

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UniEVANGÉLICA
CURSO DE ENFERMAGEM

**EXPERIÊNCIAS NA PROCURA DO SERVIÇO DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE
HOMENS HOMOSSEXUAIS**

RENATO OLIVEIRA SANTOS
WENDEL BATISTA SANTOS

Anápolis
2018

RENATO OLIVEIRA SANTOS
WENDEL BATISTA SANTOS

**EXPERIÊNCIAS NA PROCURA DO SERVIÇO DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE
HOMENS HOMOSSEXUAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis/GO - UniEVANGÉLICA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. M.^a. Najla Maria Carvalho de Souza.

Anápolis
2018

RENATO OLIVEIRA SANTOS
WENDEL BATISTA SANTOS

**EXPERIÊNCIAS NA PROCURA DO SERVIÇO DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE
HOMENS HOMOSSEXUAIS**

Monografia apresentada e defendida em 22 de julho de 2018 pela banca examinadora
composta por:

Prof^a. M.^a. Najla Maria Carvalho de Souza
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Sheila Mara Pedrosa
Avaliadora

Anápolis
2018

A minha mãe, irmãos que mesmos distantes sempre me apoiaram nessa jornada. A todos meus amigos de Rio Verde e Anápolis que são minha segunda família e foram meus grandes suportes para alcançar os resultados deste trabalho.

(Renato Oliveira)

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, que tudo me proporcionou no caminho trilhado até aqui, a minha mãe, meu pai, a minha vovó paterna (In Memoriam), e ao meu irmão, que sempre fizeram de tudo sem medir esforços para me ajudar nos momentos difíceis.

(Wendel Batista)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a todos os participantes que deram seus relatos de vida para podermos dar voz à população homossexual. Muitos são os excluídos dos serviços de saúde pois falta compreensão das necessidades dessa população.

A minha mãe Alexandra, irmãos Alex e Maria Eduarda que sempre me apoiaram para eu alcançar meus objetivos e, sem vocês nada disso seria possível.

Agradecer imensamente a M.^a Najla Carvalho por toda paciência, amor e dedicação que teve por nós, você foi nossa segunda mãe sempre nos orientando e nos apoiando nesse nosso objetivo.

Aos meus amigos que são meu suporte que me incentivaram a lutar e nunca desistir dos meus sonhos e foram fundamentais para a realização este trabalho.

(Renato Oliveira).

Primeiramente a Deus por permitir que tudo isso acontecesse, Ele tem sido ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como universitário, o maior mestre que alguém pode conhecer.

Ao Curso de Enfermagem da UniEvangélica, e às pessoas com quem convivi nesses espaços durante esses anos. A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com amigos foi a melhor experiência da minha formação acadêmica. À professora M.^a Najla Maria Carvalho de Souza, pela paciência e incentivo nas orientações, sem as quais não seria possível a conclusão desta monografia.

À minha avó Rosa (*In Memoriam*), por sua capacidade de acreditar em mim e confiar que alcançaria esse sonho. Mãe, seu cuidado e dedicação deram em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada. Irmão, que nos momentos de minha ausência dedicada aos estudos, sempre fez entender que o futuro é feito da constante dedicação no presente.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação. O meu muito obrigado.

(Wendel Batista).

RESUMO

O Ministério da Saúde considera que a saúde é vital para uma boa qualidade de vida, por isso é necessário que os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo para acolher o homossexual integralmente, bem como ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde, garantir o respeito e a prestação de serviços de qualidade e resolução de sua necessidade. Diante disso, esse trabalho objetiva descrever a experiência dos homens homossexuais masculinos de uma cidade do interior de Goiás no que tange à assistência em serviços de saúde. Metodologicamente, trata-se de um estudo descritivista de abordagem qualitativa, tendo como *corpus* de análise entrevistas semi-estruturadas com quinze homens homossexuais. A coleta de dados sucedeu entre os meses de fevereiro e março de 2018, todo o material foi transcrito na íntegra, e, posteriormente, para tratamento dos dados utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin. Assim, revelou-se que a maioria dos entrevistados não busca os serviços de saúde na atenção básica, aqueles que fazem uso desses serviços relatam, dentre muitos entraves, a demora no atendimento, ineficiência do serviço de saúde devido à burocracia e a falta de atendimento integral. Além disso, os dados demonstram quais são as resistências individuais desse público, como medo de descobrir alguma doença e ao preconceito relacionado a possível diferença do tratamento se comparados a heterossexuais por parte dos profissionais de saúde, o que causa a diminuição do acesso dos entrevistados aos serviços de saúde. Desses apontamentos, é possível inferir que homens homossexuais raramente procuram os serviços de saúde da atenção básica, quando procuram é por já estarem adoecidos ou com alguma dor. Os fatores que dificultam a procura por parte dos homens homossexuais podem-se destacar o medo do preconceito, medo de procedimentos invasivos, medo de descobrir novas doenças e fatores socioculturais. Pela percepção dos entrevistados, as políticas públicas de saúde voltadas para o atendimento de saúde do homem e LGBT ainda não foram completamente implantadas a fim de atender essa população.

PALAVRAS-CHAVES: Assistência à saúde. Homossexualidade. Política pública. Saúde do homem.

ABSTRACT

The Ministry of Health considers that health is vital for a good quality of life, so it is necessary that public health services be organized in a way that fully embraces homosexuals, as well as increasing the access of the LGBT population to health services, ensuring the respect and the provision of quality services and resolution of their demand and need. Therefore, this work aims to describe the experience of male homosexual from a city of Goiás in relation to health care services. Methodologically, this is a descriptive study of a qualitative approach, having as corpus of analysis semi-structured interviews with fifteen homosexual men. Data collection took place between February and March 2018, all material was transcribed in its entirety, and afterwards, for data treatment, the Bardin content analysis was used. Thus, the survey revealed that most of the interviewees do not seek health services in basic care, those who use these services report, among many obstacles, the delay in care, inefficiency of the health service due to bureaucracy and lack of care integral. In addition, the data demonstrate the individual's resistance to this problem, such as the fear of discovering a disease and the preconception related to a possible difference in treatment compared to heterosexuals by health professionals, which causes a decrease in the access of the interviewees to the patients. health services. In light of these notes, it is possible to infer that homosexual men seldom seek the health services of basic care, when they seek it because they are already ill or with some pain. Among the main factors that make it harder for homosexual men to look for is fear of prejudice, fear of invasive procedures, fear of discovering new diseases and sociocultural factors. Based on the interviewees' perception, public health policies aimed at the health care of men and LGBT have not yet been fully implemented in order to fully serve this population.

