco de interesse em questões demográficas e controle populacional onde este não era um tema de interesse. O foco eram as mulheres (PAIVA, 2008).

Por isso, é no diálogo com a ciência que está interessada no estudo da sexualidade, no século XIX, que a homossexualidade surge como categoria discursiva, que tem como objetivo distinguir e discriminar as práticas sexuais entre homens. Dessa forma, a ideia de uma identidade homossexual específica como definimos atualmente, surgiu apenas no século XX (COSTA, 1992).

Apesar dos avanços na compreensão das sexualidades e, em particular, das homossexualidades ao longo do século XX, foi com o surgimento da epidemia de aids que o assunto recebeu destaque inovador. Os estudos sobre homossexualidade ganharam contornos diferentes e dedicaram-se às práticas sexuais, tal como relatados e obervadas, e não apenas à descrição biológica e mecanicista dos atos. Segundo PARKER (2000), até o início da epidemia, a ciência ainda era bastante limitada em termos de conhecimento sobre a sexualidade humana, pelo menos do modo sofisticado e dinâmico como a epidemia da aids exigia que a compreendêssemos. Para este autor, a ausência de teorias e métodos que pudessem oferecer subsídios para a realização de pesquisas sobre a sexualidade tal como ocorre na vida cotidiana, definida por PAIVA (2000) como aquela que tem cheiro, gosto, sabor, calor, afetos e que difere de acordo com o contexto, o cenário e o parceiro – limitou o desenvolvimento de estratégias adequadas para o combate à epidemia, principalmente entre os homossexuais.

No Brasil, esses estudos floresceram também no bojo da resposta à aids. Sem espaço para desenvolver esse tema, gostaríamos de ressaltar que os estudos sobre homossexualidades estão presentes tanto na literatura acadêmica sobre ciência básica, descritiva ou sobre avaliação de modelos de intervenção, em áreas que vão da clínica médica ou biologia, à educação, saúde e direito, ou no âmbito da reflexão crítica das ciências humanas e sociais. É para este campo que esta dissertação pretende contribuir.

1.2 DO ESTIGMA À REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL

1.2.1 Do Estigma e da Discriminação de Práticas Afetivo-Sexuais entre Pessoas do Mesmo Sexo

No horizonte normativo que atravessa as interações sociais, as pessoas são convocadas a atender exigências e expectativas sociais que nem sempre são possíveis, variam de acordo com a cultura e mudam no transcorrer da história. A produção social da norma é cotidianamente naturalizada, exigindo que as pessoas para serem consideradas pertencentes ao grupo social e para serem legitimadas, possuam os atributos desejados ou os incorporem. Ao estabelecer as características que cada pessoa deve adotar ao largo da socialização, também, se estabelecem critérios de diferenciação, visando identificar e excluir os indivíduos que não devem fazer parte daquele grupo, por serem detentores de uma característica indesejada. É neste quadro que GOFFMAN (2012) propôs a definição de estigma como sendo qualquer característica que não esteja de acordo com critérios de normalidade definidos pelo grupo social. O estigma pode ser de natureza visível, como os sinais de uma doença ou defeito físico, ou pode não ser imediatamente perceptível, como desvios de caráter, orientação sexual, dentre outros, mas seu resultado é desvalorizar aquele que o porta frente a seus pares. As características estigmatizantes não são, necessariamente, critérios arbitrários, como vemos na inferiorização de pessoas em decorrência de vestimentas, de modos de falar, de preferência sexual, e são expressados pela linguagem e definem a normalidade de um em detrimento da anormalidade de outro (PARKER e AGGLETON, 2001).

GOFFMAN (2012) classifica o estigma em duas categorias em razão da visibilidade imediata ou não da característica estigmatizante. No caso de o estigma ser prontamente notado ao primeiro contato, o autor denomina como condição de desacreditado. A condição de desacreditado pode ser exemplificada com estigmas relacionados à cor da pele, deformidades físicas e quaisquer outras características que não possam ser ocultadas. Já os estigmas que não são facilmente visíveis,

aqueles que permitem que o portador administre a informação a seu respeito, selecionando quem saberá daqueles que jamais saberão do atributo, são denominados de condição desacreditável. Nessa categoria, encontram-se os estigmas relacionados à orientação sexual, de religião e outras que possam ser ocultadas. Em relação à orientação sexual, destaca-se que, apesar de, na maioria dos casos ser possível gerenciar quem terá acesso à informação sobre a condição estigmatizante, há casos em que o grupo social presume a existência do estigma em razão de comportamentos não condizentes com aquilo que socialmente é esperado. Ou seja, homens ou mulheres que transitam entre os papéis de gênero, por exemplo, podem ter sua orientação sexual identificada pelo grupo como homossexual e ser tratado pelos seus pares como se, de fato, sua orientação sexual estivesse inclinada para a homossexualidade.

O reconhecimento da condição de portador de um estigma faz com que o individuo se autoperceba com uma identidade defeituosa, desencadeando posterior dificuldade em aceitá-la, refletindo o mesmo comportamento e desprezo que o grupo social tem com aquela característica. Além de identificar o estigma, o grupo compreende como necessário separar as pessoas 'normais' das 'anormais', geralmente com critérios rigorosos de identificação e separação. A concretização do estigma em atos é comumente chamada de discriminação, cuja função é zelar para que a distância e os limites entre o território dos normais e anormais sejam respeitados (PARKER e AGGLETON, 2001, GOFFMAN, 2012).

É por meio do estigma e de sua operacionalização – discriminação - que o território para as práticas homossexuais foi sendo delimitado ao longo do tempo. Os homossexuais, bem como outros grupos sociais portadores de características socialmente indesejadas tornaram-se alvo de processos significativos de discriminação e exclusão. Nas palavras de ERIBON (2008 p.28), "a injúria (estigma) me faz saber que sou alguém que não é como os outros, que não está na norma. Alguém que é viado [queer]: estranho, bizarro, doente. Anormal".

A discriminação e atos de violência contra homossexuais fazem parte do cotidiano social e além da violência física e verbal, assumem também outras configurações de ordem igualmente complexas. Apontada por ERIBON (2008) a discriminação como violação de direitos é uma das formas mais comuns de exclusão

a qual os homossexuais estão expostos. A inferioridade imposta pela sociedade, enraizada na nossa cultura, exclui os homossexuais dos sistemas de educação, de saúde e do mercado de trabalho, lançando essas pessoas à marginalidade.

Foi para ampliar a compreensão da dimensão histórica e estrutural na produção e sustentação das desigualdades etno-raciais, sexuais e de gênero, entre outros, que PARKER e AGGLETON (2001) ampliaram a obra de GOFFMAN (2012) na direção de contribuir para a resposta à aids. No campo da diversidade sexual, o trabalho desenvolvido pelos autores tem sido de importância ímpar para analisarmos os processos de violência, discriminação e estigmatização decorrentes da contrariedade com as orientações não heterossexuais.

1.2.2 Revelação da Orientação Sexual

A revelação da orientação sexual é dilema presente em todos os momentos da trajetória de vida das pessoas homossexuais. Sair ou não do armário[2] é uma questão que irá permear sua vida social em suas diferentes dimensões. Ao perceber a inclinação de seus desejos e afetos, compreenderá que homo e heterossexuais ocupam espaços muito distintos socialmente. O contato com a possibilidade de não ser heterossexual resultará em sentimentos de frustração e inadequação. Neste momento também emerge a complexidade que envolve tanto a homossexualidade como o gerenciamento da informação a esse respeito. Dúvidas sobre a necessidade de ocultar, de revelar, em quais contextos o fazer e para quem fazer serão companheiras diárias e determinantes no estabelecimento das interações sociais e também na organização da vida psíquica dos homossexuais (PECHENY, 2004; CASTAÑEDA, 2007 e SEDGWICK, 2007).

A revelação da orientação sexual é central e formadora na vida dos homossexuais. A experiência social estabelece que todos somos heterossexuais até que o contrário seja exposto ou confrontado. Como a orientação sexual é presumida não há possibilidade de uma saída definitiva do armário. Sempre haverá um

[2] O termo sair do armário (da expressão em inglês *to come out of closet)* é atualmente empregado para se referir à assunção da homossexualidade na esfera privada como na pública (CASTAÑEDA, 2007).

contexto onde a real orientação do individuo não é sabida e o dilema de revelar ou não se mostrará presente. A revelação da orientação está sempre atrelada a algum tipo de negociação imaginada pelo indivíduo, com base no que irá ganhar e perder em termos de prestígio, *status* social, afeto, amizades, entre outros. Analisar os ganhos e perdas geradas é condição fundamental para a decisão de se manter ou sair da condição de clandestinidade imposta pelo armário (SEDGWICK, 2007).

Nas últimas décadas, vários teóricos se lançaram no desafio de compreender a dinâmica de assimilação da orientação sexual dissidente. SIMÕES (2004) recuperando a obra seminal de Plummer[3], destacou os quatro estágios do modelo teórico desenvolvido para assimilação da orientação sexual dissidente. No estágio inicial, sensibilização, surgem os primeiros contatos e dúvidas com sentimentos voltados para alguém do mesmo sexo que se sabe ser proibido. No segundo estágio que chamou de significação, ciente de seus desejos e sentimentos o sujeito passa a dar significado a eles. Já no terceiro estágio, a subculturalização, o indivíduo passa a se relacionar com outras pessoas que se identificam como homossexuais e vai se reconhecendo por meio delas. No quarto e último estágio, nomeado por Plummer de estabilização, o sujeito vive em plena harmonia entre sua orientação sexual e as demais partes da sua vida. Simões sinaliza que a internalização da norma social que proíbe as relações entre pessoas de mesmo sexo é percebida já na adolescência, antes mesmo de o sujeito ter a compreensão do que é ser homossexual.

Com alguma variação, novos modelos de assimilação da orientação foram sendo propostos, baseando-se em estágios de desenvolvimento da identidade sexual. Dentre os mais notórios, destaca-se o trabalho de Vivienne Cass (1979) que propôs que o desenvolvimento da identidade homossexual acontece em seis estágios. Nessa proposta, o estágio inicial se caracteriza pela confusão com a identidade, sendo comum que a pessoa tente estabelecer conexões entre seus afetos e desejos e o que sabe sobre homossexualidade; o segundo estágio é marcado pela comparação entre a identidade homossexual e a heterossexual, em que o individuo busca estabelecer relações de igualdade e desigualdade social entre elas; o terceiro estágio é chamado de tolerância com a identidade, quando a mesma começa a compreender e tentar

[3] Plummer, K. Telling sexual stories: Power, change and social worlds. Nova York: Routledge; 1995.

estabelecer relações com pessoas que compartilham da mesma identidade; no quarto estágio, aceitação da identidade, a pessoa que é homossexual tem ainda o desafio de compreender sua identidade, mas está mais aberto a conhecer e se relacionar com outros homossexuais, compreendendo que desejar alguém do mesmo sexo é tão normal quanto desejar alguém do sexo oposto; no quinto estágio, orgulho da identidade, nesse momento o homossexual tem consciência das incongruências sociais que tornam a homossexualidade inferior à heterossexualidade, no entanto, já tem melhor condição de administrar e lidar com a rejeição social de sua identidade; no sexto e último estágio de Cass, síntese de identidade, é o momento em que está claro como é ser homossexual em contextos sociais fortemente marcados pela heteronormatividade.

A assimilação da orientação sexual, como observado nos estágios propostos por Plummer e Cass, acontece de maneira gradativa e não linear. Além do desafio da autocompreensão da sexualidade, aos homossexuais é também necessário gerenciar a informação a esse respeito, selecionando as pessoas com as quais poderá compartilhar o seu segredo. Revelar ou ocultar a orientação sexual, portanto, é questão estruturante da vida homossexual. A imposição da norma estabelece que o natural seja as relações apenas com alguém do sexo oposto, criando-se expectativas que deverão culminar na concretização da heterossexualidade. Será nesse contexto de expectativas que as interações sociais serão estabelecidas e o individuo será socializado (PECHENY, 2004; SEDGWICK, 2007; GOFFMAN, 2012).

O conflito que se firma em razão do antagonismo presente entre revelar ou ocultar a orientação sexual é decorrente de que os impactos da saída do armário ou sua permanência no armário são geralmente conhecidos. Para a pessoa homossexual fica bastante claro que a saída (do armário) o colocará em confronto direto com a sua ‘anormalidade’ perante o grupo ao qual pertence. Característica marcante na homossexualidade, o armário determina sobremaneira as relações sociais e vínculos pessoais. Na vida social da pessoa homossexual, suas relações se dividem basicamente em dois grupos, aqueles para quem a orientação sexual é sabida e aqueles que desconhecem a inclinação de seus desejos. O segredo impõe o desenvolvimento de laços sociais específicos na vida de lésbicas e gays, criando

tensão constante entre a interação e o conflito da revelação, num processo intenso de administração da comunicação e do segredo (PECHENY, 2004).

Para ERIBON (2008) o conflito que se instala em relação à revelação da homossexualidade está diretamente conectado com os processos discriminatórios ao qual o homossexual supõe que será exposto. A possibilidade de se tornar alvo do escárnio social e ter que enfrentar os prejuízos que o compartilhamento dessa informação acarreta faz com que indivíduos mantenham sua homossexualidade oculta parcial ou integralmente.

Cientes de que socialmente há espaços distintos e que a homossexualidade impõe inúmeras desvantagens, lésbicas e gays são assombrados constantemente pelo fantasma da descoberta e, de acordo com as condições sociais em que vivem sua homossexualidade, organizam sua vida afetiva, social e sexual de acordo com as condições dadas à homossexualidade. Em algum momento da trajetória de vida dessas pessoas é comum que tenham uma espécie de vida dupla, se apresentando como heterossexual para alguns grupos sociais, enquanto que em outros se assume homossexual.

Mais do que apenas negar, ocultar ou revelar a orientação sexual os homossexuais desenvolvem também repertórios comportamentais distintos para lidar com os diferentes graus de aceitação e tolerância para com a homossexualidade. O fato de ser compartilhada não significa que será tolerada e aceita parcial ou integralmente nos ambientes sociais. Ainda que a homossexualidade seja aceita, há espaços que indiretamente impõem códigos de conduta tornando qualquer referência à homossexualidade tabu. É bastante comum que lésbicas e gays tenham sua homossexualidade tolerada pela família, no entanto, qualquer referência ao assunto, gera o mais completo mal estar entre estes (ERIBON, 2008).

Mal estar, violência, ambiguidade, experiências cotidianas de discriminação, como a literatura em saúde tem demonstrado recentemente, tem impacto sobre a saúde das pessoas homossexuais.

1.3 A VULNERABILIDADE À SAÚDE DAS MINORIAS SEXUAIS

Nos últimos anos, de modo ainda incipiente, algumas iniciativas buscaram compreender a associação entre pertencer a uma minoria sexual e condições mais precárias de saúde e encontraram diferenças significativas entre os diferentes grupos de LGBT estudados em comparação com grupos de heterossexuais.

Nos Estados Unidos, a *Gay and Lesbian Medical Association and LGBT Health Experts* (GLMA, 2001) compilou resultados de pesquisas na área de saúde feitas com a população LGBT e afirma que indivíduos pertencentes às minorias sexuais são desproporcionalmente mais afetados por vários tipos de agravos à saúde.

Entre as condições de saúde da população LGBT, a saúde mental é a que mais tem interessado os pesquisadores. O fato de conviverem com a condenação social da homossexualidade faz com que experimentem, em diversas fases da vida, sentimentos de autorrejeição, depressão e ansiedade. Em muitos casos, o ato de revelar a orientação sexual submete as mulheres lésbicas e homens homossexuais ao mais completo ostracismo nos núcleos sociais de maior significância, como a família, a escola e o ambiente de trabalho. A revelação da orientação sexual na família frequentemente expõe o homossexual a abusos físicos, psíquicos e à violência doméstica. Estes cenários de hostilidades estão diretamente associados ao comprometimento da saúde mental destas pessoas, como verificado por MACDANIEL *et al* (2001) e PAUL *et al* (2002) quando avaliaram e observaram que jovens LGBT possuem risco elevado para o suicídio e para comportamentos de maior risco à saúde em geral. Os autores argumentam que os transtornos psíquicos comuns nesta população, aliado ao uso excessivo de substâncias ilícitas potencializam as tentativas de suicídios. Em revisão de literatura, BRANSTORM (2012) enfatiza que dentre as áreas prioritárias merecedoras de atenção, a saúde mental é, sem dúvida, a principal quando se trata das condições de saúde da população LGBT. Corroborando os achados das pesquisas anteriormente citadas, que destacam a relação entre pertencer a uma minoria sexual e condições mais precárias de saúde, o autor destaca que os jovens LGBT estão em risco aumentado para tentativas de suicídio quando comparados com jovens heterossexuais.

As iniquidades com a saúde da população LGBT parecem atingir tanto os homens quanto as mulheres das mais diferentes faixas etárias. FREDRIKSEN-GOLDSEN *et al* (2013), estudando população de gays e lésbicas idosos, identificaram risco aumentado para deficiências, saúde mental mais precária e maior risco para excessos no consumo de cigarro e álcool em comparação com a população heterossexual. As lésbicas e mulheres bissexuais, no estudo conduzido pelos autores, apresentaram risco aumentado para doenças cardiovasculares e obesidade, e os gays e homens bissexuais apresentaram maior risco de problemas de saúde quando comparados aos pares heterossexuais. As mulheres lésbicas também reportaram taxas mais altas de consumo de álcool do que as mulheres bissexuais, que por sua vez, apresentaram taxas mais altas de diabetes e menores taxas na testagem de sorologia para o HIV do que os homens gays.

O consumo elevado de álcool, substâncias ilícitas e tabaco parecem também expor gays e lésbicas a condições mais precárias de saúde. FEINBERG (2001) e COCHRAN *et al* (2013) encontraram taxas mais elevadas de uso de tabaco, álcool e outras drogas entre essa população quando comparados a grupos similares de heterossexuais. BOEHMER *et al* (2012) também sugerem que em qualquer idade na vida adulta as mulheres lésbicas têm chance muito superior de fumar e beber em relação às mulheres heterossexuais.

As taxas elevadas de transtornos psíquicos, de uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas são frequentemente relacionadas aos ambientes de hostilidade e violência aos quais lésbicas gays e transgêneros estão expostos. FRIEDMAN *et al* (2011) identificaram elevadas taxas de abuso sexual sofrido nessa população, as quais podem estar relacionadas com o desenvolvimento de desordens psíquicas e com o abuso de substâncias estimulantes, assim como também comportamentos sexuais de maior risco resultando na infecção pelo HIV e outras DST.

Além das desordens psíquicas, há fortes indícios de que a população LGBT esteja, também, mais propensa a desenvolver outras doenças. Há estudos que identificaram prevalências mais elevadas de câncer de mama e de colo de útero entre mulheres lésbicas e de infecção por HPV (*Human Papiloma Vírus*) em homens homossexuais (MATTHEWS et al, 2004; MAYER et al, 2008).

Segundo o GLMA (2001) diferenças nas condições de saúde na população LGBT podem ser observadas em razão da idade, da cor de pele, origem étnica, entre outros. Segmentos diferentes, da mesma população - LGBT, também parecem estar mais susceptíveis a uma série de desfechos negativos para à saúde em decorrência da má alimentação, peso e hábitos alimentares inadequados. É destacado no estudo que entre as lésbicas tem se observado maiores taxas de sobrepeso do que em mulheres heterossexuais e ressaltam que nesses casos a orientação sexual pode ser um elemento a mais a impactar as condições de saúde, além dos anteriormente mencionados.

Dentre as razões identificadas para as iniquidades em saúde que atingem as pessoas, incluindo a população LGBT, o sexismo[4] e a homofobia nos serviços de saúde parecem ser elementos centrais, uma vez que afastam essa população dos serviços e a torna menos propensa a buscar e receber cuidados relacionados à prevenção e ao tratamento de doenças (GLMA, 2001).

Autores como GLMA (2001) e LOGIE (2012) afirmam que há negligência do sistema de saúde com indivíduos de orientação não heterossexual. Para os autores, mesmo com evidências que apontam a necessidade de estratégias direcionadas à população homossexual, os sistemas de saúde insistem em ignora-los. A questão da invisibilidade é enfatizada por BUFFIE (2011) e HALKITIS (2012) ao afirmarem que enquanto a população LGBT estiver invisível e tiver seus direitos negados continuará sendo indevidamente afetada por condições de saúde física e mental em patamares elevados.

Além das condições de saúde da população LGBT serem demandas negligenciadas pelos sistemas e serviços de saúde, a qualidade do cuidado prestado a essa população também é posta em questão. É identificado que homo e bissexuais fazem mais uso dos serviços de saúde mental que a população heterossexual, no entanto, os contextos institucionais discriminatórios e discursos heteronormativos dos profissionais de saúde parecem agravar os distúrbios psíquicos para os quais o paciente foi buscar ajuda. Tais contextos de discriminação são apontados como barreiras que dificultam o acesso da população LGBT aos serviços de saúde. Neste

[4] Manifestações de preconceito e discriminação marcadas pela ideia de que um gênero ou orientação sexual seria superior a outro(s).

sentido, são necessários esforços adicionais para incrementar o número de serviços de Saúde Pública que integrem competências essenciais focadas na orientação e treinamento adequado para o atendimento da população LGBT, visando a redução das disparidades nas condições de saúde dessa população (GLMA, 2001).

Por fim, também é bastante claro na literatura pesquisada que as condições de saúde da população LGBT são diretamente influenciadas pela criminalização da prática. Em muitos países é vetado o acesso de gays, lésbicas e transgêneros aos direitos civis básicos (BRANSTROM, 2012). Na direção oposta, BUFFIE (2012) aponta que a situação de saúde das minorias sexuais foi impactada positivamente em países que passaram a oferecer acesso igualitário aos direitos civis.

AUERBACH (2008) e BRANSTORM (2013) defendem que gestores e profissionais ligados à área de saúde devam desenvolver programas especializados no atendimento e nas necessidades de saúde da população LGBT e incluir informações sobre orientação sexual, identidade de gênero, práticas sexuais, condições econômicas e étnicas nos inquéritos de saúde.

A negligência com a população LGBT não está restrita apenas aos sistemas e serviços de saúde. Na área de pesquisa em Saúde Pública estudos com a população LGBT são raros e quando existem se concentram, em sua maioria, nas desordens psíquicas ou no estudo das DST (PARKER, 2000, PARKER e AGGLETON, 2007 AUERBACH, 2008 e BOEHMER, 2012).

As pesquisas em saúde e os programas de prevenção direcionados aos homossexuais, portanto, devem estar relacionados aos contextos sociais de discriminação e violência ao qual essa população está cotidianamente exposta. As estruturas sociais, políticas, ideológicas e econômicas são produtoras de desigualdades e não podem ser desvalorizadas quando as condições de saúde e projetos para esta população são analisadas e/ou desenvolvidos (PARKER, 2007 e ADAMS et al, 2013, SAEWYC e MILLER, 2013). Para o GLMA (2001), o desenvolvimento de materiais de educação sexual atravessados pela compreensão sexológica e heteronormativa são de pouca utilidade com públicos de lésbicas, gays e transgêneros. Assim, qualquer material que, de fato, se proponha a dialogar com essa parcela da população deve ser sensível às diferentes culturas e especificidades do grupo que pretende sensibilizar.

Não é por outra razão, que os dados colhidos em estudos de corte epidemiológico, especialmente quando se trata de experiências como sexualidade e as interações com processos de saúde e adoecimento, como no caso deste estudo a aids, são melhor interpretados à luz do quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos.

