



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LEOMAR SANTOS MORAES FILHO

**HOMOFOBIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA PESSOAS VIVENDO COM
HIV/AIDS**

Belém
2024

LEOMAR SANTOS MORAES FILHO

**HOMOFOBIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA PESSOAS VIVENDO COM
HIV/AIDS**

Dissertação apresentada a o Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará para obtenção do título de mestre em psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia Chaves Lima.

Linha de pesquisa: Psicologia, sociedade e saúde.

Belém

2024

LEOMAR SANTOS MORAES FILHO

**HOMOFOBIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA PESSOAS VIVENDO COM
HIV/AIDS**

Dissertação apresentada a o Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará para obtenção do título de mestre em psicologia.

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Chaves Lima (Orientadora)
Doutora em Psicologia Social
Universidade Federal do Pará

Prof^a. Dr^a. Károl Veiga Cabral (Membro interno)
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Pará

Prof^a. Dr^a. Juliana Perucchi (Membro externo)
Doutora em Psicologia
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a. Daniele Vasco Santos (Suplente)
Doutora em Educação
Universidade Federal de Tocantins

A todas as pessoas que resistem aos preconceitos (sexual, de gênero e/ou em decorrência da condição sorológica positiva para o HIV).

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação foi produzida no olho do furacão, ou seja, em meio a diversas crises. A primeira delas, decorrente da pandemia de COVID-19, que logo no primeiro ano do mestrado culminou na suspensão das aulas presenciais, exigindo esforços adaptativos de toda comunidade acadêmica a um formato de aulas que não era habitual ao PPG, além de crises institucionais. Por isso, gostaria de agradecer a mim por não ter desistido mesmo diante dos percalços e tantas adversidades.

Dito isso, agradeço à professora Maria Lúcia Lima pelas trocas e conhecimentos construídos desde a disciplina “metodologia de linha”, perpassando pelas contribuições assertivas e direcionadoras no exame de qualificação até o momento em que mais precisei de acolhimento, suporte, atenção, encorajamento e segurança para seguir na caminhada. Muito obrigado por tudo.

À professora Juliana Perucchi pelas valiosíssimas contribuições realizadas a este trabalho quando do exame de qualificação. Agradeço pelo cuidado, respeito, generosidade acadêmica e por todo zelo na apreciação do material e em sua devolutiva.

À professora Károl Veiga pela disponibilidade, interesse e aceite em compor a banca de avaliação desta dissertação.

Aos interlocutores da pesquisa que contribuíram para a produção das informações refletidas nessa pesquisa, que mesmos hospitalizados e em um momento delicado da vida se propuseram a partilhar comigo suas dores, resistências e expectativas de vida.

Aos meus pais pelo incentivo e pela torcida, mesmo que de longe. Obrigado por me proporcionarem suporte instrumental em um final de ano caótico quando precisava me dar folga das obrigações de dono de casa, trabalhador da saúde e pai de pet. Sobretudo, obrigado pelo apoio diante das escolhas acadêmicas-profissionais que fiz ao longo da vida, compreendendo minhas ausências em tantas ocasiões especiais de confraternização familiar. Sei que por ocasião das iniquidades sociais faltaram-lhes oportunidades para realizar sonhos e por isso este sonho foi sonhado por vocês e por mim também.

Às minhas amigas e psicólogas do HUIBB, Mariana Massoud e Renata Barreto pelo apoio durante a execução da pesquisa e direcionamentos práticos na instituição. Sem vocês com certeza a imersão no hospital-campo seria bem mais difícil. Agradeço pelos momentos leves que vocês me proporcionaram tão cheios de amorosidade, bons cafés e muitas conversas. Vocês foram afago e fortaleza e não esquecerei disso.

A Dayara Carvalho pela ajuda no uso de softwares de tecnologias da informação que me auxiliaram na tratativa das informações transcritas.

A todas as pessoas e amigos queridos que nos momentos difíceis me apoiaram e possibilitaram que partilhasse as angústias da gangorra que é a pós-graduação nesses tempos de neoliberalismo selvagem. Obrigado especialmente a Pamella Ventura que esteve comigo desde o corujão de estudos para a primeira fase da seleção do Programa; a Érica Maia que me apresentou mais a fundo o Programa e me incentivou a estar nesse lugar, quando eu mesmo estava muito confuso.

A minha irmãzinha de coração e de alma Nathália Pereira, que mesmo a quinhentos e setenta quilômetros de distância nunca hesita em me situar na vida e trazer um pouco de racionalidade sempre que necessário. Ao amigo Thomaz Xavier por todos chamamentos para almoçar, pegar uma piscininha e relaxar dos problemas por um dia. Obrigado por não desistir de mim. A Liliane Ramos por sempre demonstrar um olhar gentil comigo, com o meu bem-estar e com a finalização desse ciclo. Sem vocês não conseguiria.

It doesn't matter if you love him, or capital H-I-M
Just put your paws up
'Cause you were born this way, baby

Lady Gaga, *Born This Way*

RESUMO

Homofobia é o termo empregado para designar o sentimento ou a atitude dirigida aos homossexuais que inferioriza, hostiliza, discrimina ou os violenta em razão da sua sexualidade. A literatura indica que a homofobia é produzida socialmente, especialmente pelas ideologias cisheternormativa e sexista, podendo ser perpetrada por indivíduos, coletividades ou instituições. Na contemporaneidade, a homofobia vem apresentando um processo de recrudescimento, especialmente quando combinada ao viver com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). Desse modo, a presente pesquisa tem o objetivo de compreender como a homofobia reverbera na assistência à saúde de homens gays e bissexuais vivendo com HIV/AIDS. Partindo de uma pesquisa qualitativa foram entrevistados seis homens gays e bissexuais a partir dos 18 anos de idade, com sorologia positiva para o HIV em fase avançada da infecção e hospitalizados em uma unidade de referência em infectologia. Os interlocutores foram contactados a partir do diálogo com a equipe assistencial da instituição, leitura do prontuário e uma abordagem inicial do pesquisador para apresentação da pesquisa. As entrevistas seguiram o modelo semiestruturado e foram realizadas presencialmente no hospital-campo. Para a análise das informações produzidas este estudo utilizou a análise de conteúdo de Bardin (2016). Os resultados apontam que a homofobia faz parte do cotidiano e das dinâmicas sociais contemporâneas e quando aglutinada a condição sorológica positiva ao HIV, torna-se ainda mais complexa, produzindo situações específicas de sofrimento. No âmbito da assistência à saúde, entre os efeitos mais expressivos da homofobia destaca-se a pressuposição da heterossexualidade de todos os usuários, inabilidade no manejo clínico da sexualidade divergente da heterossexual e o não-reconhecimento desse marcador como um dado de saúde clinicamente relevante. Ademais, a vivência dos interlocutores evidenciou que o sofrimento vivenciado tem interfaces tanto com suas histórias de vida e vivências anteriores ao diagnóstico quanto o contexto de iniquidades, injustiça social, opressões e negligência do Estado o qual encontram-se expostos.

Palavras-chave: Homofobia; HIV/AIDS; Sofrimento.

ABSTRACT

Homophobia is the term used to designate the feeling or attitude directed towards homosexuals that inferiorizes, antagonizes, discriminates or violates them due to their sexuality. The literature indicates that homophobia is socially produced, especially by cisheteronormative and sexist ideologies, and can be perpetrated by individuals, communities or institutions. In contemporary times, homophobia has been experiencing a resurgence, especially when combined with living with the Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids). Therefore, this research aims to understand how homophobia impacts the health care of gay and bisexual men living with HIV/AIDS. Based on qualitative research, six gay and bisexual men aged 18 and over were interviewed, with positive HIV serology in an advanced stage of infection and hospitalized in an infectious disease reference unit. The interlocutors were contacted through dialogue with the institution's care team, reading of the medical records and an initial approach by the researcher to present the research. The interviews followed a semi-structured model and were carried out in person at the field hospital. To analyze the information produced, this study used Bardin's content analysis (2016). The results indicate that homophobia is part of everyday life and contemporary social dynamics and when combined with a positive HIV status, it becomes even more complex, producing specific situations of suffering. In the context of health care, among the most significant effects of homophobia, the presupposition of heterosexuality of all users stands out, inability to clinically manage sexuality that differs from heterosexuality and the non-recognition of this marker as clinically relevant health data. Furthermore, the experience of the interlocutors showed that the suffering they experienced has interfaces both with their life stories and experiences prior to the diagnosis and the context of inequities, social injustice, oppression and negligence by the State to which they are exposed.

Keywords: Homophobia; HIV/AIDS; Suffering

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrom
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CH-UFGA	Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DIHV	Departamento de HIV/aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
HUBF	Hospital Universitário Bettina Ferro
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e outros
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEP	profilaxia Pós Exposição
PNAH	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPGP	Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SBB	Sanatório Barros Barreto
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIM	Serviço de Inspeção Municipal
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

TBMR	tuberculose multirresistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDIP	Unidade de Doenças Infecto Parasitárias do Hospital

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	PASSADO, PRESENTE, FUTURO: continua sendo o mistério do planeta?	
	História social da aids, vulnerabilidades e direitos humanos	13
3	HOMOFOBIA: entre violências e resistências.....	27
3.1	Homofobia e a assistência à saúde.....	35
4	CONTORNOS E O DESENVOLVER METODOLÓGICO: aproximação com o	
	campo-tema e com o hospital-campo	42
4.1	Procedimentos	44
4.2	O hospital-campo	46
4.3	Conhecendo os interlocutores	51
4.3.1	Conhecendo Jean	52
4.3.2	Conhecendo Neto.....	53
4.3.3	Conhecendo Jorge.....	53
4.3.4	Conhecendo David.....	54
4.3.5	Conhecendo Paulo	55
4.3.6	Conhecendo Pablo	56
4.4	Análise das informações produzidas	56
5	VIVER, MORRER, RENASCER: relatos dos interlocutores	58
5.1	Gênero e performance de masculinidade como escudo para a homofobia nos	
	serviços de saúde	58
5.2	Preconceito à condição sorológica subjacente à homofobia.....	66
5.3	Homofobia na cotidianidade: naturalizada e internalizada.....	72
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERENCIAS.....	79
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	
		95
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	96

1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, o conceito de homofobia compreende a discriminação e o preconceito que homossexuais masculinos e femininos são expostos no cotidiano. Sendo bastante atravessada por críticas importantes, essa terminologia por muito tempo esteve atrelada a ideia de que os atos homofóbicos derivavam de um medo irracional manifestado pelo grupo dominante (heterossexual), colocando-a equiparada ao vasto leque de fobias encontradas nos compêndios de psiquiatria moderna, estando também imbuído o pensamento de que a homofobia seria tão tratável quanto as condições psicopatológicas. Neste trabalho, me apoio nas compreensões que concebem a homofobia como fenômeno social produzida pela cultura e práticas sociais, que por sua vez, produzem efeitos nas subjetividades, nas relações sociais e na assistência à saúde, especialmente às pessoas vivendo com HIV/AIDS que historicamente convivem com preconceitos.

Dessa forma, esse estudo teve como objetivo geral compreender como a homofobia interfere nas práticas de cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e como objetivos específicos caracterizar o perfil clínico e social das PVHA e analisar os efeitos da homofobia na assistência à saúde de PVHA.

No que diz respeito às seções que compõem este estudo, esta primeira seção introdutória será seguida de uma contextualização do panorama sociopolítico das violências homofóbicas e seus entrecruzamentos com a história social da aids no território brasileiro. A terceira seção abordará os conceitos de homofobia, sua caracterização e sustentáculos. A seção seguinte estabelece quais as relações entre a homofobia e a assistência à saúde e a quinta seção os apontamentos metodológicos para o alcance dos objetivos propostos. Na sexta seção serão expostas as informações produzidas, a discussão e, por fim, na última seção às considerações finais.

2 PASSADO, PRESENTE, FUTURO: continua sendo o mistério do planeta? História social da aids, vulnerabilidades e direitos humanos

A canção “mistério do planeta”, um clássico da música popular brasileira, interpretada pelos *Novos Baianos* é uma composição que versa sobre os mistérios da experiência humana. Tal qual a ideia da canção, reflito nesta seção sobre emergência da aids ao longo dos tempos e os aspectos que a mantém como um “mistério do planeta”, tabu e ostracismo, principalmente quando aflige os corpos que desviam da sexualidade dominante.

É de nosso conhecimento que o Brasil é um país hostil para pessoas com sexualidades dissidentes. Isso porque todos os dias somos expostos a episódios de violência e/ou opressão que ferem, matam e devastam nossas existências. Embora ao longo do tempo tenhamos conquistado direitos civis importantes – porém insuficientes¹ –, com a chegada do mandato de Jair Messias Bolsonaro, em 2019, outros contornos emergiram no Estado Brasileiro e retrocedemos política e socialmente. Demarcado por um governo elitista, autoritário, anticientífico, conservador, machista, misógino e homofóbico, rapidamente nossas demandas se esvaíram pela via dos ataques e sucateamento dos espaços que garantiam nosso protagonismo e a democracia participativa. Vivemos o ímpeto dos discursos fundamentalistas e de ódio, com forte apelo a narrativas de matriz liberal conservadora e vimos o desmonte de políticas públicas necessárias para o bem-estar social de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e outros (LGBT+).

Um exemplo de tamanha inversão de valores foi o estabelecimento de uma agenda antigênero que com bastante afinco se tornou uma das principais frentes do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, à época sob gestão da Ministra Damare Alves. Outra ação truculenta foi suspensão das atividades técnicas do Projeto “*Escola sem homofobia*”², que tinha o objetivo de contribuir para a implementação e efetivação de intervenções que promovessem ambientes políticos e sociais favoráveis à garantia dos direitos humanos e respeitabilidade às diversidades sexuais e de gênero no âmbito escolar. Para tanto, foi estudado, planejado e estruturado responsavelmente um leque de instrumentos pedagógicos destinado aos profissionais da educação, gestores, professores e alunos, mas que, às vésperas das eleições

¹ Quinalha (2022) defende o argumento que direitos civis não são suficientes por si só: homossexuais não desejam somente se casar, e pessoas trans não almejam apenas o reconhecimento da sua identidade de gênero para usar um banheiro adequado ou ter um documento real. Pessoas LGBT+ precisam de renda, moradia, trabalho, previdência, assistência, educação, saúde, cultura.

² Política pública estruturada de vertente educacional que compunha o *Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e Promoção da Cidadania Homossexual*, instituído em 2004 pelo governo federal, popularmente conhecido como “*Programa Brasil sem homofobia*”.

presidenciais de 2018, recebeu críticas severas de setores conservadores da Câmara Federal que acusavam a iniciativa de promover ideologia de gênero, alcunhando o material educativo de Kit Gay³.

Outro fato digno de nota é a mudança no organograma do Ministério da Saúde (MS) que acabou por deslocar o famigerado Departamento de Aids de uma estrutura organizacional histórica. Importante frisar que desde sua criação em 1986, este departamento respondia bravamente ao enfrentamento da epidemia, respeitando o princípio constitucional da participação popular na formulação e execução da política de saúde. Deste modo, com o sancionamento do Decreto nº 9795, de 17 de maio de 2019, o potente Departamento de HIV/AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DIHV), passou a integrar o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). Na prática, significou o apagamento de um dispositivo que, ao longo de quatro décadas, coordenou as políticas de estado com respostas adequadas à epidemia brasileira de aids, se tornando, inclusive, referência internacional na atenção, prevenção e tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida.

Nos moldes previstos no decreto, a atenção ao HIV/aids e demais Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) passa a ser acoplada a outros agravos em saúde, como a hanseníase e tuberculose. Nas palavras da ativista Carla Almeida ⁴, não ter um departamento com esse nome contribuiu para que não houvesse um impacto simbólico na sociedade e na gestão pública, ocasionando significativa perda de visibilidade de uma epidemia que já vive um cenário de invisibilidade social, configurando enfraquecimento da política, fragmentação das ações e desfinanciamento. É nesse tumultuado contexto de crises, desarticulações, censuras e apagamentos das sexualidades, especialmente de pessoas pertencentes a grupos minorizados, como pessoas LGBTQ+, pessoas negras e pobres, que o viver com HIV/AIDS também apresenta modificações, afinal, a condição para a produção da saúde coletiva é a democracia.

Partindo da compreensão de Galvão (2000), vale lembrar que o HIV não possui uma história natural, sendo, pois, atravessado por diferentes dimensões de cunho cultural, social, político, biomédico e econômico. E, por não se diferenciar de outros fenômenos sociais, a história da aids é singularmente construída e também enviesada. Compreende-se que aids é um problema de saúde pública com etiologia bem definida e contornos biomédicos precisos, mas também um problema sociopolítico. E como todas as epidemias, se desenvolve nas fraturas

³ Termo utilizado por deputados da bancada evangélica em analogia ao kit de ferramentas pedagógicas para trabalhar de forma ampla a educação sexual no contexto escolar.

⁴ Coordenadora do Grupo de Apoio à Prevenção da Aids do Rio Grande do Sul (GAPA/RS).

da sociedade (Daniel, 1994), descortinando o estágio de desenvolvimento social em que cada comunidade se encontra e desafiando as agendas políticas.

Mann (1993) pondera que a aids é a primeira epidemia internacional a ocorrer na era moderna dos direitos humanos, impondo desafios aos profissionais de saúde e demais atores/atrizes estratégicos. Para esse mesmo autor, trata-se de uma epidemia singular na medida em que afeta grupos humanos – famílias, casais ou sujeitos que compartilham uma humanidade em comum: seja a expressão sexual/ de gênero não convencional ou um marcador de raça/classe, o que favorece o deslocamento das questões de nível individual para o campo coletivo. Por outro lado, é por essa via da dimensão coletiva e relacional que emergem potencialidades, pois, na sua percepção do autor, cada comunidade afetada pelo HIV/AIDS é, portanto, um laboratório de micro descobertas sobre prevenção, enfrentamento, cuidado e redes de solidariedade.

No que pese a dimensão coletiva da aids, é oportuno frisar que embora universal, sua forma de se manifestar e alcançar as pessoas e os grupos é diferente. Em verdade, trata-se de um fenômeno multifacetado, dinâmico, instável e complexo, que se configura como um mosaico de subepidemias⁵ (Brito; Castilho; Szwarcwald, 2000). Em outras palavras, estamos falando de uma epidemia global, mas composta por diversas outras epidemias – tanto separadas quanto interdependentes – que ocorrem em comunidades literalmente no mundo inteiro (Mann, 1993). Assim, essa variabilidade nos modos de disseminação contribui para a complexidade da aids enquanto fenômeno social, especialmente quando se trata da população brasileira, marcada por desigualdades, exclusão social, especificidades loco-regionais e diversidades étnicas-raciais, de gênero, classe e sexualidade.

Nas palavras de Seffner e Parker (2016), a realidade político-cultural da aids é altamente complexa, pois, ao operar como marcador social da diferença, sinaliza grupos, conjunturas, contextos e situações históricas de desigualdade, produzindo vulnerabilidades, e posicionando pessoas em lugares diferentes no âmbito social. É essa disparidade nas posições sociais que criam brechas para que algumas pessoas se infectem pelo HIV, adoeçam em consequência dessa condição e tenham desfechos de saúde desfavoráveis.

Uma evidência dessas disparidades pode ser observada nos Dados do Painel de monitoramento da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) em relação ao acesso a essa profilaxia de

⁵ Brito, Castilho e Szwarcwald (2000) discutem o histórico de transformações epidemiológicas da AIDS no Brasil, apontando mudanças no padrão de disseminação do vírus que inicialmente afetava homens com práticas sexuais homoafetivas e indivíduos hemofílicos e, depara-se, hoje com quadro marcado por processos de heterossexualização, feminilização, interiorização e pauperização como resultado de profundas desigualdades da sociedade brasileira.

prevenção ao HIV, disponível no Sistema Único de Saúde. Esses dados indicam que: 137.987 pessoas iniciaram a PrEP desde 2018, quando implantada no Brasil, dos quais 72.865 usuários (as) encontram-se em acompanhamento para a dispensação do medicamento profilático, ao passo que 29.395 estão em descontinuidade, no momento. Quanto ao perfil social, 81% dos usuários de PrEP em todo território nacional são gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH); 6,4% são homens heterossexuais cis; 5,9 são mulheres heterossexuais cis; 3,3% mulheres trans; 2,0% homens trans; 0,4% não binares; e apenas 0,3% travestis. A faixa etária mais expressiva é a de pessoas entre 30 e 39 anos (41,7%), seguida de 25 a 29 anos (23,6%) e 18 a 24 anos (10,8%). Quanto ao marcador cor/raça, 56% são brancos/amarelo; 31% pardos e somente 13% pretos. Não há informações relacionadas às pessoas indígenas (Brasil, 2022a).

Esses dados de acesso à profilaxia do HIV no contexto brasileiro coadunam com a compreensão de Parker e Aggleton (201), ao afirmarem que a pobreza, racismo, desigualdade de gênero e criminalização do trabalho sexual dificultam o acesso à PrEP pelas populações de HSH, travestis e mulheres trans, constituindo barreira estrutural frente os serviços e insumos de saúde. Nessa direção, para Mann (1993), respostas de enfrentamento ativo ao HIV/AIDS exigem intervenções sociais ponderadas e integradas que articulem saúde e promoção dos direitos humanos. De igual modo, Oliveira (2020), salienta que olhar para a incidência e a disseminação do HIV/AIDS requer atenção aos marcadores sociais, especialmente raça, gênero e classe social, que estruturam as relações políticas e sociais. Importante considerar, conforme Villela (2020), que a aids sempre esteve, e continua, muito articulada com o racismo, o classismo e a homofobia, havendo, portanto, uma forte articulação do HIV com marcadores de desigualdades que contribuem para o enrijecimento do preconceito e violação de direitos.

A história social da aids revela ainda que no início da epidemia, os indivíduos afetados caracterizavam-se, em sua maioria, por serem do sexo masculino e pertencerem às categorias de transmissão homo/bissexuais (Perucchi *et al.*, 2011). O modo de vida dessas pessoas perpassava pela marginalização, pelo contexto político e existencial de clandestinidade e invisibilidade no debate público (Golin, 2015). Nas palavras de Pelúcio e Miskolci (2009), a associação direta do homoerotismo a principal chance de infecção por um vírus de elevada mortalidade, assentou demasiado pânico sexual na história contemporânea. Este pânico perdurou por muitos anos e foi estendido a outros símbolos, como o sangue das pessoas que à época eram lidas como agentes que portavam um vírus letal, remetendo a ideia de condução. Essas autoras salientam que o próprio sangue, por vezes em atitudes de desespero e de ameaça

a uma situação de violência foi usado por travestis como meio de se proteger de abordagens policiais imoderadas e apreensões arbitrárias.

Por outro lado, Calazans, Pinheiro e Ayres (2020) chamam atenção ao que foi o ativismo LGBT+, que, ao politizar a questão da homossexualidade no Brasil, contribuiu para promover não apenas um olhar afirmativo às sexualidades dissidentes, mas, sobretudo, mobilizou as primeiras respostas comunitárias à epidemia. Para Câmara e Lima (2000) foi a urgência por respostas governamentais que moveu o coletivo de sujeitos LGBT+ em que pessoas direta ou indiretamente afetadas pelo vírus começaram a combater os preconceitos, a desinformação e dar apoio às pessoas com aids, mitigando o impacto da epidemia na sociedade, o pavor e o pânico.

Simões e Facchini (2009) na obra “*Na trilha do arco-íris*” localizam o Movimento à época denominado de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, no campo das lutas sociais que incidem sobre a sexualidade, demarcando três períodos ou “ondas” que auxiliam na compreensão do processo de politização das identidades sexuais e de gênero. Nesse sentido, a “primeira onda”, do movimento homossexual se desenvolveu paralelamente ao final da ditadura militar, em um cenário ainda muito delicado e perigoso para progressistas e minorias. Contudo, é caracterizada por uma discreta abertura política, que favoreceu o agrupamento dos primeiros homens e mulheres homossexuais, a exemplo do *Grupo Somos*, de São Paulo, que a posteriori tornou-se uma grande referência. A “segunda onda” foi caracterizada por um período de intensa mobilização social, política e de solidariedade, pois no Brasil eclodia a epidemia do HIV-Aids, que coincidiu com o momento em que se desenhavam condições de institucionalização do movimento homossexual a partir de uma janela de oportunidades advinda do processo de redemocratização do país nos anos 80; já em meados dos anos 1990, a “terceira onda” emergiu sendo caracterizada por uma maior proximidade e parceria com o Estado, multiplicação dos grupos ativistas, diversificação dos sujeitos do movimento que incorporaram a pluralidade das identidades LGBT+, outrora muito centralizada e representada somente pela figura do homem gay cis, havendo ainda a consagração das Paradas do Orgulho e o crescimento do mercado econômico voltado às homossexualidades. Essas trilhas ou percursos possibilitaram que o processo de constituição do cidadão LGBT+ como sujeito de direitos adquirisse materialidade, embora a luta pelos direitos não tenha acabado.