KEY-WORDS: Health care. Homosexuality. Public policy. Men health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 Sexo, Gênero e Sexualidade	12
3.2 Breve Histórico da Homossexualidade	13
3.3 Homossexualidade e Enfermagem	15
3.4 Política Pública GLBT: breve trajetória e situação atual	16
4 METODOLOGIA	19
4.1 Tipologia	19
4.2 Cenários da pesquisa	19
4.3 População/Amostra	19
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	20
4.5 Coleta dos Dados	20
4.6 Preceitos Éticos da Pesquisa	21
4.7 Análise de Dados	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5.1 Assistência dos serviços de saúde.	23
5.1.1 Dificuldades no acesso	23
5.1.2 Equipe multiprofissional e ações em saúde.....	25
5.2 Resistência Masculina	27
5.2.1 Resistências individuais.....	27
5.2.2 Adoecimento e procura.....	30
5.2.3 Conhecimento da PNAISH	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)	

ANEXO B – APROVAÇÃO DO CÔMITE DE ÉTICA

1 INTRODUÇÃO

A homossexualidade foi apontada como uma ameaça para família tradicional na visão do cristianismo, refletido ainda nos dias atuais, segundo Mott (2007). O autor relata ainda que essa hegemonia religiosa torna a população GLBT marginalizada e impede que os direitos básicos destas pessoas como a saúde humanizada e integral sejam asseguradas.

Durante o século XX surgiram várias tensões acerca do homossexual masculino, na qual possibilitou também uma nova discussão sobre a orientação sexual, identidade de gênero, sexo e sexualidade. Nesta época os homossexuais expressavam medo de serem questionados na sua masculinidade por se afastarem dos padrões tradicionais, por eles rejeitados. No entanto, mudanças de natureza política, social, econômica, cultural, religiosa, sexual, e até mesmo pessoal, desencadearam a quebra de algumas barreiras e a (re)definição de novos conceitos e atitudes (MATOSO, 2014).

Neste sentido, a partir da 13^o Conferência Nacional de Saúde realizada em 2013, a orientação sexual e identidade de gênero foram incluídos como determinantes sociais na saúde do indivíduo, o que se tornou um marco histórico nas discussões relacionadas à saúde. Nesse mesmo ano foi criada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Bissexuais objetivando “promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades” (BRASIL, 2013, p. 18).

De acordo com Brasil (2013), quando se discute saúde de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis é comum a discussão de questões relacionadas a práticas sexuais, tais como as infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS e os mecanismos de prevenção desses adoecimentos. No entanto, é destacado que a sexualidade é um dos aspectos importantes da vida e da saúde das pessoas, assim, as novas políticas de saúde buscam desconstruir o modelo de atendimento dos profissionais da saúde a esta população.

Santos (2010) refere que conseqüentemente, as relações entre a população GLBT e os serviços de saúde podem ficar prejudicadas. De maneira que isso ocorre quando existem comportamentos homofóbicos por parte das equipes de saúde, o que faz com que membros da população GLBT não se sintam acolhidos ou

bem orientados, e até mesmo quando não se sintam à vontade para revelar sua orientação sexual. O autor afirma ainda, que a população GLBT está emocionalmente fragilizada por viver um contexto social de preconceitos que impedem de confiar nos profissionais de saúde e expor as suas reais necessidades.

Recentemente, uma pesquisa realizada por Balzer et al. (2016) relata a morte de 343 GLBT's masculinos anualmente devido à homofobia, concentrando quase a metade de morte de transexuais no mundo. Os autores apontam que além de todos os determinantes de saúde que a população homossexual masculina enfrenta, essa situação agrava ainda mais o cenário.

O Ministério da Saúde (2008) considera vital para uma boa qualidade de vida que se assegure acesso aos serviços públicos de saúde, desde que sejam organizados de modo a acolher irrestritamente toda a população. Assim proposto, o homossexual precisa sentir-se parte integrante e beneficiado, bem como ter ampliado o acesso aos serviços de saúde, garantindo o respeito e a prestação de serviços de qualidade e a resolução de sua demanda e necessidade.

A falta dessa assistência adequada ou o despreparo das equipes de saúde para o atendimento da população homossexual acaba tornando-a vulnerável, especialmente às infecções sexualmente transmissíveis, pela não procura preventiva por medo dos preconceitos e marginalização (BRASIL, 2013).

Por isso, intentamos identificar os fatores que impedem ou facilitam a procura da população homossexual masculina aos serviços de saúde e perceber como o atendimento ocorre. Assim, a presente pesquisa se torna relevante devido a necessidade de mudanças de paradigmas no que diz respeito à adesão de homens homossexuais em relação aos serviços de saúde.