1.4 A CONTRIBUIÇÃO DAS TEORIAS CONSTRUCIONISTAS PARA COMPREENDER OS EFEITOS DA ESTIGMATIZAÇÃO, DA VIOLÊNCIA E DA DISCRIMINAÇÃO DE DIREITOS.

Como as abordagens da vulnerabilidade ao adoecimento baseadas em direitos humanos, que ampliam as tradicionais concepções sobre o processo saúde-doença como parte de uma história natural, o construcionismo social nasce a partir do incômodo com a essencialização da desigualdade entre os sexos, indevidamente naturalizada, marcada pela tradição psiquiátrica, a qual se ampara o paradigma sexológico (GAGNON, 2006). A diferença entre homens e mulheres, confirmada pela sexologia, impunham como naturais as desigualdades produzidas pela diferenciação entre os sexos, tornando a mulher subordinada ao homem, a masculinidade homossexual como contraparte não anormal à masculinidade heterossexual. Com a epidemia de aids e os desafios que se colocaram para sua compreensão, o construcionismo social tem sido fundamental por trazer à tona a discussão e o protagonismo dos aspectos não biológicos implicados no exercício da sexualidade e que influenciavam diretamente o alastramento da epidemia e a produção de discriminação e estigmas associados à aids, principalmente na população homossexual inicialmente mais afetada pela doença. A ampliação da compreensão acerca da vida sexual interpelou e colocou em xeque as noções essencialistas, que reduziam comportamentos e práticas sexuais a um conjunto de atos mecânicos, desprovidos de sentido e significado (GAGNON, 2006).

Segundo PARKER (2000), as desigualdades e a opressão sexual devem ser compreendidas como constructos forjados contextual e culturalmente, portanto, não pertencendo à natureza da sexualidade, como compreendido pela perspectiva sexológica. Para o autor, ao analisar a sexualidade é fundamental que as interações sociais e sexuais sejam consideradas, como propõe o construcionismo, pois as diferentes culturas têm modos distintos de colocar limites e interditos ao que é valido para o exercício da sexualidade, formando manuais de conduta sexual (PARKER, 2010).

Ao largo da tradição da pesquisa cientifica no campo da saúde pública, mesmo ao longo da epidemia de aids, os esforços estiveram centrados na mensuração de comportamentos e práticas sexuais, em geral descoladas de qualquer entendimento acerca das influências culturais, econômicas, sociais e políticas que as determinavam, e ainda determinam. Tais estudos com frequência ignoravam que essas estruturas mudam de acordo com cada período histórico (PARKER, 2000).

Na oposição à existência de uma natureza sexual, calcada em fundamentos biológicos que organizam a sexualidade universalmente, o construcionismo abre espaço para o protagonismo exercido por aspectos contextuais e locais que nada tem de biológico. Com isto, essa perspectiva oferece ferramentas para que a sexualidade seja compreendida de maneira indissociável do contexto onde está inscrita, que a compreensão de sua construção permita pensar na desconstrução, abrindo caminho para a noção de diversidade e direitos sexuais (PARKER, 2000 e GAGNON, 2006).

Ao adotarmos o construcionismo social, adotamos a desnaturalização da estigmatização, da discriminação e violência, compreendemos que a trajetória subjetiva de cada pessoa e o cenário social onde está inserida serão determinantes para o processo de compartilhamento da sua orientação sexual, caso seja identificada como discordante da norma social. Assim, nos parece possível que a motivação e o desejo de compartilhar a orientação sexual serão gerados pelas interações sociais na vida cotidiana de cada pessoa. As consequências advindas da revelação também se darão de acordo com os cenários sociais e as relações previamente estabelecidas nesses contextos. Nesse sentido, PECHENY (2004 p. 127) afirma que:

> A não evidência (da homo ou bissexualidade) permite aos indivíduos manusear a informação acerca de sua sexualidade em função dos distintos interlocutores, espaços e momentos. Esta dimensão tem duas características que determinam sua especificidade: por um lado, em geral, a homossexualidade não é evidente ante aos olhos dos demais, já que se pode ocultar com relativa facilidade; por outro, em principio não é compartilhada pelo núcleo de socialização primária, formado pela família, amigos de infância, etc.

PECHENY (2004) reforça o caráter contextual da homossexualidade e chama a atenção para a situação peculiar que é vivenciada por pessoas não heterossexuais, pois em geral, sua família não compartilha a mesma característica estigmatizadora, como acontece com outros grupos estigmatizados presentes em todos os momentos da vida em família, tal como ocorre com a estigmatização em razão da etnia ou cor da pele. O que os autores construcionistas tem nos ensinado é que devemos sempre levar em consideração que as interações são sempre sociais e que para estas se concretizarem os indivíduos devem se lançar em complexas negociações (PARKER, 2010). Neste sentido, o autor nos diz que:

> (...) diferentes culturas organizam a desigualdade sexual de formas específicas, essas regras e regulamentos culturais colocam limitações específicas ao potencial para a negociação nas interações sexuais – e condicionam, por sua vez, as possibilidades para a ocorrência de violência sexual, para padrões de utilização de medidas preventivas, para as estratégias de redução do risco do HIV/Aids, e assim por diante (pág. 138).

Ou seja, para analisar a revelação da orientação sexual é impossível ignorar que as relações e interações têm dimensões culturais, sociais e políticas e que os cenários que marcam a produção da vida cotidiana, das pessoas sexuadas, são forjados também por esses elementos.

Ao mesmo tempo, para compreender o adoecimento ao qual os homossexuais, entre outras minorias, estão predispostos, como indica a literatura anteriormente relatada, a resposta política e acadêmica à aids forneceu instrumentos para afirmar que essa predisposição será resultado do encontro de susceptibilidades

provenientes do contexto pessoal, social e programático, ou seja, da ausência ou presença de programas que os ajudem a lidar com esse contexto (AYRES, CALAZANS, SALETTI FILHO, FRANÇA JÚNIOR, 2009a).

Não foi por outra razão que as primeiras tentativas de compreensão isolada da epidemia de aids, baseando-se apenas em seus aspectos biológicos ou comportamentais com base na noção de grupo de risco, geraram iatrogenias sociais, levando ao isolamento de indivíduos em decorrência de processos de estigma e discriminação. (AYRES, CALAZANS, SALETTI FILHO, FRANÇA JÚNIOR, 2009a; AYRES, PAIVA, FRANÇA JÚNIOR, 2012). Foi a mobilização e a participação e pressão social do movimento homossexual que provocaram mudanças nos modelos até então adotados para compreensão e fundamentação das estratégias contra o avanço da epidemia (PARKER, 2011) – vista até então como encerrada em seus aspectos meramente biológicos, morais e comportamentais. A partir de então, buscou-se que as ações de atenção, tratamento e cuidado fossem revistas a fim de evitar a segregação dos segmentos que estavam sendo mais afetados pela epidemia, que aprofundava a sua vulnerabilidade a aquisição do HIV/Aids. O combate à aids exigiu foco em sua complexidade que não poderia limitar sua resposta às paredes dos hospitais e consultórios onde os sujeitos eram diagnosticados e tratados, sendo necessário alcançá-los nas diversas dimensões de suas vidas. Ações programáticas foram pensadas para mitigar a discriminação do direito a saúde de segmentos populacionais desproporcionalmente afetados pela epidemia. Como resultado da mobilização popular, respostas foram produzidas a fim de dar visibilidade as demandas da população LGBT, sendo as Paradas gays um exemplo emblemático, que entre outras querelas chamou atenção para o direito à saúde integral dos homens homossexuais afetados pela aids e invisíveis dos governos no primeiro mundo onde teve início as mobilizações (PARKER, 2011). Sem dúvida, a saída coletiva do armário, contribui para a visibilidade e a aceitação de um segmento da população posto à margem e diminuído. Como as pessoas experimentam esse contexto? Como no plano da individualidade vivem processos de discriminação, violência e estigmatização que como discutimos co-produzem o adoecimento?

Para pensar o crescimento da epidemia de aids nos últimos anos, o tema da discriminação, da violência, da estigmatização e da revelação da orientação sexual,

não poderiam deixar de ser incluídos. É na complexidade desses contextos que o Projeto SampaCentro foi elaborado e busca contribuir.

1.5. O ESTUDO SAMPACENTRO: ANTECEDENTES DESTE PROJETO

O projeto SampaCentro (*Comportamentos e práticas sexuais, acesso à prevenção, prevalência de HIV e outras infecções de transmissão sexual entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH) na região central de São Paulo*) foi um projeto desenvolvido sob a coordenação de Maria A. S. M. Veras, pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), cuja finalidade era conhecer a prevalência de HIV, comportamentos e práticas sexuais e o acesso à prevenção de HSH que frequentam espaços de sociabilidade na região central do Município de São Paulo.

Considerando-se que esta dissertação de mestrado visava caracterizar a revelação da orientação sexual dos homens homossexuais segundo suas características sociodemográficas e episódios de discriminação e agressão e, considerando-se que informações dessas variáveis foram coletadas no projeto SampaCentro, como será posteriormente mais bem discutido, esta dissertação de mestrado trata-se, portanto, de um desdobramento do SampaCentro.

Mais especificamente, os estudos do projeto SampaCentro, desenvolvido de novembro de 2011 a fevereiro de 2012, foram realizados em dois distritos da região central da cidade de São Paulo (Consolação e República) que são populares pela grande oferta de espaços de lazer e sociabilidade destinados à população de homens homossexuais.

A metodologia utilizada no desenho do estudo do SampaCentro foi a amostragem por tempo-espaço (*time-space sampling* - TLS), recomendada para estudos com populações de difícil acesso, como neste caso. O planejamento da pesquisa[5] foi divido em cinco etapas (Pesquisa Formativa, Definição do Plano Amostral, Amostragem, Inquérito e Retirada de resultados Anti-HIV) e os critérios de inclusão dos participantes foram ter no mínimo 18 anos completos, morar no

[5] Fonte: Projeto Sampacentro, 2011.

Estado de São Paulo e ter feito sexo oral ou anal com homem ou travesti alguma vez na vida.

Para a coleta de informações foram utilizados um questionário de inclusão e um questionário estruturado (Anexo I). Os temas abordaram perfil sociodemográfico, prevenção e DST, testagem para HIV e conhecimento da sorologia, práticas sexuais, uso de álcool e outras drogas, violência e discriminação, revelação e aceitação da orientação sexual, rede de relações e uso do território, participação em atividades de prevenção, projetos de pesquisa e informações sobre prevenção e motivação para participar de pesquisas de prevenção biomédica do HIV. O formato das perguntas incluía questões dicotômicas, de múltipla escolha, questões de respostas livres e questões que utilizavam a escala Likert[6] (PROJETO SAMPA CENTRO, 2011). Após o término do preenchimento, os respondentes foram convidados a realizar o teste anti-HIV, etapa complementar à pesquisa.

Durante a fase de coleta de dados foram identificados 19.935 homens, travestis e transexuais potencialmente elegíveis, sendo que, deste total, 3110 foram abordados por entrevistadores e 1217 (com idades entre 18 e 77 anos) aceitaram participar da entrevista. Dentre os que aceitaram, 776 concordaram também em coletar material biológico para realização da sorologia para exame HIV.

[6] Escala de medidas de atitudes ou opiniões usando uma escala única que avalia a intensidade de concordância ou discordância de indivíduos quanto a uma determinada afirmação.

2 HIPÓTESE

Temos também como hipótese que a maior exposição da orientação sexual expõe os homens participantes do estudo a maior discriminação e violências.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a revelação da orientação sexual dos homens homossexuais, segundo as características sociodemográficas e episódios de discriminação e agressão.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Identificar em quais contextos sociais a orientação sexual foi revelada;
2) Descrever a revelação da orientação sexual, segundo a experiência de discriminação nos diversos contextos sociais;
3) Descrever a revelação da orientação sexual, segundo os episódios de agressão relatados nos diversos contextos sociais.

4 SUJEITOS, MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo do tipo transversal, com dados provenientes de uma pesquisa maior intitulada COMPORTAMENTOS E PRÁTICAS SEXUAIS, ACESSO À PREVENÇÃO DE HIV E OUTRAS INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL ENTRE GAYS, TRAVESTIS E HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH) NA REGIÃO CENTRAL DE SÃO PAULO – Projeto SampaCentro, cuja primeira fase de coleta dos dados foi realizada no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012.

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram entrevistados 1217 homens que fazem sexo com homens, com 18 anos ou mais de idade, frequentadores de espaços de sociabilidade nos distritos da Consolação e República da capital paulista.

4.3 INSTRUMENTO

Como indicado nos itens antecedentes, os instrumentos de coleta de dados ao longo da pesquisa foram: (a) questionário de inclusão e (b) questionário (Anexo I) em papel aplicado por um entrevistador treinado. Os temas abordados no questionário e utilizados neste estudo são: perfil sociodemográfico, violência e discriminação, revelação da orientação sexual. O formato das perguntas incluía questões dicotômicas, de múltipla escolha, questões de respostas livres e questões que utilizavam a escala Likert[7] e foram respondidos, em média, em 30 minutos.

[7] Escala de medidas de atitudes ou opiniões usando uma escala única que avalia a intensidade de concordância ou discordância de indivíduos quanto a uma determinada afirmação.

4.4 VARIÁVEIS

Para a realização deste estudo, o banco de dados do Projeto Sampacentro nos foi disponibilizado e a partir daí selecionamos as variáveis referentes à revelação da orientação sexual, as sociodemográficas e as variáveis relativas à discriminação e agressão dos participantes do estudo.

4.4.1 Variável Dependente

1) Revelação da sexualidade

Para caracterizar como a amostra se distribuiu em relação à revelação da sua orientação sexual foram utilizadas as seguintes questões:

a) *Você já assumiu sua sexualidade para alguém?*[8] 'Sim', 'Não' e 'Não soube (NS) /Não respondeu (NR)'.

b) *Se sim, você assumiu para*: 'familiares', 'amigos', 'colegas de trabalho', 'colegas de escola/faculdade' e 'profissionais da saúde'[9].

Para melhor compreensão da revelação da orientação sexual agrupamos as respostas[10] em 6 (seis) categorias que dizem respeito à quantidade de contextos sociais em que a revelação da orientação sexual se deu. Por contexto social, estamos compreendendo os diferentes espaços de interação social, atravessado por relações intersubjetivas, onde o compartilhamento da orientação sexual foi produzido. Os contextos sociais investigados foram: familiar, de amizade, escolar/acadêmico, de trabalho e o contexto social relativo aos serviços de saúde.

Para identificar a quantidade de contextos de revelação da orientação sexual, elaboramos as categorias, mencionadas a seguir, de acordo com a quantidade de contextos[11] onde a orientação sexual foi compartilhada.

- Nenhum contexto – agregará as respostas para a ocultação da orientação sexual em todos os cenários sociais;

---

[8] Questão 35, localizada na página 13 do instrumento de coleta.
[9] Questão 35.1, localizada na página 13 do instrumento de coleta.
[10] Como para a questão 35.1 a revelação poderia ter se dado em diversos cenários, eventualmente as respostas para este item foram múltiplas.
[11] A questão permitia múltiplas respostas.

- Revelou em 1 (um) contexto – agregará as respostas para revelação da orientação sexual em apenas um cenário social;
- Revelou em 2 (dois) contextos – agregará as respostas daqueles que mencionaram a revelação da orientação sexual em dois cenários sociais;
- Revelou em 3 (três) contextos – agregará as respostas daqueles que revelaram a orientação sexual em três contextos sociais;
- Revelou em 4 (quatro) contextos – agregará as respostas daqueles que revelaram a orientação sexual em quatro contextos sociais;
- Revelou em 5 (cinco) contextos – agregará as respostas daqueles que revelaram a orientação em todos os cenários sociais investigados.

4.4.2 Variáveis Independentes

1) Sociodemográficas

a) Idade - neste estudo, os participantes foram distribuídos em duas faixas etárias, a saber: 'jovem' e 'não jovem'. Na categoria jovem foram considerados os participantes com idade entre 18 e 29 anos, e os demais categorizados como 'não jovens'.

b) Raça/cor, resposta estimulada e única, *qual é a sua raça/cor de pele?,*[12]com as opções: 'indígena', 'amarela', 'parda', 'branca', 'preta', 'outra' e NS/NR", para os participantes que não sabiam definir ou não responderam à questão.

c) Escolaridade, resposta única e espontânea, *até que ano você estudou?*[13], com as alternativas: 'não frequentou', ' da 1ª à 3ª série' do fundamental/1º ao 4º ano atuais', '4ª série/primário completo/ atual 5º ano', "Da 5ª série à 7ª série/ginásio incompleto/6º ao 8º ano atuais', '8º série/ fundamental completo/atual 9º ano', '1ª ou 2ª série do médio/médio incompleto', '3ª série do médio/médio completo', 'Superior incompleto', 'Superior completo','Pós-

[12] Questão 3, localizada na página 2 do instrumento de coleta.
[13] Questão 4, localizada na página 3 do instrumento de coleta.

graduação (completa ou incompleta)' e a opção 'NS/NR' caso o entrevistado não soube ou não respondeu;

A variável escolaridade foi recategorizada como: 'fundamental' (incompleto e completo), 'Ensino médio' (completo e incompleto), 'Superior incompleto', 'Superior completo' e "Pós-graduação' (completa e incompleta).

d) Situação conjugal, resposta única e estimulada à pergunta: *Atualmente você está?*[14].As seguintes opções poderiam ser escolhidas: 'sozinho (a)', 'casado', 'namorando', 'ficando', 'não se aplica' e 'NS/NR', no caso do participante não saber ou não responder. Neste estudo as opções 'não se aplica' e "NS/NR" foram transformadas em *missing*.

e) Prática religiosa – resposta única e espontânea a pergunta: *Você prática alguma religião? Caso sim, qual?*[15]. A primeira questão sobre religião esclarecia a respeito da prática religiosa. As opções para este item eram: 'sim', 'não', 'NS/NR'. Caso o informante respondesse 'sim' para prática religiosa, perguntamos qual era a religião que frequentava, e as opções disponíveis do questionário eram: 'católica', 'protestante histórica (anglicana, metodista, presbiteriana...), 'evangélica pentecostal ou neopentecostal (Assembleia de Deus, Universal...)', 'espírita kardecista', 'umbanda', 'candomblé', 'outra religião de raiz afro-brasileira (Jurema, Tambor de Mina, batuque...), 'budismo', 'igrejas inclusivas (Igreja Metropolitana, Comunidade Cristã Nova Esperança)', 'Outra'.

Para análise do presente estudo, optamos por agrupar, em categoria única, as religiões que compartilham semelhanças quanto ao modo de compreender a diversidade de orientação sexual. Assim, as religiões de raiz afro-brasileiras (candomblé, umbanda e outras) foram agrupadas e intituladas "religiões de matriz africana"; protestantes históricos e evangélicos pentecostais e neopentecostais foram agrupados e nomeados "Protestante/Evangélica". Em razão do objetivo explícito de oferecer às pessoas uma alternativa para prática religiosa que incluía o respeito à sua diversidade sexual, optamos por considerar o item "igrejas inclusivas" como *missing* na análise desse trabalho.

---

[14] Questão 5, localizada na página 3 do instrumento de coleta.
[15] Questão 6, localizada na página 3 do instrumento de coleta.

f) Condição socioeconômica[16] – classificação feita de acordo com o critério de Classificação Econômica Brasil, que visa estimar o potencial de compra das pessoas e famílias. Para esta estimativa foram feitas as duas perguntas, bens de consumo que a família possui e a escolaridade do chefe da família, de acordo com o instrumento elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas.

g) Orientação sexual, de resposta única e estimulada a pergunta: *Com relação a sua sexualidade, com qual dessas categorias você mais se identifica?*[17] , com as seguintes opções: 'gay', 'travesti', 'transexual', 'bissexual', 'entendido', 'homossexual', 'heterossexual', 'outros' e 'NS/NR'.

Agrupamos as respostas 'gay', 'entendido' e 'homossexual' em uma mesma categoria (homossexual) por acreditarmos que no que tange ao processo de revelação da orientação sexual estas identidades se assemelham; 'travesti' e 'transexual' foram transformadas em *missing,* por pressupormos que estas categorias abarcam especificidades em relação ao processo de revelação da orientação sexual, portanto, não faria sentido incluí-las neste estudo.

2) Discriminação

Aqui, trabalhamos com a percepção da pessoa acerca do episódio de discriminação que foi submetido. Cada item possuía uma única alternativa (sim/ não) estimulada para a pergunta:

Devido à sua sexualidade você já sofreu alguma discriminação das que vou ler?[18]

3) Agressão

Resposta única (sim/não) e estimulada.

Devido à sua sexualidade você já sofreu alguma agressão das que vou ler?[19]

---

[16] Questão 66 e 67, localizada na página 24 do instrumento de coleta.
[17] Questão 1, localizada na página 1 do instrumento de coleta.
[18] Questão 37, localizada na página 14 do instrumento de coleta.
[19] Questão 38, localizada na página 15 do instrumento de coleta.

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis foram descritas por meio de frequências e proporções e testadas em relação ao desfecho através dos testes de qui-quadrado de Pearson e teste Exato de Fischer para avaliar as diferenças entre as proporções. No caso da revelação da orientação sexual nos diferentes contextos sociais, utilizamos também o teste de qui-quadrado de tendência linear, das proporções da variável ordinal, aumentando, portanto, o poder da interpretação[20]. O nível de significância adotado foi de 5%.

Todos os dados foram analisados por meio do Pacote Estatístico (Stata 10).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto "*Comportamentos e práticas sexuais, acesso à prevenção, prevalência de HIV e outras infecções de transmissão sexual entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH) na região central de São Paulo*" foi elaborado em consonância com a resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde e regulamentação complementar da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

O Projeto foi submetido e aprovado pelos *Comitês de Ética em Pesquisa* (CEP) da *Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*, instituição responsável pelo estudo, e também submetido e aprovado pelos comitês das instituições parceiras, o *CRT/DST-AIDS* da *SES-SP*, o *Instituto Adolfo Lutz* e a *Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo*.

A utilização dos dados em nosso estudo foi autorizada pela Comitê coordenador do Projeto Sampacentro (Anexo II) e como se trata de estudo com dados secundários, não foi necessária a submissão do protocolo de pesquisa ao *Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública*. Tendo em vista a população estudada e os cuidados que o contexto dos participantes e da pesquisa exigem, tanto o Projeto SampaCentro quanto este foram pensados e elaborados atendendo ao *Good*

---

[20] Vieira S. Bioestatística: tópicos avançados. Rio de Janeiro: Elsevier;2004.

participatory practice: guidelines for biomedical HIV prevention trials, desenvolvido pelo *Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS* (UNAIDS) em parceria com a organização internacional sem fins lucrativos *Aids Vaccine Advocacy Coalition* (AVAC), e também contou com a participação de representantes da comunidade estudada ao longo da elaboração do projeto anterior e, após a realização do campo, para reuniões para apresentação dos resultados preliminares obtidos e discussões sobre a melhor forma de divulgação dos dados, buscando evitar que os participantes do estudo e o público homossexual em geral fossem vítimas de discriminação em razão da pesquisa.

A equipe de campo passou por treinamento onde recebeu informações detalhadas sobre o estudo e sua metodologia, assim como sobre a epidemia de HIV/ Aids e o contexto de epidemia concentrada em HSH, além de palestras sobre sexualidade, prevenção, dentre outros temas pertinentes ao contexto da pesquisa.