A partir de maio de 1990 a homossexualidade deixou de ser considerada doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mas, como alerta Quinalha (2021) ainda era central para o movimento homossexual brasileiro a luta pelo preconceito sexual, já que permanecia no

seio social franco tolhimento das sexualidades não hegemônicas devido à forte associação com o vírus da imunodeficiência humana, percebido como amedrontador. Pelúcio e Miskolci (2009) entendem essa leitura social como a uma repatologização, uma vez que esses indivíduos passam a vivenciar dupla opressão: pelo marcador da sexualidade e por viver com HIV e serem lidos socialmente sob as lentes do julgamento e preconceito direcionado às PVHA.

A respeito do estilo de vida dos homens gays, é importante registrar a existência de um conjunto de comportamentos bem desenhados que compunham o denominado “*gay-life-style*”, entre eles: o hábito de frequentar espaços específicos de socialização como saunas, o número “alto” de relações sexuais, prática do sexo anal, alta rotatividade de parceiros sexuais, relações anônimas e o uso de substâncias excitantes nas relações sexuais, como os *poppers*⁶ (Carrara; Moraes, 1985). Havia, também, uma narrativa que hiper focava a dimensão “promiscuidade”, produzindo noções do sexo enlouquecido, do prazer desenfreado e desassociado do laço afetivo. Essas ideias embasavam os pressupostos equivocados de haver na história de vida das pessoas afetadas pela aids, elementos que as predispuessem à doença (Parker, 2000).

Não se pode perder de vista o viés moralizador dessas concepções, que, ao transmutar a ideia de que “*é a vida que você leva que o faz adoecer*”, não só inaugurou uma tradição de discriminação muito covarde e cruel com as pessoas vivendo com HIV/AIDS, mas cristalizou uma estrutura discursiva em torno da noção de uma doença de transmissão sexual que acometia pessoas que transgrediam normas sociais. Com efeito, se desenvolveu no campo social a figura do “aidético” como identidade biológica que, somente após receber um tratamento político, passou a aglutinar “pessoas vivendo com HIV/AIDS – PVHA” (Pelúcio; Miskolci, 2009).

Esses discursos preconceituosos eram produzidos socialmente e reproduzidos nos veículos de comunicação de massa, especialmente jornais e revistas, que foram caóticos na disseminação de conteúdos sensacionalistas acerca da aids. Aliás, as notícias sobre a aids chegaram até o território brasileiro antes mesmo que os primeiros casos fossem identificados, advindas principalmente das agências norte-americanas (Galvão, 2000). A mídia, então, capturou os mitos e tabus já existentes em outras sociedades desempenhando um papel decisivo na construção de simbolizações da aids no Brasil, o que, tijolo por tijolo, atualizou o preconceito já existente para uma versão nacionalizada (Valle, 2002).

⁶ Comumente referidos como “*poppers*”, os nitritos inalados são potentes vasodilatadores de início rápido e curta ação. Poppers às vezes são usados para facilitar a relação anal por causa de suas ações no esfíncter anal (Dermant; Oviedo-Trespacios, 2019).

O cenário que já não era promissor se intensificou, pois, novos casos surgiam descomedidamente e, a cada demanda, formas graves da doença eram identificadas e com prognóstico desolador (Parker, 1997). As pessoas morriam rapidamente e a epidemia estava fora do controle. Se acentuava cada vez mais o paradigma do grupo de risco como “receptores” da doença (viciados em drogas, hemofílicos, haitianos, homo e bissexuais), delineando um gueto a quem estava circunscrita a aids. A propósito, foi este paradigma que protelou o debate dos grupos sociais mais vulneráveis, seja pelas suas diferenças sociais, sexuais ou de gênero, seja pelas suas condições precarizadas de vida, evidenciando eficácia no processo social de marginalização e simplificação das questões sociais.

Herbet Daniel – pioneiro do movimento LGBT no Brasil, ativista pela democracia nos tempos da ditadura militar e pessoa que viveu com HIV/AIDS – deixou o ensinamento que o enfrentamento da epidemia precisa perpassar pela superação da morte civil. Daniel (1994) defende, em sua obra *“Vida antes da morte”*, que o preconceito e o silenciamento em torno da doença e da pessoa com condição sorológica positiva impõe uma morte em vida, subtraindo direitos e potência de vida. Como resistência à morte civil, Herbet propõe um viver com HIV/AIDS centrado na solidariedade⁷ e no ativismo político.

Partindo dessa compreensão, faz sentido destacar o trabalho dos grupos gays paulistas *“Outra Coisa”* e *“Somos”* que foram os responsáveis, em 1983, pelas primeiras respostas oriundas da sociedade civil (Galvão, 2002), elaborando ações como a distribuição de folhetos informativos em espaços frequentados por homens gays/bi, capazes de explicar do que se tratava a doença e as formas de prevenção. Além disso, provocações foram levadas as autoridades do Ministério da Saúde com teor propositivo, intervencionista e reivindicativo.

Diante da pressão social e o tensionamento instalado, a Secretaria de Saúde respondeu a essa demanda constituindo um grupo técnico de trabalho, que se comprometeu em estudar, planejar e intervir face a problemática (Teixeira, 1997). Ainda segundo este autor, um conjunto de 12 medidas foram propostas, focadas no controle e profilaxia, cabendo destacar: estabelecimento da Notificação Compulsória pelos serviços e profissionais de saúde; investigação epidemiológica dos casos suspeitos e diagnosticados; criação de um serviço de informação por telefone; e estímulo a ampla participação da comunidade na produção da saúde.

⁷ Na compreensão de Grangeiro, Silva e Teixeira (2009), entende-se por solidariedade uma dimensão do enfrentamento coletivo que buscou redefinir os princípios pelos quais a sociedade abordava as pessoas infectadas e adoecidas. Uma forma de organização comunitária de demasiada relevância foi a criação das casas de apoio, sendo a primeira fundada pela travesti Brenda Lee que se propôs a acolher outras travestis em situação de precariedade social, apoiando no tratamento e ofertando o atendimento de suas necessidades básicas. Posteriormente, grupos de ajuda mútua são criados com o propósito de estabelecer uma rede de interação social que favorecesse o aprendizado e a convivência com a doença e suas dimensões psicossociais.

Ele ainda cita que a resposta governamental do Estado de São Paulo só ocorreu em razão de: a) da demanda gerada pela militância de um grupo social específico; b) pela existência na Secretaria de Estado de Saúde (SES) de profissionais com expertise no enfrentamento a hanseníase; e c) um cenário político na secretaria estadual de Saúde demarcado pelos ideais do movimento sanitarista progressista.

Nesse mesmo ano, foi criado o Programa de Aids do Estado de São Paulo, que devido seu pioneirismo, tornou-se uma referência para profissionais de saúde de todo o país (Teixeira, 1997). Lentamente e em ritmo incompatível com a urgência por medidas politicamente avançadas, especialmente diante da insuficiência no atendimento as crescentes demandas por leitos de internação hospitalar gerada pelos casos de aids, em 1985 foi criado o Programa Nacional de Aids, mas que efetivamente se consolidou no ano posterior, atingindo contornos mais sólidos após a promulgação da Constituição Federal do Brasil.

A Constituição brasileira foi, portanto, efeito de uma história nacional de lutas políticas pela garantia de direitos que pós anos de ditadura se comprometeu em assegurar direitos sociais, políticos e econômicos (Agostini; Castro, 2019). Partindo dos princípios fundamentais de cidadania e dignidade da pessoa humana; do objetivo de promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação; e sob a afirmação “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, assumiu-se a necessidade de formular, implementar e fiscalizar políticas e redes de serviços que orientassem e operacionalizassem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos brasileiros.

Para tal, em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Fundado na universalidade e na integralidade, o sistema de saúde brasileiro adotou como princípios organizativos a regionalização, a hierarquização, a descentralização, e o controle social (Agostini; Castro, 2019). O papel do SUS na garantia dos direitos das PVHA é inquestionável, sendo o sustentáculo para o acesso ao tratamento gratuito conquistado pela luta dos movimentos sociais (Agostini *et al.*, 2019).

Não é coincidência que neste mesmo ano foi iniciado nos serviços públicos de saúde brasileiros a dispensação de medicamentos para infecções oportunistas em pacientes com critérios de aids e em 1991, a terapia antirretroviral com a distribuição do Zidovudina ou Azidotimidina (AZT)⁸, (Greco, 2016), inaugurando novos tempos na efetivação dos direitos humanos de acesso à saúde e insumos biomédicos de forma universal, integral e equânime.

⁸ AZT foi a primeira droga aprovada para o tratamento da infecção do HIV/AIDS e ainda hoje é amplamente utilizada, compondo diversos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde tanto para o tratamento quanto para profilaxias.

Todavia, Greco (2016) aponta que para as pessoas vivendo com HIV na década de 90, o número elevado de comprimidos que precisavam ser ingeridos por dia, somado aos acentuados e indesejáveis efeitos colaterais do tratamento, constituíam complicadores para uma adesão satisfatória, o que favoreceu falhas terapêuticas e problemas de saúde. Foi necessário que, outra vez os movimentos sociais, apoiados pelas pesquisas científicas da época, tensionassem o poder público para que pouco depois apresentassem a Lei 9.313/1996, que dispôs sobre a distribuição de medicamentos às PVHA. Por esta lei as despesas decorrentes da dispensação de medicamentos antirretrovirais passavam a ser financiadas pelos recursos orçamentários da Seguridade Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Brasil, 1996).

Em 1992, com a reorganização do Programa Nacional de Aids e o estabelecimento de nova parceira com os ativistas do movimento social foi então criado pelo Ministério da Saúde, em 1993, o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) (Perucchi *et al.*, 2011), concebidos como unidades assistenciais descentralizadas de caráter ambulatorial de elevada resolutividade no âmbito diagnóstico-terapêutico que propicia o vínculo da PVHA com uma equipe multiprofissional ao longo de seu processo saúde-doença, ofertando atendimento integral com caráter interdisciplinar a usuários e familiares (Brasil, 2012).

Estima-se que no período entre 1996 e 2002 houve uma redução de 50% na mortalidade e de 70% da morbidade dos casos de aids no país (Brasil, 2007). Na primeira década dos anos 2000, as ações de assistência e prevenção a partir da incorporação tecnológica e da extensão do tratamento a todas as pessoas vivendo com HIV se destacaram (Agostini *et al.*, 2019), sendo possível salientar nos róis de avanços: A evidência científica anunciada pelos estudos PARTNER de que pessoas com carga viral suprimida não transmite o vírus ($i=i$), ou seja, indetectável é igual a intransmissível; a prevenção combinada (Profilaxia Pré-Exposição (PreP); Profilaxia Pós-Exposição (PEP); camisinha; lubrificante), que quando combinados reduzem à infecção pelo HIV; viabilidade de reprodução segura das PVHA, quando desejada; simplificação do tratamento a esquemas menos complexos.

Por outro lado, certo arrefecimento da aids e do HIV tem se manifestado nos discursos culturais mais contemporâneos (Inácio, 2016), instituindo um abismo entre avanços no âmbito biomédico e o regresso no campo social-político. Nessa seara dos retrocessos, o Índice do Estigma em relação às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Brasil (2019) apontou estatísticas deletérias. Uma parcela significativa dos participantes relatou ter sofrido discriminação (comentários ofensivos, fofocas) pela sua condição sorológica (46,6%), seguido

de assédio verbal (25,3%), agressões físicas (6,0%) e até mesmo perda de fonte de renda ou emprego por ser alguém vivendo com HIV ou com aids (19,6%). Os efeitos da exposição constante ao preconceito sexual, a discriminação e a homofobia impactam na subjetividade e na saúde mental das pessoas que a sofrem, urgindo a necessidade de reabertura do debate público sobre as sexualidades e diversidades, prevenção, redução de danos e também solidariedade, emancipação, direitos humanos, redução das vulnerabilidades e cidadania.

Dados da Organização das Nações Unidas apontam que em 2021, 38,4 milhões de pessoas em todo mundo viviam com HIV, das quais 85% conheciam sua condição sorológica, 75% das que tinham esse conhecimento estavam em tratamento regular com antirretrovirais e 5,4 milhões não sabiam que viviam com o vírus. Convém ressaltar que o Boletim Epidemiológico do ano de 2022 da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Ministério da Saúde aponta que o Pará é o segundo Estado entre os cinco que mais apresentaram elevação dos casos de infecção pelo HIV, cabendo ilustrar: Acre (34,5%), Pará (15,5%), Maranhão (7,0%), Sergipe (6,2%) e Tocantins (5,7%). Este mesmo documento demonstra que em 2021, foram registrados 35.246 casos de aids e a razão de sexos expressa pela relação entre o número de casos de aids em homens e mulheres foi de 25 homens para cada dez mulheres. Já em relação ao HIV, de 2007 até junho de 2022, foram notificados no Sinan 434.803 casos, sendo diagnosticados 40.880 novos casos em 2021. Também em 2021, foram registrados no Serviço de Inspeção Municipal (SIM) um total de 11.238 óbitos por causa básica aids, revelando uma redução da mortalidade devido o acesso ao tratamento com antirretrovirais – ampliado para todas as PVHA antes mesmo de comprometimentos no sistema imunológico e garantindo a diminuição das complicações relacionadas a coinfeções; reduzindo a transmissão do vírus; favorecendo maior qualidade de vida às pessoas em tratamento e, sobretudo, reduzindo a mortalidade. No entanto, apesar dos progressos em larga escala, é necessário levar em consideração possibilidade de subnotificação, especialmente nos anos de 2020 a 2022 em que o registro de doenças e agravos nos sistemas foram atravessadas pelos efeitos deletérios da pandemia de Covid-19 e o colapso nos serviços de saúde (Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre HIV/AIDS, 2021).

Outra plataforma do Ministério da Saúde de estatísticas e de monitoramento chamada ‘Painel de Indicadores’, aponta que em 2022 foram notificados no Sistema de Informações de Agravos e Notificações (SINAN) 15.412 casos de aids, sendo 10.989 casos em homens. No tocante a variável cor/raça autodeclarada, em 2021, entre os casos de HIV notificados no SINAN, 32,0% ocorreram entre brancos e 60,6% entre negros (12,5% de pretos

e 48,1% de pardos). Estratificando por raça, entre os homens 33,0% dos casos ocorreram em brancos e 59,8% em negros (12,1% de pretos e 47,7% de pardos). Quanto a categoria de exposição, também pelo recorte do sexo (masculino), nota-se que a de maior destaque é a de HSH, correspondendo a 52,6%. Com relação à escolaridade, em 2021, a maior parte dos casos apontou para escolaridade ignorada (25,2%), o que prejudica uma compreensão mais apurada dessa variável. Quanto aos casos com escolaridade informada, a parte que mais se destaca possuía ensino médio completo (34,7%), seguido de superior incompleto ou completo (24,0%).

Nessa direção, Krüger (2017), que chama atenção para outras duas populações (para além dos homens que fazem sexo com homens), que não estão contempladas nos dados oficiais do Ministério da Saúde, mas que também são chave para a epidemia no Brasil – pessoas trans, pessoas em situação de privação de liberdade, pessoas que usam drogas injetáveis, profissionais do sexo e seus clientes. Por população-chave entende-se os grupos populacionais com prevalências de HIV superiores às da população geral, determinadas por processos históricos de estigmatização e exclusão social (Brasil, 2023b), como machismo, misoginia, racismo e a homofobia. Dito em outras palavras, significa que apresentam vulnerabilidades aumentadas por interferência de fatores estruturantes da sociedade e aspectos comportamentais. Corroborando com o ponto de vista perspicaz do Ministério da Saúde, há de se preocupar para não tornar o conceito de população-chave um mero eufemismo para as concepções de grupo e comportamento de risco que tanto contribuíram para manutenção do preconceito e da discriminação às pessoas vivendo com HIV/AIDS que não são culpadas e nem devem ser responsabilizadas pela sua condição de saúde e sim acolhidas na rede de atenção à saúde (RAS), amparadas pelo direito fundamental à saúde, devendo o Estado dispor as condições adequadas para a promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2018). Importante registrar que sob o viés obsoleto da responsabilização individual dos sujeitos, a probabilidade de acometimento por uma IST é reduzida a equação risco-indivíduo-comportamento, sem levar em consideração a dimensão social, histórica, cultural e estrutural que posiciona pessoas e grupos a situações de maior ou menor vulnerabilidade para o HIV.

Nessa direção, a vulnerabilidade emerge como conceito central para o campo do HIV/AIDS, promovendo uma mudança de paradigma, uma vez que ao final da década de 80 já se tinha evidente que as medidas de prevenção estritamente focalizadas na mudança comportamental de caráter individual não eram suficientemente capazes de controlar o avanço da epidemia. Assim, enfoque do risco individual e biológico cede espaço ao enfoque estrutural

a partir da operacionalização do conceito de vulnerabilidade, que se tornou referência analítica e programática no campo da prevenção, sobretudo, junto a população LGBT+.

Originário da área da advocacia internacional pelos Direitos Humanos, o termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e/ou garantia dos seus direitos de cidadania (Alves, 1994). Jonathan Mann foi o precursor na introdução do conceito de vulnerabilidade às determinações estruturais que envolvem a relação dinâmica do HIV/AIDS. Segundo Mann (1993), a responsabilidade pessoal é a antítese da vulnerabilidade. Para este autor isso significa que o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, havendo necessidade de considerar outras dimensões, visto que o comportamento humano é não apenas mutável, mas também controlado por outras variáveis, como o contexto social.

Ao ampliar o conceito Ayres *et al.* (1999) entendem que a vulnerabilidade equivale à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que, ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva de dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Para esse autor a vulnerabilidade antecede o risco e determina os diferentes modos de se adoecer.

Quando aplicado ao campo da epidemia do HIV/AIDS, Ayres *et al.* (2003) propõem uma interpretação a partir de três dimensões: individual, programática e social. O componente individual diz respeito ao grau e a qualidade de informações que as pessoas dispõem sobre o HIV/AIDS, bem como sua capacidade cognitiva de elaborar esses conteúdos e trazê-los para seus repertórios de vida cotidianos, materializando-os em práticas protetivas e protetoras. O componente social equivale a um espelho das condições de bem-estar social que envolvem disponibilidade de recursos materiais, possibilidade de enfrentar barreiras de acesso, estar livre de coerções violentar ou poder defender-se delas, entre outras situações. O componente programático, por sua vez, pode ser compreendido como o compromisso das autoridades com o enfrentamento da epidemia, proposição e implementação de ações efetivas em sinergia com as aspirações da sociedade.

No caderno de prevenção combinada do HIV elaborado pelo Ministério da Saúde, homens que fazem sexo com homens são reconhecidos como segmento com camadas de vulnerabilidades significativas. Neste documento HSH são definidos como pessoas com identidade de gênero masculina que vivenciam suas sexualidades e afetos com outros homens, cabendo destacar a distinção entre gays e HSH, já que a primeira categoria, além da prática

sexual, traz em seu bojo a noção de pertencimento e identificação, enquanto a segunda se encerra nas práticas sexuais e afetividades (Brasil, 2017).

Kruger (2017) afirma que no cenário brasileiro há uma lacuna de dados oficiais relacionados a prevalência do HIV/AIDS entre a população trans, de modo que este grupo populacional se torna chave a partir de estimativas mundiais, o que é particularmente delicado para o país, especialmente se tratando de um grupo extremamente singular, que no caso do Brasil inclui também a identidade de gênero latino-americana travesti.

Em outras palavras, essas estatísticas apontam que aids na contemporaneidade afeta em demasia homens adultos jovens, com menor nível de escolaridade, pretos e pertencentes a minorias sexuais, embora existam outras populações invisibilizadas. Para Dourado *et al.* (2006), esse aumento do número de casos de aids entre os segmentos da sociedade com pior condição socioeconômica tem cristalizado um perfil específico da epidemia brasileira, atravessado pela pauperização.

No que toca a essas disparidades, na compreensão de Barata (2009), desigualdades em saúde são produzidas pelas formas de organização social que por sua vez determinam os perfis epidemiológicos de saúde e adoecimento. Para essa autora, desigualdades sociais em saúde são as diferenças no estado de saúde entre grupos que compartilham entre si características sociais, tais como raça, etnia, gênero, pobreza, entre outras, que em algum nível produzem injustiça e sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem em relação a possibilidade de se manter sadio.

O resultado uma dessas segregações é a marginalização de grupos sociais cujas identidades são associadas à sexualidade, como a população LGBTQ+, os profissionais do sexo e as pessoas que convivem com infecções sexualmente transmissíveis (Pedra, 2018). No Brasil, país que mais mata a população trans, a homofobia também é uma realidade, inclusive nos serviços de saúde, contribuindo para a manutenção e o agravamento de violências, bem como processos de exclusão.

A partir desse contexto me questiono: Como as pessoas LGBTQ+ vivendo com HIV/AIDS enfrentam e/ou resistem a homofobia? De que maneira a vivência da homofobia interfere no acesso ou na permanência das pessoas aos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde?

Estes e outros questionamentos estabelecem fronteiras com o meu próprio caminhar enquanto psicólogo e a formação de especialista que realizei por meio do Curso de Pós-graduação *Latu Sensu* na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde no Complexo

Hospitalar da Universidade Federal do Pará, em uma Unidade de referência em duas grandes áreas prioritárias para a saúde pública na região norte: Infectologia e Oncologia. Durante os dois trabalhos anos da Residência em Saúde, embora vinculado ao Programa de Oncologia, acompanhei muitos usuários diagnosticados com câncer em decorrência da infecção avançada pelo HIV e consequente manifestação da doença oportunista. Aos finais de semana, na rotina dos plantões, atendi muitos acionamentos de suporte emocional frente as mais diversas situações de crise da ordem psíquica, das quais boa parte eram provenientes da Unidade de Doenças Infecciosas. Deste modo, este trabalho apresenta uma justificativa teórica, levando em consideração os dados apresentados de elevada incidência e prevalência do HIV-aids na região Norte. Uma justificativa social-política, dada a conjuntura contemporânea de ocorrência singular da epidemia em grupos minoritários, além de uma justificativa pessoal, dada a minha relação com o campo-tema do HIV/AIDS de implicação com a produção e promoção do cuidado em saúde.

3 HOMOFOBIA: entre violências e resistências

Eu sou a filha da Chiquita bacana
 Nunca entro em cana
 Porque sou família demais
 Puxei à mamãe
 Não caio em armadilha
 E distribuo banana com os animais
 Na minha ilha
 Yehyehyeh
 Que maravilha
 Yehyehyeh
 Eu transo todas
 Sem perder o tom
 E a quadrilha toda grita
 Yehyehyeh
 Viva a filha da Chiquita
 Yehyehyeh

(Caetano Veloso, *A Filha da Chiquita Bacana*).

Nessa seção será abordado, do ponto de vista teórico, o conceito de homofobia, compreendido como um construto em disputa, ora considerado por vezes bastante limitado para nomear as diversas violências, opressões e situações discriminatórias que as pessoas LGBTQ+ encontram-se expostas. Para tanto, este capítulo se inicia com a canção de Caetano Veloso que foi uma grande inspiração para a construção histórica do movimento LGBTQ na capital paraense, que com a fundação de um bloco carnavalesco inicialmente nomeado de “Festa da Maria Chiquita”, e em 1978 renomeado de “Filhas da Chiquita” (Silva Filho, 2014; Rozario, 2020), representou um dos primeiros atos organizados de resistência à homofobia no território belenense, pois desde a sua criação se constituiu como uma resistência às opressões sexuais e de gênero.

Para o antropólogo Silva Filho (2014), à medida em que a festa ia sendo popularizada, reunia boêmios, intelectuais, acadêmicos, jornalistas, fotógrafos e curiosos, outro formato foi sendo delineado, migrando do período carnavalesco para o mês de outubro, quando

é celebrada na capital paraense o Círio de Nossa Senhora de Nazaré – a maior manifestação católica do mundo. No entanto, a festa da chiquita subverte os valores religiosos, se consolidando como uma manifestação anticatólica e com contornos políticos por denunciar, criticar e apontar às dinâmicas excludentes e intolerantes da Igreja Católica, sobretudo com as pessoas LGBTQ+. Nesse sentido, a festa da chiquita ao tensionar esse lugar comum de exclusão, fomenta o pertencimento das pessoas LGBTQ+, o vínculo entre a comunidade, a afirmação política e o enfrentamento à homofobia em suas diversas nuances. Dito isso, e a partir da compreensão do autor, é legítimo apontá-la como ato político e de resistência, que ao estabelecer interlocuções com o Movimento LGBTQ do Estado do Pará abre caminhos para a sua institucionalização, assim como novas frentes de contestação, militância, visibilidade, direito de existir e de expressão pessoal, lúdica e artística pública, possibilitando socialização segura extra guetos (bares, boates e saunas).