Neste contexto questiona-se: qual a motivação e como os homens homossexuais descrevem a experiência do uso dos serviços de saúde? Na tentativa de responder a essa proposição contribuimos para as discussões sobre o fortalecimento de políticas públicas para saúde de grupos minoritários e é possível identificar fatores específicos de saúde que são determinantes para o grupo populacional em estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a experiência dos homens homossexuais masculinos em relação à assistência em serviços de saúde em uma cidade do interior de Goiás

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os motivos que levam os homossexuais masculinos a buscar os serviços de saúde.
- Descobrir qual o perfil profissional dos agentes envolvidos na assistência dos participantes ao procurarem os serviços de saúde.
- Analisar o conhecimento dos homens homossexuais em relação à política nacional da saúde integral do homem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sexo, Gênero e Sexualidade

O sexo pode ser considerado sob diferentes pontos de vista. A ótica da genética separa o ser humano com cromossomos XX e XY; ao considerar a gônada, o sexo é determinado pelo ovário ou testículo; se considerar o lado somático, pode-se definir o sexo pela presença de genitais internos e externos. No entanto, há outras concepções, de modo que o sexo é uma questão de criação, ou seja, em que crianças são ensinadas pela família a se tornarem homens e mulheres e sem contudo encerrar as possibilidades, temos o ponto de vista psicossocial, em que o indivíduo se reconhece como mulher ou homem consoante sua identificação com o gênero (TONIETTE, 2006).

Goldenberg; Marsiglia; Gomes (2003) corroboram o conceito de gênero sendo associado à construção social do sexo. A palavra “sexo”, nessa concepção, situa-se no campo discursivo de áreas como a Anatomia e a Fisiologia, já a palavra gênero vem para diferenciar a dimensão biológica da social. Os autores afirmam ainda, que o pensamento que apoia essa diferenciação é a ideia de que na espécie humana, como as demais espécies, apenas duas palavras diferenciam os indivíduos, macho e fêmea. Para além dessa taxonomia, cabe à cultura o emprego e deslinde das definições e conceitos do que é ser homem e mulher.

Para outros autores como Carradore e Ribeiro (2014) o gênero é uma construção social fundada sobre as diferenças percebidas entre os sexos e a representação social do gênero, o que estabelece relações de poder e controle sobre os indivíduos. Gênero é, portanto, um construto sócio-histórico, onde cada sociedade dá sentido para diferenças biológicas e anatômicas entre homens e mulheres. Assim, a diferença dos sexos

“não remete apenas a ideia, mas também a instituições, a estruturas, a práticas cotidianas e a rituais, ou seja, a tudo aquilo que constitui as relações sociais. O discurso é um instrumento de organização do mundo, mesmo se ele não é anterior à organização social da diferença sexual. Ele não reflete a realidade biológica primária, mas ele constrói o sentido desta realidade. A diferença sexual não é a causa originária a partir da qual a organização social poderia ter derivado; ela é mais uma estrutura social movediça que deve ser ela mesma analisada em seus diferentes contextos históricos” (GROSSI, 1989, p.06).

O termo sexualidade surgiu no século XIX, que é definido em relações de vários fenômenos como, desenvolvimento de conhecimento diverso; conjunto de regras e normas religiosas, jurídicas, pedagógicas e médicas; mudanças de conduta, desejos, sentimentos e sonhos (ALTMANN, 2001; CARRADORE; RIBEIRO, 2014).

Heilborn (1999, pag. 40) relata que a sexualidade:

“refere-se à construção histórica, na modernidade, de uma dimensão interna aos sujeitos (Vance, 1995), profundamente imbricada num modelo particular de construção da pessoa, no qual interiorização e individualização são traços modeladores da subjetividade. Mais do que uma entidade universal, a sexualidade é uma unidade ficcional (Weeks, 1986: 15), dependente de um determinado contexto cultural e historicamente instituída como um domínio portador de sentido em si mesmo (Foucault, 1977).”

3.2 Breve Histórico da Homossexualidade

A homossexualidade existe desde os primórdios da humanidade. Na Grécia era denominada pederastia. A iniciação da pederastia dava-se após a aprovação familiar do jovem de 12 e 13 anos que eram penetrados por tios maternos, por acreditarem que o esperma seria essencial para se tornarem fortes, e assim saíam da fase da infância para a fase adulta (SPENCER, 1999).

Segundo Barduni e Sousa (2008) neste processo de aprendizado o jovem se submetia a condição de parceiro passivo até os 18 anos e somente aos 25 anos de idade era considerado um homem adulto podendo enfim assumir o papel ativo em uma futura relação pederástica, ressaltando que, a relação homossexual entre um jovem e um homem mais velho era totalmente aceita, porém as relações entre homens da mesma idade não eram aceitas.

Na Grécia, os rapazes que não possuíam uma iniciação por um pederasta eram considerados pobres coitados, vítimas dessa desgraça, a de não possuir um amante e assim não passar por um ritual de iniciação (CORRÊA JUNIOR et al., 2010).

Na sociedade egípcia e Mesopotâmia antiga, uma referência importante da cultura ocidental, admitiam as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, como também as aprovavam em sua cultura literatura e mitologia (FARO, 2015).

De acordo com as publicações de Mott (2007) a homofobia tem suas raízes desde 4000 mil anos atrás, onde havia intolerância anti-homossexual, que foi possível datar uma origem e explicar um grande mito da cultura ocidental e que percuta nos

dias atuais, como um tabu da atualidade, ao considerarmos a história das principais religiões do mundo moderno: judaísmo, cristianismo e islamismo.

Na Idade Média, a homossexualidade foi duramente reprimida e marginalizada por constituir uma ameaça para a formação e manutenção da família abençoada pelo cristianismo, a fim de evitar que os novos cristãos se unissem e infectassem as “famílias limpas”. A Igreja e seus seguidores enxergavam o sexo somente como função procriadora, práticas como o adultério, estupro, masturbação e a homossexualidade que não objetivava a maternidade e paternidade, eram concebidas como pecados sexuais, criando assim uma visão pecadora e marginalizada dos homossexuais (MOTT, 2007; DANTAS, 2010).

Já no século XIX, além da marginalização da homossexualidade, começou a ser chamada de homossexualismo. O uso dessa expressão deve-se a um discurso médico-científico que preocupava com a classificação de patologias, em que os primeiros estudos tentaram diagnosticar as “causas” da homossexualidade, logo, se propunham a criar terapias e tratamentos para tentar normalizar os indivíduos “doentes” (ADELMAN, 2000).