Para assegurar o compromisso do estudo com a confidencialidade e sigilo das informações prestadas, e atender as disposições do CEP, cada voluntário foi informado pelo entrevistador sobre o objetivo da pesquisa e demais informações constantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após verificar que o participante havia compreendido o TCLE e que não restava nenhuma dúvida, solicitava a assinatura do documento e lhe entregava uma cópia, ressaltando que poderia retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo.

Para manter os participantes e a comunidade informados sobre o andamento da pesquisa, assim como para obterem informações a respeito dos locais de apoio e busca de resultados do teste anti-HIV, bem como conferir a veracidade das informações prestadas em campo pela equipe de campo do inquérito, foi criado um *website* que era atualizado sempre que necessário.

Em agosto/2012, foi realizada uma apresentação dos resultados preliminares da pesquisa para representantes do movimento organizado de aids, LGBTT e representantes do Programa Municipal e Estadual de DST /Aids de São Paulo, a fim de que estes pudessem contribuir, com a experiência adquirida em suas práticas, para a definição dos caminhos corretos para a divulgação dos resultados, consolidando assim uma prática coerente e preocupada com o quadro dos direitos humanos e da vulnerabilidade.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram estudados 1217 participantes, entre 18 a 77 anos, que informaram que em algum momento da vida tiveram contato sexual com alguém do mesmo sexo biológico. Destes, 52% eram jovens (idade entre 18 e 29 anos). Em relação aos aspectos sociodemográficos, predominou a raça/cor branca (59%), a alta escolaridade (43% com graduação universitária concluída), elevada proporção de exercício de atividade profissional remunerada (90%), elevado padrão socioeconômico (57% incluídos na classe econômica “B"). A proporção de homens não praticantes de religião foi de 51%. E entre os homens com prática religiosa observou-se o predomínio da religião católica (45%). Em relação à situação conjugal, 55% eram solteiros e de acordo com a orientação sexual 82% se identificaram como homossexuais.

Em síntese, como veremos, a maioria (94%) dos participantes revelou a orientação sexual para ao menos uma pessoa ao longo da vida. Desse total, portanto 6% não revelou a orientação sexual em nenhum contexto e 52% compartilhou a informação a respeito de sua orientação sexual em todos os cinco contextos sociais investigados - de amizade, familiar, de serviços de saúde, escolar e de trabalho. Entre aqueles que revelaram em quatro ou menos contextos (42%), observamos que 5% revelou em apenas um dos contextos sociais, seguido de 7% que compartilhou em dois, 11% em três e 19% compartilhou a orientação sexual em quatro dos cinco contextos sociais investigados.

Tabela 1 - Revelação da orientação sexual para alguém ao longo da vida, segundo características sócio-demográficas. São Paulo, 2012.

Características	Revelou orientação sexual em algum cenário					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	N	%
Faixa etária (1142)						
Jovem (< 30 anos)	619	97	18	3	637	100
Não-jovem	523	90	56	10	579	100
P						**<0,05**
Raça/cor (1136)						
Branca	681	96	31	4	712	100
Parda	302	91	31	9	333	100
Preta	113	91	11	9	124	100
Amarela	40	98	1	2	41	100
P						**<0,05**
Escolaridade (1142)						
Fundamental	54	96	2	4	56	100
Médio	338	94	21	6	359	100
Superior incompleto	256	92	22	8	278	100
Superior completo	336	94	22	6	358	100
Pós-graduação	158	96	7	4	165	100
P						**>0,05**
Situação conjugal (1139)						
Casado	135	90	15	10	150	100
Ficando	121	94	8	6	129	100
Namorando	255	97	7	3	262	100
Sozinho	628	93	44	7	672	100
P						**<0,05**
Prática religiosa (1143)						
Sim	560	93	40	7	600	100
Não	583	94	34	6	617	100
P						**>0,05**
Religião (512)						
Católica	230	92	21	8	251	100
Espírita	107	95	6	5	113	100
Protestante/evangélica	89	90	10	10	99	100
Budismo	15	94	1	6	16	100
Matriz africana	71	99	1	1	72	100
P						**>0,05**
Trabalho (1143)						
Sim	1032	94	63	6	1095	100
Não	111	91	11	9	122	100
P						**>0,05**

Continuação da Tabela 1.

Classe socioeconômica (1143)						
A	183	94	12	6	195	100
B	653	94	40	6	693	100
C	289	93	21	7	310	100
D	18	95	1	5	19	100
P						**>0,05**
Identidade sexual (1102)						
Homossexual	935	97	32	3	967	100
Bissexual	141	81	33	19	174	100
Heterossexual	26	76	8	24	34	100
P						**<0,05**

*Os subtotais variam em razão da não resposta em algumas das questões.

5.2 REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Na Tabela 1 observamos elevadas proporções de revelação da orientação sexual para alguém ao longo da vida em todas as variáveis sociodemográficas analisadas. Notamos, também, que a revelação da orientação sexual foi maior entre os mais jovens, os de pele mais clara, aqueles que estavam namorando e os que tinham a identidade homossexual.

Em relação à escolaridade, observamos que a maioria dos participantes (66%) teve acesso ao ensino superior, dos quais 43% haviam concluído, porém não observamos diferença estatisticamente significativa entre a revelação e os diferentes níveis de escolaridade.

A não prática religiosa foi citada por 51% dos participantes e não houve diferença estatisticamente significativa entre praticantes e não praticantes de religião em relação à revelação da orientação sexual. Entre aqueles que mencionaram a prática religiosa, 99% dos adeptos de religiões de matriz africana revelaram a orientação sexual em alguma situação ao longo da vida, seguidos de espíritas (95%), budistas (94%), católicos (92%) e evangélicos 90%.

5.3 REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL

Na Tabela 2, observamos que a quase totalidade dos participantes (96%) que revelaram a orientação sexual em pelo menos um dos contextos estudados revelou a orientação sexual para os amigos. Para a família, a revelação da orientação sexual foi compartilhada por 80% dos entrevistados. O contexto social em que os participantes menos revelaram sua orientação sexual foi o escolar/acadêmico, mencionado por 75% dos respondentes.

Tabela 2 - Revelação da orientação sexual. São Paulo, 2012.

Contextos de revelação da orientação sexual*	**Revelou orientação sexual**					
	Sim		**Não**		**Total**	
	n	%	n	%	n	%
Amigos	1103	96	40	4	1143	100
Profissionais saúde	968	85	175	15	1143	100
Família	914	80	229	20	1143	100
Colegas trabalho	875	76	268	24	1143	100
Colegas escola	859	75	284	25	1143	100

*A questão permitia múltiplas respostas para os contextos de revelação da orientação sexual.

5.4 CONTEXTOS DE REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL

Na Tabela 3, é possível observar que entre aqueles participantes cuja orientação havia sido compartilhada em apenas um contexto social, a revelação para amigos (65%) foi a mais mencionada nessa categoria, seguida de família (19%) e profissionais de saúde (10%). À medida em que a revelação da orientação sexual foi compartilhada em mais contextos sociais, observa-se que há uma tendência similar ao padrão apresentado anteriormente. Assim, conforme a revelação vai sendo agregada a mais contextos sociais, notamos que amigos, profissionais de saúde e familiares, nessa ordem, vão sendo priorizados no compartilhamento da informação acerca da sexualidade. Os contextos sociais relativos à escola e ao trabalho

apresentaram as menores proporções de revelação em todas as categorias (quantidade de contextos de revelação) investigadas.

Tabela 3 - Distribuição da revelação da orientação sexual segundo quantidade e contextos de revelação. São Paulo, 2012.

Contexto de revelação*	**Quantidade de contextos em que orientação foi revelada**							
	1		**2**		**3**		**4**	
	n (62)	%	n (83)	%	n(130)	%	n (229)	%
Amigos	40	65	70	84	127	98	229	100
Profissionais saúde	6	10	36	43	88	68	201	88
Família	12	19	32	39	70	55	161	70
Colegas escola	4	6	17	20	57	44	160	70
Colegas trabalho	0	0	11	13	46	35	165	72

*A questão admitia respostas múltiplas.

Sintetizando, entre os participantes deste estudo, a revelação da orientação sexual seguiu a gradação, apresentada na Figura 1, que vai dos contextos de amizade ao do trabalho.

Figura 1 - Trajetória da revelação da orientação sexual. São Paulo. 2012.

5.5 DISCRIMINAÇÃO E AGRESSÃO EM DECORRÊNCIA DA ORIENTAÇÃO SEXUAL

5.5.1 Discriminação

Os episódios de discriminação, segundo a quantidade de contextos em que a orientação sexual foi revelada, apresentaram tendência crescente na maior parte dos contextos investigados.

A discriminação em locais de comércio e lazer entre o grupo que não revelou a orientação sexual em nenhum dos contextos foi de 3% (Tabela 4). Observamos que a medida em que a orientação sexual estava compartilhada em mais contextos houve tendência a mais episódios de discriminação relatados pelos grupos. Entre aqueles cuja orientação sexual foi revelada em todos os contextos sociais, a proporção de discriminação foi 23%.

Os episódios de discriminação em razão da orientação sexual nos serviços de saúde apresentaram tendência crescente à medida em que a orientação havia sido compartilhada em mais contextos. Observamos um aumento progressivo de episódios de discriminação entre aqueles que não revelaram a orientação sexual em nenhum contexto (1%), seguido entre os que revelaram a orientação em um contexto (5%) e, finalmente entre os que revelaram em dois contextos (6%). No grupo seguinte, que revelou a orientação sexual em três contextos, a proporção de discriminação diminuiu para 5%, aumentando consideravelmente no próximo grupo para 13% e diminuindo para 12% no grupo que tinha a orientação revelada em todos os contextos sociais investigados (Tabela 4).

A discriminação no local de estudo também apresentou tendência crescente observada na medida em que a orientação sexual estava exposta em mais contextos sociais. No grupo de participantes que não havia revelado a orientação sexual em nenhum contexto, a proporção de discriminação foi de 11% e nos grupos subsequentes as proporções foram de 11%(entre aqueles que revelaram em um contexto), 13% (dois contextos), 19% (três contextos) e 33% (quatro contextos),

alcançando a proporção de 37% no grupo cujos participantes haviam revelado a orientação sexual em todos os contextos sociais investigados (Tabela 4).

Assim como os subitens anteriores, a experiência de discriminação entre amigos e vizinhos apresentou tendência crescente na medida em que a orientação sexual estava compartilhada em mais contextos sociais. No grupo em que ninguém revelou a orientação, a proporção de discriminação foi 9%, com leve queda no grupo subsequente para 8%. Entre os grupos subsequentes as proporções de discriminação foram de 14%, 22%, 32% e no grupo cujos participantes tinham a orientação conhecida em todos os contextos a proporção de discriminação alcançou 37%.

No contexto das relações familiares, a discriminação também apresentou tendência crescente na medida em que estava revelada em mais contextos sociais. Com exceção do grupo que tinha a orientação revelada em dois cenários, os demais apresentaram proporção mais elevada ou a mesma proporção em relação ao grupo anterior. Nesse subitem, a proporção de discriminação no grupo que não revelou a orientação sexual a ninguém foi 14%, enquanto no grupo que revelou em todos os contextos a discriminação no ambiente familiar foi de 31%.

No contexto da própria religião também houve tendência crescente da discriminação na medida em que a sexualidade foi mais exposta. Para aqueles cuja orientação sexual não foi compartilhada em nenhum contexto, a proporção de discriminação foi 5%. Nos grupos subsequentes, as proporções de discriminação corresponderam a 6% (entre aqueles que revelaram em um contexto), 12% (dois contextos), 14% (três contextos), 25% (quatro contextos) e de 31% no grupo em que os participantes revelaram a orientação sexual em todos os contextos sociais.

Por fim, quando se trata da religião adotada por outras pessoas, a tendência crescente de discriminação na medida em que mais contextos compartilhavam a informação acerca da orientação sexual também foi observada. Enquanto no grupo em que a orientação estava totalmente oculta apenas 4% relatou algum episódio de discriminação e no grupo que revelou a orientação sexual em todos os contextos 38% dos participantes mencionaram já ter sido submetido a algum episódio de discriminação nesse contexto em decorrência da contrariedade com sua orientação sexual.

Tabela 4 - Experiência de discriminação, segundo revelação da orientação sexual. São Paulo, 2012.

Discriminação	Revelação da orientação sexual											
	Nenhum contexto		**1 contexto**		**2 contextos**		**3 contextos**		**4 Contextos**		**5 contextos**	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Trabalho (1207)												
Sim	0	0	3	5	2	2	10	8	24	11	106	17
Não	74	100	59	95	81	98	118	92	203	89	527	83
p tendência*												**-**
Comércio/Lazer (1214)												
Sim	2	3	3	5	5	6	13	10	38	17	145	23
Não	72	97	59	95	78	94	116	90	191	83	492	77
p tendência												**<0,05**
Serviços de Saúde (1213)												
Sim	1	1	3	5	5	6	6	5	29	13	78	12
Não	73	99	59	95	78	94	123	95	199	87	559	88
p tendência												**<0,05**
Escola/Faculdade (1213)												
Sim	8	11	7	11	11	13	25	19	76	33	237	37
Não	66	89	55	89	72	87	104	81	152	67	400	63
p tendência												**<0,05**
Amigos/Vizinhos (1209)												
Sim	7	9	5	8	12	14	28	22	74	32	227	36
Não	67	91	57	92	71	86	100	78	154	68	407	64
p tendência												**<0,05**
Ambiente familiar (1207)												
Sim	10	14	11	18	14	17	30	24	69	31	198	31
Não	64	86	51	82	69	83	97	76	155	69	439	69
p tendência												**<0,05**

Continuação da Tabela 4.

Ambiente religioso próprio (594)												
Sim	2	5	2	6	5	12	9	14	28	25	93	31
Não	38	95	33	94	37	88	55	86	83	75	209	69
p												**<0,05**
p tendência												**<0,05**
Ambiente religioso terceiros (1210)												
Sim	3	4	4	6	15	18	24	19	74	33	239	38
Não	71	96	58	94	68	82	105	81	152	67	397	62
p												**<0,05**
p tendência												**<0,05**

*Nesse caso o valor de p não é confiável em razão de constar casela com valor nulo, por isso não foi considerado.

5.5.2 Agressão

Observamos, na Tabela 5, tendência crescente, além das diferenças entre as proporções, dos episódios de agressão na medida em que a orientação estava exposta em mais contextos sociais na maioria dos subitens de agressão investigados.

Os subitens referentes à agressão física, verbal e ameaça de agressão apresentaram elevadas proporções mesmo entre aqueles que não compartilharam a orientação sexual em nenhum contexto social (4%, 16% e 8%, respectivamente). Nos grupos subsequentes, em todos os tipos de agressões citados anteriormente, observamos tendência crescente das proporções de agressão ao ter mais contextos sociais que compartilhavam a informação a respeito da sexualidade. No grupo em que a orientação sexual foi revelada em todos os contextos, a proporção de agressão física foi 21%, de agressão verbal 72% e de ameaça de agressão foi 42%, proporções maiores do que as encontradas nos grupos que tinham a orientação sexual mais preservada.

A tendência crescente de aumento da discriminação nos grupos em que a orientação sexual estava compartilhada em mais contextos sociais também foi verificada nos subitens de agressão que abordaram os episódios de chantagem e constrangimento no trabalho em decorrência da orientação sexual. A proporção de

episódios de chantagem entre aqueles que não revelaram a orientação sexual em nenhum contexto foi de 11%, enquanto que no grupo em que havia conhecimento sobre a orientação sexual dos participantes em todos os contextos, a proporção de episódios de chantagem foi de 16%. Em relação ao constrangimento no trabalho em decorrência da orientação sexual, 9% dos participantes do grupo que não revelou a sexualidade em nenhum contexto social relatou este tipo de agressão, enquanto no grupo em que todos os contextos sociais tinham acesso a informação a respeito da sexualidade, o mesmo tipo de agressão alcançou 24% (Tabela 5).

Tabela 5 - Episódios de agressão, segundo quantidade de contextos de revelação da orientação sexual. São Paulo. 2012.

Agressão (N)	Revelou a orientação em											
	Nenhum contexto		**1 contexto**		**2 contextos**		**3 contextos**		**4 contextos**		**5 contextos**	
	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Física (1215)												
Sim	03	4	9	15	18	22	27	21	79	35	132	21
Não	71	96	53	85	65	78	103	79	150	65	505	79
p tendência												**<0,05**
Verbal (1215)												
Sim	12	16	18	29	33	40	59	45	147	64	460	72
Não	62	84	44	71	50	60	71	55	82	36	177	28
p tendência												**<0,05**
Ameaça (1213)												
Sim	6	8	9	15	18	22	27	21	79	35	267	42
Não	68	92	53	85	65	78	103	79	150	65	368	58
p tendência												**<0,05**
*** B.N Cinderela[21] (1213)**												
Sim	1	1	0	0	4	5	6	5	10	4	36	6
Não	73	99	62	100	79	95	124	95	218	96	600	94
p tendência												**-**
Violência sexual (1214)												
Sim	3	4	1	2	5	6	8	6	21	9	48	8
Não	71	96	61	98	78	94	122	94	208	91	588	92
p tendência												**>0,05**
Chantagem (1215)												
Sim	8	11	2	3	11	13	17	13	31	14	100	16
Não	66	89	60	97	72	87	113	87	198	86	537	84
p tendência												**<0,05**
Constrangimento Trabalho (1211)												
Sim	7	9	10	16	6	7	22	17	52	23	153	24
Não	67	91	52	84	77	93	107	83	176	77	482	76
p tendência												**<0,05**

*Neste caso, o valor de p não é confiável em razão de constar casela com valor nulo, por isso não foi considerado.

[21] É um tipo de golpe onde o criminoso seda a vítima, adicionando sonífero e/outras substância entorpecente em sua bebida, para que assim possa roubar seus pertences.

6 DISCUSSÃO

Nossos resultados sugerem um padrão para a revelação da orientação sexual, se compararmos os contextos onde o compartilhamento da orientação sexual aconteceu. Prioritariamente, os participantes revelaram primeiro para os amigos, em segundo para os profissionais de saúde, familiares, colegas de trabalho e colegas de escola/faculdade, nesta ordem. Na amostra estudada também notamos que são elevadas as proporções de revelação da orientação sexual, bem como de discriminação e agressão motivadas pela contrariedade com a orientação sexual do participante. Além disso, observamos tendência crescente a ser alvo de discriminação e violência à medida que a orientação sexual estava mais exposta, ou seja, nas 6 (seis) categorias de grupos (nenhum contexto, um contexto, dois contextos, três contextos, quatro contextos, cinco contextos e em todos os contextos) em que as pessoas homossexuais tinham a orientação sexual compartilhada em mais contextos, as frequências de discriminação e agressão também foram maiores.

Portanto, é possível pensarmos que na medida em que a orientação sexual foi mais compartilhada, as pessoas sofreram mais discriminação e agressão, ambos provavelmente motivados pela contrariedade com a identidade sexual da pessoa.

Para melhor compreensão do objeto deste estudo, discutiremos a seguir esses resultados em contraste com outros estudos científicos e iremos nos apoiar em uma compreensão construcionista da sexualidade e no quadro da vulnerabilidade e do direitos humanos para interpretarmos as implicações destes achados no campo da Saúde Pública.

6.1 REVELAÇÃO DA DA ORIENTAÇÃO SEXUAL E CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Ao considerarmos a revelação da orientação sexual em relação às características sociodemográficas, observamos diferenças significativas que sugerem padrões distintos de compartilhamento da orientação sexual. Entre os nossos participantes, os jovens apresentaram maior frequência de revelação da orientação

sexual, resultado esse que também é observado em outros estudos que se debruçaram na investigação do fenômeno de revelação. Dados coletados entre a população LGBT norte-americana, de diferentes grupos etários, identificaram que entre aqueles com idade inferior a 30 anos, 24% mencionaram ter revelado a orientação sexual para família e amigos antes dos 15 anos de idade; entre aqueles que tinham de 30 a 49 anos, 8% revelaram a orientação para amigos e família e entre o grupo etário com mais de 50 anos somente 3% declararam que haviam compartilhado a orientação sexual nestes mesmos contextos (*PEW RESEARCH CENTER*, 2013a).

A revelação da orientação sexual mais prevalente entre homens homossexuais jovens foi observada em outros estudos. GROV et al. (2006) encontraram maior autoaceitação da identidade de orientação sexual e maiores proporções de revelação da orientação sexual entre os homens jovens que compuseram sua amostra. GRIERSON e SMITH (2005) entrevistaram 32 gays australianos e avaliaram o impacto da epidemia de aids no processo de revelação da orientação sexual e identificaram que para os entrevistados que iniciaram a vida sexual antes do surgimento da epidemia, a saída do armário significava a descoberta de lugares de sociabilidade gay, o engajamento em uma relação sexual com alguém do mesmo sexo para só depois revelar a orientação sexual para os pais. Já para aqueles que iniciaram a vida sexual nos primeiros anos da epidemia, o fato de a homossexualidade já ser tema recorrente e ocupar espaço nos debates, principalmente em razão da epidemia de aids, sair do armário era tratado como um acontecimento mais frequente, porém ainda restrito aos núcleos de amizade de maior intimidade e de preferência para pessoas que compartilhassem o interesse afetivo-sexual por alguém do mesmo sexo. Nesse período, a revelação para família só acontecia após período de experiências sexuais e, em comparação ao período anterior, comportamentos mais brandos por parte dos pais foram mais relatados. Por fim, para os entrevistados que iniciaram a vida sexual no fim da primeira década (no final dos anos 1980) após a descoberta da aids, observou-se que a revelação da orientação sexual em idade mais precoce foi mais frequente e a saída do armário para familiares acontecia mesmo antes da introdução nos espaços de sociabilidade gay. GROV et al. (2006) comparando lésbicas e *gays* de 18-24 anos com, em relação a grupos etários mais velhos, identificaram diferenças significativas, com a tendência

do grupo mais jovem de iniciar a experiência sexual com alguém do mesmo sexo e de iniciar o processo de *coming-out* mais precocemente, na comparação com os demais grupos.

Assim como diferenças etárias são apontadas como importantes de serem consideradas quando se investigam fenômenos dessa natureza, diferenças étnicas, raciais e de cor de pele também configuram fatores chave para a compreensão da revelação da orientação sexual, especialmente quando existem indícios de que a saída do armário está relacionada a condições de saúde (BATTLE e CRUM, 2007).

MAGUEN et al (2002) identificaram diferenças no padrão da revelação da orientação sexual entre os participantes brancos e negros, recrutados para o estudo durante a participação em uma conferência LGBT. Enquanto entre os entrevistados de cor de pele branca 97% compartilharam a orientação sexual com amigos, 90% com um ou ambos os pais e 73% compartilharam com o pai a revelação da orientação sexual, entre os participantes de cor de pele preta observou-se proporções consideravelmente menores, 85% compartilharam com um amigo, 69% para um ou ambos os pais e apenas 31% haviam saído do armário para o pai. Os autores enfatizam essas diferenças e sugerem que há necessidade de maior atenção às diferenças individuais quando se considera o processo de saída do armário.

No estudo de ROSARIO et al. (2004), ao também investigarem a revelação da orientação sexual em uma amostra de 145 participantes LGB, observaram que jovens negros relataram menos envolvimento e mais desconforto em atividades socialmente percebidas como gays. Nesse estudo os jovens negros e latinos revelaram menos a orientação sexual do que jovens brancos, resultados similares aos encontrados por GAROFALO et al. (2008) ao estudarem 302 participantes identificados como HSH em uma amostra por conveniência.