Reavendo a questão da hostilidade direcionada aos sujeitos que operam transgressões no campo sexual e de gênero, para Borillo (2015), suas origens se reportam a fusão histórica da religião com o Estado. O autor afirma que para o pensamento pagão as práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo eram toleradas, porém, com o advento do cristianismo e seus dispositivos (leis e discursos) há o engendramento de uma ideologia homofóbica rechaçando a sexualidade não reprodutora, em particular a homossexual, pautando-a como pecado contra a natureza, portanto, condenável, assim como os/as homossexuais que a praticavam, razão esta que na antiguidade motivou à condenação de homossexuais masculinos passivos (ou seja, os que realizavam sexo anal receptivo) à fogueira, ordenando a gênese dos processos de desumanização, marginalização e os discursos de ódio à pessoas LGBTQ+.

Historicamente diversas ciências (entre elas a medicina e a psicologia) produziram conhecimentos e saberes a serviço da higienização e manutenção da norma cisheterossexual, atribuindo à homossexualidade dimensões patológicas, incluindo métodos curativos para aquilo que não é doença, como já debatido na seção anterior. Essas intervenções situavam a passagem da sexualidade do campo moral para o científico, legitimando o controle dos corpos, das práticas consideradas desviantes e todos os elementos disruptivos da sexualidade dominante, como aparência, trejeitos, vestimentas (Nunes; Ramos, 2008) e posicionamentos políticos. Dessa forma, terapias reparadoras ou terapias de suposta conversão foram formuladas no início da década de 1990, estimulando práticas clínicas voltadas a conversão da homossexualidade para uma heterossexualidade compulsória (Montoya, 2006). Importante ressaltar que a ascendência do conservadorismo político e ideológico, bem como a influência das religiões,

sobretudo cristãs, favoreceram nos últimos anos a reincidência destas práticas que popularmente foram denominadas de “cura gay”, apesar das sólidas evidências do caráter antiético e dos efeitos nefastos às pessoas submetidas, constituindo um desserviço, grave violação de direitos e um descaminho, visto que o Conselho Federal de Medicina (1985) e Conselho Federal de Psicologia (1999) já tinham se posicionado quanto a questão e revisitado criticamente a concepção da homossexualidade, direcionando-a para o vasto campo da diversidade dos modos de vivenciar os afetos.

Lastimavelmente, em alguns países pessoas homossexuais de ambos os sexos ainda podem ser presas. Segundo Bomfim (2011), cerca de 80 países ainda criminalizam as práticas sexuais homoeróticas, sendo que, destes, os países mulçumanos e islâmicos estão entre os que mais severamente punem a homossexualidade, seja por meio de prisão perpétua, condenação à morte, amputação de membros, apedrejamento, entre outras formas de tortura e extermínio. Essas mortes por motivação de gênero e sexualidade refletem a existência de um fenômeno social que confronta nossa existência, o bem viver de pessoas LGBT+ e a garantia dos seus direitos humanos fundamentais, o qual vem sendo nomeado a depender do tempo histórico por homofobia.

Costa e Nardi (2015), revisitando a construção em torno do termo homofobia, afirmam que sua primeira formulação se pautava na ideia de pavor a estar próximo a homossexuais ou no caso dos próprios homossexuais, aversão de si próprio. Esse arranjo conceitual produziu efeitos de chancela à temática, validando-a como um problema de pesquisa relevante e de interesse as mais diversas áreas do saber. Parafraseando o precursor conceitual do termo homofobia (George Weinber), estes autores salientam que havia dupla ambição em firmar epistemologicamente a homofobia – uma que vislumbrava instrumentalizar os movimentos sociais LGBT da época, proporcionando-lhes uma contribuição teórica que auxiliasse no enfrentamento das violências, sendo essa pretensão mais política do que acadêmica; e outra que possibilitasse deslocar a homofobia para o campo científico da psicopatologia.

Com efeito, à medida em que termo se pulverizou nas universidades, movimentos sociais, instituições de saúde e jurídicas, cresceu em paralelo uma atmosfera discursiva que favorecia as pessoas que apresentavam atitudes discriminatórias, pois o entendimento da homofobia como uma condição de saúde mental por privilegiar uma ênfase no componente individual, explicitando um teor de irreversibilidade e imutabilidade, instrumentalizou bases teóricas e argumentativas para processos de desresponsabilização de quem a praticava. Nessa

toada, Coelho, Desidério e Rocha (2023) salientam que a partícula “fobia” não deve ser compreendida na perspectiva da psicopatologia, uma vez que não há correlação com predisposições inatas, biológicas ou algo próprio das pessoas que a praticam. Por essa razão, Junqueira (2012) problematizou o conceito do termo homofobia e a eficácia do seu emprego, levando em consideração os efeitos que esse uso produz, defendendo que se trata de um termo polissêmico que ao englobar o sufixo “fobia” estreita conexões com o discurso clínico e medicalizante que associa as práticas discriminatórias a condições de anormalidade.

Apesar dessa tensão, para Fernandes (2012), a homofobia é um termo de elevada eficácia política, pois foi a partir do seu uso no cotidiano que houve uma janela de oportunidades para o fortalecimento do combate às violências dos sujeitos LGBTQ+ e possibilidade das organizações não-governamentais, como o “Grupo Gay da Bahia” de registrar, sistematizar e divulgar as mais diversas denúncias e estatísticas tanto de homicídios por motivação homofóbica, quanto outras formas de violência que passa a ser capilarizada pelo poder público através da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos após um lapso temporal significativo.

Importa destacar que o referencial teórico desta e das próximas subseções foi inicialmente pensado e delineado a partir da noção de LGBTQfobia como termo guarda-chuva para as vivências de sofrimento, violência e preconceito que homossexuais masculinos e femininos, pessoas trans, travestis, pessoas não-binárias e demais sujeitos com dissidências sexuais ou de gênero enfrentam. No entanto, com a imersão no campo e os encontros que foram possíveis com os interlocutores, bem como todo o desenrolar da pesquisa, fez mais sentido focar nas singularidades da questão homofóbica, considerando o perfil dos sujeitos entrevistados, pertencimento a um grupo social específico e o cuidado ético de não generalizar e/ou invisibilizar especificidades as quais não foi possível se debruçar. Por essa razão, em alguns momentos, o termo LGBTQfobia será reportado e considerado análogo ao que neste trabalho concebo como violência homofóbica.

Nas palavras de Coelho, Desidério e Rocha (2023), a LGBTQfobia se trata de um dispositivo intencional e historicamente gestado no cerne das sociedades, com propósitos bem definidos, sendo assim, uma ideologia. Nesse sentido, aludem que a LGBTQfobia é um termo amplo que abarca na mesma expressão um conjunto de ações ou mecanismos produzidos socialmente para oprimir, violentar ou discriminar pessoas que estão fora dos contornos legitimados de orientação sexual e gênero. Ramos e Nicoli (2016) entendem a LGBTQfobia como um termo utilizado para reunir tipos mais específicos de discriminação e violência contra pessoas LGBTQ+ que captura o sentimento, a convicção ou a atitude dirigida contra lésbicas,

gays, bissexuais, pessoas trans e travestis que inferioriza, hostiliza, discrimina ou violenta esses grupos em razão de sua sexualidade e/ou identidade de gênero.

Conferindo mesma ênfase, para Freire e Cardinali (2012), a LGBTfobia é o conjunto de crenças e mecanismos contrários as expressões sexuais e de gênero não pautadas nas normas da cisheterossexualidade e das quais resultam violências físicas (atingindo a integridade do corpo do indivíduo) e/ou simbólicas (xingamentos, tratamento diferenciado, impedimento de participação em instituições, entre outros).

Para Minayo (2007), a violência consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a indivíduos, grupos e coletividades. Sua configuração se cruza com problemas políticos, econômicos, morais, das relações humanas e do plano individual (Minayo, 1994), sendo criada e desenvolvida na vida em sociedade, havendo dinâmicas sociais mais violentas do que outras, o que evidencia a influência da cultura na forma de solução de conflitos (Minayo, 2007). Ainda segundo essa autora, qualquer ação que pretenda superar a violência necessariamente deve ser articulada de forma intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e comunitária que militem por direitos e cidadania. Adiante veremos que a violência é uma pauta importante para a saúde pública e coletiva, pois suas manifestações geram demandas de atendimento para o setor saúde, ao mesmo tempo em que as instituições de saúde podem também (re)vitimizar pessoas que já se encontram em situações de violência ou de violação de direitos, como os coletivos LGBT+.

Para Jesus (2015), a homofobia é a violência baseada na desvalorização da diversidade sexual humana, produzindo efeitos nas subjetividades e nas relações sociais a partir da desqualificação da diferença. No tocante aos construtos diversidade e diferença, faz sentido registrar que apresentam ideias diferentes. Encontramos em Miskolci (2013) a elucidação que a diversidade é ligada ao âmbito da tolerância ou convivência, muito mais relacionada ao reconhecimento social, reivindicação por respeito, acesso a direitos por parte das minorias sociais. No entanto, esse processo não necessariamente implica em valorização, aceitação e vinculação genuína, ou seja, no campo da diversidade, não raro, cada um está no seu quadrado sem arranhaduras na cultura dominante. A diferença, por sua vez, pautada como política de reconhecimento do Outro, prevê transformações na cultura dominante, nas relações de poder, desconstrução de normas, convenções, olhar crítico para as assimetrias e hierarquias, partindo do pressuposto que a diferença é crucial para a democracia, para o questionamento das desigualdades e planejamento de mudanças.

Santos (1999) é categórico em apregoar: temos o direito a ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza e o direito a ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza. Para este autor, a desigualdade é um fenômeno socioeconômico, ao passo que a exclusão é, sobretudo, um fenômeno cultural e social de cunho civilizatório, que por meio de um processo histórico produz discursos que estabelecem os interditos sociais – seja a loucura, o crime, a delinquência ou a sexualidade, que na modernidade capitalista encontra solo fértil para que dinâmicas de hierarquização sejam produzidas, gerando novas desigualdade e exclusão, como é o caso do racismo e sexismo.

Importa destacar que LGBTfobias não são naturais, mas socialmente produzidas (Ramos; Nicoli, 2016). Isso significa que as manifestações LGBTfóbicas, tais como aversão, hostilidade, ridicularização e violência ocorrem alinhadas a um sistema que as favorecem, sendo o fundamento da LGBTfobia a ideologia heteronormativa e sexista. Para esses mesmos autores, a ideologia heteronormativa corresponde a um leque de ideias, valores e crenças regulatórias que moldam o comportamento sexual e impõem a heterossexualidade como modelo dominante, universal e superior, ao passo que as demais expressões sexuais são predispostas como marginais

Sob mesma lógica, o sexismo:

Sustenta através de valores, ideias e crenças o domínio dos homens sobre as mulheres, estabelecendo funções e regras específicas para dominantes e dominadas. Ele se baseia na ideia de que homens e mulheres são diferentes não só em suas características físicas e reprodutivas, mas em suas capacidades e qualidades racionais e éticas (Ramos; Nicoli, 2016, p. 184).

Na esteira desse raciocínio, Jesus (2015) defende que a heteronormatividade ou a heterossexualidade compulsória é uma ideologia porque, ao eleger a dinâmica de atração afetiva e sexual por pessoas do sexo oposto como norma/padrão sexual, primando por uma única possibilidade de expressão sexual, marginaliza as pessoas que não a obedecem ou rompem com essa normatização. Para Miskolci (2013), a heteronormatividade é um regime de visibilidade, ou seja, um modelo social de regulação das relações afetivas e sexuais. Mesmo que distintos, homofobia e heteronormatividade são conceitos próximos, convergentes e, não raro, sobrepostos (Junqueira, 2017).

No que concerne ao sexismo, Junqueira (2017) afirma que se trata de um fenômeno universal e milenar relacionado às questões de gênero, especialmente à diferenciação social entre homens e mulheres, muito atrelada a noção de sexo biológico. Nessa ideologia estão presentes crenças enviesadas acerca de gênero, sendo a premissa central a ideia que existem modos de ser reservados para cada sexo. Sendo assim, supor que uma pessoa com sinais de

inabilidade no trânsito necessariamente é mulher, por exemplo, é uma atitude sexista, assim como desestimular meninos a desenvolverem atividades domésticas. Para Simigay (2002), o sexismo é uma posição ou postura de misoginia e desprezo ao sexo oposto, ao passo que o heterossexismo é a crença de superiorização da heterossexualidade sobre a homossexualidade e as demais orientações, bem como identidades de gênero. De modo similar, Miskolci (2013) argumenta que o heterossexismo pressupõe que todas as pessoas são ou deveriam ser heterossexuais. Nesse sentido, a violência dirigida a pessoas LGBTQ+ são expressões da dinâmica heterossexista, ou seja, a forma em que somos socializados, o modo em que as normas são impostas que coletivamente nos captura, fazendo do medo da violência a forma mais eficiente de imposição da heterossexualidade compulsória.

Dito isso, considero de extrema importância não perder de vista a lição posta por Junqueira (2017), de que é necessário estar vigilante para as condições e tensões sociais que produzem e alimentam a LGBTQfobia e as circunstâncias nas quais o ódio LGBTQfóbico pode ser instrumentalizado.

Medeiros (2019) expõe que a violência homofóbica extrapola o âmbito individual produzindo efeitos que atingem não só uma pessoa, mas a coletividade. Na sua compreensão, as pessoas que pertencem a grupos sociais alvo de preconceitos e ataques, ao tomarem conhecimento de episódios violentos de teor homofóbico, passam a temer que o mesmo aconteça consigo, sendo capturadas por essa realidade, que por sua vez atravessa as suas subjetividades, incitando medo e condição de precariedade à vida. Para essa mesma autora, os crimes de ódio homofóbicos funcionam, pois, como uma espécie de higiene social, em que práticas sexuais e/ou expressões de gênero tidas como dissonantes estão passíveis de extermínio em uma rede de cumplicidade, que à luz das reflexões de Borrillo (2015) se materializa com a coautoria de agressores, sociedade civil, instituições midiáticas, policiais, políticas e jurídicas.

Nesse sentido, a família também pode atuar nessa rede de cumplicidade. Perucchi, Brandão e Vieira (2015) desenvolveram um estudo que analisou a manifestação da homofobia no âmbito intrafamiliar a partir da vivência de jovens lésbicas e gays. Este estudo apontou que o preconceito sexual pautado na heteronormatividade é o que legitima no contexto familiar a ocorrência e/ou manutenção da violência, produzindo consequências severas ao desenvolvimento psicossocial dos sujeitos LGBTQ+ pela via do rompimento dos vínculos, afastamento temporário ou definitivo do núcleo familiar, saída precoce do domicílio de referência ou mesmo a expulsão. No tocante à vivência das pessoas transsexuais, Bento, Xavier e Sarat (2020) produziram um estudo com pessoas trans utilizando como metodologia a história

oral. Os relatos das pessoas que participaram do estudo reafirmaram que a violência direcionada as pessoas transsexuais no ambiente escolar é usual e que a escola é um lugar onde a transfobia é expressa, se traduzindo no bullying transfóbico (tortura psicológica, agressões físicas) e despreparo dos docentes e da gestão em lidar com as diferentes identidades de gênero.

De maneira análoga, Camargo e Araújo (2013) realizaram um estudo de caso que versava sobre as práticas discursivas de subjetivação no contexto escolar, ouvindo por meio de entrevistas uma equipe de professoras/es e gestores atlantes da educação básica. As informações produzidas apontaram para a presença do preconceito e da discriminação em face as/os alunas/os que não se encaixam na matriz heteronormativa, havendo ocorrência de discursos LGBTfóbicos explícitos frente os corpos indisciplinados que ferem a norma homogênea. Ademais, esses autores observam um esvaziamento significativo nos currículos escolares das questões transversais de gênero, sexualidade e diversidade como se toda comunidade escolar fosse heterossexual e coubesse nos moldes de subjetivação imposto pelo patriarcado, machismo, sexismo e heteronormatividade. Esses apontamentos estão em conformidade com os escritos de Louro (2000), ao ponderar que na escola, pela afirmação ou pelo silenciamento, é exercida uma pedagogia da sexualidade, legitimando determinadas identidades e práticas sexuais, reprimindo e marginalizando outras.

Para Jesus (2015), o Brasil possui uma dívida histórica com as pessoas LGBTQ+, não sendo possível afirmar a proteção formal do Estado na garantia dos direitos humanos dessa população, havendo um misto de avanços e relutâncias. Para a autora em tela, se observa que na governança brasileira o Poder Judiciário tem produzindo jurisprudências em consonância com os princípios da diversidade subjetiva e de corpos, preservando o direito a união civil, adoção e adequação do registro civil à identidade de gênero de travestis e transsexuais, assim como o Poder Executivo, que de forma por vezes titubeante vem apoiando a criação de políticas públicas, órgãos e instituições de assistência a população LGBTQ+, ao passo que o Poder Legislativo não tem aprovado legislações que valorizem e promovam o nosso bem estar social, o que muito provavelmente advém do fundamentalismo presente na bancada religiosa e no conservadorismo que atravessa a política nacional.

Dito isso, na próxima seção abordaremos as minúcias da homofobia e os lócus de assistência à saúde, buscando refletir como os serviços e equipamentos públicos tem garantido o direito constitucional à saúde de pessoas LGBTQ+ vivendo com HIV/AIDS, especialmente no contexto brasileiro contemporâneo em que a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais prevê a desinstitucionalização da discriminação no

processo saúde-doença desta população, reconhecendo-a como um determinante social da saúde que produz sofrimento e adoecimento dado o preconceito sexual reservado às pessoas LGBT+ (Brasil, 2013b).

3.1 Homofobia e a assistência à saúde

A gente não quer só comida
 A gente quer comida, diversão e arte
 A gente não quer só comida
 A gente quer saída pra qualquer parte
 A gente não quer só comida
 Quer comida, diversão, balé
 A gente não quer só comida
 A gente quer a vida como a vida quer
 A gente não quer só comer
 Quer comer e quer fazer amor
 A gente não quer só comer
 A gente quer prazer pra aliviar a dor
 A gente não quer só dinheiro
 A gente quer dinheiro e felicidade
 A gente não quer só dinheiro
 A gente quer inteiro e não pela metade.

(Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sérgio Britto,
Comida).

Arnaldo Antunes e seus parceiros de palco e de composições foram absolutamente lúcidos em nos fazer refletir a respeito dos nossos desejos, necessidades, anseios de vida e possibilidades reais de tê-los garantidos em uma sociedade que desrespeita os direitos humanos e à liberdade de pessoas marginalizadas, como as pessoas LGTBQIAP+, especialmente as travestis, transsexuais, “bixas” pretas (gays masculinos racializados/periféricos/afeminados) e lésbicas “caminhoneiras” (gays femininas masculinizadas). Já introduzir o tema da saúde aqui. Para que o próximo parágrafo faça sentido.

A relação entre os serviços de saúde e os sujeitos LGBT+ é bastante tensa. Como ressaltado por Pedra (2018), a Constituição Federal de 1988 estabelece a igualdade como princípio fundamental instituindo um ordenamento para que todos os cidadãos gozem de tratamento isonômico. O texto constitucional também dispõe que à saúde é um direito fundamental de toda/o brasileira/o e dever do Estado, que tem de prover as condições necessárias para tal. Em caráter complementar, mas não menos importante, a lei 8.080, promulgada dois anos depois, estabelece que a garantia à saúde deve perpassar pela formulação e execução de políticas públicas de ordem econômica e social que reduzam os riscos à saúde e empreguem condições para assegurar o acesso universal e igualitário ao SUS. Nesta mesma lei são chancelados os princípios do Sistema Único de Saúde, cabendo destacar a universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência (atenção primária, secundária e terciária); a integralidade da assistência, compreendida como a articulação entre as ações e serviços, visando atender todas as necessidades dos usuários, sejam elas de prevenção ou cura, individuais ou coletivas; a igualdade, que dialoga com o modo em que a assistência à saúde deve ser ofertada, ou seja, sem preconceitos ou privilégios; a equidade, que nas palavras de Barros e Sousa (2016), equivale a incorporação da diferença como um elemento chave dentro do espaço da cidadania, que é um espaço de igualdade.

Os autores concebem a equidade como uma prática indispensável para se chegar ao ideal de justiça e de cidadania plena, capazes de garantir o gozo de uma situação de igual bem-estar para todos os cidadãos, que só se alcança por meio da formulação e efetivação de políticas de saúde equânimes. Ou seja, a equidade equivale à busca por igualdade no acesso e permanência aos serviços de saúde a partir do reconhecimento que as pessoas não são iguais (BARROS; SOUSA, 2016). Nem sempre é o que observamos na cena cotidiana dos estabelecimentos de saúde, como veremos a diante.

Fernandes (2012) expõe que na segunda metade da década de 1990, a discriminação às pessoas LGBT+ foi integrada às políticas de saúde com o reconhecimento que o preconceito sexual advindo da sociedade e do Estado a esse grupo incide como fator de vulnerabilidade ao HIV/AIDS, requerendo atenção especial e um olhar sensível a questão. Para Fontes, Miranda e Catão (2023), no âmbito do SUS, é com a Política Nacional de Humanização que são organizados processos de trabalho pautados na integração entre usuários, trabalhadores e gestores para promoção de mudanças no sistema e transformações nas práticas de cuidado, honrando o direito às diferenças e a compreensão que o princípio da integralidade só é alcançado quando conduzido às demandas específicas de cada grupo social. Segundo Fernandes

(2012), em face do preconceito e das iniquidades, a homofobia no Brasil se constitui campo de governança pública com uma agenda de compromissos a ser executada para o atendimento do clamor popular dos movimentos de luta LGBTQ+ e usuárias/os/es do Sistema Único de Saúde.

Para Fleury (2009), o maior desafio a ser superado nos tempos de hoje – pós-reforma sanitária brasileira e suas consequentes mudanças paradigmáticas no âmbito da saúde – é garantir a humanização do acolhimento, salvaguardar os direitos dos usuários, a eficácia e resolubilidade do cuidado. O Ministério da Saúde, por sua vez, reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são constituintes de um processo complexo de discriminação e exclusão que produzem vulnerabilidades sistemáticas que perpassam desde a fragmentação da assistência à saúde à desobediência ao princípio da dignidade da pessoa humana e não discriminação (Brasil, 2013b).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, desenvolvida pelo Ministério da Saúde e instituída pela Portaria nº 2.836 de 2011, é um esforço para construção da equidade no SUS (Brasil, 2013b). Essa política reconhece institucionalmente a discriminação como nociva à saúde da população LGBTQ+, fator de adoecimento, sofrimento e barreira de acesso a uma saúde integral. Assim, prevê uma série de ações e programas a serem implementados sob acompanhamento do controle social que deve monitorar e manter senso crítico em face as iniciativas governamentais para o enfrentamento das discriminações e a promoção da cidadania. No entanto, Miskolci *et al.* (2022) alertam que há uma urgência na implementação plena desta política que ainda não se encontra interiorizada e descentralizada de modo que o amparo institucional as lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e pessoas intersexo não tem se consumado efetivamente. Para esses autores, a efetivação dessa política em todos os territórios e dispositivos de saúde dependem de muitos fatores, como a vontade política de gestores locais, engajamento dos profissionais de saúde e articulações com os movimentos sociais.

Não é exaustivo demarcar que discriminações homofóbicas continuam a minar os esforços para alcançar um mundo mais justo e equitativo, o que na prática significa remar contra a maré, especialmente quando se leva em consideração o enfrentamento de uma epidemia de HIV/AIDS que perdura quarenta anos e afeta a comunidade LGBTQ+, embora haja bravura de organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) que pactuou com organizações de diversas nações a meta de desenvolvimento do milênio de superar a aids mundialmente até 2030.

A homofobia pode ser perpetrada por indivíduos, coletividades ou instituições (Ramos; Nicoli, 2016). Quando incitada por agentes de Estado ou organizações privadas, a homofobia se torna institucional, que por definição é:

Qualquer situação de violação de direitos humanos, intencional ou não, exposta ou velada, verbal ou física, na qual o indivíduo LGBT+, ou qualquer pessoa percebida como tal pelos outros, sinta-se diminuído, discriminado, constrangido, insultado, ofendido, assustado; ou quando de alguma maneira essa pessoa evita frequentar um determinado local por medo de represália ou de vivenciar situações constrangedoras, criando-se assim uma barreira de acesso para a pessoa LGBT+ àquela determinada instituição (Silva; Rosa; Gagliotti, 2021, p. 100).