Desde 1999 o Conselho Federal de Psicologia (CFP) o termo homossexualidade vem sendo questionado se realmente é uma doença, ou se se dá por um desvio de comportamento do indivíduo, por uma questão genética que o homem ou a mulher se torna homossexual durante a vida intrauterina, ou ainda se se trata somente de uma escolha, ou melhor, uma questão de orientação sexual, em que o homem ou a mulher escolhe se relacionar com alguém do mesmo sexo ou não (SPOSITO, 1999).

Em concordância com a regulamentação do Conselho Federal de Psicologia (CFP), publicada em 1999, Resolução CFP N° 001/99 de 22 de março de 1999, tornou-se obrigatoriedade que os profissionais da Psicologia se alinhassem aos parâmetros da Organização Mundial Da Saúde (OMS) e o Código Internacional de Doenças (CID-10), no que se refere ao atendimento da homossexualidade, “Art . 2 ° - Os psicólogos deverão contribuir , com seu conhecimento , para uma reflexão sobre o preconceito e o desaparecimento de discriminações e estigmatizações contra aqueles que apresentam comportamentos ou práticas homoeróticas .”, que não seria mais vista como doença, bem como não seria aceitas propostas de cura e tratamento da atração de pessoas do mesmo sexo (SPOSITO, 2012, pag. 12). No entanto as relações homossexuais e heterossexuais geram inúmeros conflitos na atualidade, a

ponto de existir organizações em defesa dos direitos humanos e de direito para homossexuais (CORRÊA JUNIOR et al.,2010).

3.3 Homossexualidade e Enfermagem

No decorrer de muitos anos, a medicina enfrentava a homossexualidade como uma doença, tanto que era conceituada como homossexualismo, onde o sufixo “ismo” designa doenças de caráter comportamental. Assim, em 1975, o homossexualismo foi inserido na Classificação Internacional das Doenças – CID, considerado como um transtorno sexual (MATOSO, 2014).

Desde então pode-se observar que nos últimos anos houve uma mudança no que diz respeito à homossexualidade como doença mental, foi retirada do CID, em que deixou de ser considerada como uma patologia e criou uma legitimidade relativamente relacionada à expressão cultural destes indivíduos (PEREIRA; LEAL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2013, p. 08) a política LGBT é definido como:

“Uma iniciativa para a construção de mais equidade no SUS. O compromisso do Ministério da Saúde com a redução das desigualdades constitui uma das bases do Programa Mais Saúde – Direito de Todos – lançada em 2008 e que visa à reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade. Esse Programa, espelhando essa política, apresenta metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com destaques para grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros” (BRASIL, 2013, p. 08).

Dentre as práticas desenvolvidas pela enfermagem, assistimos os homens que tem uma grande demanda assistencial e um papel fundamental para a saúde. A chave para a melhoria da qualidade deste público é a educação em saúde, e assim trabalhando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em cima dos seus preceitos éticos e legais, melhorando o acesso aos serviços de saúde, oferecendo atenção e cuidado ao homossexual. De outra maneira as relações LGBT e os serviços de saúde, ficam prejudicados por fatos discriminatórios por parte dos profissionais de saúde, que esta população não se sente acolhida e bem orientada, até mesmo ao ponto de não divulgar sua orientação sexual (MATOSO, 2014; COSTA; COELHO, 2011).

O código de ética dos profissionais de enfermagem deixa claro em seus princípios fundamentais que a enfermagem é uma profissão que se compromete com a saúde, qualidade de vida do indivíduo, da família e da comunidade, respeitando a vida, a dignidade e os direitos humanos em todas as suas dimensões, e assim exercendo suas competências para a promoção do ser humano na sua integralidade de acordo com os princípios da ética e da bioética (COFEN, 2007).

Para compreender e atender um paciente é considerado que devemos ter uma visão holística sobre ele, abordando todos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, já que esses aspectos estão relacionados com a saúde integral do indivíduo. Entre outras dimensões a sexualidade é considerada uma das mais relevantes, complexas e polêmicas, já que as variações fogem do padrão normal da sociedade (CASTELLO et al., 2015).

É na virada do século XX para o século XXI, que no contexto brasileiro, devido uma grande dificuldade enfrentada pela população LGBT, com um quadro de violências, discriminações, surge o programa Brasil sem homofobia e a Política De Assistência Integral à saúde da população LGBT. Contudo, muitos obstáculos se impuseram a implementação efetiva de tal política, atendimentos discriminatório, ofensas verbais e preconceituosas por parte dos profissionais da saúde, o que evidencia a falta de qualificação e o preconceito dos profissionais de saúde para atender a demanda desta população. Diante desta realidade o Ministério da Saúde, reconhece que a identidade sexual e a de gênero, são atributos que expõem a população LGBT à discriminação, e a violação dos direitos humanos, inclusive do acesso integral à saúde (COSTA; COELHO, 2011; BRASIL, 2013)

3.4 Política Pública GLBT: breve trajetória e situação atual

Segundo o censo demográfico feito em 2010 aponta que cerca de 49% da população é do gênero masculino; sendo 33,8% entre a faixa etária 20-39 anos. Durante o ano de 2014, de acordo com o SIM (sistema de informações sobre mortalidade), foram a óbito 693.922 homens dessa faixa etária, taxa 30% maior em relação a mulheres desta mesma idade. Além disso, a expectativa de vida do homem cresceu apenas 29 dias entre os anos 2013-2014 e da mulher foi aumentado em um mês e 10 dias. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de

morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002; IBGE, 2014).

A partir da Constituição Federal (BRASIL, 1988) que considera a saúde como um direito social e garantido por meio de políticas sociais e econômicas. Respeitando o princípio da equidade da lei orgânica da saúde 8.080/90, faz-se necessária criação de políticas públicas de saúde específicas para cada necessidade, incluindo a do homem e do homossexual (BRASIL, 1990).