MUSTANSKI et al. (2011a) verificaram diferenças na revelação da orientação sexual entre diferentes tipos étnico-raciais, sendo as minorias, em geral, menos propensas a compartilhar e autoaceitar a orientação sexual quando comparadas a grupos étnicos/raciais hegemônicos.

O fato de homens homossexuais negros e pardos revelarem menos a orientação sexual do que homens de pele mais clara é justificado pelo receio da dupla

carga de discriminação, decorrente da cor da pele e da orientação sexual, magistralmente sintetizado por RASMUSSEN (2004 p. 147):

> Being closeted is not a choice I wish to make. Nevertheless, because of the pervasiveness of racism, it is one that I choose to make. Being Black, however, is not a choice. As a Black woman my color is my most obvious feature, not my sexual preferences.

GROV et al. (2006), ao estudarem os fatores associados entre raça, etnia e gênero no processo de *coming-out* de gays, lésbicas e bissexuais não identificaram diferenças no que tange à raça e etnia em relação à revelação para si mesmo e para terceiros na amostra estudada. PARKS et al (2004) buscaram examinar em uma amostra de 450 mulheres lésbicas a relação entre identidade sexual e diferenças de raças e etnias e não encontraram diferenças significativas. No entanto, os autores destacam que as mulheres lésbicas de cor de pele preta apresentaram menores níveis de revelação da orientação sexual do que as mulheres lésbicas brancas.

Em relação ao compartilhamento da orientação sexual quando considerada a escolaridade dos participantes, não observamos diferenças significativas entre aqueles que não revelaram e aqueles que revelaram a orientação sexual. No entanto, quando comparamos os dados gerais de escolaridade da nossa amostra com os indicadores da população residente na cidade de São Paulo, notamos que os homens homossexuais incluídos no nosso estudo apresentaram índices bem mais elevados de educação formal. Na cidade de São Paulo, 32% da população geral teve acesso ao ensino superior (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2012), enquanto que na nossa amostra 66% declararam a mesma situação. Na pesquisa realizada na Parada gay de São Paulo os pesquisadores também chamaram atenção para os elevados níveis de

escolaridade encontrados e a diferença em relação aos índices encontrados na população da região sudeste (CARRARA et al. 2006)[22].

Diferente do alto grau de escolaridade que encontramos em nossa amostra, estudo realizado com amostra de 3859 HSH de 10 cidades brasileiras, que utilizou a metodologia *Respondent Driven Sampling* (RDS), observou níveis menos elevado de escolaridade, com exceção da cidade de Belo Horizonte onde 38,5% dos participantes haviam concluído o ensino médio ou mais (KERR et al, 2013).

Maiores níveis de educação formal também foram identificados entre a população LGBT da Nova Zelândia que observou que 51% dos participantes do estudo tinham graduação (ensino superior), enquanto que a frequência de graduados na população em geral do país é de no máximo 15% (NEVILLE e HENRICKSON, 2005). Alta qualificação também foi verificada entre norte-americanos que identificaram que 40% dos homens homossexuais possuíam ensino superior completo ou mais, enquanto que na população norte-americana em geral, 26% possuíam a mesma titulação (*PEW RESEARCH CENTER,* 2013).

Em nosso estudo, a revelação da orientação sexual também esteve associada ao estado conjugal dos respondentes. Entre aqueles que revelaram a orientação sexual, observamos que aproximadamente metade dos participantes (45%) estavam envolvidos em algum tipo de relacionamento afetivo, sendo o namoro e casamento os vínculos mais frequentes.

Como mencionado anteriormente, não houve diferenças em relação à prática religiosa entre aqueles que revelaram a orientação sexual. No entanto, observamos elevada proporção de não afiliação religiosa entre os homens homossexuais da nossa amostra, o que provavelmente é resultado dos discursos conservadores em relação às sexualidades não heterossexuais e que por consequência marginaliza e exclui as pessoas homossexuais destes ambientes.

Em pesquisa realizada com população de gays norte-americanos, também foi observada tendência a não afiliação religiosa similar às encontradas em nosso estudo. Enquanto entre os homossexuais norte-americanos a proporção daqueles que

[22] No estudo realizado na Parada gay de São Paulo, 45% declararam ter ensino superior completo ou incompleto, enquanto que os autores mencionam que na população do Estado de São Paulo apenas 11,23% teriam nível universitário na ocasião da pesquisa.

relataram não possuir nenhuma prática religiosa é 48%, na população americana em geral a não afiliação religiosa é 20%. Na tentativa de aprofundar a compreensão dessa diferença, o estudo norte-americano questionou os LGBT que declararam ser praticantes de alguma religião sobre conflitos entre a orientação não heterossexual e as crenças religiosas: para 33% havia um claro conflito entre o discurso de sua religião e sua orientação sexual. A mesma pesquisa observou, também, que a maioria da população com práticas religiosas concorda que a homossexualidade deve ser desestimulada, fato esse que oferece indícios sobre a diferença na prática religiosa entre a população LGBT e a população em geral (*PEW RESEARCH CENTER*, 2013a).

No contexto brasileiro, também encontramos diferenças entre a prática religiosa da população de homens homossexuais e de homens no geral. No censo demográfico (2010), a proporção de homens residentes na região Sudeste que informaram não praticar nenhuma religião foi 11%, enquanto que na nossa amostra de homens homossexuais 51% alegaram não ter nenhuma espécie de vínculo religioso.

E quando observamos as diferentes práticas religiosas, daqueles que declararam tê-las, nossos resultados sugerem a existência da interação entre discurso religioso a respeito da homossexualidade e a sua influência entre a população homossexual adepta de práticas religiosas. No censo demográfico (IBGE, 2010) menos de 1% dos homens da região sudeste mencionaram religiões de matriz africana como sua prática religiosa, enquanto que do total de homens com prática religiosa do nosso estudo 12% mencionaram frequentar alguma religião de matriz africana. E, entre os praticantes dessas religiões, 99% haviam revelado a orientação sexual em algum momento da vida, sendo essa a maior proporção de revelação identificada entre as diversas religiões do nosso estudo. HEILBORN e CABRAL (2006), contrastando dados da população homo-bissexual com heterossexuais que compuseram a amostra do estudo GRAVAD[23], identificaram entre os jovens homo-bissexuais maior tendência a afiliarem-se a religiões afro-brasileiras do que o observado na comparação com os jovens heterossexuais do estudo. As autoras

[23] Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil (GRAVAD).

apontam que essa provavelmente esteja relacionada ao maior acolhimento das religiões de matriz africana com a diversidade de orientação sexual.

GARCIA et al. (2009) e RIOS (2012) têm investigado práticas religiosas e a interação com os discursos hegemônicos relativos à sexualidade, por meio de estudos etnográficos realizados na região metropolitana do Rio de Janeiro. No estudo desenvolvido por Garcia, os autores tiveram acesso a cultos de diferentes instituições religiosas (católicas, evangélicas e afro-brasileiras) e realizaram entrevistas com líderes religiosos (padres, pastores e mães e pais de santo) com o objetivo de compreender como a participação em comunidades religiosas afeta a manifestação da sexualidade. Identificaram que o discurso difundido pelos representantes da maioria dessas instituições religiosas é atravessado pela construção da não heterossexualidade como prática proibida, com exceção das religiões afro-brasileira que se apresentam como mais receptivas. Nesse sentido, os autores sublinham que um modo das pessoas homossexuais exercerem sua cidadania sexual é migrarem de instituições cujo discurso com a não heterossexualidade é discriminatório e hostil para buscarem apoio em doutrinas religiosas mais tolerantes com a orientação sexual dissidente, como tem se observado com a maior frequência de LGBT em cultos afro-brasileiros.

E RIOS (2012), investigou a inserção dos homens homossexuais no candomblé em terreiros fluminenses e sublinha a inserção dos *gays,* como tais, nas atividades religiosas. Apesar de uma clara distinção entre os homossexuais mais afeminados, cujos papéis nas atividades são limitados em razão da feminilidade, ainda assim, o autor menciona que essa prática religiosa pode ser definida como uma das mais inclusivas para a população homossexual.

No que concerne à identidade sexual, entre aqueles que se autodefiniram como homossexuais, 97% compartilharam a orientação sexual com alguém ao longo da vida, enquanto que, entre os bissexuais, 81%. Entre aqueles que se autoidentificaram como heterossexuais 76% compartilharam a orientação com alguém em algum momento da vida e, esse dado nos coloca frente a frente com o terreno movediço em que pisamos quando estudamos a sexualidade, especialmente as orientações sexuais minoritárias, inscritas em contextos sociais fortemente discriminatórios.

A relação entre a revelação da orientação sexual e a identidade sexual tem sido estudada e, para D'AUGELLI et al (1998) e GRIFFITH e HEBL (2002), a autoaceitação é central para a saída do armário, por isso, homens homossexuais com maior dificuldade para assimilar a orientação sexual têm maior dificuldade em iniciar o processo de saída do armário.

Como é possível observar, alguns grupos populacionais são especialmente mais afetados por processos discriminatórios. Na área de ciências sociais a formulação da noção de marcadores sociais da desigualdade[24], tem nos ajudado a compreender e chamar atenção para a violação de direitos da população negra, dos mais pobres, das mulheres, dentre outros. Nesta direção, apontamos que a revelação da orientação sexual, quando compreendida como um mecanismo de emancipação dos sujeitos sexuais, que pode impactar positivamente nas condições de saúde, principalmente mental das pessoas LGBT, é um recurso do qual as pessoas mais velhas e de pele mais tem acesso limitado, provavelmente por já serem submetidas a processos discriminatórios de outras ordens.

6.2 A REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL EM SEUS CONTEXTOS SOCIAIS

Segundo análises de TERTO JR (2002), ROSARIO et al. (2009) e MOTT (2012), pesquisas que se debruçam sobre a compreensão da homossexualidade e se lançam a compreender o processo de revelação da orientação sexual e as condições de vida da população homossexual são ainda inconsistentes na literatura científica. A maior parte do material disponível refere-se à realidade das populações da Europa e Estados Unidos, sendo ainda escassas no contexto latino e brasileiro (DINIS, 2008). O fato de ser uma população de difícil acesso, principalmente em contextos de intolerância à diversidade sexual, é um fator que limita a realização de pesquisas,

[24] Ferramenta de análise que permite compreender a desigualdade como produto das relações sociais que visa atender aos interesses de um grupo ou pessoa em detrimento de outro (s). Os principais marcadores da desigualdade são gênero, cor da pele, idade, orientação sexual, etc.

principalmente quando se trata de estudos epidemiológicos com a população homens que fazem sexo com homens (HELK et al.,2006, MEYER e WILSON 2009).

A investigação das questões que envolvem a diversidade de orientação sexual e, mais especificamente a dinâmica que cerca a revelação da orientação sexual, é importante em virtude das claras evidências na literatura, que apontam a saída do armário e os conflitos que a atravessam como diretamente associados às condições de saúde física e mental da população LGBT (GLMA, 2001). Além disso, a dúvida em relação a necessidade ou não da revelação da orientação sexual é central para a maioria das pessoas não heterossexuais em razão da presença do discurso heteronormativo no cotidiano destas pessoas. Assim, até que se diga, demonstre ou seja descoberta, haverá a presunção da heterossexualidade, o que em última instância fará com que os comportamentos afetivos e sexuais estejam de acordo com as regras da heteronormatividade, diferentes para homens e mulheres. E por não ser um atributo perceptível ,via de regra e, considerando ainda que o repertório comportamental ao qual socialmente estão vinculadas as diversas orientações sexuais é, geralmente, passível de administração, é possível que a homossexualidade seja disfarçada, dissimulada ou simplesmente omitida, o que irá impactar no desenvolvimento da subjetividade e no modo com as relações sociais serão estabelecidas. (PECHENY, 2004).

Em nossos achados encontramos indícios que apontam um padrão na revelação da orientação sexual, caracterizado principalmente pela saída gradual e seletiva do armário. Entre nossos participantes, os amigos, profissionais de saúde e familiares se destacaram como aqueles com quem a orientação sexual estava mais compartilhada. A literatura revisada aponta na mesma direção, ressaltando o caráter contextual da saída do armário e a revelação para amigos e familiares como centrais e disparadoras de todo o processo. Já em relação aos profissionais de saúde, os estudos indicam maior tendência à variação na frequência de revelação da orientação sexual, sugerindo que seja mais sensível a condições macro e microssociais que legitimam a heterossexualidade como a norma e que, em última instância, implicam na relação estabelecida entre o profissional e seu paciente e na menor ou maior abertura para que a orientação sexual seja um tema presente ao longo desse encontro. E assim como nossos resultados também apontam, os estudos analisados observam

frequências menores de compartilhamento da orientação sexual nos contextos relativos aos ambientes profissional e escolar/acadêmico.

Em se tratando da revelação da orientação sexual para os amigos e familiares, a maioria dos estudos identifica que a revelação da orientação sexual acontece após um processo prévio de reconhecimento e autoadaptação com a não heterossexualidade. Somente depois dessa assimilação, em geral solitária, da identidade sexual é que os prós e contras serão avaliados e a decisão acerca da revelação e de quais pessoas e contextos deverão tomar conhecimento dessa informação será tomada (PECHENY, 2004, SEDGWICK, 2007). O início do processo é caracterizado pela cautela e pela tendência a selecionar com parcimônia as pessoas e domínios da vida em que o segredo será compartilhado. A literatura indica que há uma tendência do processo de saída do armário se iniciar com a revelação para os amigos mais íntimos e algum tempo depois compartilhar a informação com pessoas da família com quem existe relação de maior confiança. De acordo com os artigos analisados, a revelação para pessoas de contextos sociais de menor intimidade, em geral, só acontece depois da revelação e assimilação da orientação sexual pelos amigos mais próximos e pela família (McKENNA e BARGH, 1998; GRIFFITH e HEBL, 2002; BEALS e PEPLAU, 2006; ROSSI, 2010, MUSTANSKI et al., 2011, MUSTANSKI et al.2013; PEW RESEARCH CENTER, 2013a).

Em material da chamada literatura cinza, é possível encontrarmos publicações que visam ajudar os LGBT e demais pessoas implicadas nas questões da diversidade sexual a compreender e organizar o processo de saída do armário. Nessas publicações, a revelação da orientação sexual para os amigos é compreendida como um meio para fortalecer e tornar as relações mais honestas, além de ser uma oportunidade para observar como as pessoas reagirão à revelação da sexualidade a fim de que tal experiência auxilie nas próximas etapas do processo de saída do armário (JAI et al., s/n).

MAGUEN et al. (2002), investigando a revelação da orientação sexual em uma amostra de gays, lésbicas e bissexuais do sudeste norte-americano, e BEALS e PEPLAU (2006), investigando uma amostra de homens gays e mulheres lésbicas de uma população universitária no sul da Califórnia nos Estados Unidos, verificaram

que o início do processo de revelação da orientação sexual aconteceu com maior frequência com o compartilhamento para um amigo(a) heterossexual. Em estudo recente realizado na China com migrantes chineses, também identificaram que os homens homossexuais compartilharam sua orientação sexual primeiro e com maior frequência com os amigos (69%), seguido da revelação para a família (25%), colegas de trabalho (25%) e, por último, para profissionais médicos (24%) (GUOB et al., 2013).

No Brasil, pesquisas realizadas em Paradas do Orgulho LGBT, em diversas capitais, apontaram a centralidade e a maior frequência da revelação da orientação nos contextos de amizade e da família e oferecem indícios do aumento nas proporções de revelação nos últimos anos, como segue. Na pesquisa realizada na Parada Gay do Rio de Janeiro, no ano de 2003, os participantes haviam compartilhado mais a orientação sexual com os amigos (80%), seguidos do compartilhamento com familiares (68%). No ano seguinte, também no Rio de Janeiro, os amigos (90%) e familiares (78%) foram as relações mais mencionadas no que diz respeito à revelação da orientação sexual. Na Parada Gay de São Paulo, em 2005, os pesquisadores encontraram também que a revelação para amigos (95%) tinha acontecido em maior proporção do que para familiares (75,9%), sendo esses dois contextos os mais mencionados pelos participantes em todas as pesquisas referidas (CARRARA et al, 2003, CARRARA e RAMOS, 2005, CARRARA et al, 2006). Tais proporções foram menores do que as encontradas em nosso estudo, o que nos faz pensar em maior abertura e tolerância para a saída do armário nos anos recentes e no maior reconhecimento do direito à cidadania sexual dos homens homossexuais de nosso estudo.

Ainda com relação à revelação da orientação sexual para amigos e familiares, VENTURI e BOKANY (2011) realizaram estudo com amostra intencional de lésbicas e gays residentes nas regiões metropolitanas do Brasil e identificaram, também, que amigos íntimos (82%) e familiares (78%) concentraram as maiores proporções de revelação da orientação sexual entre os participantes, novamente com proporções menores do que as verificadas em nosso estudo.

Em um estudo com abordagem qualitativa que analisou o processo de revelação da orientação sexual, CLEVE (2013) comparou o processo de *coming-out*

entre *gays* jovens nas cidades de São Paulo e Chicago e verificou que, no caso dos jovens brasileiros, há um profundo sentimento de respeito às relações familiares, que influencia o modo como a questão da sexualidade será gerenciada nesse contexto (CLEVE, 2013). O autor identificou que o respeito à opinião familiar, entre os jovens brasileiros entrevistados, é um imperativo e persiste mesmo diante de situações graves de rejeição e violência doméstica; comportamentos esses, produzidos em decorrência da descoberta ou da revelação da orientação sexual do jovem. Cleve destaca que há um processo colaborativo, idealizado pelos jovens, que diante do interesse familiar, se mostra disponível para aceitar os limites impostos para a vivência de sua homossexualidade, na tentativa de que tais imposições sejam temporárias e perdurem somente enquanto ele conduz os familiares pelo processo de compreensão de sua sexualidade. Assim, de acordo com o estudo, para o jovem há esperança de que a família futuramente possa aceitar e lidar de maneira saudável com sua orientação sexual, por isso ele aceita as restrições familiares, num claro processo de barganha.

Outros estudos identificaram que a revelação para a família ocorreu, como nos demais contextos, num processo gradual, em que a pessoa homossexual elege, a partir da proximidade afetiva e no nível de confiança estabelecido na relação, quem será a primeira pessoa do grupo familiar para ser informada da não heterossexualidade. As repercussões nesse primeiro momento, geralmente, determinarão a revelação da orientação sexual aos demais membros da família. Com maior frequência, os estudos identificam que, geralmente, a mãe é a primeira pessoa do grupo familiar que o indivíduo homossexual elege para revelar sua orientação sexual (D'AUGELLI et al, 2006, VENTURI e BOKANY, 2011, PEW RESEARCH CENTER, 2013).

Revelar a orientação sexual para a família é visto como central para a assimilação e vivência da homossexualidade entre lésbicas e gays. Contudo, o receio de que a revelação seja motivo de vergonha e decepcione os familiares faz com que muitos tenham dificuldade e adiem o momento da saída do armário. O medo da reação violenta dos pais e da revelação da homossexualidade desencadear a instabilidade das relações também aparecem como motivos para a permanência no armário, principalmente no que diz respeito à família (PECHENY, 2004).

WALDNER e MAGRADER (2008) encontraram que os indivíduos homossexuais que relataram ter um bom relacionamento com os pais foram menos propensos a revelar a sua orientação sexual, a frequentar organizações de apoio aos direitos LGBT e também a se envolver em relações afetivas com alguém do mesmo sexo. Na experiência clínica e no trabalho com jovens LGBT, também verificamos que a saída do armário, em muitos casos, era frequentemente interpelada pelas expectativas familiares. Para muitos jovens gays e lésbicas, o bem-estar familiar está em primeiro lugar e para não comprometê-la é comum que a orientação sexual não seja trazida para a cena familiar.

A saída do armário no contexto familiar é permeada também por questões de cunho situacional em que a pessoa homossexual avalia que a revelação da orientação sexual poderá acarretar a perda do apoio emocional e financeiro que recebem dos pais ou a exposição à privações e violências domésticas (PECHENY, 2004). Por isso, para muitas pessoas homossexuais, a revelação da orientação sexual é planejada para o momento em que tenham conquistado a independência emocional e financeira dos pais, de modo que se sintam seguras para compartilhar a orientação sexual e lidar com os possíveis desdobramentos que a revelação poderá causar (GRAFSKY, 2011; CLEVE, 2013).

Contrariando a percepção de que a revelação deteriorará as relações familiares, alguns estudos sugerem que, na maioria das vezes, a saída do armário permite que as famílias se aproximem de seus membros homossexuais (WALDNER e MAGRADER, 1999; OREL, 2004; PADILLA et al., 2010) e, de acordo com o que GUO et al (2013) encontraram entre participantes de amostra de homens migrantes chineses, aqueles que compartilharam a orientação sexual com a família apresentaram menores taxas de estigma internalizado[25], em comparação com aqueles que não revelaram a orientação sexual.

De todo modo, é importante ressaltar que a revelação da orientação sexual pode ter consequências imediatas ou futuras. Estudos que avaliaram essa questão alertam para o fato de que a falta de apoio dos pais à orientação sexual dos filhos na

[25] Para a mensuração do estigma internalizado foi utilizada escala likert com 10 afirmações a respeito da percepção acerca da homossexualidade cujos participantes deveriam identificar, numa escala de 1 a 4, os graus de concordância e discordância com as afirmações.

infância e adolescência está associada com condições de saúde psíquica mais precária e abuso de substâncias como álcool, droga, medicação, na idade adulta (D'AUGELLI et al, 2006, RYAN et al, 2009 e ROTHMAN et al. ,2012). Estudo qualitativo com população LGBT vivendo nas ruas, realizado na cidade de São Paulo, identificou que a orientação sexual foi o motivo direito ou indireto que levou à vivência nesses locais. De acordo com os relatos de parte dos entrevistados, a revelação da orientação sexual culminou na expulsão de casa e, para outros, a possível decepção que a revelação da sexualidade causaria à família fez com que optassem por deixar o lar e, sem outra alternativa, passassem a se juntar e viver com outros LGBT nas ruas da cidade (GARCIA, 2013).

Para PECHENY (2004), as interações sociais da pessoa homossexual são atravessadas pela necessidade de revelar e ocultar os seus desejos e afetos por alguém do mesmo sexo. Por não ser um atributo do qual a família primária seja também detentora e por ser passível de ser administrada no que diz respeito a sua visibilidade, as pessoas homossexuais, em geral, atravessam os conflitos inerentes a essa condição silenciosa e solitariamente até o momento em que consigam assimilar a homossexualidade e iniciar o processo de revelação de sua orientação sexual. É no seio dessa trama que o autor sublinha que a revelação para a família sucede um período atravessado por atos discriminatórios imaginados que permitirão ao indivíduo se preparar e elaborar estratégias que o auxiliarão na revelação da orientação sexual para sua família e demais contextos.

Outro contexto mais frequente de revelação da orientação sexual no presente estudo corresponde aos espaços de cuidado com saúde, onde o compartilhamento da orientação sexual foi feito por 85% dos participantes que haviam revelado a orientação sexual em algum grau. Na literatura é crescente o número de evidências que apontam que as minorias sexuais estão mais propensas a desfechos negativos de saúde, resultantes de processos de estigmatização e discriminação ao qual estão expostos e, nesse sentido, o compartilhamento da orientação sexual para profissionais de serviços de saúde é elemento apontado como capaz de favorecer a diminuição da iniquidade, por meio do manejo adequado das necessidades de saúde desta parcela da população (GEBREKRISTOS, 2012).