Lamentavelmente, situações de homofobia institucional são materializadas e (re) atualizadas na cotidianidade de espaços, que deveriam ser de acolhimento. Como dito anteriormente, as escolas produzem violências aos sujeitos LGBT+ e os serviços de saúde também. O locus da assistência à saúde constitui, portanto, espaços ambivalentes, pois, se por um lado produzem cuidado por meio das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, por outro lado, produzem dor, sofrimento e injustiças ao reproduzirem mazelas sociais estruturais como racismo, machismo e homofobia. Nessa direção, convém enfatizar o estudo desenvolvido por Sousa *et al.* (2023) com o objetivo de conhecer o perfil das denúncias de LGBTfobia ocorridas em estabelecimentos de saúde no ano de 2021. Dos 11.388 registros de denúncias referentes às violações sofridas pela população LGBT+ no ano de 2021, extraídas do portal “Disque Direitos Humanos” do governo federal, 152 ocorrências foram em estabelecimentos de saúde. Em 55 dos casos, a relação entre vítima/suspeito era de usuário/funcionário, sendo 14 enfermeiros e 13 médicos. Pessoas do sexo masculino foram as que mais sofreram LGBTfobia – 91 (60%); a orientação sexual mais prevalente foi de homossexuais – 23 (15,1%); e no que toca a questão racial, as pessoas que mais denunciaram se autodeclararam pardas – 74 (48,6%). Este estudo concluiu que o número de casos de LGBTfobia é maior entre homens gays e negros, evidenciando que a sexualidade divergente aliada ao racismo estrutural torna a pessoa negra LGBT+ ainda mais vulnerável e exposta a violências, inclusive nos serviços de saúde.

Nessa mesma direção, Esteves *et al.* (2021) desenvolveram um estudo cujo objetivo era analisar e conhecer o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT+ no Sistema Único de Saúde (SUS) e os processos de sofrimento e adoecimento desencadeados por este. Participaram da pesquisa 29 pessoas, sendo 21 trabalhadores do SUS e 8 usuários da comunidade LGBT+. Os resultados são preocupantes e revelaram que 28% dos profissionais já presenciaram situações de preconceito por parte dos colegas de trabalho no serviço de saúde; já observaram comentários impróprios de caráter LGBTfóbico; identificaram menor tempo de

consulta entre os pacientes LGBTQ+; e manifestaram medo de estabelecer contato físico com a população que não é heterossexual. Por outro lado, 37,5% dos informantes que eram usuários do SUS e pertencentes a minorias sexuais e/ou de gênero afirmaram ter sofrido discriminação durante os atendimentos; desconforto durante as consultas; receio em expressar seus sentimentos; e omissão de informações relevantes por medo da hostilidade, discriminação e preconceito.

Similarmente, Ribeiro, França e Kusma (2023), a partir de um estudo com pessoas LGBTQ+ vivendo com HIV/AIDS, apontam que frequentemente esses informantes sofreram preconceito em face a sua condição sorológica positiva para o HIV, sendo a forma mais recorrente a manifestação de comentários negativos ou situações de constrangimentos por parte dos profissionais de saúde, seguido de esquiva do contato físico e uso extra de equipamentos de proteção individual.

A pesquisa empírica de Ferreira e Jannotti (2019) apontaram para uma pluralidade de especificidades nas demandas das pessoas LGBTQ+ e desafios a serem superados. As participantes lésbicas informaram que enfrentam barreiras no acesso aos serviços de saúde e no atendimento ginecológico, uma vez que o cuidado é centralizado na lógica biologicista, invisibilizando as questões relativas à orientação sexual; para os gays, o acesso é fragilizado para aqueles afeminados, destacando o lugar de abjeção e opressão destinado aos gays pouco masculinizados; já para as travestis, a equidade do cuidado, por meio de ambulatórios específicos, foi apontada como estratégia importante, especialmente para que encontrem unidades de referência para cuidados específicos e próprios da hormonioterapia e alterações corporais, sem que precisem recorrer a espaços clandestinos e insumos inadequados; por fim, para as mulheres transexuais, o uso do nome social deveria ser incorporado na rotina dos serviços de saúde, pois esse elemento associado ao acolhimento permite a garantia da subjetividade e particularidade de cada um em seu reconhecimento de gênero. Em razão disso, é possível inferir que as vivências das pessoas LGBTQ+ nos serviços de saúde é uma experiência de abjeção, que, nas palavras de Miskolc (2020), é uma derivação do julgamento negativo de uma coletividade que enxerga alguns indivíduos com repugnância e senso de ameaça ao funcionamento da ordem social.

Conferindo similar ênfase, Jesus *et al.* (2023) analisaram o modo como mulheres trans vem sendo acolhidas na rede SUS. As informantes referiram não possuir vínculo com a atenção primária à saúde, recorrendo ao cuidado em saúde em dispositivos de média e alta

complexidade (como ambulatórios de hospitais-escola), experienciando em suas vivências violência institucional, negligência e preconceito.

Em suma, as informações debatidas acima – acrescidas as minhas vivências pessoais e profissionais – demonstram que as múltiplas violências que atravessam a vida das pessoas LGBTQ+ produzem danos de diversas ordens à saúde mental. Segundo Vitali e Souza (2023), essas violências são determinantes em produzir agravos em saúde mental, como ideação suicida e outros modos de afetação que são capazes de extrapolar o viés biologicista, culminando em sofrimento ético-político, ou seja, uma experiência peculiar e muito específica que retrata a vivência singular de alguns sujeitos e grupos. Importa frisar que para Sawaia (2014), o enfoque do sofrimento ético-político se articula com uma epistemologia que rompe com as perspectivas normatizadoras e moralizadoras de ciência que culpabilizam o indivíduo pela sua situação social. Para Strappazzon, Sawaia e Maheirie (2022), o sofrimento ético-político se encontra consolidado no escopo da psicologia social crítica e serve como ferramenta para a compreensão e leitura da realidade junto aos processos grupais, bem como fundamento ético-teórico-metodológico para o planejamento, execução e avaliação de pesquisas-intervenção.

Sawaia (2014) refere que para formular o conceito de sofrimento ético-político buscou inspiração e referências em Heller, Espinosa e Vygotsky por encontrar nesses teóricos uma linha de pensamento que deslocou a afetividade do lugar comum antagônico à razão, considerando-a, portanto, uma condição básica dos humanos e um fenômeno produzido socialmente por meio da linguagem e da cultura. Diante disso, o autor argumenta que as emoções são passíveis de uma multiplicidade de sentidos, sendo pouco relevante tão somente defini-las e mais frutífero conhecer o motivo que as originaram, para assim entender a relação entre o sujeito e a situação que os emociona. Não é a causa, de acordo com Strappazzon, Sawaia e Maheirie (2022), mas o efeito que se torna causa na medida que não é um sofrimento universal, mas gerado pelas desigualdades.

Para Vitali e Souza (2023), refletir sobre a dimensão da afetividade é importante para a psicologia e para a pesquisa social, pois a partir da afetividade é possível compreender como as populações que vivenciam a violência são afetadas por esse fenômeno social. As apreensões advindas da pesquisa social revelaram que o sofrimento gerado pela situação social de exclusão tem em sua gênese a consciência do sentimento de desvalor, da deslegitimidade social e o desejo de reconhecimento social. Esses elementos motivaram a denominação desse sofrimento de ético-político. Portanto, o sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana

das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor (Sawaia, 2014), que como já mencionado faz parte do cotidiano das pessoas LGTQIAP+.

Não obstante, para Vitali e Souza e (2023) considerarem o sofrimento ético-político é ainda uma forma de transgredir as visões patologizantes dos problemas sociais, especialmente no que toca as questões dos sujeitos e coletivos LGBTQ+ que muitas vezes são atravessadas por discursos biomédicos que capturam, reduzem e aprisionam o sofrimento dessa população a enquadres e categorias diagnósticas, quando em verdade, sua grande maioria são sofrimentos produzidos pelas condições sociais de vida em que os sujeitos LGBTQ+ estão inseridos. Cumpre destacar que para Strappazzon *et al.* (2022), o sofrimento ético-político é sobretudo evitável caso as condições de desigualdade sejam superadas, o que indica um rol de demandas para as políticas públicas e foco de atenção para os profissionais do campo psicossocial.

Strappazzon, Sawaia e Maheirie (2022) evidenciam que a preocupação com o sofrimento ético-político é de interesse da psicologia social crítica que tem dupla implicação com o conceito em tela. Primeiramente por se situar teoricamente na interface entre o sujeito e a sociedade e por trazer em seu bojo propostas de práxis que contribuam para a superação das injustiças e desigualdades não perdendo de vista o fortalecimento dos sujeitos e coletivos.

Nesse sentido, pretende-se compreender como a homofobia interfere nas práticas de cuidado às pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência adquirida em fase avançada da infecção, bem como caracterizar o perfil clínico e social das PVHA e analisar os efeitos da homofobia na assistência à saúde de PVHA.

4 CONTORNOS E O DESENVOLVER METODOLÓGICO: aproximação com o campo-tema e com o hospital-campo

Nesse corredor
 Portas ao redor
 Querem escolher
 Olha só, uma porta só
 Uma porta certa
 Uma porta só
 Tentam decidir
 A melhor
 Qual é a melhor?
 Não importa qual
 Não é tudo igual
 Mas todas dão em algum lugar
 E não tem que ser uma única
 Todas servem pra sair ou para entrar
 É melhor abrir para ventilar
 Esse corredor

(Marisa Monte, *Portas*)

As escolhas metodológicas realizadas, tal como as portas da canção de Marisa Monte, muito contribuíram para me apontar direções e obter um contorno no desenrolar da caminhada acompanhado das ferramentas de pesquisa, a cara e a coragem.

Este estudo se trata, portanto, de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo descritiva, exploratória, assentada no campo da psicologia da saúde, da saúde coletiva e amparada pelo referencial da psicologia social crítica.

A psicologia social crítica da saúde nasce a partir da cosmovisão comunitário-solidária, baseando-se em uma forma sociológica da psicologia social (Roso, 2007), assim como o construcionismo social, os estudos culturais e a teoria crítica. Do ponto de vista epistemológico, assume uma postura crítica e propositiva frente os processos de exclusão social e opressão, engajando-se com as políticas públicas, os direitos humanos e o bem-estar coletivo. Para essa mesma autora, uma psicologia social crítica da saúde deve estabelecer conexões com

uma consciência crítica que favoreça o fazer psicológico na saúde transformador, rompendo com um paradigma e um referencial de ciência estanque e por extensão, considerando a saúde como uma construção social que está intrinsecamente relacionada à ideologia dominante e à cultura de cada comunidade e seu tempo histórico.

Ainda em Roso (2007), a psicologia social crítica da saúde se ocupa com a promoção da saúde para além do viés comportamental, focalizando no desenvolvimento da ação política das pessoas e estimulando que pertençam efetivamente ao espaço público, especialmente as que vivenciam a exclusão social, como as pessoas LGTQIAP+, razão pela qual tal compreensão teórica e epistemológica interessa a essa dissertação.

Quanto às pesquisas desenvolvidas no campo da saúde, Turato (2005) desmistificam que a sofisticação estatística seja o único caminho viável para a produção de informações significativas. Para Freitas *et al.* (2011), assim como para Pontes *et al.* (2007), muito embora a maior parte dos estudos realizados na área da saúde tenham recebido forte influência do enfoque positivista contido nas abordagens epidemiológicas e dos métodos quantitativos – que muitas vezes, não respondem às diversas questões humanas e sociais que permeiam o processo saúde/doença dos indivíduos, comunidades e coletividades – desde a década de 1970, a pesquisa qualitativa vem contribuindo significativamente para as ciências sociais e da saúde, considerando que esse modo de pesquisar analisa pequenas amostras, não necessariamente representativas da população, procurando entender os acontecimentos para além de mensurá-los.

No contexto da pesquisa qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das ciências humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender o seu significado individual ou coletivo na vida das pessoas (Freitas *et al.*, 2011). Em termos genéricos, a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo (Denzin; Lincoln, 2006). Nesse mesmo sentido, Haraway (1995), salienta a necessidade de reconhecer que todo conhecimento parte sempre de uma perspectiva parcial, situada, localizada e com potencialidade para favorecer conexões, diálogos e pontes com diferentes outras localizações, considerando a dimensão coletiva, política e ética do conhecimento.

A investigação qualitativa ganhou contorno intelectual e político, dada a rede de interesses que se constituiu para sua sustentação e seu desenvolvimento: periódicos, associações acadêmicas, conferências, editores, grupo de acadêmicos, políticos e profissionais envolvidos com o feminismo, o pós-modernismo e o pós-estruturalismo (Menezes; Costa, 2010). Para Soares (2003), a pesquisa qualitativa é importante por permitir compreender

aspectos psicológicos para os quais o procedimento estatístico se torna inviável, como por exemplo, demonstrar indicadores do funcionamento de estruturas sociais; analisar a interação entre variáveis e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos. Nesse sentido,

[...] responde a questões particulares; [preocupa-se com] um nível de realidade que não pode ser quantificado; trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2014, p. 21-22).

Gamson (2006), ao relacionar o campo das pesquisas qualitativas com as sexualidades, chama atenção para a tradição de pesquisas heterocisnormativas e o silenciamento de indivíduos, grupos e comunidades com identidade de gênero ou orientação sexual não heteronormativa. Esse mesmo autor enfatiza que a pesquisa social se mostra implicada em ocupar-se com a dimensão relacional do processo, com o desenvolvimento de significados culturais e políticos frente às vivências narradas e consolidação de espaços potentes, dinâmicos e criativos de fala, escuta e visibilização.

4.1 Procedimentos

A presente pesquisa foca na vivência de homo/bissexuais masculinos com sorologia positiva para o HIV em estágio avançado da infecção (fase aids) e se inclui no escopo das pesquisas sociais que pretendem refletir como o reconhecimento das especificidades das pessoas LGBTQ+ vivendo com HIV/AIDS pode contribuir para o alcance dos princípios que norteiam o SUS, especialmente a integralidade da assistência e a equidade.

Desse modo, foram utilizadas como ferramentas metodológicas para produção de informações: a observação, registro em diário de pesquisa e entrevista. Para Spink (2008), a observação é uma prática social e uma estratégia metodológica que possibilita a compreensão da vida das pessoas inseridas em um determinado contexto por meio da convivência comprometida. Em outras palavras, significa a imersão do pesquisador em um espaço social (comunidade, instituição, grupo) onde se materializam as vivências cotidianas, dotadas de sentido e subjetividade, cabendo ao pesquisador se engajar no processo de vinculação, envolvimento, contemplação e se fazer compreendido quanto ao seu papel social de conviver e registrar o que observa. No entanto, a observação não é neutra (Cardona; Cordeiro; Brasilino, 2014) e sim mediada por movimentos de escolhas, negociações, tomadas de decisão, tensionamentos, posicionamentos e posturas críticas.

Quanto ao diário de pesquisa, Medrado, Spink e Mélo (2014) o definem como instrumento passível de uso sistemático e produtor de narrativas que registram anotações de cunho pessoal sobre acontecimentos marcantes ou experiências do cotidiano dignas de notas. Esses mesmos autores reforçam a ideia do diário como ferramenta para a pesquisa, na medida em que possibilita que o pesquisador dialogue com os escritos e o coloque em um lugar de ator/atuante, rompendo com o binarismo sujeito-objeto.

A utilização de diários de campo como ferramenta de pesquisa possibilita visibilizar aspectos da implicação do pesquisador com o campo estudado, assim como auxilia a narrativa textual das impressões do pesquisador (Kroef; Gavillon; Ramm, 2020). Nesse sentido, a utilização do diário de campo nesta pesquisa foi de grande relevância, pois havia em mim a intenção de registrar as minhas impressões e afetações pessoais durante toda a execução da pesquisa, não necessariamente se restringindo a etapa de produção das informações.

Já em relação à entrevista, é importante considerar os apontamentos de Duarte (2002), que afirma que a entrevista não é a única ferramenta a ser utilizada se tratando de pesquisa qualitativa, também não sendo indiscriminadamente adequada a todas as situações de pesquisa, havendo circunstâncias em que não é aplicável. A entrevista é, portanto, uma modalidade de interação entre duas ou mais pessoas, ou seja, uma forma de interação social que valoriza o uso da palavra, símbolo e signo (Fraser; Gondim, 2004). Segundo eles, isso significa que a entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala das atrizes e atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana por meio do discurso.

A relação intersubjetiva do entrevistador e do entrevistado é um aspecto central na pesquisa qualitativa por permitir a negociação de visões da realidade resultantes da dinâmica social onde os participantes constroem conhecimento e procuram dar sentido ao mundo que os cerca (Minayo, 2010). Durante a entrevista há de se considerar o estabelecimento de uma relação de confiança entre o pesquisador e o entrevistado, pois a partir desse vínculo fluem as experiências vividas e as informações sobre si emergem (Silva *et al.*, 2007), sendo que a qualidade deste vínculo impacta diretamente sobre o sentido que o entrevistado dá para sua narrativa (Paraná, 1996).

Para tanto, foi utilizada a entrevista semiestruturada, que consiste na combinação de perguntas abertas e fechadas, dando ao entrevistado a autonomia para se posicionar sobre o tema, sem se prender à pergunta formulada (Minayo, 2010). O emprego dessa ferramenta foi pensado levando em consideração a sensibilidade da temática e a intenção de alcançar os aspectos subjacentes às histórias de vida, afetividade, sexualidade e condição de saúde dos

interlocutores. O roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A) foi utilizado de forma flexível em alguns momentos, atuando como orientador da conversa e guia de bolso do pesquisador. Dessa forma, a entrevista foi adotada como estratégia de produzir informações relativas às vivências de pessoas LGBTQ+ nos serviços de assistência à saúde e ferramenta viabilizadora da interação social dialógica entre pesquisador e interlocutores, facilitando também uma atmosfera de cordialidade, afeto, identificação, acolhimento e escuta.

4.2 O hospital-campo

O *locus* da pesquisa foi o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), que integra o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará (CH-UFPa). Este CH, por sua vez é composto por duas unidades: o Hospital Universitário Bettina Ferro (HUBF), situado nas dependências da Universidade Federal do Pará e o HUIBB, localizado em um entorno mais residencial da cidade de Belém/PA, precisamente no bairro Guamá que é um território de elevada densidade populacional e vulnerabilidade social.

O HUIBB é uma unidade de saúde tipificada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNEs), como hospital geral, certificado também como hospital de ensino, habilitado para atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde, em diversas especialidades médicas e multiprofissionais, sendo referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas, diagnóstico e tratamento da fibrose cística, meningite, além de referência secundária e terciária no tratamento da tuberculose multirresistente (TBM^R) e oncologia. Sendo assim, dispõe de uma unidade de doenças infecciosas e parasitárias com 30 leitos cadastrados no CNEs exclusivamente para à assistência hospitalar de pessoas vivendo com aids.

Com base em Leal (2021), é valioso considerar que o HUIBB é um equipamento assistencial planejado e construído na década de 1930 como Sanatório Barros Barreto (SBB) para o enfrentamento da epidemia de tuberculose, uma patologia incurável na época e que provocava uma mortalidade com proporções deletérias, constituindo o maior e mais grave problema de saúde pública e emergência sanitária naquele contexto histórico e social. Contudo, a sua inauguração só aconteceu em 1959 quando a cidade já não vivia o colapso da epidemia e o tempo de isolamento já era menor devido o surgimento de drogas terapêuticas. Nesse sentido, o hospital começou a atender as pessoas com tuberculose ambulatorialmente até que reestruturações na edificação fossem feitas adaptando o espaço as novas necessidades.

Ainda segundo Leal (2021), em 1976 o Barros Barreto deixa de ser sanatório e se torna hospital de referência para doenças tropicais, sendo cedido em 1990 à gestão da Universidade Federal do Pará, que ampliou o seu escopo assistencial para outras doenças, como malária e aids. Em 2015, o hospital atravessa uma transição administrativa da gestão da Universidade para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – empresa pública de direito privado), quando também passa a ser incluído no Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Em 20 de fevereiro de 2020, a assessoria de comunicação do Complexo Hospitalar da UFPA/EBSERH vincula no site institucional a notícia que confirma o primeiro caso do coronavírus no Brasil, informando que o HUIBB está intensificando o preparo para tratar e conter os possíveis casos que cheguem por meio de protocolos clínicos, organização de fluxos de atendimento e treinamentos com a equipe de saúde. Em março de 2020 e poucos dias depois da Organização Mundial da Saúde caracterizar como pandemia os surtos pulverizados de Covid-19, o HUIBB se torna referência também para a assistência hospitalar de usuários infectados pelo coronavírus com gravidade clínica. Essa instituição também empreendeu esforços sociais importantes ao criar estratégias de comunicação com a comunidade por meio de serviços de teleatendimento para responder e tirar dúvidas da sociedade paraense sobre o ameaçador coronavírus em abril de 2020. Isso demonstra que o HUIBB é uma instituição atravessada pelas epidemias e grandes crises sanitárias brasileiras, razão esta que motivou a minha escolha por essa Instituição como hospital-campo para a realização desta pesquisa.

Os hospitais para a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH) são

Instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (Art. 3) (Brasil, 2013a).

Ainda em conformidade com a PNAH, os hospitais, além de ofertarem assistência à saúde, devem primar por processos de educação, formação de pessoal e fomento à pesquisa, especialmente aqueles da rede SUS (Brasil, 2013a). Nesse sentido, é de igual importância que a psicologia brasileira esteja nas instituições hospitalares não apenas desenvolvendo atividades assistenciais, mas também produzindo pesquisas a partir de uma perspectiva transdisciplinar. A esse respeito, Spink (2007) debate, na obra *“A psicologia em diálogo com o SUS”*, que a reorientação da assistência à saúde ao estabelecer a promoção e prevenção como estruturantes do modelo de saúde, bem como a determinação social dos modos de adoecer e o caráter interdisciplinar da saúde formaram um campo possível de pesquisa e intervenção psicossociais

que têm por fundamento conceitos como risco, vulnerabilidade, construção de sentidos; por foco, a violência e a exclusão social e como prática, o uso de estratégias diversificadas.

No que toca a minha imersão no hospital-campo, primeiramente foi necessário conhecer o fluxo de acesso dos pesquisadores alocados no Complexo Hospitalar UFPA para então seguir passo a passo o itinerário da pesquisa. Os primeiros passos se deram ainda quando o projeto de pesquisa foi gestado e maturado como tal, nos remetendo ao pensamento de Spink (2003) de que já estamos em campo desde que começamos a nos relacionar com ele a partir das leituras, apropriações da temática e exploração do universo da pesquisa. Em suas palavras, quando fazemos o que nós chamamos de pesquisa de campo, nós não estamos “indo” ao campo porque já estamos no campo e imersos no tema. Logo, após a qualificação ocorreu a submissão do projeto à Plataforma Brasil contendo o Hospital Universitário João de Barros como instituição proponente e ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com Seres Humanos deste mesmo hospital (HUJBB), cumprindo as normativas da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta sobre as implicações éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais

Uma vez aprovado pelo CEP/HUJBB sob número de Parecer 6.324.420, foi realizado o cadastro na Secretaria da Gerência de Ensino e Pesquisa que disponibilizou um requerimento para viabilização do crachá de identificação, orientou quanto às normas da Instituição e se colocou a à disposição para o auxílio durante essa fase da investigação científica. Nessa oportunidade, solicitei-me a atualização do cronograma de pesquisa, visto que as datas estavam obsoletas. Assim o fiz e posteriormente iniciei as etapas previstas no planejamento da pesquisa com ênfase na criação de estratégias para adentrar o hospital-campo.

A principal estratégia adotada foi de articulação com a psicóloga de referência da unidade de doenças infecto parasitárias do hospital (UDIP). Agendamos um encontro presencial que aconteceu no ambulatório de psicologia, situado no primeiro andar. Naquela ocasião conversávamos sobre a rotina hospitalar, as dinâmicas de pesquisa no hospital-campo, acesso ao prontuário eletrônico, o perfil mais recorrente dos usuários, bem como da equipe, sobre a minha pesquisa, assim como sobre as inseguranças que apresentava no momento. Que em verdade é uma espécie de frio na barriga indicador de que estava muito próximo de acontecimentos importantes. Nada que não fosse, pelo menos em partes, amenizado pelo acolhimento das colegas psicólogas e amigas Mariana Massoud e Renata Barreto, as quais tenho bastante apreço, estima e gratidão.