Por conseguinte, em 2008, a Política Nacional de Atenção integral a Saúde do Homem (PNAISH) como função de nortear as ações de saúde, promover o autocuidado destes participantes e em reconhecer a saúde como um direito social essencial e de cidadania de todos os homens, que está diretamente vinculada à visão ampla e abrangente de homens e masculinidades (BRASIL, 2008).

Apenas em 2013, é elaborada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Bissexuais, com o objetivo de “promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades” (BRASIL, 2013, pag. 20).

De acordo com o Grupo Gay Bahia (2016), um homossexual é morto a cada 25 horas no país devido à homofobia por assassinato ou suicídio, em 2016 foram 343 LGBTs mortos e cerca de 70% dos casos dos assassinatos de pessoas LGBT's ficam impunes. O país teve 650 assassinatos homofóbicos ou transfóbicos em 2012 e 2013 e desde 2008 concentra quase metade do total de homicídios de transexuais do mundo, como relata a organização europeia Transgender (BALZER, LAGATA, BERREDO, 2016).

A discriminação gera crimes passíveis de punições, uma vez que a Constituição Federal garante no seu artigo 5 a isonomia e afirma como um dos objetivos da República “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, pag. 2).

Desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, o tema dos direitos LGBT vinha sendo pautado pelo SUS e, em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a orientação sexual e a identidade de gênero são incluídas na análise de determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008).

Diferentes definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam o conceito atualmente diverso de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos

e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BRASIL, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A comissão da Organização Mundial da Saúde define como os DSS são os fatores sociais em que os cidadãos vivem e trabalham (WHO, 2015). Conforme aponta o Ministério da Saúde além de todos os determinantes sociais que afetam diretamente a saúde do homem, a população homossexual masculina possui:

“[...] maior vulnerabilidade ao vírus HIV para gays e bissexuais masculinos, e associa essa condição diretamente às homofobias e segregação à qual estão expostos, especialmente os mais jovens. A impossibilidade de manifestar sua orientação sexual no interior da família e nos locais públicos define para os gays o destino do exercício clandestino da sexualidade. Essa situação os leva a frequentar lugares e situações desprovidos de condições favoráveis à prevenção de doenças” (BRASIL, 2013, pag. 16).

A reiteração do direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde é um progresso que deve ser bastante divulgado, sendo considerado um instrumento legal na luta pela efetivação do direito à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipologia

O presente trabalho trata de um estudo descritivista de abordagem qualitativa. O estudo descritivista analisa e registra, sendo que a interpretação dos fatos do estudo realizado não sofre interferência do pesquisador (BARROS; LEHFELD, 2007)

A pesquisa qualitativa enfoca no aprofundamento do entendimento de uma organização, grupo social ou pessoas, não dando foco na quantidade numérica. O método qualitativo busca explicar o conceito do objeto estudado, demonstra o que convém ser feito, mas não quantifica os valores, pois os dados analisados são suscitados e de interação (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

De acordo com os autores acima citados:

“As características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências” (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009, p.32).

4.2 Cenários da pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Anápolis/Goiás, que está situada no Planalto Central Brasileiro a 50 km da capital goiana e a 140 km da capital federal. Sua população é de cerca de 361.991 habitantes, em uma área de 933,156 km². Em relação à saúde a cidade de Anápolis possui 46 estabelecimentos municipais que compõe a rede pública e 96 na rede privada. A morbidade hospitalar é de 803/1.000 para os homens e 598/1.000 em mulheres (IBGE, 2012).

O município foi selecionado para campo de estudo devido à facilidade de abordagem da população alvo e pela observação feita pelos pesquisadores na vivência passada por eles.

4.3 População/Amostra

A amostra foi composta por 15 homossexuais masculinos que assumiram sua homossexualidade.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos neste estudo participantes que atenderam aos seguintes critérios:

- Ser do sexo masculino;
- Ter entre 18 e 40 anos;
- Ter assumido sua homossexualidade para a família e sociedade;

Foram excluídos da pesquisa os bissexuais, travestis, transexuais, sexo feminino e os que não responderam adequadamente ao questionário semi-estruturado.

4.5 Coleta dos Dados

Para o presente estudo a entrevista semiestruturada como técnica para a coleta de dados foi escolhida. Esse tipo de entrevista tem como característica perguntas básicas que tem relação com o objetivo da pesquisa baseadas em pressupostos previamente estipulados. Podendo os questionamentos gerar novos pressupostos, surgidos a partir das respostas dos entrevistados (TRIVIÑOS, 2015).

A coleta foi realizada pelos pesquisadores entre os meses de fevereiro e março de 2018 mediante a apresentação e aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B) e o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A). O meio utilizado para abordagem do participante foi de forma individual, sendo que o estudo de campo foi encerrado quando atingiu a saturação dos dados coletados. A saturação de dados é quando a relação entre campo de pesquisa e os pesquisadores não mais fornece elementos para fundamentar ou aprofundar os objetivos da pesquisa (FONTANELLA, 2011).

A amostra foi recrutada de forma aleatória, através da técnica em cadeias denominada *snowball sampling* ou amostragem em bola de neve, chamada também como cadeia de informantes, empregada em populações ocultas ou de difícil acesso. A técnica *snowball* ou bola de neve é fundamentada em amostragem não probabilística feita nas pesquisas sociais onde se define a cadeia de informantes ou de referência (GOLDMAN, 1961).

O procedimento se inicia quando os pesquisadores agrupam um determinado número inicial de participantes, dentro da população alvo designados

como “sementes”. As sementes ficarão responsáveis por apontar a partir de seus contatos outros participantes para composição da amostra, sendo identificados como “filhos” ou “frutos”. E assim segue consecutivamente até abranger o tamanho amostral almejado ou até alcançar o ponto de saturação (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

O recrutamento dos participantes ocorreu da seguinte forma: o primeiro grupo foi feito com sete homens homossexuais que fazem parte da rede social e laboral dos pesquisadores, os quais foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar do estudo. Quando aceitaram, solicitou-se que cada um deles indicasse pelo menos uma pessoa de seu convívio social que atendesse aos critérios de inclusão do presente estudo para compor a amostra. Assim, foram indicados mais oito participantes. O número de participantes deste estudo foi determinado pela saturação teórica dos dados, produzindo um total de quinze entrevistados.