MECKLER et al. (2006) buscaram identificar fatores associados ao compartilhamento da orientação sexual para profissionais médicos e verificaram que apenas 35%, de um total de 131 participantes, mencionaram que o médico tinha conhecimento de sua orientação sexual, sendo jovens gays e lésbicas mais propensos a ter compartilhado a orientação sexual com o profissional em comparação com jovens bissexuais. Os autores encontraram, ainda, que o fato de em algum momento os participantes terem conversado com médicos a respeito de práticas sexuais ou sobre saúde sexual esteve fortemente associado à revelação da orientação sexual nesse contexto. Os participantes, quando questionados sobre o que tornaria a revelação mais confortável no ambiente de atendimento médico, mencionaram que se o profissional iniciasse a conversa a respeito da orientação sexual se sentiriam mais confortáveis para conversar sobre o assunto. DAHAN et al. (2008),[26] em artigo de revisão, investigaram como os profissionais, que atuam como médico da família, abordavam o tema da orientação sexual com seus pacientes e encontrou que quase metade dos profissionais não sabiam de nenhum paciente cuja orientação sexual não fosse heterossexual e, apenas um mencionou que fazia parte da rotina questionar seus pacientes a respeito da orientação sexual dos mesmos. Os autores concluíram que mesmo com o forte corpo de evidências que indicam que minorias sexuais estão mais vulneráveis a desfechos negativos de saúde, ainda assim não faz parte da rotina dos profissionais médicos da família perguntar ao paciente a respeito da identidade sexual. DURSO e MEYER (2013) identificaram por meio de regressão logística em uma amostra de pessoas LGB da cidade de Nova Iorque, Estados Unidos, de 18 a 59 anos, que homens bissexuais e homens latinos gays estavam menos propensos a compartilhar a orientação sexual nos serviços de saúde, assim como níveis mais elevados de homofobia internalizada[27] e o não envolvimento com a comunidade LGBT estavam associados ao não compartilhamento da orientação sexual com terceiros.

Em estudo realizado com amostra de homens chineses, citado anteriormente, a revelação da orientação sexual para o profissional médico (24%) obteve a menor

[26] Informações extraídas do resumo em inglês de artigo redigido em hebraico.
[27] Homofobia internalizada é aqui compreedida como um processo de autoestigmatização onde a pessoa dirige a si mesma os valores socialmente negativos atribuidos à homossexualidade (MEYER, 2007).

frequência entre os contextos investigados, e os autores sublinham que os profissionais de saúde devem estimular que seus pacientes compartilhem sua orientação sexual a fim de abrir espaço para a discussão de especificidades que impactam na saúde destes, e também para que o aconselhamento e o tratamento dispensados sejam adequados às diferentes realidades e necessidades sexuais (GUO et al., 2014).

Na tentativa de compreender como os profissionais e estudantes da área de medicina compreendem e se relacionam com a homossexualidade, DUNJIC-KOSTIC et al (2012) investigaram 177 participantes e observaram que os respondentes do sexo masculino apresentaram menor nível de conhecimento acerca da realidade homossexual, com a reprodução de estereótipos e preconceitos e maior tendência a estigmatizar pessoas homossexuais. Nesse estudo, os participantes identificados com alguma religião apresentaram também tendência a compreender a homossexualidade, como desvio de conduta, pecado e anormalidade e de reproduzir os estereótipos e preconceitos, culminando em atitudes mais hostis em comparação com aqueles que não estavam envolvidos com a prática religiosa.

Numa clara demonstração do impacto da revelação da orientação sexual nos serviços de saúde, estudo transversal realizado com 271 participantes de HSH recrutados em Parada LGBT de uma grande cidade do centro-oeste norte-americano, identificou que a não revelação da orientação sexual diminui de maneira significativa a probabilidade de o médico fazer recomendações e tratamentos adequados a necessidade do paciente. No grupo em que a orientação sexual era conhecida, 57% dos participantes relataram que os profissionais solicitaram o teste de HIV, enquanto que no grupo em que a homo-bissexualidade era desconhecida, apenas 13% receberam a recomendação para realização do teste de HIV (PETROLL et.al, 2011).

Interessa-nos salientar que as condições de saúde mais precárias encontradas na população LGBT não são produzidas ou explicáveis por predisposições biológicas, mas sim atribuíveis aos contextos de estigmatização, exclusão e violência nos quais essas pessoas estão inseridas (PECHENY, 2013).

Em nossos resultados, quando observamos a dinâmica da revelação sexual com seus respectivos contextos, notamos como o segredo que envolve a orientação sexual mobiliza e atravessa a organização da vida social, e possivelmente emocional,

configurando e reconfigurando as relações e interações sociais. É dentro deste panorama que identificamos a necessidade dos serviços, tanto de saúde como educacionais, em garantirem espaços que sejam amigáveis para que as pessoas LGBT possam compartilhar informações a respeito da sua orientação sexual e, quando necessário, também compartilharem suas experiências e práticas sexuais para que possam receber informação e, se for o caso, tratamento adequado.

Como bem lembrado por AYRES et al (2012 p. 89):

> o adoecimento é um processo dinâmico, que envolve determinantes biológicos e comportamentais, sociais e psicossociais, técnicos e políticos que o influenciam já desde as condições que possibilitam seu surgimento, evolução clínica e desfecho até as diferentes formas como podemos responder a eles.

Assim, como sugerido pelos teóricos do quadro da vulnerabilidade, os fenômenos que investigamos se organizam na dinâmica da vida cotidiana e de sua organização social. Por isso, qualquer tentativa de compreendê-los sem o olhar atento para os padrões culturais, bem como o olhar aguçado para os padrões das instituições e estruturas normativas que implicam na complexidade do fenômeno produzirá uma imagem distorcida do mesmo (AYRES et al, 2012).

É neste sentido que PARKER (2000) e PARKER e AGGLETON (2007) salientaram que os estudos epidemiológicos que investigam comportamentos e práticas sexuais da população LGBT, além de mensurações devem considerar que as condutas sexuais não se concretizam separadamente das estruturas sociais, culturais, econômicas e políticas. Há uma imbricada interação entre as diversas dimensões da vida social e os comportamentos e práticas que se interrelacionam na produção da vida cotidiana. É com atenção a esta constante comunicação que os autores consideram que as questões que atravessam a sexualidade devem ser examinadas.

É na direção apontada pelos autores anteriormente citados que a revelação da orientação sexual para profissionais dos serviços de saúde é de fundamental importância. Tendo em vista que todo o contexto de ódio e opressão que envolve as minorias sexuais pode afetar a saúde física e psíquica e que as condições sociais que

estruturam a vivência da homossexualidade implicarão em diferentes modos de exercê-la e também na menor ou maior exposição aos fatores de riscos, é cabível considerarmos que os profissionais de saúde, quando não instrumentalizados e disponíveis para conceber a existência de diferentes modos das pessoas se relacionarem com a sua sexualidade e que as sexualidades são forjadas em meio às condições sociais disponíveis e atravessadas por elementos socialmente estruturados como idade, cor da pele, etnia, dentre outros, podem, ao invés de auxiliar na resolução do problema, maximizá-los ou gerar outros.

É por isso, portanto, que ao considerarmos a intersecção entre condições de saúde e diversidade sexual não podemos ignorar que a revelação da orientação sexual é um processo que atravessa e traz implicações ao longo de toda trajetória de vida da pessoa homossexual. Embora a vivência fora do armário seja atualmente bastante comum, autores como SEDGWICK (2007) e ERIBON (2008) são enfáticos ao destacarem que o caráter hegemônico da heterossexualidade e a sua condição de normalidade não permitem aos homossexuais viverem completamente assumidos como tais. Para eles, o fato da heterossexualidade ser presumida exige que a revelação da orientação sexual e as estratégias que a implicam sejam repensadas em cada novo contexto em que a pessoa homossexual se apresente. Além da presunção da heterossexualidade, os autores concordam que a compreensão social da homossexualidade, em geral percebida como atributo depreciativo, e o fato das relações sociais serem fortemente inscritas por meio de vínculos pessoais, econômicos e profissionais, acarretam as dúvidas que estão implicadas na saída do armário. Em muitos casos, os vínculos sociais são frágeis e o contato com a homossexualidade, fortemente difundida como pecado e condenada nos âmbitos social, moral e religioso, pode gerar o rompimento.

Em referência aos nossos resultados e para melhor enfatizar a importância da contextualização da diversidade sexual, a frequência elevada de compartilhamento da orientação sexual nos serviços de saúde configura uma conquista importante no combate à estigmatização, discriminação e exclusão da população LGBT dos serviços e equipamentos públicos, em contraste com o amplo espectro de violências homofóbicas que se registram em outros espaços, como os de ensino. Podemos interpretar essa elevada proporção de compartilhamento da orientação sexual para

profissionais de saúde, como resultado e sucesso da resposta brasileira à aids, em que foi fundamental o protagonismo exercido pelo movimento social, por pesquisadores engajados e por formuladores de políticas públicas motivados em compreender as causas do alastramento da epidemia entre grupos populacionais específicos, entre eles, aqueles posteriormente definidos como HSH (PARKER, 2009). O estigma e a discriminação institucional nos serviços de saúde foram identificados muito precocemente na história da epidemia como um problema a ser enfrentado; alguns autores explicam o surgimento de serviços especializados em aids, separados de outros serviços gerais (de infectologia, de promoção da saúde) como resultado dessa interpretação. A resposta à epidemia se desenvolveu fundamentada nos princípios dos direitos humanos – ou seja, na compreensão de que discriminação deve ser concebida como discriminação de direitos. Entre os direitos mais relevantes para a resposta à aids está a noção de direitos sexuais, que foi sendo construída justamente no bojo da resposta à epidemia como afirma PARKER (2009). Para o autor, o exercício da sexualidade é igualmente legítimo em qualquer modalidade de desejo de sexo consensual e, por isso, deve ser também, igualmente respeitado, inclusive no desenvolvimento de tecnologias de cuidado para essa população. Em outras palavras, as pessoas não podem ter seu direito à saúde violado e negligenciado com base em seus desejos, suas escolhas e orientação sexual. Com essa noção, as especificidades da vida das pessoas homossexuais, que implicam em sua saúde, passaram a compor os debates da prevenção e do cuidado em saúde, e a não heterossexualidade já não se configura de modo tão marcante, ao menos nesses espaços, como marcador naturalizado de marginalização dessas pessoas (PARKER, 2011).

Conforme as pessoas vão se afastando das interações sociais, em geral, permeadas por maior afeto, os resultados do nosso estudo indicam que a saída do armário é menos frequente. Os principais contextos da vida pública que analisamos – relações de trabalho e de ensino – apresentaram menores proporções de revelação da orientação sexual, quando comparados aos demais contextos sociais. Esse achado é condizente com a literatura que investigou o compartilhamento da orientação sexual nos diferentes contextos sociais. Estudo do *PEW RESEARCH CENTER* (2013a) encontrou que 51% dos homens gays pesquisados e que têm atividade profissional, percebem o local de trabalho como tolerante às relações homoafetivas. No entanto,

desses, apenas um terço declarou que todos ou que os colegas de trabalho mais próximos, tinham ciência de sua orientação sexual. GRIFFITH e HEBL (2002), pesquisando os dilemas enfrentados por gays e lésbicas na revelação da orientação sexual no trabalho, identificaram que a saída do armário nesse contexto e o fato de trabalhar em local amigável à diversidade sexual foram ambos associados a menores níveis de ansiedade e do aumento da satisfação no trabalho.

A existência de políticas e apoio às causas LGBT também estiveram associadas à saída do armário no contexto profissional, como indicam BEALS e PEPLAU (2006) que investigaram o padrão de revelação da orientação sexual nos contatos sociais de gays e lésbicas e identificaram que há tendência em selecionar alguns colegas de trabalho que saberão sobre a homossexualidade e que após o compartilhamento da orientação sexual o relacionamento tende a se tornar melhor, assim como se observou na literatura em relação ao contexto familiar, anteriormente citada.

Ainda em relação aos diferentes contextos sociais onde a orientação sexual é revelada, notamos que no contexto acadêmico (escola/faculdade) o compartilhamento da informação sobre a sexualidade se apresentou como prática menos frequente.

D'AUGELLI et al (2002) investigando a experiência de discriminação baseada na orientação sexual em amostra de 350 estudantes LGBT de idade similar, 21 anos, dos Estados Unidos, Canadá e Nova Zelândia encontraram que apenas 13% dos estudantes haviam revelado completamente a orientação sexual e 46% mantinham a orientação sexual totalmente em segredo no ambiente escolar. Nessa amostra, 59% mencionaram terem sido submetidos a abusos verbais, 24% foram ameaçados de agressão e entre aqueles que haviam compartilhado sua orientação sexual, 20% relataram que foram ameaçados com a exposição da orientação sexual para pessoas e contextos em que a mesma era ainda mantida em segredo. Na comparação entre estudantes de ensino médio e aqueles que estavam na graduação universitária, os autores identificaram que os primeiros apresentaram níveis mais elevados de compartilhamento da orientação sexual nesse contexto e também de discriminação e agressão verbal.

RUSS et al. (2008) investigaram a influência da orientação sexual na percepção da credibilidade do professor: para isso conduziram estudo com amostra de 154 alunos de graduação universitária, cuja orientação sexual do docente foi sistematicamente manipulada, apresentando-se em alguns grupos como heterossexual e em outros homossexual, porém mantendo o cuidado de manter a qualidade da aula e das atividades apresentadas similares em todos os grupos. Como resultado, os pesquisadores encontraram que nas salas de aula em que o docente apresentou sua orientação como homossexual, os estudantes apresentaram tendência a percebê-lo com menor credibilidade e a informar que aprendiam menos em comparação com as turmas em que o mesmo docente havia se apresentado como heterossexual. Complementar à investigação quantitativa, os pesquisadores desenvolveram questionário para compreender qualitativamente a percepção dos estudantes em relação à aula e ao docente e, enquanto nas salas em que o docente tinha sido identificado como heterossexual, as avaliações a respeito da tema da aula, habilidades como docente e se o aluno recomendaria a contratação do professor pela universidade obtiveram de maneira quase unânime respostas positivas. Por outro lado, no grupo em que o professor se identificou como homossexual, o percentual de descontentamento, de críticas e de não recomendação da contratação do docente para aquela universidade foram substancialmente elevados.

As pesquisas realizadas nas Paradas Gays das cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Recife, em diferentes anos, também encontraram, entre os contextos estudados, menores proporções de revelação da orientação sexual em ambiente identificados como de ensino (CARRARA et al., 2003, CARRARA e RAMOS 2005, CARRARA et al., 2006, CARRARA et al., 2007).

No estudo de VENTURI e BOKANY (2011), o compartilhamento da orientação sexual para colegas de escola e faculdade também apresentou uma das menores proporções entre todos os contextos investigados. RAMIRES (2011) ao discorrer sobre os resultados dessa pesquisa, enfatiza que as instituições de ensino são locais onde idéias e comportamentos dominantes, socialmente construídos, são assimilados como naturais, tornando-se a norma e impondo aos que não estão adequados a esse modelo a exclusão social.

TEIXEIRA-FILHO et al. (2011) conduziu estudo transversal com uma amostra de 2.282 estudantes do ensino médio do interior paulista e seus resultados nos ajudam a nos aproximar das inúmeras barreiras existentes no ambiente escolar forjadas por meio da cultura heteronormativa que estrutaram o cotidiano escolar e dificultam a saída do armário. Nesse estudo, os participantes foram questionados a respeito da reação diante de piadas que ofendem as pessoas não heterossexuais e 49% dos participantes heterossexuais e 24% dos não heterossexuais informaram que simplesmente se divertem com elas, pois consideram as piadas homofóbicas normais (corretas). E 44% dos heterossexuais e 46% não heterossexuais que compuseram a amostra do estudo, concordaram com a afirmação 'eu aceito ter um amigo gay desde que ele não tenha trejeitos femininos' e 26% dos heterossexuais e 18% dos não heterossexuais também concordaram com a afirmação 'eu não gostaria de ter um colega de classe gay'. Para os autores, os espaços escolares são contextos onde a reprodução dos discursos homofóbicos são cotidianamente naturalizados. Diante deste contexto de homofobia disseminada, parece-nos fazer sentido que a menor frequência de revelação da orientação sexual encontrada em nosso estudo tenha sido encontrada nesse contexto.

No processo de saída do armário, os resultados do presente estudo nos ajudam a compreender que a decisão pelo compartilhamento da orientação sexual não é impactada apenas pelos contextos sociais em que os indivíduos estão mais intimamente relacionados. Como afirma CASTAÑEDA (2007), a vida privada não existe sem conexão com o social e por isso decisões tomadas no âmbito pessoal ecoam e trazem implicações para a vida pública. Elementos da estigmatização e discriminação, decorrentes da orientação sexual se cruzam e somam com outras características sociais produtoras de estigmatização e discriminação. Como apontado por MAGUEN et al. (2002) características individuais como cor da pele, idade, situação socioeconômica, dentre outras, influenciam na trajetória de revelação da orientação e devem ser devidamente observadas .

6.3 A REVELAÇÃO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL RESULTANDO EM DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIAS

Como estamos apontando ao longo desta discussão, ser homossexual e expor essa condição em algum grau ou simplesmente apresentar algum comportamento não condizente às normas de gênero, é confrontar os padrões de normatividade que estruturam e sustentam os discursos a respeito da sexualidade (PECHENY, 2004). O heterossexismo está presente e enraizado nos diferentes domínios da vida social, produzindo privilégios e sustentando noções limitadas do que é correto, normal e saudável (HEILBORN,1996). É por meio dessas noções, amplamente disseminadas nos discursos religiosos, no sistema de ensino, nas manifestações políticas e de modo mais restrito, porém também presente, nos discursos e ações em saúde, que a heterossexualidade se certifica como possibilidade única e legítima de exercer a sexualidade, ao mesmo tempo em que regula e reprime as demais formas de apresentação dos afetos e desejos sexuais. Sabemos da ampla diversidade cultural, étnica, social, política, educacional, econômica e identitária que marcam a população LGBT, contudo, os processos de estigmatização, discriminação e violências produzem marcas comuns, presentes ao longo da trajetória de vida dessas pessoas (MEYER, 2007).

MEYER (2007) tem investigado as condições e desigualdades em relação à saúde da população LGBT e, segundo o que tem observado, o preconceito e exclusão aos quais está submetida são produtores constantes de estresse que, por sua vez, geram efeitos na saúde física e emocional. Conforme sinaliza, há um interesse crescente em diminuir as disparidades em saúde, especialmente nos Estados Unidos e em países que consideram a diversidade sexual como um direito, pois semelhante ao que sucede às populações submetidas ao racismo, a exposição constante ao estresse provocado pela rejeição da orientação sexual tem se apresentado como um modelo consistente para compreensão das disparidades nos indicadores de saúde dessa população.

A violência homofóbica tem sido identificada tanto em pesquisas científicas como por meio da sistematização de dados, realizado por ativistas que têm buscado chamar atenção para esse tipo de crime, objetivando advertir e chamar atenção para o

que grupos, como o Grupo Gay da Bahia (GGB), nomeiam como epidemia do ódio. Como mencionam PRADO e JUNQUEIRA (2011) a violência contra grupos historicamente excluídos, como os gays, não produz nenhuma comoção social ou política para sua erradicação, e isso se reflete na omissão e negligência na notificação das violências, de suas vítimas e seus agentes.

Em nossos resultados, a intolerância com a diversidade de orientação sexual também se mostrou por meio de elevadas frequências de discriminação e agressão. É possível notarmos que a discriminação e a violência estiveram presentes nos mais diversos domínios da vida da população LGBT e com frequências, em parte considerável dos subitens, bastante elevada. Quando relacionamos diferentes gradações de revelação da orientação sexual com os episódios de discriminação e agressão, observamos que houve uma tendência crescente a ser alvo desses crimes a medida que a sexualidade estava mais exposta, sugerindo que as sexualidades dissidentes e a violência estão interrelacionadas.

Com a elevada frequência de discriminação e agressão que encontramos e o seu aumento conforme há mais contextos em que a informação sobre a sexualidade foi compartilhada, é possível inferirmos sobre a complexidade cuja saída do armário está envolta. Nesse contexto, permeado por atitudes e comportamentos hostis, as estratégias para a saída do armário que os gays e lésbicas lançam mão parecem assegurar a integridade emocional e física, fortemente comprometidas pela revelação da orientação sexual. O fato de os participantes em nossa amostra selecionarem os contextos em que primeiro compartilhariam o segredo, como observamos com a maior frequência de revelação para amigos, profissionais de saúde e familiares, sugere que há formulação de uma estratégia que, dentre outras coisas, visa minimizar a exposição à discriminação e à violência. No entanto, apesar da cautela que direcionam a saída do armário, a produção de discriminação e violência em ambientes de vínculos sociais mais íntimos é altíssima, fazendo nos conjeturar que as orientações não heterossexuais são uma 'ilha' cercada por hostilidade e violências.

As frequências elevadas de discriminação e agressão contra as minorias sexuais não são exclusivas da nossa amostra. HUEBNER et al (2004) investigaram as experiências de assédio, discriminação e violência física sofridas nos últimos seis meses, em uma amostra de 1248 homens gays e bissexuais norte-americanos, e 37%

foram submetidos a agressão verbal, 11,2% reportaram algum tipo de discriminação e 4,8% declararam que foram submetidos a episódios de violência física, todos decorrentes da contrariedade com a orientação sexual.

Além de ser frequente ao longo da trajetória de vida das pessoas homossexuais, alguns estudos indicam que a discriminação e a violência se apresentam precocentemente e de maneira expressiva na vida dessas pessoas. D'AUGELLI et al. (2006), em estudo longitudinal cujo objetivo foi identificar a relação entre a discriminação e a violência em uma amostra de jovens (15 a 19 anos) LGB, observaram que episódios de agressão se iniciaram ainda na infância dos jovens LGB participantes, tendo a agressão verbal iniciada por volta dos seis anos de idade, os ataques físicos por volta dos oito anos de idade e os episódios de violência sexual por volta dos nove anos na vida de jovens LGB estudados.

HEREK (2009) coletou dados via internet a partir de uma amostra probabilística de LGB norte-americanos e observou que a contrariedade com a orientação sexual foi o motivo para aproximadamente 20% das pessoas terem sido submetidas à agressão física ou terem a sua propriedade atacada com alguma declaração homofóbica. Quando investigada a agressão verbal, aproximadamente 50% dos respondentes desse estudo afirmaram ter essa experiência e, aproximadamente 10% relataram experiências de discriminação no trabalho ou em casa. Ressaltamos que as proporções de discriminação e agressão encontradas no nosso estudo nos mesmos contextos são relativamente maiores.

Resultado de meta-análise, que teve como objetivo determinar os tipos de violências e prevalências mais frequentes entre população LGB de diversos países encontrou elevadas taxas de discriminação nos estudos incluídos e os autores observaram que as minorias sexuais estão expostas aos mais diversos tipos de humilhação. No estudo, 5% dos participantes mencionaram terem recebido cuspidas no rosto por causa do desagrado com a sua sexualidade e 55% que relataram que foram submetidos à agressão verbal por causa de sua orientação sexual. Os pesquisadores compararam também os resultados da amostra em geral com os resultados dos participantes norte-americanos e para os mesmos tipos de violências identificaram entre os norte-americanos 9% e 56%, respectivamente (KATZ-WISE e HYDE, 2012).