Somente após essa atualização *in loco* sobre o hospital-campo e suas dinâmicas que me senti pessoalmente autorizado a me direcionar à UDIP, localizada no terceiro andar. Essa

circunstância foi como se um filme da minha própria trajetória profissional e acadêmica passasse à minha mente, pois era a primeira vez que adentrava uma área assistencial do hospital em que cursei a Residência Multiprofissional em Saúde há cinco anos. Sobretudo, foi um momento muito simbólico e revitalizante por favorecer que entrasse em contato com memórias afetivas e sentisse orgulho da minha breve caminhada ascendente. Algo muito sensível para mim, pois por longos anos me foi tomado o direito de sentir orgulho de quem sou, dos meus feitos e da minha história. Portanto, foi inevitável não recordar do meu primeiro contato com um hospital-escola, ainda na condição de graduando em psicologia vinculado a um projeto de extensão da Universidade Federal do Maranhão em 2012; seguido do estágio supervisionado em saúde no ano de 2014 no mesmo hospital; ingresso no Complexo Hospitalar UFPA como psicólogo residente em 2016; e em 2023 como mestrando-pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP)/UFPA. Tudo isso inimaginável para o lugar de onde venho sendo um homem gay, cisgênero, preto, que nasceu e cresceu em um bairro periférico da capital do Maranhão sem referências familiares de pessoas com formação acadêmica devido a dinâmica de subalternização que assola as famílias pretas, pobres e periféricas.

Presumo que todos esses anos de dedicação, estudos e de prática clínica na área da saúde me possibilitaram certa expertise que muito me ajudou no traquejo com os interlocutores, tanto aqueles em potencial – ou seja, aquelas pessoas que em uma primeira triagem eram elegíveis para uma abordagem presencial com o objetivo de apresentação da pesquisa e sondagem do atendimento ou não dos critérios de inclusão – quanto aqueles que efetivamente vieram a compor o grupo de interlocutores do estudo.

A respeito da triagem que foi realizada anteriormente ao contato com os pacientes, algumas considerações são dignas de notas. Foram estabelecidos como critérios de inclusão os seguintes requisitos: ter 18 anos ou mais; se reconhecer LGBTQI+; estar hospitalizado na UDIP em consequência da infecção pelo HIV; aceitar participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No entanto, a partir da leitura dos prontuários observei a ausência de informações relacionadas ao espectro da sexualidade. Isso significa na prática que no prontuário dos usuários não havia um campo disponível para o preenchimento da identidade de gênero, tampouco, da orientação sexual, havendo uma lacuna apenas para preenchimento do nome social em caso de adequação do documento civil.

Em face a essa realidade apresentada e considerando que a compreensão dos modos de adoecer em decorrência do HIV/AIDS depende do conhecimento e da articulação teórica

entre os padrões epidemiológicos, marcadores sociais e vulnerabilidades, questionei-me se as identidades de gênero a orientação sexual não são dados de saúde. Não se trata de informações clinicamente relevantes para a produção da saúde integral e cuidado centrado nas pessoas?

Nessa direção, outros aspectos me chamaram atenção. No hospital-campo, um usuário era reconhecido como heterossexual quando fornecia a equipe de saúde informações de sua composição familiar consoante com o padrão hegemônico da cisheteronormatividade, ou seja, ter uma relação conjugal ou afetiva com pessoa do sexo oposto, ou mesmo a presença das respectivas esposas/namoradas/parceiras no hospital na condição de acompanhante era o suficiente para que esses homens fossem lidos como “não gays”, embora a informação relacionada à sexualidade destes também não comparecesse nas anameses e registros de prontuário.

Já em relação aos usuários lidos como gays e/ou bissexuais, em nenhum dos prontuários havia o registro da sexualidade como dado de saúde, o que dificultou a seleção inicial dos interlocutores, me restando apenas estratégias de exclusão. Assim, aqueles usuários que se enquadravam na primeira situação ilustrada acima (casados com pessoas do sexo oposto e com essas parceiras íntimas presentes no hospital), foram considerados inelegíveis para o grupo de informantes. É do nosso conhecimento que nem todos os homens que fazem sexo com homens se reconhecem com a identidade *gay* ou bissexual, sendo comum a essas pessoas práticas sexuais muitas vezes permeadas por dinâmicas de sigilo e restritas a espaços específicos de socialização como saunas, festas e banheiros públicos. No entanto, em face a cena hospitalar, que é um ambiente estressor, de despersonalização e interrupções, não considerei apropriado explorar esse público, especialmente na presença de acompanhantes que eram parceiras amorosas. Também foram considerados inelegíveis para o grupo de interlocutores os usuários com coinfeção HIV- *Corona Virus* (COVID); e aqueles que apresentavam condições neurológicas de comprometimentos severos.

Feita a leitura dos prontuários e a seleção de interlocutores em potencial foi possível realizar a abordagem individual aos usuários da enfermaria masculina, na ausência de pessoas LGBTQ+ na enfermaria feminina. É oportuno salientar que durante todo período em que estive no hospital-campo – de outubro a dezembro de 2023 – não houve admissão de pessoas trans ou travestis, o que justifica o perfil hegemônico do grupo de interlocutores quanto a identidade de gênero, aglutinando tão somente homens cisgênero.

Suponho que o tempo médio das internações (que variava de 01 a 142 dias) por ocasião da gravidade clínica dos usuários e a presença de “nó críticos” na instituição, como

tempo de espera elevado por interconsultas (avaliação de um especialista, por exemplo, médico oncologista), favorece a baixa rotatividade de leitos nessa unidade de internação, muito provavelmente aumentando o tempo de espera por transferência dos usuários que se encontram em hospitais gerais e UPA para o hospital de referência. Dada essa realidade, percebi que embora me presentificasse três vezes por semana no hospital, este fator não era determinante para o número de pessoas que conseguiria triar e apresentar a pesquisa, pois caso não tivesse ocorrido alta, transferência de unidade ou óbito, encontraria na lista de usuários as mesmas pessoas as quais já havia realizado a triagem em outro momento.

Entre as pessoas que foram elegíveis para a participação, a minha abordagem consistia em me apresentar, favorecer um *rappor*t, apresentar a pesquisa, checar critérios de inclusão, dialogar sobre o TCLE (Apêndice B), solicitando a leitura atenta e checando se há necessidade de auxílio, dúvidas, bem como reforçando as explicações a condição de anonimato da participação, direito de desistência a qualquer momento sem ônus ou prejuízos ao seu tratamento de saúde, bem como os meus contatos enquanto pesquisador-responsável. As entrevistas foram realizadas presencialmente, de forma individual e gravadas em *smartphone* do próprio pesquisador, sendo necessário a transcrição do áudio a posteriori. Algumas delas foram transcritas literalmente e outras de forma temática.

4.3 Conhecendo os interlocutores

Seis pessoas participaram da pesquisa e para preservar a identidade pessoal dos interlocutores foram utilizados nomes masculinos comuns, mas que não foram escolhidos aleatoriamente, sendo nomes de ativistas LGBTQ+ ou de personalidades que foram importantes para a cultura gay por trazerem visibilidade as nossas pautas ou por contribuírem para a promoção do pertencimento. Jean é uma homenagem a Jean Wyllys; Neto é uma homenagem a Cazuza, que se chamava Agenor de Miranda Araújo Neto; Jorge é uma homenagem a Jorge Lafond, ator, comediante e drag queen que deu vida a personagem Vera Verão; David em homenagem ao deputado federal David Miranda, amigo pessoal de Marielle Franco e sucessor de Jean Wyllys; Paulo, em homenagem a Paulo Gustavo e Pablo, em homenagem à nossa queridinha do pop brasileiro, Pabllo Vittar.

Os interlocutores eram adultos com idades que variaram entre 34 e 49 anos. Todos eram cisgênero e solteiros. No que diz respeito à raça, duas pessoas se identificaram como

brancas e os demais como pretos e pardos, o que significa que juntando pretos e pardos, a maioria dos entrevistados eram negros.

O quadro 1 apresenta a caracterização dos interlocutores da pesquisa.

Quadro 1 – Perfil social dos interlocutores

Nome fictício	Idade	Identidade de gênero	Orientação sexual	Raça/cor	Escolaridade	Estado civil
Jean	34	Cisgênero	Gay	Pardo	Pós-graduado	Solteiro
Neto	38	Cisgênero	Gay	Branco	Ensino superior	Solteiro
Jorge	35	Cisgênero	Bissexual	Preto	Ensino médio	Solteiro
David	36	Cisgênero	Gay	Preto	Ensino superior	Solteiro
Pablo	49	Cisgênero	Bissexual	Pardo	Ensino médio	Solteiro
Paulo	36	Cisgênero	Gay	Branco	Ensino médio	Solteiro

Fonte: Informações da pesquisa realizada pelo autor.

As conversas foram iniciadas com perguntas abertas e mais gerais relacionadas à história de vida dos interlocutores e o momento de eclosão do adoecimento por consequência do HIV. Abaixo ilustro um pouco mais de cada um.

4.3.1 Conhecendo Jean

Jean é um homem gay, cisgênero, de 34 anos, autodeclarado pardo, solteiro e pós-graduado. Logo no primeiro encontro e contato com a pesquisa demonstrou bastante interesse, se mantendo durante todo o diálogo bem à vontade, ainda que entrasse em contato com conteúdos delicados e marcadores de sofrimento para si. As suas falas foram espontâneas, marcadas por gírias, dialetos populares e expressões não verbais que caracterizavam trejeitos e rompimento com os padrões normativos de masculinidade dominante.

A entrevista ocorreu na varanda terapêutica da enfermaria masculina de infectologia do HUIBB sem interrupções. Na história de vida de Jean dois eventos psicossociais contribuíram para o aumentar sua vulnerabilidade às IST e consequentemente ao diagnóstico de HIV, como ilustrado nas falas abaixo

O meu problema é que eu sofri uma decepção amorosa e eu acabei caindo no mundo, como dizem, no mundo da perdição. Ficava com qualquer um, não tava nem aí se eu tava protegido ou desprotegido e também tinha aquela ideia: isso nunca vai acontecer comigo.

Eu tinha ficado com um cara e ele me forçou. Desse forçamento eu acabei sangrando, só que com ele foi com proteção, mas eu fiquei com esse sangramento e eu não queria contar pra ninguém porque tava com muita vergonha. Quando o sangramento deu uma parada eu voltei a cair no mundo da perdição de novo. Aí eu conheci dois caras (eles eram um casal) e me envolvi com eles, fiquei umas duas vezes com eles e daí tenho a suspeita (de ter se infectado).⁹

Nesse caso, a fragilidade emocional decorrente dos relacionamentos, a precariedade de acesso a prevenção combinada, o episódio de abuso sexual e a ideia de invulnerabilidade às IST traduzidas na crença de que as infecções sexualmente transmissíveis estão distantes de sua realidade ou são inalcançáveis ao seu próprio corpo demonstram a elevada complexidade da gestão dos riscos no processo saúde-doença. Conferindo mesma ênfase, para Luiz (2011), homens que fazem sexo com homens quando optam por práticas sexuais sem preservativo com parceiros eventuais desenvolvem suas próprias estratégias para mitigar a possibilidade de IST, muitas vezes sem necessariamente se basearem nas políticas oficiais, sendo preponderante a relação entre os fatores socioculturais, especialmente as informações do senso comum que influenciam em crenças, valores pessoais e acabam sendo aglutinadas ao repertório de gestão de riscos.

4.3.2 Conhecendo Neto

Neto é um homem gay, cisgênero, de 38 anos, autodeclarado branco, solteiro e com nível superior de escolaridade. Foi bastante receptivo e tinha familiaridade com pesquisas devido sua profissão. Nosso primeiro contato fugiu um pouco do script, pois inicialmente eu havia abordado o paciente que estava no leito ao lado do seu, ocasião em que me apresentei, falei da pesquisa, dos objetivos e perguntei se o seu colega de enfermaria se enquadrava nos critérios de inclusão, o que não aconteceu. Enquanto eu me despedia dessa pessoa agradecendo a atenção dispensada, Neto, que estava a poucos metros de distância me chama, informa que se enquadra no perfil e que gostaria de participar. Fiquei absolutamente feliz com a atitude e interesse diante da temática relacionada à homofobia.¹⁰

Ao final do diálogo, Neto me desejou boa sorte, referiu que tinha expectativas de ter contribuído com o estudo e foi bastante empático comigo revelando imaginar as dificuldades de execução da pesquisa de campo.

4.3.3 Conhecendo Jorge

⁹ Entrevista de pesquisa concedida em 14 de outubro de 2023, na cidade de Belém-PA.

¹⁰ Entrevista de pesquisa concedida em 21 de outubro de 2023, na cidade de Belém-PA.

Jorge é um homem bissexual, cisgênero, autodeclarado preto, de 35 anos, solteiro, com nível médio de escolaridade. Nosso encontro aconteceu em uma manhã de novembro na varanda terapêutica do HUIBB, pois Jorge tinha boas condições de mobilidade e nenhuma restrição ao leito. Durante toda a conversa, Jorge se mostrou bastante sério, contraído e tensionado. Isso porque o contexto da hospitalização lhe trazia frustrações, revolta e dificuldades de aceitação das circunstâncias de vida que se encontrava. Apesar disso, Jorge foi bastante receptivo, muito provavelmente por ter compreendido que a pesquisa se localiza no campo da psicologia, coincidindo com a expectativa de escuta das suas demandas emocionais. Pude observar sinais de sofrimento pelo seu semblante apático, introspecção durante a conversa e sobretudo, pelos conteúdos que emergiram, como no fragmento abaixo.

Sinto culpa pelo diagnóstico. Nunca fui de me deitar com facilidade, sabe? Não tenho ideia como aconteceu, nem de quem contrai [...] eu não tava preparado para essa internação, vim me preparando, mas está sendo muito difícil para mim, porque não era isso que eu queria.¹¹

Considero importante registrar que quando acessei o prontuário do Jorge, constava registros de solicitação de acompanhamento psicológico e avaliação da psiquiatria devido alteração no sono (insônia) e aumento dos níveis de ansiedade. A psicóloga de referência desta Unidade de internação estava de férias e não foi possível o atendimento imediato desta demanda pelo Serviço de Psicologia, pois na ausência de um profissional não há um rearranjo que favoreça a continuidade dos atendimentos. Quando a psicóloga retornou de férias, coincidindo o período em que ainda permanecia em campo e o Jorge hospitalizado, tive a oportunidade de dialogar com ela sobre as minhas impressões técnicas relacionadas a esse paciente-interlocutor da pesquisa.

Acredito que foi muito importante para o Jorge o encontro com um pesquisador psicólogo, já que durante o diálogo houveram momentos em que o choro contido deu espaço a uma respiração profunda de alívio e de fôlego para lidar com os enfrentamentos necessários.

4.3.4 Conhecendo David

David é um homem gay, cisgênero, autodeclarado preto, de 36 anos, solteiro, com nível superior de escolaridade. Nosso primeiro contato foi bem frutífero, dada sua postura colaborativa e interesse em pensar sobre a homofobia. Seu pensamento era bem rápido, o que

¹¹ Entrevista de pesquisa concedida em 13 de novembro de 2023, na cidade de Belém-PA.

provavelmente contribuía para que as respostas fossem quase que instantâneas, sinceras e fluidas. Sua corporeidade apresentava expressões que se caracterizavam como trejeitos afeminados.

David estava acompanhado de seu ex-namorado, que na ocasião se retirou para que tivéssemos privacidade. A conversa foi realizada beira-leito, sem outros pacientes por perto, pois o interlocutor estava restrito ao leito, em situação clínica de pós operatório de gastrostomia, que é um método cirúrgico de implantação de uma sonda no estômago para fornecer dieta ao paciente.

Quando orientei o David¹² quanto ao objetivo do estudo e como seria conduzida a entrevista, explicitiei que faria uma gravação para posterior transcrição de informações. Imediatamente surgiu a preocupação se a gravação seria por vídeo, ocasião em que elucidei que o registro seria apenas do áudio. Este comportamento reflete a preocupação das pessoas vivendo com HIV/AIDS em serem expostos ou terem sua sorologia revelada e também as dificuldades de lidar com a própria autoimagem, modificada pela gravidade do quadro clínico, que muitas vezes implica no emagrecimento, perda de massa muscular e intensas modificações estéticas e corporais.

4.3.5 Conhecendo Paulo

Paulo¹³ é um homem *gay*, cisgênero, autodeclarado branco, de 36 anos, solteiro, com escolaridade de nível médio. Me recordo que o encontro com Paulo ocorreu poucos dias após sua admissão no hospital, de modo que a equipe assistencial (pelo menos a que estava naquele plantão) ainda não tinha maiores informações de sua história de vida, incluindo sua sexualidade, que é pouco explorada como um dado de saúde. Paulo estava acompanhado por uma mulher, que na ocasião me informou ser sua mãe. Reiterou que entre eles não há segredo, em outras palavras me informando que tem conhecimento das condições de saúde e diagnóstico do filho. Foi compreensiva quanto a necessidade de privacidade para a realização da entrevista, se mostrando muito cuidadosa.

No entanto, o encontro com Paulo foi breve. Minha primeira hipótese é que o seu quadro clínico comprometeu as possibilidades de fluidez. Paulo apresentava um quadro de fadiga crônica, palidez e um semblante apático. Durante a conversa seu tom de voz era baixo,

¹² Entrevista de pesquisa concedida em 17 de novembro de 2023, na cidade de Belém-PA.

¹³ Entrevista de pesquisa concedida em 23 de novembro de 2023, na cidade de Belém-PA.

sua fala lentificada, com certa dificuldade de concatenar as ideias e explorar seu universo. Também notei em Paulo, baixa compreensão do seu processo saúde-doença e dos motivos pelos quais necessitava de assistência hospitalar.

4.3.6 Conhecendo Pablo

Pablo é um homem bissexual, cisgênero, autodeclarado pardo, com 49 anos e escolaridade de nível médio. Aceitou participar da pesquisa com empolgação, demonstrando durante a conversa sua forte adesão ao tratamento proposto. Afirmou que sua história é de um diagnóstico recente, sendo a primeira vez que se interna e entra em contato com o universo do cuidado.¹⁴

Antes de iniciarmos a entrevista pediu licença para fazer a ingestão do suplemento alimentar que era a refeição da tarde (lanche), disponibilizado pelo próprio hospital sob conduta nutricional. Observei que Pablo fez um gesto que indicava dessabor, reiterando que a bebida não era muito palatável, mas importante para seu estado nutricional.

4.4 Análise das informações produzidas

As informações produzidas nesta pesquisa foram analisadas à luz da análise de conteúdo, proposta por Bardin. Para essa autora, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Para Franco (2005), a análise de conteúdo diz respeito a um método utilizado para a compreensão de significações mensagem focalizado na interpretação tanto do significado aparente quanto daquele aparentemente não percebido na fala de um interlocutor. Moraes (1999), compreende que a análise de conteúdo se constitui como uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos, que possibilita o pesquisador reinterpretar as mensagens e atingir uma compreensão de seus significados em um nível indo além de uma leitura comum. Bardin estabelece, portanto, a própria sistematização do processo metodológico, estratificando-os em três fases. Na primeira delas, chamada de pré-análise, a atenção do pesquisador foi direcionada aos materiais, especialmente às entrevistas transcritas e as anotações do diário de campo. Foi realizada

¹⁴ Entrevista de pesquisa concedida em 1º de dezembro de 2023, na cidade de Belém-PA.

também a leitura flutuante das entrevistas com propósito de selecionar o corpus a ser analisado, apreender e organizar de forma não estruturada aspectos importantes para as próximas fases da análise. Para Bardin (1979), é com a leitura flutuante e a partir do contato com os documentos produzidos na pesquisa que emergem as primeiras impressões e orientações analíticas.

Na segunda fase, da exploração, a autora propõe que se as informações produzidas sejam trabalhadas, buscando pistas que auxiliem nas respostas aos objetivos delimitados. Por meio da identificação dos núcleos de sentido, que ocorreu a partir da frequência em que os temas apareceram, indicando relevância temática, foi possível definir três núcleos temáticos: a) Gênero e performance de masculinidade como escudo para a homofobia; b) Preconceito frente à condição sorológica subjacente à homofobia e; c) Homofobia na cotidianidade: normalizada e internalizada?

Após a definição das categorias, novamente foi realizada a leitura das transcrições, buscando identificar as falas que convergiam com as categorias dispostas. Assim, iniciou-se a terceira e última etapa que consistiu no tratamento dos resultados a partir de reflexões entre o material empírico e a teoria, com a proposição de interpretações e discussão para se pensar o fenômeno da homofobia e a assistência à saúde as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Moraes (1999) enfatiza que a análise de conteúdo é uma interpretação pessoal por parte do pesquisador com relação à percepção que se tem dos dados, visto que não é possível uma leitura neutra. Em uma leitura lewiniana, a presença do pesquisador no processo de investigação, bem como sua implicação e inclusão no campo com a sua ação (entrevistas, questionários, dinâmicas, análises de dados e devolução das informações obtidas) modifica o objeto estudado, desconstruindo a ideia de neutralidade.

5 VIVER, MORRER, RENASCER: relatos dos interlocutores

Esta seção pretende apresentar os relatos dos interlocutores da pesquisa. Para a análise das informações produzidas, identificou-se três categorias analíticas: a) Gênero e performance de masculinidade como escudo para a homofobia nos Serviços de Saúde; b) Preconceito à condição sorológica subjacente à homofobia e; c) homofobia na cotidianidade: normalizada e internalizada.

Na primeira categoria, “Gênero e performance de masculinidade como escudo para a homofobia nos Serviços de Saúde” é apresentado o modo como os homens gays e bissexuais que participaram da pesquisa encontram para mitigar a homofobia nos espaços de assistência à saúde. Na segunda categoria, “Preconceito à condição sorológica subjacente à homofobia”, são descritas as reverberações do preconceito que os homens gays e bissexuais enfrentam ou temem enfrentar perante à condição de PVHA e o quanto este processo se mostrou subjacente à própria homofobia. Na terceira e última categoria, “homofobia na cotidianidade: normalizada e internalizada”, é abordado como a homofobia se manifesta na vida dos homens gays e bissexuais, ora normalizada, banalizada e considerada até esperada, ora internalizada em suas próprias visões de mundo.

5.1 Gênero e performance de masculinidade como escudo para a homofobia nos serviços de saúde

Antes mesmo de apresentar esta categoria é importante resgatar algumas informações já pontuadas referentes ao perfil dos interlocutores que participaram desta pesquisa. Os entrevistados eram homens predominantemente estratificados no perfil adulto jovem, indicando pertencimento a um mesmo recorte geracional, dos quais quatro participantes eram gays, dois bissexuais, sendo todos solteiros, vivendo com HIV/AIDS, em sua maioria negros e com grau de escolaridade variado.

Não demonstrar intencionalmente a própria sexualidade implica no apagamento e silenciamento da orientação sexual gay ou bissexual, o pode ser observado na fala do interlocutor Paulo quando estimulado a falar como se sente nos serviços de saúde sendo um homem gay: “Nunca demonstrei que eu sou gay, então não sentia isso [a homofobia]” (Paulo – homem gay).

Para Silva e Ortolano (2015), a homofobia é compreendida a partir de diversos termos e significados que lhe são atribuídos, que estão relacionados à subjetividade e à experiência de cada um, o que perpassa também pelo não reconhecimento da discriminação como tal, como observado em Paulo. No entanto, é importante levar em consideração que a vivência de muitos homens gays e bissexuais é atravessada por constantes negociações entre a exposição e a preservação da sua sexualidade, por vezes submetida aos subterfúgios do “‘armário’” enquanto lugar de proteção, que promove a sensação de segurança, e que a permanência dentro dele diz de um segredo (Sedgwich, 2007) gerador de preocupação em quem o resguarda, haja vista que o rompimento com essa dinâmica implica em lidar com o olhar do outro e o julgamento da própria sexualidade e modos de vida.

Na história de vida do interlocutor Neto, o “‘armário’” também emerge como uma questão associada a uma criação em um ambiente conservador, que fomentava princípios cristãos e o seguimento de leis religiosas, não havendo espaço para a legitimidade da sua sexualidade, como podemos observar:

Até metade da fase adulta eu era da igreja e a minha sexualidade era bem reprimida, embora desde criança tivesse noção da minha homossexualidade e convivesse com isso reprimindo por causa da igreja e da família, sem que fosse livre para viver às práticas sexuais (Neto – homem gay).

Para Miskolci (2013), o “‘armário’” se caracteriza por um conjunto de normas nem sempre explícitas, mas rigidamente instituídas que faz do espaço público um pseudocampo de materialidade da heterossexualidade, relegando ao privado as relações e práticas que desviam do padrão. Nas palavras de Duarte (2021), a dinâmica do “‘armário’” interage constantemente com as estratégias de sobrevivência, com pactos de cooperação, tensão entre as políticas do segredo e da revelação e processos de exclusão, constituindo lugar comum de conflito entre as pessoas LGBT+.