Em um segundo momento esses homens homossexuais foram abordados de forma individual, em um ambiente reservado de sua preferência, sem atrapalhar a rotina de estudos e trabalho. Posteriormente foi explicado ao participante da pesquisa os objetivos e os métodos do estudo através do TCLE.

As entrevistas foram gravadas, em gravador de voz MP4, após consentimento dos participantes, com duração entre 5 minutos a 12 minutos. Com o propósito de assegurar o anonimato dos participantes, estes foram identificados pela letra “P”, seguida de um número cardinal correspondente à ordem de realização das entrevistas (P1 a P15).

4.6 Preceitos Éticos da Pesquisa

A pesquisa segue a Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Os dados foram coletados após parecer favorável sob nº 2.387.322 do Comitê de Ética da UniEVANGÉLICA via Plataforma Brasil, através da entrevista semiestruturada onde os participantes fizeram exposição de suas opiniões.

A coleta dos dados foi realizada pelos pesquisadores por meio da entrevista semiestruturada com questões norteadoras para o direcionamento da conversa (APÊNDICE A). As entrevistas foram gravadas individualmente, em local reservado, na residência do participante por meio de gravador MP4, com duração de 5 minutos a

12 minutos, com horário marcado previamente não interferindo nas atividades profissionais e pessoais do participante.

4.7 Análise de Dados

Os dados coletados foram transcritos e tratados pela Análise de Conteúdo de Bardin (2011), o qual a organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise foi organizado o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Foram organizados em quatro etapas: na primeira etapa foi realizada a leitura flutuante, onde foi estabelecido o contato com os documentos da coleta de dados, conhecendo o texto; na segunda etapa realizada a escolha dos documentos, sendo feita a demarcação do que foi analisado na primeira etapa. Logo após estabelecida a formulação das hipóteses e dos objetivos; e na quarta e última etapa executada a referenciação dos índices e elaboração de indicadores, determinando os indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

Na exploração do material, segunda fase, realizou-se a exploração do material definindo as categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro e as unidades de contexto nos documentos a fim de compreender a significação exata da unidade de registro. A exploração do material consiste numa etapa importante, porque possibilita ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são essenciais nesta fase (Bardin, 2011).

No tratamento dos resultados, a terceira e última fase foi realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, onde ocorreu a condensação e o destaque das informações para análise reflexiva e crítica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo quinze homens com idade entre 19 e 27 anos. Quanto ao trabalho por eles exercidos dois eram farmacêuticos, um telefonista, um professor, um operador de máquinas, um auxiliar de serviços gerais, um auxiliar de produção, um atendente e sete eram estudantes de nível superior. Em relação à renda familiar, cinco informaram receber em média um salário mínimo, seis recebem dois salários mínimos, dois recebiam três salários mínimos e dois mais de três salários mínimos.

No que se refere à última vez que procuraram o serviço de saúde, treze relataram ter menos de seis meses e dois deles relataram ter mais ou menos um ano que procuraram o serviço de saúde. Em relação ao tipo de serviços de saúde procurados, nove dos entrevistados buscaram o serviço público, um o serviço privado e cinco deles relataram procurar tanto o público quanto o privado, pois alguns possuíam plano de saúde. Referente ao incentivo a realização dos exames periódicos, relataram que os incentivadores é o pai, a mãe, a empresa na qual trabalham ou os amigos de seu convívio social.

Após a análise de dados identificaram-se duas categorias, quais sejam: “Assistência dos serviços de saúde” e “Resistência Masculina”.

5.1 Assistência dos serviços de saúde.

A categoria Assistência dos serviços de saúde relata quais os motivos que levam os homens homossexuais a procurarem os serviços de saúde e os fatores que dificultam seu acesso a tais serviços e como isso afeta o processo saúde-doença. Esta categoria foi dividida em duas subcategorias: “Dificuldades no acesso”, “Equipe multidisciplinar e ações em saúde”.

5.1.1 Dificuldades no acesso

Esta subcategoria elucida os fatores que dificultam o acesso dos participantes aos serviços de saúde. Os participantes referem que a ineficiência do serviço relacionado à burocracia, a demora no atendimento e a falta de atendimento

integral as suas necessidades, o medo de descobrir alguma doença e ao preconceito relacionado à possível diferença do tratamento entre heterossexuais e homossexuais por parte dos profissionais de saúde, causam a diminuição do acesso deles aos serviços de saúde.

Às vezes a demora. É a demora, às vezes demora muito e a gente acaba perdendo tempo demais no hospital. (P12)

Assim, dependendo, às vezes a gente sente certas dificuldades que pode impedir. Às vezes o atendimento, por que muitos atendimentos que a gente precisa é dificultoso e você precisa do atendimento e demora para ser atendido, se você quer um atendimento mais elaborado são mais caros, para quem não tem plano de saúde, então a gente vai até onde o limite da gente pode ir. (P5)

Eu acho que é o medo de ir ao médico. Eu já tenho medo de hospital e tal, aí tenho medo de descobrir outra coisa, outra doença. (P3)

A garantia ao atendimento integral é prerrogativa de todos os usuários do SUS, desde a Constituição Federal de 1988 e a lei orgânica da saúde 8080/90. Por isso, a Política Nacional de Humanização debate sobre como melhorar o atendimento da população de forma integral e resolutiva, todavia a falta de informação dos usuários falta de recursos humanos, insumos e integração entre as redes de atenção e os indivíduos torna o atendimento à população fragmentado e sem resolutividade aos seus problemas de saúde. Além disso, conforme outros autores, muitos profissionais de saúde não atendem de forma integral a demanda da população GLBT, fazendo esse grupo não se sentir acolhido e bem orientado, tornando a busca dos serviços de saúde menor nessa população (BRASIL, 1988; 1990; 2004; MATOSO, 2014; COSTA; COELHO, 2011).