Ao longo dos anos 2000, iniciativa pioneira buscou mapear a violência homofóbica entre participantes das Paradas do Orgulho LGBT em algumas capitais brasileiras. No estudo realizado na Parada de São Paulo, 72,1% dos participantes relataram experiência com algum tipo de discriminação em razão da sua sexualidade. A proporção de agressão também foi bastante elevada, alcançando 65,7% entre os respondentes (CARRARA et al., 2006).

Estudo com amostra intencional, do tipo bola de neve com lésbicas e *gays* das principais regiões metropolitanas brasileiras, também encontrou altas proporções de discriminação. Do total de entrevistados, 53% mencionaram já terem sofrido algum episódio de discriminação[28] ao longo da vida. E, assim como em nossa amostra, a maioria das violações ocorreu em contextos onde as vítimas tinham proximidade afetiva com o contexto produtor da agressão (VENTURI e BOKANY, 2011).

Na maior parte das vezes em que é submetida a violações de direitos e crimes, a população LGBT vivencia essas experiências em silêncio, diferentemente de outros grupos étnicos e religiosos que são hostilizados, mas que encontram na família apoio em razão dos membros compartilharem a mesma característica estigmatizante (CARRARA e LACERDA, 2011). Entre os participantes do estudo anteriormente mencionado, apenas 12% das vítimas tomaram alguma providência a respeito do ataque homofóbico sofrido, e dentre as providências tomadas que foram relatadas, a maior parte delas foram medidas que visaram a minimizar a expressão da sexualidade hostilizada e romper a relação com o agressor ou buscar independência financeira, dentre outras. A denúncia do agressor também foi citada, porém por número muito pequeno das vítimas.

As razões para que as minorias mantenham em segredo as violências impostas pela sociedade homofóbica recaem sobre os mesmos processos de discriminação que os originaram, uma vez que parte dos equipamentos que estão disponíveis para prestar assistência, coibir e investigar atos de violência também são espaços onde o preconceito está amplamente legitimado (SEFFNER, 2011). Em pesquisa realizada com participantes da Parada gay de São Paulo, quase 17% dos homens homossexuais que compuseram a amostra relataram já terem sido

[28] Discriminação na pesquisa referida é tratada como 'sentimento de discriminação' e não se refere a direitos. Dos que sofreram, apenas 2% reagiram como portador de direitos.

maltratados por profissional policial ou mal atendido em uma delegacia de polícia e, considerando que nem todos os participantes da pesquisa estiveram expostos ao profissional policial ou foram à delegacia, isso nos faz pensar que essa proporção poderia ser ainda maior, caso todos os participantes tivessem sido expostos a essas situações (CARRARA et al, 2006). Na pesquisa realizada por VENTURI e BOKANY (2011), a prevalência da discriminação por agentes dos serviços de segurança pública também são relevantes. Do total da amostra, 11% mencionaram experiências de discriminação por parte de policiais na rua e 9% discriminação por parte de policiais civis em delegacias, discriminações essas motivadas pela orientação sexual da pessoa.

Como é possível observarmos em nossos resultados, a homofobia está presente em todas as instituições que compõe a vida social. Não há como pensarmos em ambientes protegidos onde a população LGBT possa se abrigar. Se a hostilidade está presente nas escolas, nas instituições religiosas, nos equipamentos públicos, nos serviços de saúde e na família, a revelação comedida, planejada e seletiva da orientação sexual parece ser a alternativa encontrada para minimizar os efeitos da crueldade das diversas instituições com as pessoas não heterossexuais. Se pensarmos também que as pessoas LGBT são diversas e por isso, também impactadas por discriminações e violações de direitos por sua cor, por sua raça/etnia, por seu sexo, por sua crença, dentre outras tantas possibilidades de configuração de atitudes que tem por efeito marginalizar e excluir, é possível pensarmos que os efeitos da discriminação homofóbica se somam a outros processos de marginalização social, gerando efeitos ainda mais danosos.

De modo muito bem articulado por SEFFNER (2011), a produção da vulnerabilidade encontra eco na escassez de recursos econômicos, sociais e legais que inviabilizam o enfrentamento das demandas e adversidades da vida em sociedade, por isso a produção de conhecimento e de políticas públicas assentadas no respeito às diferenças e na observância dos princípios dos direitos humanos oferecem possibilidades concretas de fazer frente aos problemas que estão intimamente conectados e às compreensões nocivas e tacanhas de sexualidade.

No contexto brasileiro, respostas para as necessidades da população LGBT têm encontrado barreiras e dificuldades para sair do papel em decorrência da pressão

de grupos religiosos fundamentalistas e conservadores que utilizam da coação para evitar avanços das discussões sobre a regulamentação da homofobia como crime e também de outros direitos negados a essa parcela da população (GARCIA et al., 2009, DIAS, 2011).

6.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ainda que os resultados apresentados no presente trabalho reflitam a complexidade da realidade cotidianamente enfrentada pelas minorias sexuais, marcadas pela marginalização, exclusão, todos os tipos de violências, inclusive a violação de direitos civis e humanos básicos, ainda assim é importante destacarmos que os dados aqui analisados são oriundos de um estudo maior de corte transversal, o que nos impede de identificarmos a sequência e a existência de relação causal entre os eventos investigados, o que em última instância se traduz na parcimônia e na limitação dos nossos resultados e nas análises apenas para o grupo estudado . A adoção da metodologia TLS também faz com que analisemos nossos resultados com parcimônia, pois apesar dessa metodologia ser eficiente com populações de difícil acesso, ela se mostra limitada, pois como se baseia na identificação de locais onde os participantes poderão ser identificados e acessados, exclui do estudo parcela da população de interesse que, por várias razões, dentre elas o preconceito e receio de ser identificado, não frequenta os espaços onde os estudos são realizados[29].

Além das limitações em decorrência do tipo de estudo e da metodologia, as análises estatísticas adotadas neste trabalho apenas nos permitem apontar, de modo exploratório, os índicios da relação entre os fenômenos da revelação da orientação, de discriminação e agressão. Caso os dados coletados permitam, apontamos a necessidade da utilização de análises estatísticas mais sofisticadas que futuramente poderão coloborar no aprofundamento e na clareza dos fenômenos.

Embora nossos resultados sejam condizentes com os achados da maioria dos estudos revisados, identificamos também limitações relativas à natureza dos dados

[29] Guia de Recursos: Amostragem por tempo-local (TLS). H.Fischer Raymond, Theresa Ick, Michael Grasso, Jason Vaudrey, Willi McFarland. Departamento de Saúde Pública de San Francisco secção de epidemiologia do HIV, Unidade de Vigilância Comportamental. 2010.

coletados e dos objetivos deste trabalho; como em relação à questão que deu origem à variável dependente (revelação da orientação sexual), que foi estruturada de maneira genérica, o que pode ter influenciado os participantes a responderem em termos de prática ou identidade sexual. Essa consideração se faz importante pois neste trabalho a adotamos no sentido de revelação da orientação sexual, o que pode ter sub ou superestimado as frequência encontradas.

As questões que utilizamos para identificar os episódios de discriminação e agressão também devem ser interpretadas com cautela, pois algumas delas agregavam mais de um evento que, além da possibilidade de se diferenciarem entre si, podem ter superestimado as frequências encontradas. A questão que remete à discriminação no contexto profissional é um destes casos, pois há a possibilidade da pessoa homossexual relatar o fato de não ter sido selecionado para uma vaga de emprego ou de ter sido demitida em razão de sua orientação sexual, fenômenos que podem se diferenciar em termos da habilidade da pessoa em percebê-los e julgá-los como atos de discriminação. Outros itens, que podem ser verificados no questionário, no Anexo I, como a qualificação dos participantes, a qual será melhor discutida abaixo, também apresentam a mesma limitação.

A alta qualificação dos participantes incluídos na nossa amostra é uma possível demonstração da limitação dos nossos resultados, que pode ter sido influenciada pela metodologia adotada que preconizava o recrutamento em locais de sociabilidade homossexual e, como a entrada em parte considerável dos locais era paga, é possível que indivíduos menos favorecidos economicamente tenham sido excluídos de nosso estudo. Como já mencionamos nesta discussão, estudos com outras metodologias encontraram níveis mais baixos de escolarização em amostras com participantes HSH.

Pelas limitações expostas, salientamos que nossos achados estão, portanto, circunscritos às pessoas e regiões geográficas estudadas e novos estudos com metodologias distintas se fazem necessários para a elucidação e clareza na compreensão dos fenômenos.

6.5 REFLEXÕES GERAIS ACERCA DOS RESULTADOS

Em um momento em que a população de lésbicas e gays conquistam direitos civis básicos, como o acesso ao casamento civil igualitário,por exemplo, ao mesmo tempo, também observamos a retomada de atitudes hostis e conservadoras que buscam inibir e barrar qualquer tentiva que vise reconhecer que esta parcela da população também deve ter o seu direito à cidadania assegurado.

Como preconizado pelos teóricos do quadro da vulnerabilidade e direitos humanos, em contextos de negação e violação de direitos há uma tendência de que às condições de vida e saúde se apresentem de modo mais precário. E nesta direção, temos observado que a epidemia de aids tem crescido no segmento de homens que fazem sexo com homens, como apresentou o estudo Sampacentro, e também que esta é uma população que tem apresentado condições mais precárias de saúde, quando comparada à população heterossexual.

Apesar das condições de saúde de uma população, em geral, ser o resultado de múltiplas variáveis, podemos, com algum grau de confiança, supor que a exposição precoce e frequente a processos de discriminação e de violências, dos mais variados tipos, como é o caso da população LGBT, contribuem de maneira significativa para a precariedade da saúde, principalmente a saúde psíquica.

A literatura sobre prevenção e cuidado, especialmente no campo da aids, tem indicado a relevância da relação entre revelação da orientação sexual e indicadores de saúde, inclusive no que tange à epidemia de aids. No entanto, em decorrência do preconceito institucional, estudos desta natureza ainda são bastante incipientes. Apesar das barreiras impostas aos estudos com populações marginalizadas, salientamos que a compreensão do fenômeno da revelação da orientação sexual, da discriminação e da violência, bem como das condições de saúde da população LGBT são necessários e o campo da Saúde Pública não pode se esquivar disto. Novos estudos poderão compreender de maneira mais aprofundada a relação entre a saída do armário e os indicadores coletados em nosso estudo.

É importante ressaltarmos que apesar das limitações, nossos resultados, principalmente ao que se refere à saída do armário, episódios de discriminação e agressão, são condizentes aos de organizações não governamentais (ONG) e

profissionais que trabalham com homossexuais e que cotidianamente observam os dilemas que infligem as pessoas não heterossexuais nesse complexo processo de saída do armário e vivência pública de afetos e desejos que se contrapõem aos padrões heteronormativos. O amplo leque de discriminações e violências aos quais os LGBT estão submetidos, especialmente quando estão totalmente fora do armário ou quando compartilham a orientação sexual na maior parte dos contextos sociais é uma realidade ao qual não devemos nos furtar. É, em grande parte, em consequência do trabalho das ONGs que a perseguição e os crimes homofóbicos têm ganhado visibilidade. Discorrendo sobre direitos sexuais no Brasil, CARRARA (2010 p.136) afirma que 'o imobilismo e o consevardorismo têm marcado a ação do Congresso Nacional em relação ao tema'.

Considerando as elaborações desenvolvidas por CASTAÑEDA (2007) de que o 'pessoal é político' e de PECHENY (2008), de que 'todo sexo é político', ambas elaborações derivadas de ideias produzidas pelo movimento feminista, sugerimos que neste estudo, também por estar inscrito no campo da saúde pública, a investigação científica também é política e, por isso, não deve prescindir da luta. Pelo contrário, deve dialogar com as condições e estruturas sociais que estão postas.

O atravessamento e problematização da revelação da orientação sexual e suas consequências personificadas pela discriminação e agressão, como vistas aqui, além de interessar como investigação para formação de um pesquisador, se mostram operacionais também para o campo da saúde pública, no âmbito do desenvolvimento de políticas públicas e de assistência, para os movimentos sociais que tem a diversidade como pauta e necessitam de instrumentos que apontem as dificuldades e hostilidades ainda presentes no cotidiano da população LGBT, as quais não devem ser desprezadas pelas instâncias políticas e jurídicas.

Nos interessa frisar que, apesar da homossexualidade não representar uma prática ilegal em nosso país, socialmente ela ainda é amplamente condenada, vide os recentes debates políticos a esse respeito, e que as pessoas homossexuais devem ser informadas a este respeito, para que como sujeitos autonômos possam se posicionar e fazer frente ao problema.

Além de ser essencial para o debate político que tenha por objetivo trazer a homofobia e a violação dos direitos das minorias para o centro da cena, faz-se

importante também que o processo de saída do armário, especialmente quando expõe as pessoas à discriminação e violência, encontre abertura para ser discutido dentro das instituições que fomentam e disseminam o ódio contra as minorias sexuais, além de ser essencial também, que as pessoas homossexuais sejam informadas sobre as implicações da saída do armário para que possam buscar estratégias de menor impacto ao revelarem a sua orientação sexual.

> Perhaps the single most important quality or characteristic defining sexuality in the contemporary world is the extent to which it has, as the saying goes, come out of the closet – the extent to which sexuality has ceased to be considered an essentially private affair and has entered the public arena as a focus for political organizing and policy and policy debate. (PARKER et al.,2014 p. 253).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a compreender a revelação da orientação sexual e sua associação com variáveis sociodemográficas e episódios de discriminação e agressão.

Identificamos que a revelação da orientação sexual é um fenômeno complexo que esteve interrelacionado com as características sociodemográficas dos participantes da nossa amostra. Diferenças relativas à idade, cor de pele, situação conjugal e identidade sexual estiveram associadas à revelação da orientação sexual.

Observamos que houve uma disposição crescente no compartilhamento da orientação sexual, sendo mais frequente a revelação para os amigos, profissionais de saúde, familiares, colegas de trabalho e, por último, colegas de escola/faculdade.

Em relação à revelação da orientação sexual segundo episódios de discriminação e agressão, nossos resultados sugerem que quanto mais a orientação sexual foi compartilhada, mais frequente foi a discriminação e violência. Também verificamos que a homofobia está presente em todos os espaços da vida social dos homossexuais e, muitas vezes, com frequências bastante elevadas.

Por fim, esperamos que mais pesquisas sejam produzidas, principalmente no campo da saúde pública, e que esforços sejam somados no combate às violações que privam essas populações de seus projetos de felicidade.

8 REFERÊNCIAS

Adams J, McCreanor T, Braum V. Gay Men's Explanations of Health and How to Improve It. Qual Health Res. 2013;23:887-899.

Alves Junior ECD. A viabilidade do casamento homoafetivo no direito civil constitucional brasileiro: a busca real do direito à felicidade. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. 2013;11:3-9.

Auerbach J. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Public Health: Progress and Challenges. Am J Public Health. 2008;98:970.

Axelsson J, Modén B, Rosvall M, Lindstrom M. Sexual orientation and self-rated health: the role of social capital, offence, threat of violence, and violence. Scand J Public Health. 2013;41:508-515.

Ayres JR, Paiva V, França Júnior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, coordenadores. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá. 2012; p. 71-94.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Filho HCS, Júnior IF. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Editora Fiocruz. 2009a; p. 375-418.

Ayres JRCM, Júnior IF, Calazans GJ, Filho HCS. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM de, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, lendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009b; p. 121-143.

Battle J, Crum M. Black LGB Health and Well-Being. In: Meyer IH, Northridge ME, editors.The health of sexual minorities: public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations. Springer. 2007; p. 320-354.

Beals KP, Peplau LA. Disclosure Patterns Within Social Networks of Gay Men and Lesbians. J Homosex. 2006;51:101-120.

Boehmer U, Miao X, Linkletter, Clark MA. Adult Health Behaviors Over the Life Course by Sexual Orientation. Am J Public Health. 2012;102;292-300.

Boehmer U. Twenty Years of Public Health Research: Inclusion of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations. Am H Public Health. 2002;92:1125-1130.

Branstrom R, van der Star A. All inclusive Public Health – what about LGBT populations? Eur J Public Health. 2013;23:353-354.

Buffie WC. Public Health Implications of Same-Sex Marriage. Am J Public Health. 2011;101:986-990.

Carrara S, Lacerda P. Viver sob ameaça: preconceito, discriminação e violência homofóbica no Brasil. In: Venturi G, Bokany V. Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. 2011; p. 51-72.

Carrara S, Ramos S, Caetano M. Políticas, Direitos, Violência e Homossexualidade – 8ª Parada do Orgulho GLBT – Rio 2003. Rio de Janeiro: Pallas 2003.

Carrara S, Ramos S, Lacerda P, Medrado B, Vieira N. Políticas, Direitos, Violência e Homossexualidade – Pesquisa 5ª Parada da Diversidade – Pernambuco 2006. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

Carrara S, Ramos S, Simões JÁ, Facchini R. Políticas, Direitos, Violência e Homossexualidade – Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT – São Paulo 2005. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

Carrara S, Ramos S. Direitos, Violência e Homossexualidade – Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT – Rio 2004. Rio de Janeiro: CEPESC 2005.

Carrara S. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. Bagoas. 2010;5:131-147.

Cass VC. Homosexuality Identity Formation. J Homosex. 1979;4:219-235.

Castañeda M. A Experiência Homossexual: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas. São Paulo: A Girafa Editora; 2007.

Cleve RA. Disclosure Decisions of Sexual Identity in Young Adult Males: Emergent Cross-Cultural Themes Utilizing Grounded Theory [dissertation]. The Chicago School of Professional Psychology; 2012.

Cochran S, Bandiera FC, Mays VM. Sexual Orientation-Related Differences in Tabacco Use and Secondhand Smoke Exposure Among US Adults Aged 20 to 59

Years: 2003-2010 National Health and Nutrition Examination Surveys. Am J Public Health. 2013;103:1837-1844.

Corrigan PW, Morris S, Larson J, Rafacz J, Wassel A, Michaels P, et al. Self-stigma and coming out about one's mental illness. J Community Psychol. 2010;38:259-275.

Costa JF. A inocência e o Vício: estudos sobre homoerotismo. 3ª edição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.

D'Augelli AR, Grossman AH, Starks MT. Childhood gender atypicaly, victimization, and PTSD among lesbian, gay, and bisexual youth. J Interpers Violence. 2006;21:1462-1482.

D'Augelli AR, Pilkington NW, Hershberger SL. Incidence and mental health sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in high school.

Dahan R, Feldman R, Hermoni D. Is patients' sexual orientation a blind spot of family physicians? J Homossex. 2008; 55:524-532.

D'Amico E, Julien D. Disclosure of Sexual Orientation and Gay, Lesbian, and Bisexual Youths' Adjustment: Associations with Past and Current Parental Acceptance and Rejection. J GLBT Fam Stud. 2012;8:215-242.

D'Augelli AR, Hershberger SL, Pilkington NW. LESBIAN, GAY, AND BISEXUAL YOUTH AND THEIR FAMILIES: Disclosure of Sexual Orientation and Its Consequences. Am J Orthopsychiatry. 1998;68:361-371.

Dias MB. Legislação brasileira e homofobia. In: Venturi G, Bokany V, organizadores. Diversidade sexual e homofobia no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. 2011; p. 163-174.

Dunjić-Kostić B, Pantović M, Vuković V, Randjelović D, Totić-Poznanović S, Damjanović A, et al. Knowledge: a possible tool in shaping medical professionals' attitudes towards homosexuality. Psychiatr Danub. 2012; 24:143-151.

Dinis FN. Educação, relações de gênero e diversidade sexual. Educ Soc. 2008; 29: 477-492.

Durso L, Meyer I. Patterns and Predictors of Disclosure of Sexual Orientation to Healthcare Providers Among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals. Sex Res Social Policy. 2013;10:35-42.

Eribon D. Reflexões sobre a questão gay. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2008.

Facchini R. Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

Fredriksen-Goldsen KI, Kim H-J, Barkan SE, Muraco A, Hoy-Ellis CP. Health Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults: Results From a Population-Based Study. Am J Public Health. 2013;103:1802-1809.

Friedman MS, Marshal MP, Guadamuz TE, Wei C, Wong CF, Saewyc EM, et al. A Meta-Analysis of Disparities in Childhood Sexual Abuse, Parental Physical Abuse, and Peer Victimization Among Sexual Minority and Sexual Nonminority Individuals. Am J Public Health. 2011;101:1481-1494.

Frost DM, Meyer IH. Internalized Homophobia and Relationship Quality among Lesbian, Gay Men, and Bisexual. J Couns Psychol. 2009; 56:97-109.

Fry P, MacRae E. O que é homossexualidade. 4. ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 1985.

Gagnon JH. Uma interpretação do desejo: Ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond. 2006.

Garcia J, Muñoz-Laboy M, de Almeida V, Parker R. Local impacts of religious discourses on rights to express same-sex sexual desires in peri-urban Rio de Janeiro. Sex Res Social Policy. 2009;6:44-60.

Garcia MRV. Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Temas em Psicologia. 2013;21:1005-1019.

Garofalo R, Mustanski B, Donenberg G. Parents Know and Parents Matter; Is It Time to Develop Family-Based HIV Prevention Programs for Young Men Who Have Sex with Men? J Adolesc Health. 2008;43:201-204.

GLMA - Gay and Lesbian Medical Association and LGBT health experts. Health People 2010 Companion Document for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health. São Francisco: Gay and Lesbian Medical Association. 2001.

Gebrekristos HT. Health inequalities among sexual minority youth: a need for sexual orientation and gender expression sensitive school environment. Sex Transm Infect. 2012;88:236-237.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª edição. Rio de Janeiro: LTC; 2012.

Grafsky EL. Qualitative Research on Family Disclosure and Substance Use Among Sexual Minority Youth [tese de doutorado]. Columbus: Ohio State University; 2011.

Grierson J, Smith AMA. In from the Outer. J Homosex. 2005;50:53-70.

Griffith KH, Hebl MR. The disclosure dilemma for gay men and lesbians: "coming out" at work. J Appl Psychol. 2002;87:1191-9.

Grov C, Bimbi DS, Nanin JE, Parsons JT. Race, ethnicity, gender, and generational factor associated with the coming-out process among gays, lesbian, and bisexual individuals. J Sex Res. 2006;43:115-121.

Gruskin S, Tarantola D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, coordenadores. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá. 2012; p. 23-42.

Guo Y, Li X, Liu Y, Jiang S, Tu X. Disclosure of same-sex behavior by young Chinese migrant men: context and correlates. Psychol Health Med. 2014;19:190-200.

Halkitis PN. Obama, Marriage Equality, and the Health of Gay Men. Am J Public Health. 2012;102:1628-1629.

Heilborn ML. Ser ou estar homosexual: dilemas de construção de identidade social. In: Sexualidades brasileiras. PARKER R, BARBOSA RM.Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1996.

Heilborn ML, Cabral CS. As Trajetórias Homo-bissexuais. In: O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Heilborn ML, Aquino EML, Bozon M, Knauth DR. Rio de Janeiro: Garamond Fiocruz. 2006.

Herek GM. Hate Crimes and Stigma-Related Experiences Among Sexual Minority Adults in the United States Prevalence Estimates From a National Probability Sample. J Interpers Violence. 2009;24:54-74.

Huebner DM, Rebchook GM, Kegeles SM. Experiences of Harassment, Discrimination, and Physical Violence Among Young Gay and Bisexual Men. Am J Pub Health. 2004;94:1200-1203.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. [acesso em 22/11/2013]. Disponível em: http:www.igbe.gov.br/home/estatistica/população/censo2010/características_religiao_deficiencia/características_religiao_deficiencia_tab_gregioes_xls.shtm.