Nesse sentido, uma das faces da homofobia nos serviços de assistência à saúde é o modo sutil de se presentificar, ou seja, pelas arestas da invisibilidade e pela descrença dos usuários quanto à promoção da cidadania LGBT+ nos equipamentos públicos de assistência à saúde.

Ressel e Gudda (2008), analisando o lugar reservado a sexualidade na área da saúde, especificamente no âmbito da enfermagem, observam que é comum o apagamento e ocultamento dessa dimensão, que é mantida em silêncio, encoberta e desassociada do cuidado em saúde. Isso se deve, em partes, a redução do conceito de sexualidade a uma perspectiva biologicista e reprodutiva que tende a colocar em uma posição estanque a genitalidade, que é apenas um dos aspectos que acercam a sexualidade. Em uma pesquisa que buscou compreender

a sexualidade, seus significados, simbolizações, sentimentos e valores sob a perspectiva de profissionais também de enfermagem, essas autoras identificaram que o constrangimento é o sentimento mais frequente quando alguma questão que envolve a sexualidade comparece no contexto da assistência à saúde, sendo as estratégias mais comuns adotadas pelos profissionais o distanciamento, a impessoalidade, a assexualização dos sujeitos cuidados, a falta de abertura para o diálogo e de oportunidades formais para desconstruir a perspectiva negativa existente sobre a sexualidade.

De igual modo, para Pelá *et al.* (1995), os profissionais de saúde da enfermagem não são preparados para cuidar do paciente como “ser sexual”, tampouco, possuem subsídios para refletir sobre sua própria sexualidade e, desta forma, apresentam dificuldades de interagir terapeuticamente com a sexualidade do outro e com a sua própria, dessexualizando o corpo do outro e o transforma em objeto de intervenções mecanicistas (exame clínico, assepsia, procedimentos específicos). Para essas mesmas autoras e autores, os profissionais que executam a assistência à saúde carecem de informações relacionadas ao campo da sexualidade humana, o que dificulta a vivência profissional cotidiana, especialmente quando o cuidado em saúde exige habilidades clínicas para lidar com a dimensão sexual do usuário.

Nesse sentido é compreensível que o interlocutor Paulo não se sinta à vontade para expor sua orientação sexual no atendimento de saúde, uma vez que a saída do “armário” para as pessoas LGBT+ é uma experiência incessante, não havendo apenas uma saída do “armário” e sim diversas, que tendem a se multiplicar a medida em que nos inserimos em novos espaços de socialização, como um novo emprego e outros nichos sociais. Convém frisar que a saída do “armário” nem de longe equivale a uma experiência linear, haja vista a imprevisibilidade da reação do outro que pode variar de uma postura acolhedora e sensível até a mais dura hostilidade e invalidação, que tende a desencorajar muitas pessoas, especialmente quando há relações de poder imbricadas.

Ademais, quando o contexto não favorece a ambiência necessária para a autoaceitação e o orgulho, é comum que as pessoas LGBT+ se sintam ainda mais acuadas nos serviços assistenciais, urgindo a necessidade de mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde, sobretudo, no que toca às relações, modos de prover a assistência à saúde e processos de trabalho.

De acordo com Borges (2009), uma das formas de manifestação da homofobia é o modo institucionalizado, que parte do pressuposto que todas as pessoas são heterossexuais, corroborando para que as estruturas sociais não reflitam as necessidades das pessoas LGBT+,

reforçando assim os sentimentos de inadequação e exclusão social. Nesse sentido, as vias pelas quais as instituições assentam dinâmicas homofóbicas perpassam pela conspiração do silêncio, ou seja, a tentativa de manter os diversos grupos de lésbicas, gays, bissexuais, e travestis e transexuais invisíveis, ignorando suas demandas; pela negação da cultura LGBTQ+; entre outros.

Moscheta, Fébole e Anzolin (2016) conferem similar ênfase, reforçando que a heteronormatividade produz nos profissionais de saúde práticas sociais de pressuposição da heterossexualidade dos usuários, gerando surpresa nos profissionais quando ocorre o rompimento da suposta linearidade do sistema sexo/gênero/desejo. Ainda de acordo com esses autores, quando os homossexuais masculinos revelam sua orientação sexual nos serviços de saúde, esta dimensão ganha uma hipervisibilidade, ou seja, passa a ser o prisma a partir do qual todo relato deve ser ouvido e todo sintoma deve ser avaliado para dar conta “do que”, “como” e “por que” um homossexual adoece. O que significa que não raro a demanda a cuidado dos homens gays e bissexuais é de imediato associada ao campo das infecções sexualmente transmissíveis, invisibilizando outros focos de necessidades de saúde.

A propósito da fragmentação do cuidado em saúde é importante não perder de vista o conceito ampliado de saúde e a noção de integralidade da assistência adotada pelo Sistema Único de Saúde. Para Fleury (1997), nas últimas décadas do século XX, o termo “saúde” passa por um processo de rediscussão em que o paradigma da saúde como ausência de doenças é questionado, bem como a ideia de saúde apregoado pela Organização Mundial de saúde como completo bem-estar. Desses questionamentos emerge na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, os primeiros fundamentos do conceito ampliado de saúde, ligados fortemente à influência dos determinantes sociais ao processo saúde-doença. Esta nova concepção de saúde, como resultante e condicionante de um conjunto de fatores, transforma a luta pela saúde em uma luta global por transformações sociais, onde existem outros elementos primordiais como habitação, educação, renda e saneamento básico (Alves; Silva, 2011) imbricados na promoção da saúde e reiterados na Lei 8.080/90, também conhecida como lei orgânica da saúde.

Esta mesma lei prevê, em seu Art. 7º, que as ações e os serviços públicos de saúde que integram o SUS devem ser desenvolvidos obedecendo os princípios e diretrizes constitucionais (Brasil, 1990). Entre eles, há o princípio da universalidade do acesso, que consiste em garantir o atendimento à saúde em todos os níveis de assistência, da atenção primária à terciária, se necessário; assim como o princípio da integralidade da assistência, que, concebendo o ser humano como holístico, prevê que as ações e serviços de saúde sejam articulados sem que haja a fragmentação entre o cuidado preventivo e curativo e as instâncias

individuais e coletivas. Nesse sentido, a concepção de saúde como um processo implica em expandir o enfoque para o modo como as pessoas vivem suas vidas, suas relações sociais, suas condições econômicas e sociais, seu trabalho e sua sexualidade (Böing; Crepaldi, 2010; Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Isso posto, e em conformidade com a compreensão de Fébole (2017), é importante reconhecer que as pessoas LGBTQ+ têm suas necessidades em saúde em muitos momentos negligenciadas em atendimento, uma vez que as práticas profissionais são orientadas pelo viés heteronormativo, portanto, excludente e produtor de preconceito e violências. O conceito de integralidade exige que os profissionais de saúde, ao prestarem o cuidado, considerem o ser humano em sua totalidade, incluindo as sexualidades e as necessidades de saúde como aquelas que advém da escuta do próprio sujeito e não as pressupostas pelas lentes de um simbolismo negativo (ou seja, projeções de comportamentos, atitudes e crenças sobre pessoas LGBTQ+), pois é por essa via que provavelmente as pessoas LGBTQ+ encontrarão abertura e condições favoráveis de vinculação aos serviços de saúde).

No que diz respeito a relação dos homens gays/bissexuais com os serviços de saúde, Neto aponta para o afastamento dessa população dos serviços de assistência à saúde: “Pra ser franco é a primeira vez que estou utilizando um serviço de saúde. Já passei muito tempo no hospital acompanhando meu pai e minha mãe, mas como usuário é a primeira vez” (Neto – homem gay).

Essa informação corrobora com a literatura e com as narrativas dos interlocutores da pesquisa desenvolvida por Gomes, Nascimento e Araújo (2007) sobre a presença de homens nos serviços de atenção à saúde e a relação entre as masculinidades e a crença de invulnerabilidade dos homens. Por outro lado, Cota e Cruz (2021), ao investigarem as principais barreiras de acesso à testagem de HIV, bem como a vinculação dos homens gays e outros homens que fazem sexo com homens a um serviço de saúde de Curitiba para o tratamento precoce do HIV, apontam para dificuldades relacionadas a adequação dos usuários ao horário de atendimento, número reduzido de profissionais que por vezes não conseguem atender toda a demanda do dia, problemas com a localização do estabelecimento de saúde e questões voltadas a humanização da assistência e o preconceito.

De acordo com a Coordenação de Atenção à Saúde do Homem do Ministério da Saúde, o Brasil é o único país da América Latina com uma política de saúde específica para a população masculina. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), parte do reconhecimento de que os determinantes sociais produzem

vulnerabilidades à população masculina, expressas em maior propensão a adoecimentos – especialmente os de caráter crônico –, a agravos em saúde, menor adesão a estratégias de prevenção, frágil vinculação aos serviços assistenciais, além de índices mais elevados de morbimortalidade (Brasil, 2021).

Retomando a questão de como os homens gays e bissexuais se sentem nos serviços de saúde, os interlocutores não reconheceram práticas discriminatórias associadas às suas respectivas sexualidades considerando os itinerários terapêuticos percorridos. Isso se deve a pelo menos duas razões. A primeira delas faz ressonância com o apagamento das sexualidades LGBTQ+ nos serviços de saúde, como já mencionado nesta seção, uma vez que alguns dos homens gays e bissexuais referiram que sequer tiveram oportunidades de posicionar sua orientação sexual no hospital-campo. Por outro lado, os interlocutores que referiram apresentar repertórios mais performáticos de masculinidade, ou seja, o conjunto de ações, falas, gestos e em especial, a ausência de traços associados ao feminino se sentem mais distanciados da homofobia nos serviços de saúde, como ilustrado nas falas:

Nunca percebi nada de diferente [nos serviços de saúde], diferente dos meus amigos que já reclamaram dessas coisas [LGBTfobia]. Acho que por ter a minha postura, que não é forçada, é o meu jeito de ser, que sempre foi assim, que talvez me ajude bastante, pois as pessoas julgam muito pela aparência (Jorge – homem bissexual).

Partindo da compreensão de que a homofobia se manifesta de forma diferente em cada subgrupo da comunidade LGBTQ+ e, portanto, dependendo a quem é direcionada a hostilidade, as humilhações, agressões ou mesmo o aniquilamento dessas vidas, seus efeitos também variam bastante, Silva (2008) afirma que o preconceito é ainda mais intensificado com a população trans e travestis, pois a marca da transgressão é nítida, visual e, portanto, afronta o poder heteronormativo, que é menos evidente no homem gay ou na mulher lésbica. Assim, como expõe Oliveira (2020), o controle, perseguições, exclusões e as violências físicas e simbólicas marcam as existências das travestis e mulheres transexuais alicerçadas ao racismo e a LGBTQfobia que são constitutivas das sociedades normatizadoras como a brasileira, que privilegia a brancura e a cisgeneridade heterossexual.

Com a ideia de “postura”, contida na fala do interlocutor Jorge como expressão de uma masculinidade mais próxima à hegemônica e que não se articula com as disposições da feminilidade, é possível observar intersecções com o contexto social e cultural que os homens gays e bissexuais se encontram inseridos e são subjetivados, que, na leitura de Zamboni (2016), perpassa por se autoafirmar a partir da negação e do conflito com a figura da bicha. Para França (2008), reconhecer-se como bicha (ou seja, homossexual masculino que expressa um comportamento subversivo às normas heteronormativas), pode ao mesmo tempo significar

emancipação de um modo performático de vida, como também pode enclausurar os sujeitos a um lugar social demarcado para a bicha, como territórios de desvantagens econômicas e guetos.

A respeito das bichas, Fry e Macrae (1985) fazem uma análise das concepções populares brasileiras da sexualidade e afirmam que o menino/homem é chamado de “bicha” não simplesmente porque se supõe que ele estabeleça relações homossexuais, mas porque ele é efeminado, demarcando não apenas diferenças nos papéis sociais e sexuais, mas, sobretudo, diferenças de poder. Para Cacilhas Santiago, Vieira Castello e Rodrigues (2017), no Brasil, observa-se ainda uma dinâmica de contrastar a bicha afeminada com o homossexual, figura calcada na respeitabilidade, que seria o sujeito da militância por excelência.

Queiroz (2022), que realizou uma (auto) etnografia sobre as trajetórias afetivo sexuais de gays e bichas negras, frisa que quando nos deparamos com um corpo negro lido como masculino, mas que não tem em sua performance uma ênfase na masculinidade hegemônica, é comum que reações de estranhamento, abjeção, desvalorização e injúrias se voltem a esse sujeito, configurando uma pressão pela homogeneização e sinalizando quais modelos performáticos são tolerados e quais são rejeitados na organização social sexista, machista e homofóbica. Nesse sentido, a masculinidade hegemônica é delineada em contraposição à feminilidade e a outras formas de masculinidade, prezando por nenhuma referência ao corpo feminino (Louro, 2000), tensionando os homens a se distanciarem do universo das mulheres, das garotas e da feminilidade, assumindo uma posição de oposição a partir da cultura (Connell, 1995).

Dito em outras palavras, modelo hegemônico de masculinidade hipervaloriza os homens heterossexuais caricatos e viris, ao passo que rechaça os homens com trejeitos de feminilização a um lugar de desvalorização, marginalização e exclusão, como é o caso dos homens gays, bissexuais e trans.

Assim, os homens gays e bissexuais relataram o quanto empreendem esforços para performar, em diversos contextos, inclusive nos serviços de assistência à saúde, a forma privilegiada de masculinidade nas sociedades sexistas, machistas e homofóbicas, o que significa em primeira instância demarcar as oposições entre o masculino e o feminino; rechaçar quaisquer possibilidades de expressão do feminino; demonstrar o quanto os estereótipos de gênero estão impregnados no imaginário social e no olhar dos homens gays e bissexuais, como podemos observar:

Na verdade, eu não tenho problema com o preconceito sexual porque não me enquadro como gay. Sou um homem bissexual e não curto esse lance de homem vestir saia, colocar sapato feminino, silicone (Pablo – homem bissexual).

Se tu for homossexual, mas se vestir como homem, isso não pesa para a sociedade. Mas se o homem colocar uma saia ou um vestido, aí parece que o mundo vai cair em cima da cabeça dela (Pablo – homem bissexual).

Conferindo similar ênfase, quando perguntados sobre como se veem resistindo à homofobia, os interlocutores apresentaram as seguintes concepções:

Acho que os mais afeminados sofrem mais preconceito do que os que não são (Jorge – homem bissexual).

Tem gays e gays, né? Eu não sou o tipo de gay que é socialmente o gay afeminado, nem o mais andrógono, o que chama mais atenção e que sofre com o olhar, com o preconceito e com piadas (Neto – homem gay).

Sou muito reservado, até porque acho que as pessoas que são mais reservadas são menos agredidas na sociedade. Infelizmente tem que ser assim: às vezes tem que se fechar mais, mostrar às vezes uma coisa que nem é. Às vezes a gente quer se soltar mais, mas não dá porque é perigoso; então, a gente acaba se fechando (David – homem gay).

O discurso de David quanto ao ocultamento dos traços que coloquem em xeque a sua masculinidade é também encontrado nos participantes do estudo de Cruz (2020) com homossexuais masculinos, que apontaram forte tendência de renegação da feminilidade, percebida também como elemento que adensa as dificuldades de conviver em espaços públicos regidos por valores heterossexuais, o que muito provavelmente inclui os espaços de assistência à saúde, levando os homens gays e bissexuais a se engessarem em uma descrição comportamental performática, que se constitui como um modo de regulação da feminilidade, por um lado, e por outro, da masculinização como forma de dissimulação da heterossexualidade.

Ainda nas palavras deste autor, uma das camadas de subjetivação da homossexualidade masculina é a imposição do modelo de masculinização como uma moeda de troca em torno da cidadania nas práticas cotidianas, significando a necessidade de ajustamento e adequação ao ideal hegemônico, o que perpassa pela própria percepção de sua feminilidade, estratégias de mitigá-la em detrimento da heterossexualidade forjada.

Uma vez que essa masculinização estereotipada não é adotada, segundo Moura e Nascimento (2021), os gays afeminados irão experienciar o preconceito duplamente: primeiro por serem gays, e segundo por serem afeminados. Além de discriminados por heterossexuais, a manifestação da hostilidade homofóbica também podem vir dos próprios homens gays que possuem comportamentos heteronormativos. Nesse ponto, importa salientar que os gays afeminados, ou seja, os que se opõem a figura do discreto, tem suas vivências demarcadas não apenas pelo preconceito, mas também, como enfatizado por Zago e Seffner (2008), por um decréscimo de gênero, uma inferiorização, uma perda, uma depreciação do valor de sua masculinidade em reação aos demais.

Conferindo mesma ênfase, os interlocutores desta pesquisa demonstraram que ao reconhecerem outros homens gays ou bissexuais como afeminados, atribuem-lhes desprestígio social, corroborando o estudo desenvolvido Moura e Nascimento (2021), cujo objetivo foi desvelar como os gays afeminados são percebidos por outros gays no ambiente de trabalho. Esses autores apontam que o gay afeminado é alvo de preconceito dentro do ambiente organizacional não pelo fato de ser homossexual, mas sim por possuir comportamentos associados à feminilidade, consistindo em uma desaprovação social e fator discriminatório. Conferindo similar ênfase, Antunes (2016), afirma que homossexuais assumidos apresentam maior probabilidade de serem discriminados, rejeitados e expostos à violência ao passo que aqueles não assumidos apresentam sofrimentos mais relacionados ao estresse de esconder a orientação do desejo afetivo sexual.

5.2 Preconceito à condição sorológica subjacente à homofobia

Para a compreensão dos modos em que os homens gays e bissexuais percebem o preconceito à condição de pessoa vivendo com HIV/AIDS, bem como suas reverberações na vida pessoal, social, laboral e afetiva, é de suma importância as informações relacionadas ao perfil clínico dos interlocutores da pesquisa, conforme detalhado no quadro 2:

Quadro 2 – Perfil clínico dos interlocutores

Nome fictício	Sorologia	Tempo de diagnóstico	Presença de doença oportunista
Jean	HIV+	04 anos	Neoplasia a esclarecer
Neto	HIV+	03 meses	Tuberculose pulmonar + gastroenterite
Jorge	HIV+	10 anos	Meningite a esclarecer
David	HIV+	03 meses	Candidíase esofágica
Pablo	HIV+	03 semanas	Neoplasia a esclarecer
Paulo	HIV+	06 anos	Tuberculose pulmonar

Fonte: Informações da pesquisa realizada pelo autor.

Nesse sentido, todos os interlocutores apresentavam sorologia positiva para o HIV, com tempo de diagnóstico que variou entre três meses e dez anos, com perfil diverso de doenças oportunistas, incluindo neoplasias e coinfeções fúngicas, bacterianas e virais. Convém salientar que as doenças oportunistas só desenvolvem no hospedeiro infectado pelo HIV a partir do percurso de três etapas principais e sequenciais do ciclo patogênico, a destacar: fase inicial ou primária, fase assintomática ou de latência clínica e fase sintomática, quando ocorre intensa replicação viral e diminuição da resposta imunológica (Loreto; Azevedo-Pereira, 2012).

Para Alencar, Nemes e Velloso (2008), a redefinição do viver com HIV que modifica cenário de uma morte anunciada a partir da confirmação diagnóstica para o patamar de uma condição crônica clinicamente manejável decorre dos avanços no conhecimento científico sobre a história natural do vírus, da possibilidade de monitoramento da progressão da doença por meio dos marcadores laboratoriais, avanços no tratamento antirretroviral e nas estratégias de prevenção combinada. No entanto, repercussões de outras ordens acompanharam esse progresso, como o apagamento discursivo da temática, demasiada ênfase nas intervenções biomédicas em detrimento das abordagens educativas e recrudescimento do preconceito às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

O medo do preconceito e da discriminação direcionada às pessoas vivendo com HIV/AIDS é explicitado nas falas de Neto, Jorge e David

Eu tenho medo do preconceito, por isso quero muito recuperar a minha aparência para não ter que todo mundo me olhar e suspeitar e porque me preocupo com o que vão pensar, além da questão do trabalho (Neto – homem gay).

Eu sei que as pessoas não sabem de mim [condição sorológica], mas ficam deduzindo. Quando você tem HIV e faz o tratamento ok, o ruim é quando você adoecer e passa por esse processo de internação, pelo julgamento das pessoas (Jorge – homem bissexual).

Eu sei que rola muito preconceito e imagino como é que funciona. Dentro da própria família mesmo, pois tenho amigos que foram contar e separaram colher, copo, coisas que não tem nada a ver. Então eu sei que vai rolar preconceito se eu contar, por isso prefiro me fechar, não contar (David – homem gay).

Conforme vimos na primeira seção, que versa sobre a história social da aids, desde o início da epidemia no Brasil e no mundo, a discriminação e o preconceito às pessoas vivendo com o vírus foram os principais desafios para um enfrentamento comunitário pautado na ética, na justiça social e solidariedade. A origem dessas discriminações, segundo Parker e Aggleton (2021), dialoga com uma série de metáforas que foram socialmente construídas e incitadas em cada tempo histórico, pouco a pouco ancorando significações que se fazem presentes até hoje, entre elas, da aids associada à morte, ao horror, a punição, ao crime e até mesmo a uma guerra entre a vida e um vírus a ser avidamente combatido.

Em um estudo desenvolvido por Alckmin-Carvalho *et al.* (2023), a maioria dos interlocutores reportou esforços para ocultar a sorologia positiva percebendo que a sua divulgação é arriscada e que pessoas vivendo com HIV são ostracizadas pela comunidade, corroborando com as falas apresentadas por Neto, Jorge e David. Nesse mesmo estudo, muitos dos interlocutores revelaram preocupações de que as pessoas com o conhecimento de seu estado de saúde pudessem propagar essa informação, rompendo com o sigilo. Assim, alguns sujeitos desta pesquisa apontaram arrependimento em relação a decisão de revelar o seu status sorológico em virtude das questões psicossociais que atravessam esse contexto, como a possibilidade de perda de oportunidades de trabalho e de parcerias afetivas-sexuais.

Já no estudo de Borges, Silva e Melo (2017), que teve por objetivo compreender os significados atribuídos às estratégias para a revelação da condição sorológica e as formas de enfrentamento das reações dos parceiros amorosos e/ou sexuais a partir do conhecimento do diagnóstico, apontou que a revelação do status sorológico se conforma como um dilema para as pessoas vivendo com HIV. Ocultá-lo se torna uma possibilidade de enfrentamento adotada, assim como se afastar do campo relacional dos afetos, pois não se relacionar afetivamente e/ou sexualmente nestas condições de vida implica em não se expor, ou seja, não “mexer” no segredo.

Outros estudos (Galano *et al.*, 2016; Gomes *et al.*, 2021) reiteram que o ocultamento do diagnóstico pode acarretar um estado de isolamento dada a amplitude do preconceito e da discriminação. Assim, essas autoras afirmam que o conhecimento do diagnóstico, na maioria dos casos se restringe ao conhecimento da família nuclear ou a parentes de confiança e a amigos muito próximos, contudo, ainda assim, os assuntos referentes a essa temática não são compartilhados mesmo entre aqueles que sabem sobre a infecção, constituindo um tabu, como observamos na fala do David – homem gay: “Em relação a isso [diagnóstico de HIV] só quem sabe é ele [o acompanhante], que é o meu ex-namorado, e uma amiga. Eu não contei para a minha família, pois eu sei que se eu contar vai rolar preconceito, então, eu prefiro me fechar”.

Falar da condição sorológica de qualquer pessoa, mas sobretudo de pessoas que historicamente são vulneráveis a processos discriminatórios, remete-nos a transversalizar com uma ética, para além dos códigos, embora seja importante mantê-los em nosso radar. As legislações que versam sobre os aspectos éticos-legais em torno da confidencialidade do diagnóstico de HIV, no Brasil, incluem as disposições da Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022, que assegura de forma irrestrita a preservação do sigilo, tornando-o obrigatório e vedando a divulgação de informações que permitam a identificação das pessoas vivendo com essa

condição de saúde, recaindo sobre todos os trabalhadores da rede de atenção à saúde a responsabilidade pela preservação das informações as quais tem acesso (Brasil, 2022b).

Para a Psicologia, o sigilo profissional é dever do psicólogo e objeto do artigo 9 do Código de Ética do Psicólogo. Spink (2000), por sua vez, defende que no contexto das intervenções psicológicas deve haver um exercício ético que perpassasse pela perspectiva de uma ética dialógica, ou seja, que envolva as pessoas atendidas nos processos de reflexão e nas negociações, favorecendo que assumam posição de sujeitos de suas próprias histórias e sinalizem quais informações desejam manter em sigilo ou ainda para quem desejam revelar e em que momento, de modo que façam jus a sua autonomia e seus direitos fundamentais.