Uma pesquisa britânica, cujo objetivo foi demonstrar a origem e as implicações que causa quando as pessoas evitam os serviços de saúde por medo de saber sobre seu estado de saúde, demonstra que muitos indivíduos, especialmente homens adultos, não procuram por medo de descobrirem alguma doença que pode força-lo a mudar seu cotidiano, estigmas de algumas doenças ou até mesmo o tratamento poder causar disfunções sexuais. Esse medo torna os serviços de prevenção e promoção serem menos procurados pela população. Pesquisas nacionais reforçam que os homens têm maior vulnerabilidade a doenças crônicas e enfermidades graves, por não procurarem, com regularidade, os serviços preventivos

primários, confirmando a fala dos entrevistados (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002; PAXMAN; MANNING; JAMES, 2017).

5.1.2 Equipe multiprofissional e ações em saúde

A subcategoria “equipe multiprofissional e ações em saúde” expõe quais profissionais assistiram os participantes e como foi a experiência pessoal de cada participante ao utilizar a Estratégia da Saúde da Família (ESF). Além de discutir quais ações em saúde que os entrevistados participaram voltadas para a população homossexual.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, tem como intuito mudar o modelo biomédico vigente na época. Em 2006, o governo brasileiro alterou PSF para Estratégia da Saúde da Família, para ser o eixo principal da atenção básica (XIMENES NETO, GUIMARÃES, SAMPAIO, 2007; BRASIL, 2006).

A grande maioria dos entrevistados procurou atendimento na ESF. A minoria relatou que vai às vezes ou só procurou esse ponto de serviço de saúde quando criança. Alguns participantes narraram os motivos que levaram eles a procurarem a ESF, entre eles foram: trauma no nariz, suspeita de dengue e suspeita de IST.

Sim, já procurei sim e tanto que já fui voluntario nessas unidades. (P7)

Não, só quando criança. (P10)

Tem muito tempo que eu utilizei a estratégia, muito tempo mesmo. Foi numa época que eu estava com suspeita de dengue que ai eu fui estratégia, só que tem muito tempo. Me recebeu bem, conversou comigo. Disse que podia ser dengue, mas nada mais que isso. (P6)

A Organização mundial da saúde enfatiza que são necessários novos modelos de saúde que deem enfoque a condições crônicas, que, segundo a OMS (2003, p. 10) “são problemas de saúde que persistem com o tempo e requerem algum tipo de gerenciamento”. A ESF vem para modificar o modelo biomédico que existia no Brasil até meados da década de 90, que era fragmentado e centrado em ações medicas e em ações curativistas. Objetivando reorganizar os serviços e as práticas

profissionais para promoção, prevenção e reabilitação das doenças. A unidade pressupõe características de integralidade, vigilância à saúde, interdisciplinaridade e multidisciplinaridade para a população que mora no local (OMS, 2003; XIMENES NETO, GUIMARÃES, SAMPAIO, 2007; FIGUEIREDO, 2010).

Os participantes relataram que na ESF já foram assistidos, segundo suas necessidades, por enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos e farmacêuticos. Enfatizaram que o enfermeiro foi o profissional mais efetivo, tanto no primeiro atendimento como na consulta de enfermagem para orientações sobre possíveis IST's, seguido do médico para consulta clínica. Alguns participantes destacaram que os atendimentos prestados por esses profissionais na ESF foram resolutivos com acolhimento humanizado.

O enfermeiro é marcado por se responsabilizar pelo conjunto de atividade que compõe toda a dinâmica de funcionamento como questões específicas da ESF. Para a enfermagem, a ESF possibilita reorientar suas ações com enfoque nas necessidades da saúde dos indivíduos, família e comunidade.(CAÇADOR et al., 2015)

Já para alguns entrevistados a falta de interesse por parte de alguns profissionais ainda está presente na ESF, por estar relacionada, segundo eles, pelo interesse apenas nos salários, o que torna o atendimento menos humanizado. Essa falta de profissionalismo foi um dos fatores que motivaram alguns participantes a procurarem mais os serviços de urgência e emergência ao invés dos preventivos na ESF.

Um pouco de falta de profissionalismo por parte do profissional, falta de educação. (P10)

Alguns casos sim, porque tem os verdadeiros profissionais que tem aquele atendimento humanizado, já tem outros que a gente precisa e estão ali somente pelo salário, principalmente a classe médica, porque já tive situação, em que não teve questão de fazer uma entrevista mesmo. (P5)

Uma enfermeira, e eu estava com problema nas partes íntimas. Estava sentindo uma queimação ou alguma coisa e fui saber o que era, fui atendido por uma enfermeira, que me orientou e que me passou o que estava acontecendo. Logo após fui encaminhado por um médico. (P7)

Sobre a participação dos entrevistados em ações de saúde voltadas para população masculina homossexual, relataram nunca ter participado e nem conhecem ações voltadas para esse público na Estratégia da saúde da família.

Até hoje mesmo, eu nunca participei de nada semelhante. (P5)

Não, nunca participei, tenho interesse, mas nunca fui, nunca tive oportunidade. (P3)

Não, e nem ouço falar. (P13)

É importante que profissionais de saúde tenham conhecimento das políticas públicas e com os problemas específicos da população GLBT para conseguir alcançar esse grupo de forma efetiva. Além disso, poucos estudos abordam o homossexual masculino de forma subjetiva para a prevenção e promoção da saúde, reduzindo essa população para o enfoque de prevenção em HIV/AIDS, o que dificulta uma melhor capacitação dos profissionais para esse grupo. Assim, as ações em saúde para a população homossexual são raras e/ou inexistentes na atenção básica, conforme relatado pelos entrevistados (ALBUQUERQUE et., 2013; CUNHA, GOMES, 2015).