Jai L, Strachan S, Griffin S, Easton A. A coming out guide for trans young people. LGBT Youth Scotland. Glasgow [s/n].

Katz-Wise SL, Hyde JS. Victimization Experiences of Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals: A Meta-Analysis. J SEX RES. 2012;49:142–167.

Kerr LRFS, Mota RS, Kendall C, Pinho AA, Mello MB, Guimarães MDC, Dourado I, Brito AM, Benzaken A, McFarland W, Ruthenford G, The HIV/MSM Surveillance Group. HIV among MSM in a large middle-income country. AIDS. 2013;27:427-435.

Lindley LL, Walsemann KM, Carter JW. The Association of Sexual Orientation Measures With Young Adults' Health-Related Outcomes. Am J Public Health. 2012;102:1177-1185.

Logie C. The Case for the World Health Organizations's Commission on the Social Determinantes of Health to Address Sexual Orientation. Am J Public Health. 2012;102:1243-1246.

Louro GL. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2010.

Maguen S, Floyd FJ, Bakeman R, Armistead L. Developmental milestones and disclosure of sexual orientation among gay, lesbian, and bisexual youths. J Appl Dev Psychol. 2002;23:219-233.

McKenna KYA, Bargh JA. Coming out in the age of the internet: Identity "demarginalization" through virtual group participation. J Pers Soc Psychol. 1998;75:681-694.

Meckler G, Elliott MN, Kanouse DE, Beals KP, Schuster MA. Nondisclosure of Sexual Orientation to a Physician Among a Sample of Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. Arch Pediatr Adolesc Med. 2006;160:1248-1254.

Meyer IH. Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In: Meyer IH, Northridge ME, editors.The health of sexual minorities: public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations. Springer. 2007; p. 242-267.

Meyer IH, Wilson PA. Sampling lesbian, gay, and bisexual populations. Journal of Couns Psychol. 2009;56:23-31.

Ministério do trabalho. Relação anual de informações sociais. Brasilia;2012.

Modesto E. Projeto Purpurina: Juventude LGBT. Autoria dos/as jovens do Projeto Purpurina. 2011.

Moore H. Understanding sex and gender. In: Companion Encyclopedia of Antropology. Lindrs: Routledge. 1997.

Mott L. Homo-afetividade e direitos humanos. Estudos Feministas. 2006;14:509-521.

Mott L. Por que os homossexuais são os mais odiados dentre todas as minorias? [Palestra preparada para o Seminário Gênero & Cidadania: Tolerância e Distribuição da Justiça]. 2000 [acesso em 16 fev 2014]. Disponível em: http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.ifch.unicamp.br.pagu/files/colenc.01.a09.pdf

Mustanski B, Andrews R, Herrick A, Stall R, Schnarrs PW. A syndemic of psychosocial health disparities and associations with risk for attempting suicide among young sexual minority men. Am J Pub Health. 2014;104:287-294.

Mustanski B, Newcomb ME, Garofalo R. Mental Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: A Developmental Resiliency Perspective. J Gay Lesbian Soc Serv. 2011a;23:204-225.

Mustanski BS, Garofalo R, Emerson EM. Mental Health Disorders, Psychological Distress, and Suicidality in a Diverse Sample of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youths. Am J Public Health. 2010;100:2426-2432.

Mustanski BS, Newcomb ME, Du Bois SN, Garcia SC, Grov C. HIV in Young Men Who Have Sex with Men: A Review of Epidemiology, Risk and Protective Factors, and Interventions. J Sex Res. 2011b;48:218-253.

Mustanski BS, Newcomb ME, Garofalo R. Mental Health of Lesbian, Gay, and Bisexual Youths: A Development Resiliency Perspective. J Gay Lesbian Soc Serv. 2011;23.

Neville S, Henrickson M. Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. J Adv Nurs. 2006;55:407-15.

Naphy W. Born to be gay: história da homossexualidade. Lisboa: Edições 70. 2004.

Orel NA. Gay, Lesbian, and Bisexual Elders. J Gerontol Soc Work. 2004;43:57-77.

Orel NA. Gay, Lesbian, and Bisexual Elders. J Gerontol Soc Work. 2004;43:57-77.

Padilla YC, Crisp C, Rew DL. Parental Acceptance and Illegal Drug Use among Gay, Lesbian, and Bisexual Adolescents: Results from a National Survey. Soc Work. 2010;55:265-275.

Paiva V. Analisando cenas e sexualidade: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafios para el acceso a la salud en América Latina. Lima: FASPA/UPCH. 2006.

Paiva V. A psicologia redescobrirá a sexualidade? Psicol.estud. 2008:13:641-651.

Paiva V. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, coordenadores. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá. 2012; p. 111-144.

Paiva V. Fazendo arte com a camisinha: sexualidades jovens em tempos de Aids. São Paulo: Summus. 2000.

Parker R, Aggleton P. Culture, Society and Sexuality – A Reader. 2ª ed. Routledge. 2007.

Parker R. Na contramão da AIDS: Sexualidade, intervenção, política. São Paulo: Editora 34 Ltda; 2000.

Parker R. Civil society, political mobilization, and the impact of HIV scale-up on health systems in Brazil. J Acquir Immune Defic Syndr. 2009;52: 49-51.

Parker R, Garcia J, Buffington RM. Sexuality and the contemporary world globalization and sexual rights. In: Buffington RM, Luibhéid E, Guy DJ. A global history of sexuality: The modern era. West Sussex. Wiley Blackwell. 2014:221-259.

Parks CA, Hughes TL, Matthews AK. Race/ethnicity and sexual orientation: intersecting identities. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. 2004;10:241-54.

Paul JP, Catania J, Pollack L, Moskowitz J, Canchola J, Mills T, et al. Suicide Attempts Among Gay and Bisexual Men: Lifetime Prevalence and Antecedents. Am J Public Health. 2002;92:1338-1345.

Pecheny M. Desigualdades estructurales, salud de jóvenes LGBT y lagunas de conocimiento: ¿qué sabemos y qué preguntamos? Temas em Psicologia. 2013;21:961-972.

Pecheny M. Identidades discretas. In: Rios LF, Almeida V de, Parker R, Pimenta C, Junior VT, organizadores. Homossexualidade: Produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: ABIA. 2004; p. 125-147.

Petroll AE, Mosack KE. Physician awareness of sexual orientation and preventive health recommendations to men who have sex with men. Sex Transm Dis. 2011;38:63-67.

Pew Research Center. A Survey of LGBT Americans: Attitudes, Experiences and Values in Changing Times. 2013.

Pollak M. Os homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

Projeto Sampa Centro. Comportamentos e práticas sexuais, acesso à prevenção, prevalência de HIV e outras infecções de transmissão sexual entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH) na região central de São Paulo. São Paulo; 2012.

Projeto Sampa Centro. Comportamentos e práticas sexuais, acesso à prevenção, prevalência de HIV e outras infecções de transmissão sexual entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH) na região central de São Paulo. São Paulo; 2011.

Ramires L. Homofobia na escola: o olhar de um educador social do movimento LGBT. In: Venturi G, Bokany V, organizadores. Diversidade sexual e

homofobia no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. 2011; p. 131-140.

Rasmussen ML. The Problem of Coming Out. Theory Pract. 2004;43:144-150.

Rios LF. O paradoxo dos prazeres: trabalho, homossexualidade e estilos de ser homem no candomblé queto fluminense. Etnográfica. 2012;16:53-74.

Rios RP. Direitos humanos, direitos sexuais e homossexualidade. Amazônica. 2011;3:288-298.

Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Disclosure of sexual orientation and subsequent substance use and abuse among lesbian, gay, and bisexual youths: Critical role of disclosure reactions. Psychol Addict Behav. 2009;23:175-184.

Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Ethnic/racial differences in the coming-out process of lesbian, gay, and bisexual youths: a comparison of sexual identity development over time. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. 2004;10:215-228.

Rossi NE. Coming out stories of gay and lesbian young adults. J Homosex. 2010; 57:1174-1191.

Rothman EF, Sullivan M, Keyes S, Boehmes U. Parents' Supportive Reactions to Sexual Orientation Disclosure Associated With Better Health: Results From a Population-Based Survey of LGB Adults in Massachusetts. J Homosex. 2012;59:186-200.

Russ TL, Simonds CJ, Hunt SK. Coming Out in the Classroom . . . An Occupational Hazard?: The Influence of Sexual Orientation on Teacher Credibility and Perceived Student Learning. Communication Education. 2002;51:311–324.

Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. Pediatrics. 2009;123:346-352.

Saewyc E, Miller BB. Beyond vulnerability: Breaking the link between violence and HIV risk for young people. Canada’s source for HIV and hepatitis C information. Spring 2013.

Saewyc EM. Research on Adolescent Sexual Orientation: Development, Health Disparities, Stigma, and Resilience. J Res Adolesc. 2011;21:256-272.

Secretaria de Direitos Humanos. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2011 / Secretaria de Direitos Humanos. Calaf PP, Bernardes GC, Rocha GS (organizadores). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. 2012.

Sedgwick EK. A espistemologia do armário. Cad Pagu. 2007;28:19-54.

Seffner F. Identidade de gênero, orientação sexual e vulnerabilidade social: pensando algumas situações brasileiras. In: Venturi G, Bokany V. Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. 2011; p. 39-50.

Simões JA, Facchini R. Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2009.

Simões JA. Homossexualidade masculina e curso da vida: pensando idades e identidades sexuais. In: Piscitelli A, Gregori MF, Carrara S, organizadores. Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond. 2004; p. 415-447.

Teixeira-Filho FS, Rondini CA, Bessa JC. Reflexões sobre a homofobia e educação em escolas do interior paulista. Educação e pesquisa. 2011;37:725-742.

Terto Jr V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. Horizontes Antropológicos.2002;17:147-158.

Troiden DRR. The Formation of Homosexual Identities. J Homosex. 1989;17:43-74.

Venturi G, Bokany V. Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. 2011.

Waldner LK, Magrader B. Coming Out to Parents. J Homosex. 1999;37:83-100.

Weeks J. O corpo e a sexualidade. In: Louro GL, organizadora. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2010; p. 35-82.

Zucchi E, Paiva V. Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/AIDS. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, coordenadores. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá. 2012; p. 111-144.

ANEXOS

Anexo I – Questionário para coleta de dados Projeto Sampacentro

S·A·M·P·A CENTRO

ID Supervisor ☐ ID Entrevistador ☐ ID Local ☐☐

Data da Entrevista ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Hora de início ☐☐ : ☐☐ Tipo de Entrevista: ○ Mesmo dia ○ Outro dia

Identificação ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐

A. Qual sua data de nascimento?

☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ **Recusou-se a responder** ○ Sim ○ Nao

É elegível quem nasceu a partir de 31 de outubro de 1993 (e a partir daí, subsequentemente, com relação ao dia da entrevista em campo)

Id ☐☐☐☐ **7515108580**

Plano Individual Geral

1) Características Demográficas

Ler até a alternativa "Heterossexual"

1. Com relação a sua sexualidade, com qual dessas categorias você mais se identifica? (RU, estimulada)

- ○ Gay
- ○ Travesti
- ○ Transexual
- ○ Bissexual
- ○ Entendido
- ○ Homossexual
- ○ Heterossexual
- ○ Outros
- ○ NS/NR

2. Com quem você mora atualmente? (RM, estimulada)

Sozinho	○ sim	○ não
Com parceiro do sexo masculino	○ sim	○ não
Com parceira do sexo feminino	○ sim	○ não
Com parceira travesti	○ sim	○ não
Com amigos	○ sim	○ não
Com parentes	○ sim	○ não
NS/NR	○ sim	○ não
Outro	○ sim	○ não

Idade parceiro masculino

Idade parceira feminina

Idade parceira travesti

Qual outro?

Leia as categorias de "Indígena à branca" e assinale APENAS uma delas. Não leia as alternativas "Recusou-se a responder" e "Outra" e só as utilize em último caso.
Se necessário explique que são as categorias com as quais o IBGE trabalha no Censo.

3. Qual é a sua cor de pele ou raça? (RU, estimulada) *

- ○ Indígena
- ○ Amarela
- ○ Parda
- ○ Preta
- ○ Branca
- ○ Outra
- ○ NS/NR

Id

7458108586

Confirme com o participante a alternativa que melhor se adequa à resposta dada e registre a categoria escolhida.

4. Até que ano você estudou? (RU, espontânea) *

- ○ Não frequentou escola
- ○ Da 1ª à 3ª série do fundamental / 1º ao 4º ano atuais
- ○ 4ª série/ primário completo / atual 5º ano
- ○ Da 5ª à 7ª série/ ginásio incompleto / 6º ao 8º ano atuais
- ○ 8ª série/ fundamental completo / atual 9º ano
- ○ 1ª ou 2ª série do médio /médio incompleto
- ○ 3ª série do médio/ médio completo
- ○ Superior incompleto
- ○ Superior completo
- ○ Pós-graduação (completa ou incompleta)
- ○ NS/NR

5. Atualmente você está? [RU, estimulada]

- ○ Sozinho (a)
- ○ Casado (a)
- ○ Namorando
- ○ Ficando
- ○ Não se Aplica
- ○ NS/NR

Casado há [ ][ ] Anos [ ][ ] Meses

Namorando há [ ][ ] Anos [ ][ ] Meses

6. Você pratica alguma religião? (RU, espontânea) *

- ○ Sim
- ○ Não (Vá para a próxima página)
- ○ NS/NR

Caso Sim:

- ○ católica
- ○ protestante histórica [Anglicana, Metodista, Presbiteriana...]
- ○ evangélica pentecostal ou neopentecostal (Assembleia de Deus, Universal...]
- ○ espírita kardecista
- ○ umbanda
- ○ candomblé
- ○ outra religião de raiz afro-brasileira [jurema, tambor de Mina, batuque]
- ○ budismo
- ○ Igrejas inclusivas [Igreja Cristã Metropolitana, Comunidade Cristã Nova Esperança...]
- ○ Outra [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Id [ ][ ][ ][ ]

8135108589

Caso Não:

- ○ tenho religião, mas não pratico — Qual? [ ]
- ○ não tenho religião, mas creio em Deus/divindades
- ○ sou ateu

2) Mobilidade - Sociabilidade

7. Onde você mora atualmente?

Bairro [ ]

Região [ ]

Cidade [ ]

Caso o entrevistado more na região, diga para ele referir-se a quando sai para se divertir, paquerar, caçar e encontrar amigos.

8. Para se divertir, paquerar, caçar e encontrar amigos, com que frequência você costuma vir a esta região? (RU, espontânea)

- ○ É a primeira vez
- ○ Raramente/ a última vez faz mais de 6 meses
- ○ Quase todo mês
- ○ De 1 a 2 vezes por mês
- ○ De 1 a 2 vezes por semana
- ○ Quase todo dia/ todo dia
- ○ NS/NR

9. Quais bairros / regiões você costuma frequentar para se divertir, paquerar, caçar e encontrar amigos? [RM, espontânea]

Bairro 1 [ ]

Região 1 [ ]

Cidade 1 [ ]

Id [ ]

2338108588

Bairro 2

Região 2

Cidade 2

Bairro 3

Região 3

Cidade 3

Pergunte, um a um, cada tipo de local que costuma ir quando sai para se divertir, paquerar, caçar e encontrar amigos. Se o participante disser que costuma ir àquele tipo de local, pergunte com que frequência, lendo as alternativas oferecidas. Utilize os códigos de frequência indicados abaixo

10. De forma geral, a que tipos de locais, você costuma ir quando sai para se divertir, paquerar, caçar, encontrar amigos e com que freqüência você vai a esses espaços? (RM, estimulada)

1.Nunca vou/fui
2.Uma única vez
3.Raramente/ a última vez faz mais de 6 meses
4.Quase todo mês
5.De 1 a 2 vezes por mês
6.De 1 a 2 vezes por semana
7.Quase todo dia/ todo dia

Bar/boteco/lanchonete	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O 6	O 7
Boate	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O 6	O 7
Rua/praça	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O 6	O 7
Banheiro público	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O 6	O 7
Sauna/cinemão/clube de sexo/SexShop	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O 6	O 7
Trabalho/escola/faculdade/igreja	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O 6	O 7
Casa de amigos	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O 6	O 7
Academia	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O 6	O 7
Parque	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O 6	O 7
Shopping/lojas/Supermerdados	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O 6	O 7
Outro	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O 6	O 7

Id

11. Você procura parceiros sexuais pela internet? (RM e estimulada)*

Para sexo virtual ○ Sim ○ Não

Para marcar encontros ○ Sim ○ Não

Aproximadamente, quantos de cada um destes grupos você conhece na cidade de São Paulo, somando amigos e conhecidos, mesmo que só de vista?

12. Homens que transam com homens que são gays ☐☐☐☐

13. Homens que transam com homens que não são gays ☐☐☐☐

14. Travestis/Trans ☐☐☐☐

15. Ao longo de sua vida, você teve relações sexuais: (RM, estimulada)

Com homens: ○ Sim ○ Não

Com qual idade você teve a primeira relação sexual consentida com homem? ☐☐

Com mulheres ○ Sim ○ Não

Com qual idade você teve a primeira relação sexual consentida com mulher? ☐☐

Com travestis e/ou Trans ○ Sim ○ Não

Com qual idade você teve a primeira relação sexual consentida uma Travesti/Trans? ☐☐

16. Na maior parte das vezes, você teve relações sexuais: (RU, estimulada)

○ Só com homens

○ Só com travestis/trans

○ Predominantemente com homens, mas também com mulheres

○ Com homens e com mulheres, em proporções semelhantes

○ Predominantemente com mulheres, mas também com homens

○ Com mulheres, homens, e também com travestis/trans

○ Outras situações

○ NS/NR

Id ☐☐☐☐

6480108580

17. Que alternativa descreve melhor sua atividade sexual anal com homens e/ou travestis em sua vida? (RU, estimulada)

- ○ Exclusivamente ativo
- ○ Predominantemente ativo
- ○ Igualmente ativo e passivo
- ○ Predominantemente passivo
- ○ Exclusivamente passivo
- ○ Nunca pratico sexo anal
- ○ NS/NR

Vou perguntar sobre suas parcerias sexuais, homens, mulheres, travestis, trans, e sobre suas práticas sexuais.

18. Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos 6 meses?

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seus 3 últimos parceiros sexuais. Para ajudar você a se lembrar, vou pedir que você escolha um apelido para cada um, começando do último, depois para quem veio antes e assim por diante

19. Vamos falar dos seus três últimos parceiros sexuais? (RU, estimulada)

19.1 Nomes/ Apelidos:			
Q19.2 ELE / ELA É: (1) homem (2) mulher (3) travesti/trans (9)NS/NR	○1 ○2 ○3 ○9	○1 ○2 ○3 ○9	○1 ○2 ○3 ○9
19.3 É/era um relacionamento? (1) estável (2) ocasional (3) única vez (9) NS/NR	○1 ○2 ○3 ○9	○1 ○2 ○3 ○9	○1 ○2 ○3 ○9
19.4 Você pagou para ter sexo com ele(a)? (S) Sim (Pule para 19.6) (N) Não (9) NS/NR	○S ○N ○9	○S ○N ○9	○S ○N ○9

Id | | | | |

4906108581

Nomes/ Apelidos:			
19.5 – Você recebeu para ter sexo com ele(a)? (S) Sim (N) Não (9) NS/NR	O S O N O 9	O S O N O 9	O S O N O 9
19.6 Qual era aproximadamente a idade dele/dela?	☐☐ *(00) – NS/NR*	☐☐ *(00) – NS/NR*	☐☐ *(00) – NS/NR*
19.7 Ele/ela transa ou já transou com? homens mulheres travesti/trans	**(RM, Estimulada)** O S O N O NS/NR O S O N O NS/NR O S O N O NS/NR	**(RM, Estimulada)** O S O N O NS/NR O S O N O NS/NR O S O N O NS/NR	**(RM, Estimulada)** O S O N O NS/NR O S O N O NS/NR O S O N O NS/NR
19.8 Qual é a cor da pele / raça dele/a ? (1) indígena (2) amarela (3) parda (4) preta (5) branca (9) NS/NR	O 1 O 4 O 2 O 5 O 3 O 9	O 1 O 4 O 2 O 5 O 3 O 9	O 1 O 4 O 2 O 5 O 3 O 9
19.9 Onde você conheceu este parceiro? (RU, espontânea) (1)internet (2)bar/boteco/ lanchonete. (3)boate (4)Rua/Praça (5)Banheiro publico (6)Sauna/Cinemão/ Clube de Sexo/Darkroom / Sexshop (7)Trabalho/Escola /Faculdade/Igreja (8)Casa de amigos (9)Academia (10)Parque (11)Shopping/Lojas (12)Outro: (99)NS/NR	O 1 O 5 O 9 O 2 O 6 O 10 O 3 O 7 O 11 O 4 O 8 O 12 Qual outro? ☐☐☐☐☐☐	O 1 O 5 O 9 O 2 O 6 O 10 O 3 O 7 O 11 O 4 O 8 O 12 Qual outro? ☐☐☐☐☐☐	O 1 O 5 O 9 O 2 O 6 O 10 O 3 O 7 O 11 O 4 O 8 O 12 Qual outro? ☐☐☐☐☐☐

Id ☐☐☐☐

5907108583

	Parceiro 1	Parceiro 2	Parceiro 3
19.10 Na última vez onde vocês transaram? (1) na minha casa (2) na casa dele (3) na casa de amigos (4) sauna/cinema/ clube de sexo/ darkroom/ sex Shop (5) na rua/ praça parque/carro em espaço público/ banheiro público (6) na boate (7) no hotel/ motel drive (8) Outro: (9) NS/NR	O 1 O 4 O 7 O 2 O 5 O 8 O 3 O 6 O 9 Qual outro?	O 1 O 4 O 7 O 2 O 5 O 8 O 3 O 6 O 9 Qual outro?	O 1 O 4 O 7 O 2 O 5 O 8 O 3 O 6 O 9 Qual outro?
19.11 Na sua última relação sexual você usou camisinha? (S) Sim (N) Não (9) NS/NR	O S O N O 9	O S O N O 9	O S O N O 9
19.12 Na última vez, você fez sexo anal ativo com ele/a? (S) sim (N) não **(pule p/ 19.14)** (9) NS/NR	O S O N O 9	O S O N O 9	O S O N O 9
19.13 Você usou camisinha do começo ao fim ao fazer sexo anal ativo com ele/a? (S) sim (N) não (9) NS/NR	O S O N O 9	O S O N O 9	O S O N O 9
19.14 Você fez sexo anal passivo com ele/a? (S) sim (N) não **(pule p/ 19.16)** (9) NS/NR	O S O N O 9	O S O N O 9	O S O N O 9

Id

5223108584

19.15. Você usou camisinha do começo ao fim ao fazer sexo anal passivo com ele/a? (S) sim (N) não (9) NS/NR	O S O N O 9	O S O N O 9	O S O N O 9
19.16 Você fez sexo oral com ele/ela? (S) sim (N) não (9) NS/NR	O S O N O 9	O S O N O 9	O S O N O 9
19.17 Teve ejaculação na boca sem camisinha neste último encontro? (S) sim (N) não (9) NS/NR	O S O N O 9	O S O N O 9	O S O N O 9
19.18 Você ou seu (sua) parceiro (a) estava usando álcool, droga ou algum medicamento para ereção ou para aids? (S) sim (N) não **(pule p/ 20)** (9) NS/NR	O S O N O 9	O S O N O 9	O S O N O 9
19.19. Quem? (V) Você (O) Ele/ela (A) Ambos / Vocês dois (9) NS/NR	O V O A O O O 9	O V O A O O O 9	O V O A O O O 9
19.20 O que você usou?			
19.21 O que Ele/ela usou?			