Dito isso, há de se esperar que essa postura ética-dialógica se apresente em todas as intervenções psicológicas no âmbito da assistência à saúde em HIV/AIDS, favorecendo assim, um espaço seguro para que as demandas emergentes de sofrimento ético-político sejam adequadamente acolhidas e manejadas, a exemplo das questões em torno da sexualidade das PVHA. A esse respeito, Reis (2004) identificou que muitas mudanças comparecem na dinâmica sexual das PVHA, como baixa libido, inibição da excitação e perda do orgasmo, como ilustrado na fala do interlocutor Jorge: “Não tenho mais aquela mesma libido que tinha antes, até porque depois da minha separação nunca mais me relacionei com ninguém”. Para essa autora, entre os fatores possivelmente envolvidos nessa alteração, pode-se destacar a recomendação do uso consistente de preservativos, percebido pela população masculina como barreira à intimidade e ao prazer e satisfação sexual; o medo da transmissão do vírus, especialmente se tratando de casais sorodiscordantes (quando uma pessoa vive com o vírus e a outra não); além do sentimento de culpa.

Castanha *et al.* (2006) enfatizam que o preconceito afeta profundamente às PVHA, influenciando-os na percepção de si mesmas, no modo como irão se relacionar com essa condição de vida e até mesmo no comportamento das pessoas de sua convivência. De acordo com essas autoras, o preconceito em torno do HIV/AIDS é determinante na produção subjetiva de uma culpa individualizante nas pessoas com sorologia positiva e não raro se faz presente nos discursos de profissionais da saúde e da sociedade em geral. Assim, muitas pessoas vivendo com HIV/AIDS empreendem esforços em encontrar maneiras de afastar quaisquer estereótipos que remetam à identificação do diagnóstico, como é o caso do interlocutor Neto, que afirma se preocupar com a sua aparência para não parecer doente e não gerar desconfiança, o que mobiliza ansiedade e estresse.

A propósito do enfrentamento no contexto do HIV, Gomes *et al.* (2019) apontam, a partir de informações produzidas empiricamente, que dois aspectos se destacam como fatores de proteção para lidar com as dificuldades impostas pelo diagnóstico da infecção, sendo eles: a manutenção dos sujeitos no mundo do trabalho, nas relações sociais e dinâmicas próprias da vida em coletividade. Ademais, a existência de uma rede social de apoio é considerada elementar, especialmente pelo potencial de favorecer sentidos de vida e pertencimento, possibilitando processos de reconstrução e ressignificação da vida. Partindo desse ponto, o Ministério da Saúde reconhece que na contemporaneidade os principais desafios para garantir a atenção integral à saúde das PVHA transcendem a adesão ao tratamento e perpassa por promover a reinserção social, o acesso e a permanência ao mercado de trabalho e ao sistema educacional, bem como garantir que os direitos fundamentais sejam assegurados, incluindo os direitos sexuais e o direito a não discriminação (Brasil, 2007), considerando que o bem estar das PVHA está diretamente relacionada as condições de vida (renda, moradia, acessos) sob as quais as pessoas se encontram.

Por outro lado, na ausência de fatores protetivos, como suporte social e preservação dos direitos humanos, as pessoas vivendo com HIV produzem o aumento das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, sobretudo, aumentando as chances de desenvolverem aids e outros desfechos negativos de saúde. Como expõem Sousa e Silva (2023), em todos os lugares do mundo, devido os efeitos da discriminação às PVHA, a junção entre HIV/AIDS e direitos humanos se mostrou exitosa, significando que responder à epidemia constitui extinguir qualquer forma de violência, preconceito, discriminação e desigualdade.

Na esteira desse pensamento, para esses mesmos autores, politizar as vivências das PVHA é uma possibilidade de enfrentamento à morte civil na medida em que os próprios sujeitos da experiência a partir das suas localizações podem se engajar na reivindicação dos seus direitos, do lugar de cidadão, havendo ainda possibilidade de encaminhamento de suas demandas específicas e participação em todas as etapas da formulação das políticas públicas em torno dessa temática.

Todavia, há necessidade de se considerar a relevância das políticas de formação, desenvolvimento e educação permanente aos profissionais de saúde dos diversos níveis de atenção para que as práticas de cuidado sejam fundamentadas em uma ética-política e nos direitos humanos, como alerta o Conselho Federal de Psicologia na publicação “Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/AIDS” quanto aos posicionamentos críticos dos profissionais da psicologia que atuam com PVHA no sentido

de problematizar concepções essencialistas, naturalizantes da heteronormatividade e dos padrões de gênero que estimulam preconceitos e que afetam a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (Conselho Federal de Psicologia, 2020).

Retomando a questão do preconceito frente à condição sorológica, as informações produzidas pelos interlocutores que participaram desta pesquisa, muito se aproximam com as falas das pessoas entrevistadas na pesquisa de Cerqueira-Santos *et al.* (2010), cujo objetivo foi identificar a possível presença da homofobia no contexto do atendimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros no contexto da prevenção e tratamento a IST/HIV/AIDS nos serviços de saúde do SUS. Nesse estudo, os autores observaram que no âmbito do SUS e do cuidado à população LGBTQ+ não há homogeneidade no modo em que cada subgrupo da comunidade irá se relacionar com o Sistema de saúde. Dessa forma, concluíram que os usuários com sorologia negativa para o HIV são os que apontam questões diretamente ligadas à forma de tratamento recebida quando procuram ou necessitam de atendimento, denotando maior preocupação com a homofobia e com a chance de sofrerem discriminação em função da orientação sexual, enquanto que os pacientes com sorologia positiva relatam o medo da identificação social como pertencentes ao grupo de pessoas com HIV positivo, colocando a orientação sexual em segundo plano e demonstrando que o preconceito frente à condição sorológica é subjacente ao preconceito sexual para as PVHA. Entre as pessoas LGBTQ+, os autores observaram também um distanciamento da comunidade e do território para a realização do tratamento especializado devido o preconceito enraizado no seio da sociedade que por sua vez, reforça a tendência à reafirmação do paradigma obsoleto HIV/Homossexualidade.

Tendo em vista a questão dos direitos das pessoas vivendo com HIV, é importante frisar que a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, criminaliza a discriminação às pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana, sendo necessário não a perder de vista, considerando o seu escopo, que é a proteção à dignidade aos cidadãos com HIV e a garantia de direitos (Brasil, 2014). A propósito, é papel do psicólogo que atua no âmbito da assistência às PVHA desenvolver práticas de cuidado articuladas com os Direitos Humanos, o que se desdobra em cumprir os Princípios Fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo de promover à saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades contribuindo para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, atuando com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural (Conselho Federal de Psicologia, 2012).

Se por um lado é importante que a assistência em saúde às PVHA seja direcionada pela perspectiva dos Direitos Humanos, por outro lado é imprescindível o cuidar humano esteja atrelado à ética, pois como expõem Pinheiro *et al.* (2005), o cuidar eticamente do outro é uma atitude reflexiva e quando se reporta ao dia-a-dia do cuidar de pacientes com HIV/AIDS torna-se um sustentáculo para que as PVHA não sejam expostas a violências no âmbito dos espaços de cuidado e de promoção/recuperação da saúde.

5.3 Homofobia na cotidianidade: naturalizada e internalizada

Nesta subseção será discutido como a homofobia se presentifica no cotidiano da vida dos homens gays e bissexuais sob a perspectiva dos interlocutores da pesquisa, buscando um maior entendimento sobre como esse tipo de violência age na vida das pessoas. Para tanto, direcionaremos nossa atenção aos relatos de Neto e Jean, que desde o período da infância identificaram que as manifestações da homofobia eram comuns em suas vivências, especialmente nas instituições sociais família e igreja, embora muito presente nas interações sociais em geral, como podemos observar

Desde criança tinha noção da minha homossexualidade. Vinha convivendo com isso e reprimindo por causa da Igreja e da família, ao mesmo tempo que era meio óbvio para todo mundo. As pessoas percebiam e fui administrando como podia. Não era livre quanto às práticas sexuais e isso só mudou depois dos trinta anos, quando não quis permanecer na Igreja [...] Dentro da Igreja ouvia uma palavra e outra [homofóbica] e também uma brincadeirinha [homofóbica] quando alguém percebia uma coisa ou outra (Neto – homem gay).

Antes eu era muito retraído quanto ao preconceito. Desde muito pequeno o pessoal me xingava de viadinho e eu ficava na minha. Calado. Mas eu aprendi que se você não revidar eles vão continuar te agredindo, então eu não me calo mais. Tento reagir. Tento me defender verbalmente (Jean – homem gay).

Essas informações produzidas pelos interlocutores vão ao encontro dos apontamentos de Fabiano (2022), ao referir que crianças e adolescentes LGBT+ sofrem constantemente com a homofobia que constantemente incide sob os seus corpos e suas vidas, subjugando-os e desumanizando-os caso não tentem se enquadrar em no padrão cisheteronormativo que lhes é imposto. Na mesma direção, Moura (2019) elucida que ao divergir do padrão heterossexual, os sujeitos LGBT+ podem sofrer diversas consequências, que vão desde a não aceitação por parte da família, escola, amigos até a violência ou morte.

Para Braga *et al.* (2017), a família é um componente essencial da rede de apoio às pessoas LGBT+, mas também um espaço que pode gerar e reproduzir formas de violência em nome da heteronormatividade. Nesse contexto, a intolerância dos pais, mães e irmãos são as primeiras agressões homofóbicas experienciadas e começam logo na infância e adolescência

favorecendo que se desenvolvem sem saber quem realmente são e convivendo com o sentimento de culpa por não se encaixarem nas expectativas da família, como ilustrado na fala do interlocutor Jorge (homem bissexual): “Fico com esse conflito quanto a minha sexualidade. Eu sei que nenhuma mãe quer isso pra gente. Por isso fico com o sentimento de culpa”.

É importante considerar que nas dinâmicas familiares, os modos de comparecimento da homofobia podem variar, indo desde o mais severo repúdio até as apresentações sutis que constituem um cenário de discriminação simbólica. As famílias, portanto, são as maiores produtoras de violências contra pessoas não heterossexuais na medida em que, ao negar o diálogo sobre o corpo e a sexualidade, evitando abordar a temática LGBT dentro de casa ou abordando de forma pejorativa (Ten-Caten, 2019), contribuem para a vivência do sofrimento ético-político das pessoas que expressam afetividade divergente da norma heterossexual.

Ten-Caten (2019), ao produzir uma pesquisa com o objetivo de investigar quais são os impactos causados no cotidiano de pessoas que sofrem homofobia na cidade de Santa Maria (RS), demonstra como resultados que o medo das violências é a reverberação que mais interfere no cotidiano da população LGBT+ em todas as áreas da vida, afetando de forma ainda mais intensa as pessoas que não seguem um padrão heternormativo, como é o caso dos homossexuais masculinos que expressam feminilidade.

A relação entre a homofobia e a Igreja foi apontada pelos interlocutores como uma questão importante a ser considerada no debate de como o preconceito sexual se expressa na cotidianidade, sendo em muitos contextos, normalizado. Como já mencionado na segunda seção dessa dissertação a partir das contribuições de Borrillo (2015), é a partir da Idade Média que a tradição judaico-cristã consolida um sistema de dominação masculina patriarcal instituindo dicotomias entre o heterossexual/homossexual pautando a heterossexualidade como ideologia sexual dominante em todo Ocidente e considerando as demais possibilidades sacrilégio e abjeção.

Nessa toada, mesmo transcorridos muitos anos, ainda hoje observamos a influência dessa tradição. Para Mesquita e Perucchi (2016), a concepção de homossexualidade sustentada pelas igrejas evangélicas tradicionais gira em torno da noção pecado a ser superado com a conversão à religião, concebida como libertadora. O fundamento delas baseiam-se em pressupostos teológicos que buscam compreender o fenômeno das expressões sexuais não-convencionais associando-os a problemas psíquicos, especialmente a não aceitação da sexualidade supostamente biológica, entendida como dada por Deus e natural. Essas mesmas

autoras chamam atenção que se tornou lugar comum a presença de evangélicos pentecostais e neopentecostais na política e nas instâncias governamentais – como é o caso da Frente Parlamentar Evangélica também conhecida como Bancada Religiosa – que se processa como estratégia de disseminação dos valores da religião na área governamental, em contraponto à perspectiva de laicidade do Estado.

Para Natividade e Oliveira (2009), práticas religiosas homofóbicas camufladas de acolhimento aos homossexuais são frequentes em muitas religiões cristãs conservadoras que aglutinam pessoas LGBT+ as celebrações e a um projeto de regeneração moral para a libertação da homossexualidade por meio de “exorcismos”, supostas curas ou terapias reparadoras impróprias. Esses autores afirmam ainda que embora os religiosos apregoem que essas intervenções religiosas ocorram sob livre escolha e manifestação de desejo das pessoas em voluntariamente abandonarem a homossexualidade não se pode perder de vista a influência da religião na produção da vulnerabilidade que condiciona esse assujeitamento, tampouco a sua atuação na produção de um discurso que atribui valor negativo à diversidade sexual pela construção de um estereótipo do homo/bissexual como indivíduo perigoso e de segunda categoria, dada a superioridade moral da heterossexualidade.

Não à toa observamos na fala dos interlocutores a fragilidade nos vínculos familiares, arranhaduras nos relacionamentos intrafamiliares, isolamento, interdições e precariedade na rede social de apoio:

Na família acontece [homofobia] por conta do meu irmão que é evangélico. Eu percebo que ele é meio afastado de mim por isso e também por se incomodar com a presença do meu ex-namorado, que frequenta em casa. Também já ocorreu [homofobia] no meu trabalho quando um cliente me hostilizou: **Ah, tu ficas com esse teu jeitinho!** (David – homem gay).

Eu tenho uma resistência em aceitar a minha sexualidade. Não vejo como errado, mas também não vejo como totalmente certa (Jorge – homem bissexual).

Não sou participante de movimentos, nunca fui em parada gay, nem pretendo. Não sou o gay mais afeminado e também não me envolvo muito com esse universo, nem faço questão. Não me envolvo nas lutas, nos movimentos dos gays. Aí sim já é uma opção, uma decisão (Neto – homem gay).

A respeito das percepções negativas em relação à afetividade homo/bissexual, algumas considerações são pertinentes. Primeiramente é importante tecer considerações acerca das dinâmicas que atravessam o viver em sociedade. De acordo com Antunes (2016), a sociedade é um coletivo organizado de cidadãos de um país, submetidos a uma mesma política de Estado, ao mesmo ordenamento de leis e normas de condutas e governados por entidades que tem a incumbência de zelar pelo bem-estar social. Todas as sociedades, por sua vez são mediadas pela cultura, que institucionaliza os hábitos dos mais diversos povos. Para Chauí (2008), a cultura é compreendida como o campo no qual os sujeitos humanos elaboram

símbolos e signos, instituem as práticas sociais, valores transmitidos de geração em geração a partir das experiências coletivas. Isso significa que no processo cultural de socialização, os indivíduos podem vir a transmitir e internalizar as noções de homofobia, independentemente da orientação do desejo afetivo-sexual (Antunes, 2016), amparados em alguns elementos que constituem a homofobia como o machismo, o patriarcado, a misoginia, a cisnormatividade e o heterossexismo.

Para Antunes (2016), assim como os heterossexuais, pessoas LGBTQ+ também podem internalizar a cultura heterossexista e heterocisnormativa, especialmente como efeito da exposição a discriminação e ao preconceito e o acionamento de mecanismos de defesa reativos à essa experiência. Essas defesas podem ser direcionadas tanto a fontes externas a discriminação, quanto a fontes internas, ou seja, direcionadas a própria homo/bissexualidade, o que inclui identificação com o grupo dominante (heterossexuais), auto ódio, senso de vergonha e repugnância em relação aos demais membros, como dito pelo interlocutor Neto, que enfatiza seu distanciamento dos espaços de sociabilidade LGBTQ+, ausência de pertencimento na comunidade e desinteresse com a militância e movimentos sociais focalizados nas minorias sexuais.

Ademais, acredita-se que as pessoas que experenciam a homofobia internalizada exprimem situação de conflito psíquico, que em nossa leitura é traduzido na vivência do sofrimento ético-político, conforme pontuado na seção II. Nessa mesma direção, Baére e Zanello (2022) consideram a noção de sofrimento ético-político estruturada por Sawaia (2014) uma ruptura com as racionalidades biomédicas em torno dos processos de saúde e adoecimento, partindo, portanto, do princípio de que a gênese do sofrimento coletivo que as pessoas LGBTQ+ apresentam não se encontra no sujeito que sofre, mas no delineamento social das intersubjetividades.

O sofrimento ético-político articulado com as injustiças, opressões e violências que demarcam o viver das minorias sexuais vivendo com HIV/AIDS, portanto

[...] retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ela revela a tonalidade da ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto (Sawaia, 2014, p. 104).

Dito isso, é preponderante que em face a produção do sofrimento ético-político de pessoas LGBTQ+ (sobretudo aqueles vivendo com HIV/AIDS), a ética do cuidado estrutura as relações, especialmente nos serviços de saúde, promovendo direitos humanos, cidadania e

enfrentamento à homofobia. Ademais, é salutar que nos diversos espaços do legislativo e no âmbito da formulação de novas políticas públicas, as necessidades e pautas da comunidade LGBT+ “voltem a fazer barulho”, haja vista os novos tempos de redemocratização política após um longo período de fascismo e cerceamento das demandas coletivas das pessoas que expressam afetividade diferente da heterossexual.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa analisou como a homofobia reverbera no cuidado e na assistência à saúde das pessoas LGBT+ vivendo com HIV/AIDS. Para tanto, a partir das diversas observações realizadas no hospital-campo, interações estabelecidas com a equipe assistencial, registros em diário de campo, entrevistas com os interlocutores e a própria experiência profissional do pesquisador com o campo-tema, foi possível compreender o modo como essas pessoas tem vivido, lidado com o diagnóstico e o tratamento e com as situações sociais indesejáveis como a homofobia e o preconceito frente a condição sorológica.

A partir das informações produzidas nesta pesquisa, nota-se que a homofobia faz parte do cotidiano e das dinâmicas sociais contemporâneas e quando aglutinada a condição sorológica positiva ao HIV, torna-se ainda mais complexa, produzindo situações específicas de sofrimento, o qual compreendemos como ético-político.

Dessa forma, a vivência da homofobia se presentifica na vida dos homens gays e bissexuais desde a mais tenra idade e produz mecanismos defensivos para mitigá-la, entre elas o ocultamento da sexualidade e a adoção de performances de masculinidade hegemônica como escudo as discriminações e ao preconceito nos mais variados contextos, incluindo os serviços de assistência à saúde, onde as sexualidades, especialmente as que fogem da cis heteronormatividade são apagadas. No entanto, é importante considerar que a dialética entre – reprodução da homofobia e a experiência de sofrimento sentido pelas pessoas LGBT+ vivendo com HIV/AIDS – fazem parte de complexas construções sócio-históricas, não fazendo sentido culpabilizar exclusivamente instituições e famílias, tampouco relativizar ou individualizar os sofrimentos, que são processos coletivos.

No âmbito da assistência à saúde, os efeitos mais expressivos perpassam pela pressuposição da heterossexualidade de todos os usuários, inabilidade no manejo clínico da sexualidade divergente da heterossexual nas práticas de cuidado e consequentemente a o não-reconhecimento ou a desvalorização desse marcador social como dado de saúde, corroborando para a homofobia nas instituições de saúde.

Nesse sentido, é importante enfatizar que, se por um lado a homofobia nas instituições de saúde comparece sutilmente, pela via simbólica e pelas arestas do não-dito, nos demais contextos como família, trabalho e na igreja, o modo que se manifesta perpassa pela exclusão e isolamento, produzindo ausência de apoio, suporte social e aumentando as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas das pessoas LGBT+.

O conceito de sofrimento ético-político possibilitou desvelar que o sofrimento sentido pelas pessoas LGBT+ vivendo com HIV/AIDS tem interfaces tanto com suas histórias de vida anteriores ao diagnóstico quanto às circunstâncias de vida sob as quais se encontram expostas no momento. Portanto, adotar essa perspectiva epistemológica em conformidade com Sawaia (2014) também perpassa pelos aspectos éticos desta pesquisa que considera que os diversos sofrimentos presentes em cada época histórica decorrem das inúmeras iniquidades, injustiças sociais, opressões e negligência do Estado.

No que tange as circunstâncias de vida sob as quais os interlocutores encontram-se expostos, cabe salientar o ponto mais emblemático que diz respeito ao viver com HIV em fase avançada da infecção. Os relatos indicam que há constantes tensões em torno do medo de serem expostos, de serem reconhecidos como pessoa vivendo com o vírus da imunodeficiência imunológica e sobretudo, com a possibilidade de reincidir em si outro tipo de preconceito que somado ao preconceito sexual reporta as associações históricas obsoletas entre homossexualidade-HIV que foram oriundas da primeira fase da epidemia no Brasil e no mundo.

REFERENCIAS

AGOSTINI, R. *et al.* A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 4599-4604, 2019.

AGOSTINI, R.; CASTRO, A. de C. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 175-188, 2019. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/tKVjyyPy8rRHP8nqGhZGYhF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2023.

ALCKMIN-CARVALHO, F. *et al.* Percepção de sorofobia entre homens gays que vivem com HIV. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, Coimbra, v. 9, n. 2, p. 1-16, 2023. Disponível em: <https://revista.ismt.pt/index.php/ISMT/article/view/305>. Acesso em: 2 nov. 2023.

ALENCAR, T. M. D. de; NEMES, M. I. B.; VELLOSO, M. A. Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1841-1849, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zMmmTKWQp69hr4MZYmJ9cdF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 ago. 2023.

ALVES, J. A. L. Direitos humanos: o significado político da conferência de Viena. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 32, p. 170-180, 1994.

ALVES, M. M.; SILVA, A. T. M. F. influência do estado neoliberal no sistema de saúde brasileiro diante do conceito ampliado de saúde. **Perspectivas Online**, Campos dos Goytacazes, v. 1, n. 1, p. 48-52, 2011. Disponível em: https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/511/423. Acesso em: 2 dez. 2023.

ANTUNES, P. P. S. **Homofobia internalizada**: o preconceito do homossexual contra si mesmo. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

AYRES, J. R. de C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 121-144.

AYRES, J. R. de C. M. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (org.). **Sexualidade pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Editora 34. IMS/UERJ, 1999. p. 20-37.

BAÉRE, F. de; ZANELLO, V. A saúde mental nas ondas do movimento LGBTQIA+ brasileiro. **Historiae**, Rio Grande, v. 13, n. 1, p. 129-150, 2022.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, F. P. C. de; SOUSA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kdc66VGb5mXkMnHThYkzVPv/?format=html&lang=pt#>.

Acesso em: 2 ago. 2023.

BENTO, N. M. de J.; XAVIER, N. R.; SARAT, M. Escola e infância: a transfobia rememorada. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 59, p. 1-25, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cpa/a/xCs6X8XvktzLTCzDFsVygqR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/X9DvXR6YCVMG4tSmh46Dhnh/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 10 set. 2023.

BOMFIM, S. A. Homossexualidade, direito e religião: da pena de morte à união estável: a criminalização da homofobia e seus reflexos na liberdade religiosa. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, Santos, v. 18, p. 71-103, 2011. Disponível em:

<https://www.esdc.com.br/seer/index.php/rbdc/article/view/259>. Disponível em: 10 set. 2023.

BORGES, K. **Terapia afirmativa**: uma introdução à psicologia e à psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais. São Paulo: Edições GLS, 2009.

BORGES, R. E. A.; SILVA, M. de F. dos S.; MELO, L. P. de. “Mas não tive coragem de contar”: a revelação da condição sorológica na experiência amorosa de pessoas que vivem com HIV. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 664-675, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NKtcFQWhLvRYdMNpcFXX5J/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 10 set. 2023.

BORRILLO, D. **Homofobia**: história e crítica de um preconceito. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

BRAGA, I. F. *et al.* Rede e apoio social para adolescentes e jovens homossexuais no enfrentamento à violência. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 297-318, 2017.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v29n2/09.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014**. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Brasília, DF: Presidência da República, 2014. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022**. Torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose, nos casos que estabelece; e altera a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Brasília, DF: Presidência da República, 2022b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14289.htm. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Painel PrEP**. Brasília, DF, 23 ago. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/painel-prep>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos Municípios Brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://indicadores.aids.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 2 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa nacional de DST e Aids. **Plano nacional de enfrentamento da epidemia de Aids e das DST entre gays, HSH e travestis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do homem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-homem>. Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/manual-do-cuidado-continuo-das-pessoas-vivendo-com-hiv-aids-atual>. Acesso em: 2 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DS/Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda estratégica para ampliação e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRITO, A. B.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2007.v17n1/77-93/pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

CACILHAS SANTIAGO, A.; VIEIRA CASTELLO, N. F.; RODRIGUES, A. Bichas destruidoras mesmo: construindo uma viada bem afeminada. **Periferia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 156-180, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5521/552157522009/html/>. Acesso em: 2 ago. 2023.

CALAZANS, G. J.; PINHEIRO, T. F.; AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade programática e cuidado público: panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 29, p. 263-293, 2020.

CÂMARA, C.; LIMA, R. Histórico das ONGs/Aids e sua contribuição no Campo das Lutas Sociais. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS. **Direitos humanos, cidadania e Aids**. São Paulo: Ed. Autores Associados, 2000. (Cadernos Abong, 28).

CAMARGO, F. P.; ARAÚJO, R. P. de. Qual o lugar do gênero e da diversidade sexual na escola? **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, Curitiba, v. 7, n. 25/26, p. 31-67, 2013. Disponível em: <https://revistas.utfpr.edu.br/cgt/article/view/6093>. Acesso em: 2 set. 2023.

CARDONA, M. G.; CORDEIRO, R. M.; BRASILINO, J. Observação no cotidiano: um modo de fazer pesquisa em psicologia social. In: SPINK, M. J. *et al.* (org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 123-148.

CARRARA, S.; MORAES, C. Um mal de folhetim? **Comunicações do ISER**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 17, 1985.

CASTANHA, A. R. *et al.* Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. **Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 47-56, 2006. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1411/1110>. Acesso em: 2 set. 2023.

CERQUEIRA-SANTOS, E. *et al.* Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde. **Interamerican Journal of Psychology**, Ausitn, v. 44, n. 2, p. 235-245, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28420641004.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2023.

CHAUÍ, M. Cultura e democracia. **Crítica y Emancipación**, Buenos Aires, n. 1, p. 53-76, jun. 2008.

COELHO, G. G.; DESIDÉRIO, P. M. M.; ROCHA, L. P. Afinal, o que é a LGBTFOBIA? **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 1-9, 2023. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/1115. Acesso em: 2 jan. 2024.

CONNELL, R. W. Políticas da masculinidade. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez. 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Processo Consulta CFM-CONS. nº 32/84**. Interessado: Ministério da Saúde – Ministro Waldyr Mendes Arcoverde. Assunto: Consulta referente à orientação para a correta aplicação da CID, questão a que interessa o pleito formulado pelo auto-denominado “Grupo Gay da Bahia”. Conselheiro Relator: Ivan de Araújo Moura Fé, 29 de janeiro de 1985. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/1985/5_1985.pdf. Acesso em: 2 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, DF: CFP, 2012. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia-1.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) nos programas e serviços do IST/HIV/AIDS**. Brasília, DF: CFP, 2020. Disponível em: <https://crepop.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/34/2022/10/025-Crepop-Referencias-Tecnicas-para-Atuacao-de-Psicologas-nos-Programas-e-Servicos-de-IST-HIV-aids.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 001/99, de 22 de março de 1999**. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 1999. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf. Acesso em: 2 set. 2023.

COSTA, A. V.; NARDI, H. C. Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: debate conceitual. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 715-726, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751492015.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2024.

COTA, V. L.; CRUZ, M. M. da. Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 393-405, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cwRy3WsXjkc6WsyPLggjgw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 out. 2023.

CRUZ, M. da S. Masculinidades e discrição em aplicativo de relacionamento: discursos sobre identidades homossexuais masculinas. **Revista Interdisciplinar em Estudos de Linguagem**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 1-19, 2020.

DANIEL, H. Vida antes da morte. In: DANIEL, H. **Vida antes da morte**. Rio de Janeiro: Abia, 1994. p. 61-61.

DEMANT, D.; OVIEDO-TRESPALACIOS, O. Harmless? A hierarchical analysis of poppers use correlates among young gay and bisexual men. **Drug and Alcohol Review**, Abingdon, v. 38, n. 5, p. 465-472, July 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dar.12958>. Acesso em: 15 set. 2023.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Tradução Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DOURADO, I. *et al.* Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antiretroviral. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 9-17, 2006. Suplemento. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000800003>. Acesso em: 10 set. 2023.

DUARTE, E. C. P. Epistemologias dos armários: novas performances públicas e táticas evasivas na sociedade da informação. **Revista Culturas Jurídicas**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 20, p. 425-459, 2021.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, mar. 2002.

ESTEVES, B. de O. *et al.* Acolhimento da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros, queers, intersexuais, assexuais e demais orientações (LGBTQIA+) no sistema único de saúde: Preconceito e sofrimento. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 5, p. 22316-22330, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/37817>. Acesso em: 10 set. 2023.

FABIANO, F. da R. O apagamento institucional dos racismos e das LGBTfobias nas escolas: pela construção de saberes a partir das margens. **Anais do Seminário Internacional em Direitos Humanos e Sociedade**, Criciúma, v. 3, p. 1-18, 2022. Disponível em: <https://www.periodicos.unesc.net/ojs/index.php/AnaisDirH/article/view/7575>. Acesso em: 10 set. 2023.

FÉBOLE, D. da S. **A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS**. 2017. 231 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Maringá, 2017.

FERNANDES, F. B. M. Por uma genealogia do conceito homofobia no Brasil: da luta política LGBT à um campo de governança. **Passages de Paris**, Paris, v. 7, p. 97-104, 2012. Disponível em: https://www.apebfr.org/passagesdeparis/editione2012/articles/pdf/PP7_artigo10.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

FERREIRA, B. de O.; JANNOTTI, C. B. Os desafios do cuidado à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Sistema Único de Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 8., 2019, João Pessoa. **Anais [...]**. João Pessoa: Abrasco, 2019.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 26-42.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FONTES, B. V.; MIRANDA, S. F.; CATÃO, C. Pensando uma psicologia afirmativa nas políticas públicas de assistência social e saúde. In: RAMOS, M. de M. (org.). **Manual de terapia afirmativa: um guia para a psicoterapia com pessoas LGBTQ+**. Aracaju: Afirmativa, 2003.

FRANÇA, I. L. “Fazer a linha” e “dar pinta”: quando o black, o samba e o GLS se cruzam em São Paulo. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 28., 2008, Rio de Janeiro. **Anais[...]**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília, DF: Liber Livro Editora, 2005.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, p. 139-152, 2004.

FREIRE, L.; CARDINALI, D. O ódio atrás das grades: da construção social da discriminação por orientação sexual à criminalização da homofobia. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 37-63, 2012.

FREITAS, I. C. F. *et al.* Pesquisa qualitativa em saúde: um olhar inovador sobre a produção do conhecimento científico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 1001-1012,

2011. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/270/pdf_83. Acesso em: 2 ago. 2023.

FRY, P.; MACRAE, E. **O que é homossexualidade**. 3. ed.). São Paulo: Brasiliense, 1984.

GALANO, E. *et al.* Vivências dos adolescentes soropositivos para HIV/Aids: estudo qualitativo. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 171-177, 2016.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rpp/a/D43943KSQJw5hyVyNMmNbPF/?lang=pt&format=html#>.

Acesso em: 15 set. 2023.

GALVÃO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-219, 2002.

GALVAO, J. **Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. São Paulo: Editora 34, 2000.

GAMSON, J. As sexualidades, a teoria queer e a pesquisa qualitativa. *In*: DENZIN, N. *et al.* **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 345-362.

GOLIN, C. De mãos dadas na rua ainda é muito pouco: classe social e acesso ao poder. **Revista Latino-Americana de Geografia e Gênero**, Ponta Grossa, v. 6, n. 2, p. 287-290, 2015.

GOMES, H. N. *et al.* Análise do atendimento nos serviços de saúde entre pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Journal of Health & Biological Sciences**, Fortaleza, v. 7, n. 4, p. 387-394, out./dez. 2019.

GOMES, M. P. *et al.* A vivência do preconceito após a revelação da soropositividade para o HIV. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 47-56, 2021.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v23n3/15.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2024.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L. da; TEIXEIRA, P. R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, 2016.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência no feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995.

INÁCIO, E. da C. Carga zerada: HIV/AIDS, discurso, desgaste, cultura. **Via Atlântica**, São Paulo, v. 1, n. 29, p. 479-505, 2016.

JESUS, J. G. de. **Homofobia**: identidicar e previnir. 2. ed. Rio de Janeiro: Metanoia, 2015.

JESUS, M. K. M. R. de. *et al.* Experiências de mulheres transexuais no sistema de saúde: visibilidade em direção à equidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, p. 2-16, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/FFLKPsJCkvKb3Hg9YbK9c5N/#>. Acesso em: 2 jan. 2024.

JUNQUEIRA, R. D. “Ideologia de gênero”: um dispositivo retórico de uma ofensiva antifeminista. In: DIAS, A. F.; SANTOS, E. F.; CRUZ, M. H. S. (org.). **Gênero e sexualidades**: entre invenções e desarticulações. Aracaju: Editora IFS, 2017. p. 47-61.

JUNQUEIRA, R. D. Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. **Revista Bagoas**, Lagoa Nova, v. 1, n. 1, p. 1-22, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2256>. Acesso em: 10 jan. 2023.

KROEF, R. F. da S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de campo e a relação do (a) pesquisador (a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020.

KRÜGER, Alicia. **Inserção dos campos “nome social” e “identidade de gênero” nos sistemas de vigilância em saúde**: uma alternativa para qualificação da informação sobre a epidemia de HIV/Aids na população trans brasileira. 2017. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Política de DST, AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose – Educação a Distância) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

LEAL, L. S. **Hospital Universitário João de Barros Barreto**: a significação cultural da arquitetura hospitalar moderna em Belém. 2021. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2021.

LORETO, S.; AZEVEDO-PEREIRA, J. M. A infecção por HIV: importância das fases iniciais e do diagnóstico precoce. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 5-17, 2012. Disponível em: <https://actafarmacaceuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/18>. Acesso em: 2 set. 2023.

LOURO, G. L. **O corpo educado**: pedagogia da sexualidade. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2000.

LUIZ, G. M. de. A gestão dos riscos no cenário da Aids. **Um estudo sobre as estratégias adotadas por homens que fazem sexo com homens em parceria casual**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

MANN, Jonathan M. *et al.* **AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

MEDEIROS, E. S. Necropolítica tropical em tempos pró-Bolsonaro: desafios contemporâneos de combate aos crimes de ódio LGBTfóbicos. **Revista Eletrônica de**

Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v; 13, n. 2, p. 287-300, 2019. Disponível em: <https://www.google.com/search?client=opera&q=Revista+Eletrônica+Comun+Inf+Inov+Saúde&sourceid=opera&ie=UTF-8&oe=UTF-8>. Acesso em: 17 dez. 2023.

MEDRADO, B.; SPINK, M. J. P.; MÉLLO, R. P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK, M. J. P. *et al.* (org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 274-294.

MENEZES, J. de A.; COSTA, M. R. Desafios para a pesquisa: o campo-tema movimento hip-hop. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 457-465, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/KM4BYKffJvQQNfNbJgQrvYp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

MESQUITA, D. T.; PERUCCHI, J. Não apenas em nome de deus: discursos religiosos sobre homossexualidade. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, p. 105-114, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/kkcQJggKT3GTTWpLggHDXSb/?lang=pt#>. Acesso em: 2 ago. 2023.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: SOUSA, E. R. (org.). **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. S7-S18, 1994.

MISKOLCI, R. A gramática do armário: notas sobre segredos e mentiras em relações homoeróticas masculinas. In: PELÚCIO, L. *et al.* (org.). **Olhares plurais para o cotidiano**: gênero, sexualidade e mídia. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2020. p. 52-52.

MISKOLCI, R. *et al.* Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3815-3824, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hWZDMgSHpzzYTdrZ4QcSRXj/#>. Acesso em: 2 jan. 2024.

MISKOLCI, R. **Teoria Queer**: um aprendizado pelas diferenças. 2. ed. São Paulo: Autêntica, 2013.

MONTOYA, G. J. Abordagem bioética das terapias reparadoras. tratamento para mudança de orientação homossexual. **Acta Bioética**, Santiago, v. 12, n. 2, p. 199-210, 2006.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOSCHETA, M. dos S.; FÉBOLE, D. da S.; ANZOLIN, B. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 71-83, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2653/265347623010.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2023.

MOURA, R. G. de; NASCIMENTO, R. P. O gay afeminado nas organizações: uma tensão permanente com padrões heteronormativos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 29, n. 1, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/GFfHVJKQJtM4xQr3YCxWdwp/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 10 set. 2023.

NATIVIDADE, M.; OLIVEIRA, L. de. Sexualidades ameaçadoras: religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 121-161, 2009. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/SexualidadSaludySociedad/article/view/32/154>. Acesso em: 2 ago. 2023.

NUNES, E.; RAMOS, K. P. Homossexualidade humana: estudos na área da biologia e da psicologia. **Intellectus: Revista Acadêmica Digital**, [S. l.], n. 5, p. 1-29, 2008.

OLIVEIRA, M. L. P. D. Fatores de violência estrutural na resposta à AIDS: lançando um olhar para o racismo, o sexismo e a violência de gênero no enfrentamento ao HIV/AIDS. In: LEITE, V.; TERTO JUNIOR, V.; PARKER, R. (org.). **Respostas à AIDS no Brasil: aprimorando o debate**. Rio de Janeiro: Abia, 2020. p. 70-74.

PARANÁ, D. **O filho do Brasil**: de Luiz Inácio a Lula. São Paulo: Xamã, 1996.

PARKER, R. G. Desafios para o futuro: questões-chave para a política de HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, R. G. **Políticas, instituições e Aids**: enfrentando a epidemia no Brasil. São Paulo: Zahar, 1997. p. 177-182.

PARKER, R. **Na contramão da Aids**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: Abia/Editora 34, 2000.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2021/05/livro-digital-final-ESTIGMA-DISCRIMINAÇÃO-E-AIDS-pagina-espelhada-10052020.pdf>. 2. ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2021. Disponível em: <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2021/05/livro-digital-final-ESTIGMA-DISCRIMINAÇÃO-E-AIDS-pagina-espelhada-10052020.pdf>. Acesso em: 10 set. 2023.

PEDRA, C. B. **Direitos LGBT**: a LGBTfobia estrutural na arena jurídica. 2018. 169 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

PELÁ, N. T. R. *et al.* A sexualidade humana no contexto da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 99-113, 1995.

Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/801/687. Acesso em: 2 nov. 2023.

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids ea repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 125-157, 2009.

PERUCCHI, J. *et al.* Psicologia e políticas públicas em HIV/AIDS: algumas reflexões. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, p. 72-80, 2011. Número especial.

PERUCCHI, J.; BRANDÃO, B. C.; VIEIRA, H. I. dos S. Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 1-88, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/hmnDL9rQSLJyQxfNgmsp9dq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 set. 2024.

PINHEIRO, P. N. C. *et al.* O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 569-575, 2005.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS. **Estatísticas mundiais sobre o HIV**: folha de dados 2021. [Geneva], 2021. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2021/06/2020_11_19_UNAIDS_FactSheet_PORT_Revisada-Final.pdf. Acesso em: 2 set. 2023.

QUEIROZ, V. L. P. **Questões de (des)gosto**: uma (auto)etnografia sobre trajetórias afetivo-sexuais de gays e bichas negras. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2022.

QUINALHA, R. **Contra a moral e os bons costumes**: a ditadura e a repressão à comunidade LGBT. Companhia das Letras, 2021.

RAMOS, M. M.; NICOLI, P. A. G. O que é LGBTfobia. In: RAMOS, M. M.; NICOLI, P. A. G.; BRENER, P. R. G. **Gênero, sexualidade e direito**: uma introdução. Belo Horizonte: Initia Via editora, 2016.

REIS, R. K. **Convivendo com a Diferença**: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27082004-170041/publico/mestrado.pdf>. Acesso em: 10 set. 2023.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 323, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/4526>. Acesso em: 10 nov. 2023.

RIBEIRO, D. F. da S.; FRANÇA, M. J; KUSMA, S. Z. Acesso e integralidade em serviços de saúde na percepção de pessoas LGBTQ+ vivendo com HIV no Brasil. **Open Journal Systems**, Matinhos, v. 16, n. 2, p. 420-437, 2023. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/92808/51140>. Acesso em: 2 mar. 2024.

ROSO, Adriane. Psicologia social da saúde: tornamo-nos eternamente responsáveis por aqueles que cativamos. **Aletheia**, Canoas, n. 26, p. 80-94, dez. 2007.

ROZARIO, E. S. B. do. Para além das plumas e paetês: movimento LGBT no enfrentamento à LGBTfobia em Belém (PA). **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, Boa EsperançaCEP, v. 3, n. 9, p. 5-26, 2020. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/9682>. Acesso em: 10 set. 2023.

SANTOS, B. de S. A construção multicultural da igualdade e da diferença. **Oficina do CES**, Rio de Janeiro, n. 135, p. 1-61, 1999. Disponível em: https://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2017/09/4-Boaventura_-A-construcao-multicultural-da-igualdade-e-da-diferenca.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. B.(org.). **As artimanhas da exclusão análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2014.

SEDGWICK, E. K. A epistemologia do armário. **Cadernos Pagu**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 19-54, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/hWcQckryVj3MMbWsTF5pnqn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SEFFNER, F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à Aids. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 293-304, 2016.

SILVA FILHO, M. R. da. “Eu Sou a Filha da Chiquita Bacana...” notas antropológicas sobre a Festa da Chiquita em Belém do Pará. **Gênero na Amazônia**, Belém, n. 6, p. 184-212, jul./dez. 2014. Disponível em: https://www.generonaamazonia.ufpa.br/edicoes/edicao-6/artigos/9_Eu_Sou_a_Filha_da_Chiquita.pdf. Acesso em: 2 ago. 2023.

SILVA, A. S. da; ORTOLANO, F. Narrativas psicopolíticas da homofobia. **Trivium - Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1-18, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/trivium/v7n1/v7n1a02.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2023.

SILVA, A. T. C.; ROSA, C. A. P.; GAGLIOTTI, D. A. M. LGBTQIA+fobia institucional na área da saúde. In: CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JÚNIRO, A. (ed.). **Saúde LGBTQIA+**: Práticas de cuidado transdisciplinar. São Paulo: Manole, 2021.

SILVA, J. M. A cidade dos corpos transgressores da heteronormatividade. **Geo Uerj**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 18, p. 3-19, 2008.

SILVA, A. P. *et al.* Conte-me sua história: reflexões sobre o método de História de Vida. **Mosaico: Estudos em Psicologia**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 25-35, 2007.

SIMÕES, J. A.; FACCHINI, R. **Na trilha do arco-íris**: do movimento homossexual ao LGBT. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

SMIGAY, K. E. von. Sexismo, homofobia e outras expressões correlatas de violência: desafios para a psicologia política. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 8, n. 11, p. 32-46, jun. 2002. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/136/130>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SOUSA, C. C. de; SILVA, M. F. P. da. Os direitos sociais das pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Facit Business and Technology Jornal**, Araguaína, v. 1, n. 42, p. 274-295, 2023. Disponível em: <https://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/2136/1431>. Acesso em: 2 jan. 2024.

SOUSA, R. G. *et al.* Perfil das denúncias de LGBTfobia ocorridas em estabelecimentos de saúde em 2021. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 25, n. 2, p. 1–18, 2023. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/6526>. Acesso em: 2 jan. 2024.

SPINK, M. J. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Revista PSICO**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 7-22, 2000.

SPINK, M. J. P. (org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SPINK, P. K. O pesquisador conversador no cotidiano. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 20, p. 70-77, 2008.

SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Revista Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003.

STRAPPAZZON, A. L.; SAWAIA, B.; MAHEIRIE, K. A liberdade em Espinosa como base ontoepistemológica no enfrentamento do sofrimento ético-político. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 34, p. 1-16, 2022. Disponível em: 10 set. 2023.

TEIXEIRA, P. R. P. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, R. (org.). **Políticas, Instituições e AIDS**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ Abia, 1997. p. 43-68.

TEM-CATEN, K. G. V. **Uma investigação acerca dos impactos causados no cotidiano de pessoas que foram vítimas de LGBTfobia**. 2019. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em terapia Ocupacional) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/26518>. Acesso em: 10 jan. 2024.

TURATO, R. E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 503-514, 2005.

VALLE, C. G. D. Identidades, doença e organização social: um estudo das pessoas vivendo com HIV e AIDS. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 179-210, 2002.

VILLELA, W. V. Estigma e pânico moral: ataques ao gênero, sexualidade e a luta contra a AIDS: do social ao subjetivo: produção, reprodução e enfrentamentos. *In*: LEITE, V.; TERTO JUNIOR, V.; PARKER, R. (org.). **Respostas à AIDS no Brasil**: aprimorando o debate. Rio de Janeiro: Abia, 2020. p. 56-59.

VITALI, M. M.; SOUZA, L. V. de. Sofrer além do corpo: o sofrimento ético-político na vivência LGBTQIA+. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 41, n. 115, p. 3952-3975, 2023. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/30763/26400>. Acesso em: 10 jan. 2024.

ZAGO, L. F.; SEFFNER, F. Masculinidades disponíveis. com sobre como dizer-se homem gay no ciberespaço. *In*: MUNDOS DE MULHERES & FAZENDO GÊNERO, 8., 2008, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: UFSC, 2008.

ZAMBONI, J. A bicha na emergência da homossexualidade cultural: Peter Fry e o que o inglês não viu. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 30, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/PfpQ3CPN9WwGdd9KwxzSZym/?format=pdf>. Acesso em: 15 dez. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está convidado a participar de uma pesquisa que contribuirá para o desenvolvimento da dissertação de mestrado do psicólogo Leomar Santos Moraes Filho, sob orientação do Prof.º Dr.º. Leandro Passarinho Reis Júnior, ambos vinculados ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

Este estudo intitulado *“LGBTfobia e práticas de cuidado: narrativas de pessoas vivendo com HIV/AIDS em um serviço de referência na cidade de Belém/PA”*, tem como o objetivo de compreender como a LGBTfobia interfere nas práticas de cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS atendidas em um serviço de referência em infectologia na região Norte.

Sua participação é **voluntária**, ou seja, você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, sendo os recursos de responsabilidade do pesquisador e o **anonimato é garantido em todas as fases da pesquisa**. A qualquer momento você poderá recusar-se a responder as perguntas, desistir ou ainda retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo ao seu tratamento de saúde, tampouco problemas com a Instituição de Ensino e Saúde.

O benefício relacionado à sua participação será o de ampliar o conhecimento da Psicologia acerca dos modos de enfrentamento e resistências à LGBTfobia na cena de cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Ao término da pesquisa, você receberá uma devolutiva sobre as informações produzidas.

Nas pesquisas com seres humanos há possibilidade de risco. Essa pesquisa contará com um roteiro de entrevista semiestruturado e nesse sentido, você poderá se sentir desconfortável durante a execução do procedimento. Esse risco será manejado pela atenção a qual o pesquisador (psicólogo por formação) se compromete em prestar – durante o episódio de mobilização emocional, após – com a prestação de serviços em saúde mental e/ou encaminhamento para a rede de serviços, além do monitoramento da situação até que se faça necessário.

As informações coletadas serão gravadas, se assim você consentir, transcritas e utilizadas nessa pesquisa para fins científicos. A participação dos sujeitos nesta pesquisa consistirá em responder à entrevista individual e de forma presencial, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Caso necessite de algum esclarecimento sobre a participação no estudo, poderá entrar em contato com o responsável pela pesquisa a qualquer momento no telefone (91) 981407044 ou e-mail psi.leomarmoraes@gmail.com.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL
Leomar Santos Moraes Filho / CRP10/05154
Telefone: (91) 981407044
Email: leomoraesfh@gmail.com

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Informações gerais

- Identificação: (como gostaria de ser identificado por nome fictício):
- Idade:
- Estado Civil:
- Cor/Raça:
- Orientação Sexual:
- Gênero com o qual se identifica:
- Município em que reside:
- Bairro:
- Escolaridade:
- Profissão/ocupação:

2. Perguntas norteadoras

- Como foi sua trajetória de vida até o momento do diagnóstico de HIV?
- Como foi sua vivência na busca por tratamentos de saúde para o HIV?
- Até que houvesse essa hospitalização sob quais condições de vida o seu quadro clínico agravou?
- Sendo uma pessoa LGBT+ como você se sente nos Serviços de Saúde?
- De que modo a LGBTfobia interfere no cuidado que lhe é prestado no Sistema de Único de Saúde?
- Como você se vê enfrentando e/ou resistindo à LGBTfobia?