Id

1225108582

3) Atitudes e Percepções sobre Sexo Seguro

Leia as alternativas abaixo. Se o participante mostrar dificuldade em responder a este tipo de pergunta, insista e esclareça que ele deve basear-se em sua experiência na maior parte das vezes.

Com base na sua experiência, na maior parte das vezes indique se você concorda ou discorda das seguintes afirmações. (RM, estimulada)

	Discordo inteiramente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo inteiramente	NS/NR
	1	2	3	4	9
20. Acho difícil dizer para o parceiro ocasional que quero fazer sexo com camisinha.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 9
21. Sou capaz de evitar comportamento que me ponha em risco de pegar o HIV.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 9
22. Acho difícil transar com camisinha com uma pessoa por quem eu esteja apaixonado/a	O 1	O 2	O 3	O 4	O 9
23. Acho difícil transar com camisinha quando bebo ou uso alguma droga.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 9
24. Estou menos preocupado sobre ter sexo anal sem camisinha agora que tem tratamento para aids	O 1	O 2	O 3	O 4	O 9
25. Alguém pode me levar a transar sem camisinha me convencendo que é HIV-negativo.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 9
26. Tenho certeza que eu vou transar com camisinha mesmo que a outra pessoa não queira.	O 1	O 2	O 3	O 4	O 9
27 Transar sem camisinha dá medo e aumenta o tesão	O 1	O 2	O 3	O 4	O 9

Id [ ][ ][ ][ ]

	Discordo inteiramente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo inteiramente	Recusa Responder
	1	2	3	4	9
28. É fácil manter o uso do preservativo em uma relação estável	O 1	O 2	O 3	O 4	O 9
29. Abro mão de usar camisinha se a outra pessoa não pedir pra usar	O 1	O 2	O 3	O 4	O 9

4) Percepção de risco

Leia as alternativas abaixo. Se o participante mostrar-se com dúvidas diante da pergunta, explique que queremos saber sua opinião e percepção em relação às chances de pegar o vírus HIV em relações sexuais.

30. De um modo geral você acha que o risco de pegar o HIV nas relações homossexuais é? (RU, estimulada)

O grande
O moderado
O pequeno
O nenhum
O NS/NR

31. De um modo geral você acha que o risco de pegar o HIV nas relações heterossexuais é? (RU, estimulada)

O grande
O moderado
O pequeno
O nenhum
O NS/NR

32. Aproximadamente quantas pessoas você conhece soropositivas para o HIV? [RU, estimulada]

O Muitas
O Poucas
O Nenhuma
O NS/NR

Id [ ][ ][ ][ ]

2833108588

33. Quantas pessoas que você conhece tiveram diagnóstico positivo para HIV no último ano? [RU, espontânea]

☐☐ Recusou-se a responder

○ sim ○ não

34. Você faria sexo com uma pessoa sabidamente infectada pelo HIV? [RU, Espontânea]

○ sim

○ não

○ Recusou-se a responder

5) Estigma e discriminação

35. Você já assumiu sua sexualidade para alguém? (RU, espontânea)

○ Sim

○ Não (pule p/ 36)

○ NS/NR

35.1 Se SIM, você assumiu para: (RM, Estimulada)

Familiares	○ sim ○ não ○ NS/NR
Amigos	○ sim ○ não ○ NS/NR
Colegas de trabalho	○ sim ○ não ○ NS/NR
Colegas de escola faculdade	○ sim ○ não ○ NS/NR
Profissionais de saúde	○ sim ○ não ○ NS/NR

Id ☐☐☐☐

0151108589

Questão 36 excluída

Leia cada um dos itens do quadro abaixo

37. Devido à sua sexualidade você já sofreu alguma discriminação das que vou ler? (RU, estimulada)

37.1 não ser selecionado(a) ou ser demitido(a) do emprego	O Sim O Não O NS/NR
37.2 ser mal atendido ou ser impedido de entrar em comércio/locais de lazer	O Sim O Não O NS/NR
37.3 ser mal atendido(a) em serviços de saúde ou por profissionais de saúde	O Sim O Não O NS/NR
37.4 ser maltratado ou marginalizado(a) por professores ou colegas na escola/ faculdade	O Sim O Não O NS/NR
37.5 ser excluído(a) ou marginalizado(a) de grupo de amigos ou vizinhos	O Sim O Não O NS/NR
37.6 ser excluído(a) ou marginalizado(a) em um ambiente familiar	O Sim O Não O NS/NR
37.7 ser excluído(a) ou marginalizado(a) em ambiente religioso	O Sim O Não O NS/NR
37.8 ser impedido de doar sangue	O Sim O Não O NS/NR
37.9 ser maltratado por policiais ou ter sido mal atendido em delegacias	O Sim O Não O NS/NR
37.10 ser mal atendido(a) ou mal tratado em serviços públicos, como albergues, subprefeituras, transporte ou banheiros públicos	O Sim O Não O NS/NR
37.11 ser excluído ou maltratado por motivos religiosos (em função da religião da outra pessoa)	O Sim O Não O NS/NR

Leia cada um dos itens do quadro abaixo

38. Devido à sua sexualidade você já sofreu alguma agressão das que vou ler? (RU, Estimulada)

38.1 Agressão física	○ Sim ○ Não ○ NS/NR
38.2 Agressão verbal (xingamento)	○ Sim ○ Não ○ NS/NR
38.3 Ameaça de agressão	○ Sim ○ Não ○ NS/NR
38.4 "Boa noite, cinderela"	○ Sim ○ Não ○ NS/NR
38.5 Violência sexual	○ Sim ○ Não ○ NS/NR
38.6 Chantagem ou extorsão	○ Sim ○ Não ○ NS/NR
38.7 Constrangimento no trabalho	○ Sim ○ Não ○ NS/NR

6) Acesso a Prevenção e Cuidados

39. Qual é a sua principal fonte de informação sobre HIV e AIDS? (RU, espontânea)

○ amigo / parente
○ parceiro sexual
○ educador
○ TV
○ jornais
○ livros
○ médicos
○ pessoal do CTA
○ material educativo gratuito
○ folhetos que pego no posto de saúde
○ internet
○ educação em saúde na escola
○ outro
○ NS/NR

Se outro, qual?

40. Você já viveu (ou passou) por alguma situação em que sentiu que poderia ter sido infectado pelo HIV? (RU, espontânea)

○ sim
○ não (se não, pular para 44)
○ NS/NR

Id

41. Nesta situação, o que aconteceu que o levou a achar que poderia ter se infectado? Escolha a alternativa que melhor descreve a situação que você viveu. (RU, Estimulada)

- ○ Vocês se esqueceram de usar a camisinha
- ○ Vocês estavam com muito tesão e nem pensaram em usar a camisinha
- ○ Vocês estavam usando camisinha e ela se rompeu
- ○ Você achou que seu parceiro poderia estar infectado pelo HIV
- ○ Vocês não quiseram usar camisinha
- ○ não tinha camisinha na hora e no local
- ○ outro
- ○ NS/NR

Se outro, qual?

42. O que você fez em função desta situação, procurou algum tipo de apoio? (RM, espontânea)

Foi ao serviço de saúde para se testar	○ sim ○ não
Foi ao serviço de saúde para tomar medicação para prevenir infecção pelo HIV	○ sim ○ não
Foi ao serviço de saúde para pedir orientação	○ sim ○ não
Foi ao serviço de saúde para doar sangue e ser testado	○ sim ○ não
Procurou amigos	○ sim ○ não
Procurou família	○ sim ○ não
Procurou uma ONG	○ sim ○ não
Não fez nada – PULE PARA 44	○ sim ○ não
NS/NR – PULE PARA 44	○ sim ○ não
Outro	○ sim ○ não

Q43. Encontrou apoio? [RU, espontânea]

- ○ sim
- ○ não
- ○ NS/NR

Id

44. Você acredita que seria possível obter apoio de um serviço de saúde para conversar sobre as situações que o preocupam em relação à prevenção do HIV e encontrar formas de reduzir suas chances de se infectar? [RU, espontânea]

- ○ sim
- ○ não
- ○ NS/NR

Q45. No último ano você recebeu gratuitamente camisinhas? (RU, Espontânea)

- ○ sim
- ○ não (pule para 47)
- ○ NS/NR

Q46. No último ano, onde você recebeu gratuitamente camisinhas? [RM, espontânea]

Em um serviço público de saúde (CTA/Posto/Hospital)	○ sim ○ não
Em uma ONG	○ sim ○ não
Na escola	○ sim ○ não
Em bares, boates ou saunas	○ sim ○ não
Em outro lugar Qual?	○ sim ○ não
NS/NR	○ sim ○ não

Q47. No último ano você recebeu gratuitamente gel lubrificante? [RU, espontânea]

- ○ sim
- ○ não
- ○ NS/NR

Q48. No último ano com que frequência você usou camisinhas? [RU, estimulada].

- ○ nunca
- ○ às vezes, mas sem vontade
- ○ às vezes, com vontade
- ○ sempre, mas sem vontade
- ○ sempre, com vontade
- ○ NS/NR

Q49. No último ano você comprou camisinhas? [RU, espontânea]

○ sim

○ não

○ NS/NR

49.1 De todas as camisinhas que você usa, qual a proporção que você compra? [RU, estimulada]

○ Metade

○ Mais que a metade

○ Menos que a metade

○ Todas

○ NS/NR

Q50. Que formas de prevenção você utiliza? [RM, espontânea]

Abstinência sexual / Não transo com ninguém	○ sim ○ não
Seleciono bem os meus parceiros	○ sim ○ não
Opto por práticas de menor risco (sem penetração)	○ sim ○ não
Faço apenas sexo oral	○ sim ○ não
Redução do número de parceiros	○ sim ○ não
Uso medicamentos para o tratamento do HIV após uma situação de exposição	○ sim ○ não
Uso medicamentos para o tratamento do HIV antes de uma situação de exposição	○ sim ○ não
Uso preservativo e/ou gel lubrificante	○ sim ○ não
Sou fiel	○ sim ○ não
Confio no meu/meus parceiro(s)	○ sim ○ não
Faço teste de HIV regularmente	○ sim ○ não
Nenhuma	○ sim ○ não
Outra [ ]	○ sim ○ não
NS/NR	○ sim ○ não

51. No ultimo ano você fez algum exame ou tratamento para DST? [RU, espontânea]

○ sim

○ não

○ NS/NR

Se sim, qual?

[ ]

Id [ ]

9067108584

52. Quando você sai com intenção de transar, o que você faz? [RM, estimulada]

Pego camisinhas e/ou gel lubrificante	O sim O não O NS/NR
Higiene pessoal: tomo banho, faço depilação e escovo os dentes, lavo o pênis	O sim O não O NS/NR
Faço a chuca (higiene íntima) / enema / ducha	O sim O não O NS/NR
Não como/não me alimento	O sim O não O NS/NR
Tomo medicação para ereção (Viagra, Cialis, Levitra)	O sim O não O NS/NR
Bebo/tomo um drinque	O sim O não O NS/NR
Uso alguma droga ilícita, se mencionar registre qual:	O sim O não O NS/NR
Tomo medicação para o tratamento do HIV antes de sair	O sim O não O NS/NR
Não tomo nenhum cuidado	O sim O não O NS/NR
Outro.	O sim O não O NS/NR

53. Você aceitaria participar de um estudo para testar uma vacina preventiva para o HIV? (RU, Espontânea)

O sim

O não

O não sei / talvez/ depende

O NS/NR

Depende de que?

Id

6167108582

7) Testagem para HIV

54. Em que locais você sabe que pode fazer o teste do HIV? [RM, espontânea]

CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento)	O sim O não
Na Rede Pública de Saúde (Posto/Hospital/Pronto Socorro, menos CTA)	O sim O não
Na doação de sangue	O sim O não
Na empresa onde trabalha	O sim O não
Em hospitais / laboratórios particulares	O sim O não
Em outros locais Quais?	O sim O não
NS/NR	O sim O não

55. Na sua opinião, o que dificulta com que os gays, outros homens que transam com homens e travestis façam o teste do HIV? [RU, espontânea]

não acham que estão em risco de ser infectados	O sim O não
não tem tempo	O sim O não
não sabem onde ir	O sim O não
não tem vontade de ir a uma clinica de testagem	O sim O não
tem medo de agulha	O sim O não
tem medo de ser visto no local do teste	O sim O não
tem medo que as pessoas pensem que quem está fazendo o teste seja HIV+	O sim O não
medo que os profissionais de saúde não sejam sigilosos	O sim O não
medo de serem discriminados se forem positivos	O sim O não
a espera pelo resultado pode ser dura	O sim O não
não adianta saber se é HIV+ por não ter cura	O sim O não
tem medo de saber que é positivo/tem medo da aids	O sim O não
não saberem como lidar com a doença, se positivos	O sim O não
Outro Qual?	O sim O não

Id

8454108583

56. Na sua opinião, o que facilita com que mais gays, outros homens que transam com homens e travestis façam o teste do HIV? [RU, espontânea]

o teste ser anônimo	O sim O não
ter mais Fique Sabendo	O sim O não
saber que o sigilo será mantido	O sim O não
maior divulgação de que existem testes grátis	O sim O não
uma atitude mais simpática do pessoal da saúde	O sim O não
ser aconselhado por um profissional de saúde	O sim O não
um ou mais amigos fazerem o teste	O sim O não
conhecer alguém que tem aids ou que morreu de aids	O sim O não
ter fácil acesso às medicações para a aids (coquetel)	O sim O não
não ser discriminado na sociedade por ter aids	O sim O não
aumento do conhecimento das pessoas sobre o HIV/aids	O sim O não
o teste ser feito de rotina nos serviços de saúde ou em intervenções médicas (check-up)	O sim O não
o teste ser exigido legalmente	O sim O não
ter o resultado no mesmo dia	O sim O não
não ter o resultado no mesmo dia	O sim O não
não precisar usar seringa para tirar o sangue	O sim O não
ter maior oportunidade/ser mais ofertado em locais públicos	O sim O não
maior amparo aos homossexuais, lei contra homofobia	O sim O não
NS/NR	O sim O não
Outro Qual? ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	O sim O não

57. Quantas vezes você já fez o teste para o HIV? [RU, espontânea]

☐☐☐

Id ☐☐☐☐

0424108582

Q58. Qual foi a última vez que você se testou? [RU, espontânea]

Ano ☐☐☐☐ Mês ☐☐

59. Por que você fez este ultimo teste?
[RM, espontânea]

Participei de campanha do governo (Ex.: Fique Sabendo).	O sim O não
Por exigência do patrão / chefe	O sim O não
Doei sangue somente para me testar	O sim O não
Sou doador ou queria doar sangue	O sim O não
por achar que tinha algum risco	O sim O não
Por curiosidade	O sim O não
Por rotina	O sim O não
Porque meu/minha parceiro(a) pediu	O sim O não
Porque meu/minha parceiro(a) está infectado(a) pelo HIV ou tem aids	O sim O não
Por indicação médica	O sim O não
Outro Qual? ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	O sim O não
NS/NR	O sim O não

60. Quando você fez o teste, você recebeu alguma orientação do profissional de saúde sobre como se cuidar e como se prevenir do HIV e/ou outras DST?
[RU, espontânea]

O sim

O não

O NS/NR

61. Você foi buscar o resultado do teste? [RU, espontânea]

O sim

O não (Pule para 63)

O NS/NR

62. Por favor, você poderia nos contar qual foi o resultado em seu último teste? (RU, espontânea)

O positivo

O negativo

O indeterminado

O não quer contar o resultado

O NS/NR

Id ☐☐☐☐

0300108585

Estamos terminado, tenho só mais algumas perguntas sobre sua situação socioeconômica.

63. Você faz algum trabalho remunerado? (RU, espontânea)

- O sim (pule para 65)
- O não
- O NS/NR

64. Se NÃO TRABALHA, qual sua ocupação principal? [RU, estimulada]

- O só estuda
- O é aposentado
- O cuida da casa (responda e pule para a 66)
- O está desempregado (a)
- O outro
- O NS/NR

65. Se TRABALHA, qual é a sua ocupação principal? [RU, estimulada]

- O funcionário(a) público(a)
- O assalariado(a) com carteira assinada
- O assalariado(a) sem carteira assinada
- O conta própria regular (paga ISS)
- O conta própria temporário
- O autônomo universitário (profissional liberal)
- O empregador (+ de 2 funcionários)
- O auxiliar de família sem remuneração fixa/ diarista
- O profissional do sexo/faz programa
- O faz estágio remunerado
- O NS/NR
- O outras (anote) [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Id [ ][ ][ ][ ]

9659108581

66. Quais destes itens existem em sua casa? E quantos?
(RM, estimulada)

Tv em cores	O 1 O 2 O 3 O 4 ou +
Radio	O 1 O 2 O 3 O 4 ou +
Banheiro	O 1 O 2 O 3 O 4 ou +
Automóvel de passeio	O 1 O 2 O 3 O 4 ou +
Empregada mensalista	O 1 O 2 O 3 O 4 ou +
Maquina de lavar /	O 1 O 2 O 3 O 4 ou +
Vídeo cassete/dvd	O 1 O 2 O 3 O 4 ou +
Geladeira	O 1 O 2 O 3 O 4 ou +
Freezer (independente ou parte da	O 1 O 2 O 3 O 4 ou +

67. Grau de instrução do chefe da família. [RU, estimulada]

O 0 O 1 O 2 O 3 O 4	
Analfabeto/ Primário incompleto /Analfabeto / até 3a série fundamental / até 3a série do 1o grau	0
Primário completo / Ginásio incompleto / Até 4a série Fundamental / Até 4a série do 1o grau / Até 4a série Fundamental / Até 4a série do 1o grau	1
Ginásio completo / Colegial incompleto / Fundamental completo / 1o grau completo	2
Colegial completo/ Superior incompleto / Médio completo / 2o grau completo	3
Superior completo	4

"Terminamos a entrevista.

Obrigado pela sua colaboração

*Se o participante tiver concordado em fazer o teste de HIV:

Agora vou leva-lo para colher o teste em um local reservado.

Se o participante NÃO tiver concordado em fazer o teste de HIV:

Você tem certeza de que não quer realizar o teste?

68. O Voluntário permitiu a coleta?

O *Sim*

O *Não*

Id

0396108580

Anexo II – Autorização para utilização do banco de dados do Projeto Sampacentro

DECLARAÇÃO

Declaro, na qualidade de Coordenadora Geral da pesquisa "Comportamentos e práticas sexuais, acesso à prevenção, prevalência de HIV e outras infecções de transmissão sexual entre gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH) na região central de São Paulo", que autorizo que o mestrando Luiz Fábio Alves de Deus, orientado pela Professora Doutora Vera Silvia Facciolla Paiva, utilize dados desta pesquisa para sua dissertação de mestrado.

São Paulo, 05 de março de 2013

Maria Amélia de Sousa Mascena Veras
Coordenadora

CURRÍCULO LATTES

Luiz Fábio Alves de Deus

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/3228485949927109
Última atualização do currículo em 21/02/2014

Mestrando pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Aprimoramento profissional em Psicologia Hospitalar (Instituto de Infectologia Emílio Ribas,2011); Graduação em Psicologia (Centro Universitário Paulistano, 2009), e é graduado em Administração de Empresas (Faculdade São Luis, 2006). Coordenador voluntário do Projeto Purpurina, agente de prevenção em DST/Aids; pesquisador no Projeto Sampa Centro (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa/Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids), pesquisador e membro do Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids (NEPAIDS/USP). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Luiz Fábio Alves de Deus
Nome em citações bibliográficas	DEUS, L. F. A.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2012	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Orientador: Vera Silvia Facciola Paiva. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia.
2010 - 2011	Especialização em Psicologia Hospitalar. (Carga Horária: 1900h). Instituto de Infectologia Emílio Ribas, EMILIORIBAS, Brasil. Título: O imaginário do infectologista em relação ao paciente não aderente ao tratamento antirretroviral. Orientador: Heloisa Helena de Araújo Campos. Bolsista do(a): Fundação do Desenvolvimento Administrativo.
2005 - 2009	Graduação em Psicologia. Centro Universitário Paulistano, UniPaulistana, Brasil.
2003 - 2006	Graduação em Administração de Empresas. Faculdade São Luís, ANEAS, Brasil. Título: Vida Verde Ambiental. Orientador: Luiz Gustavo Mauro Cardoso.

Formação Complementar

2011 - 2011	Comportamentos e práticas sexuais, acesso à .... (Carga horária: 24h). Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
2011 - 2011	(Homo)sexualidades, juventudes e violências. (Carga horária: 16h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
2011 - 2011	Ética na Pesquisa em Psicologia. (Carga horária: 6h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
2010 - 2010	A clínica homoafetiva do ponto de vista da .... (Carga horária: 4h). Associação Grupo de Pais de Homossexuais.

Vera Silvia Facciolla Paiva

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1C

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/8100923258337993
Última atualização do currículo em 20/02/2014

Professora Associada-3 no Depto. de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da USP, onde é Presidente da Comissão de Pesquisa e professora na graduação desde 1987. É professora da pós graduação e orientadora nos programas de Psicologia Social/IPUSP, Medicina Preventiva/FMUSP e de Saúde Pública/FSPUSP. As linhas de pesquisa a que está filiada abordam a pesquisa psicossocial da desigualdade, a sexualidade, e a dimensão psicossocial nas práticas de saúde, em especial, na prevenção do HIV e no cuidado da Aids. Co-coordena o NEPAIDS-USP (Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS), grupo interdisciplinar que congrega professores de diversos programas de pós graduação na USP, em outras universidades e instituições públicas de pesquisa, alunos de graduação e pós graduação, dedicados ao ensino, extensão e pesquisa. De 2003-2007 foi pesquisadora e professora convidada no Social Medical Dept/ School of Public Health, Columbia Univesity, New York. Em 2013 foi eleita para a "ASSHH Academy" da Association for the Social Sciences and Humanities in HIV. Graduou-se em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Na pós-graduação, especializou-se em Saúde Pública em Saúde Mental e obteve o grau de mestrado em Psicologia Social (1987), doutora em Psicologia Social (1996) e Professora Livre-docente (2007) pela Universidade de São Paulo. Foi MacArthur Foundation Individual Grantee e Fogarty Fellow na Universidade da Califórnia- Berkeley e San Francisco, onde também fez pós-doutorado. (1996-97) Com colegas do NEPAIDS tem desenvolvido extensa colaboração com os Programas Nacional, Estadual de Aids/SP. No plano internacional tem sido consultora junto às Nações Unidas (OMS, UNESCo, UNFPa e UNAIDS). Entre as universidades com quem desenvolve intercâmbio em ensino e pesquisa, destacam-se a Columbia University (Public Health) e a University of Southern California , a Universidade da Califórnia (Medicine-SFrancisco e Public Health-Berkeley), Harvard University (Public Health), Institut Pasteur/França (WAF) **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Vera Silvia Facciolla Paiva
Nome em citações bibliográficas	PAIVA, V.;Paiva, Vera;PAIVA, V;PAIVA, Vera Silvia Facciolla

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Av Prof Mello Moares 1721 Cidade Universitária 05508-900 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30914184

Formação acadêmica/titulação

2007	Livre-docência. Instituto de Psicologia USP. Título: Sobre o direito ao amor: a sexualidade e a vontade de ter filhos entre pessoas vivendo com HIV, Ano de obtenção: 2007. Palavras-chave: AIDS; Estigma; Direitos Humanos; Sexualidade; Gênero;