5.2 Resistência Masculina

A categoria Resistência masculina aponta as resistências individuais da população homossexual masculina aos serviços de saúde e suas consequências para o processo saúde-doença, bem como o conhecimento sobre as políticas públicas de saúde em que eles estão inseridos. Esta categoria foi dividida em três subcategorias: “Adoecimento e procura”, “Resistências individuais” e “Conhecimento da PNAISH”.

5.2.1 Resistências individuais

Esta subcategoria relata os fatores pessoais referente as resistências enfrentadas para o acesso aos serviços de saúde e qual a percepção dos entrevistados em relação aos homens tanto heterossexuais como homossexuais serem resistentes em buscar os serviços de saúde.

Em relação aos fatores pessoais, existiram relatos de resistência como, falta de tempo porque trabalham e estudam, preguiça e fatores econômicos. Há também participantes que relataram não ter nenhum tipo de dificuldade quando

procuraram o serviço de saúde por possuírem vínculos seja ele acadêmico ou profissional, tendo assim maior facilidade de acessar as redes de atenção à saúde.

Falta de tempo, estudo. (P4)

Preguiça. Saúde está boa. (P1)

No momento, eu não encontro nenhuma dificuldade para poder encontrar o serviço de saúde. Nenhuma dificuldade. (P7)

Tempo e dinheiro são fatores determinantes que fazem com que a população norte-americana não procure uma consulta médica, até mesmo aqueles que possuem plano de saúde particular. Outros motivos que levam os americanos a não procurarem serviços de saúde está relacionado a algumas burocracias que os planos de saúde estadunidenses possuem. No Brasil, os serviços de saúde públicos, especialmente a atenção básica, por coincidirem com os horários de trabalho e estudos diminuem a busca dos indivíduos a procurarem serviços preventivos na atenção primária, dando preferência aos serviços de emergência que realiza atendimento com demanda espontânea e funcionamento 24 horas, porém a assistência se torna fragmentada, baseando-se apenas na queixa dos indivíduos (KANNAN; VEAZIE, 2014; KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012; OBAMA, 2016).

A sociedade patriarcal ensina os homens a serem resistentes quanto a busca dos serviços de saúde, fato este que fora observado em quase unanimidade pelos entrevistados, que ressaltaram características como: resistência ao amparo do serviço de saúde, orgulho, entre outros. O que gera a busca por serviços de saúde somente quando os sinais e sintomas da patologia instalada os impedem de suas atividades cotidianas intensamente.

Outra resistência observada deste grupo aos serviços de saúde está relacionada ao medo dos procedimentos hospitalares como injeções e exame do toque, ou a exposição do corpo do homem que alguns desses procedimentos podem constranger. Criando outro obstáculo para não procurarem os serviços de saúde de forma integral.

Eu acho que devido ao homem ter aquela postura como a sociedade diz 'aa sou machão demais' e não procura, deixa, deixa estar e fica por isso mesmo. Procura só quando está alguma coisa bem avançada ou alguma coisa que descobre assim aí eles procuram o médico. (P6)

Por que o homem tem essa questão um pouco do machismo, não gosta de demonstrar dor, gosta de mostrar um papel como se fosse um alfa, não gosta de apresentar dor, não gosta de transparecer essas situações e dependendo se eu for falar de um homem heterossexual, eu sim posso dizer que é machismo, se eu for falar de um homem homossexual eu posso falar que pode ser por bastante preconceito, vergonha. (P5)

Medo, falta de coragem. Muitos homens na verdade têm medo, por exemplo, injeção, agulha, pensa como se fosse um monstro na frente. Só procura quando estiver no pior estágio. (P13)

Para os serviços públicos alcançarem a população masculina, observa-se também que é necessário mudar a cultura masculina. É indispensável, segundo Carrara et al. (2009, p. 672) uma ação educativa “dissipando o pensamento mágico que os (des) orienta e que os torna presa de seus próprios preconceitos”. Porque o pensamento de invulnerabilidade que grande parte da população masculina possui, está incluído no exercício de poder pelo homem, o que torna a busca dos serviços saúde, especialmente os preventivos, uma característica mais feminina (KNAUTH; COUTO; FIGUEIREDO, 2012).

Alguns dos entrevistados relataram que existe preconceito no atendimento dos profissionais aos homens homossexuais, devido aos estigmas inerentes da sociedade para a população homossexual. Os homossexuais por viverem um contexto social de preconceitos impedem eles de confiarem nos profissionais de saúde e exporem as suas reais necessidades. Outros motivos citados são medo dos possíveis resultados de exames de rotina e uma pequena parte dos entrevistados relata o machismo no meio dos homens homossexuais.

Se eu for falar de um homem homossexual eu posso falar que pode ser por bastante preconceito, vergonha. (P5)

Eu acho que pelo medo do resultado que ele possa obter, perante a saúde que ele tem, ou alguma coisa que ele teve, de algum resultado assim, ele é muito, muito, enraizado isso nele eu acho. (P2)

Não sei, acho que machismo mesmo, desleixo às vezes, é isso. (P11)

Uma vez que o sistema de saúde pode ser visto como um reflexo da sociedade, ainda é reportado vários atos de discriminação dos profissionais de saúde para com a população GLBT em diversos países. No geral, atitudes discriminatórias surgem de uma incorreta presunção de que todas as pessoas são heterossexuais, e

a falta de conhecimento sobre os diversos estilos de vida e caminhos de viver além da heterossexualidade pode criar julgamentos errôneos (ISTAT, 2012; DELLA PELLE et al., 2018).

O Brasil, sendo um dos primeiros países latinos a criar uma política de saúde LGBT, traça como objetivo promover a saúde integral de gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e social, bem como contribuindo para a redução das desigualdades nos serviços públicos de saúde, contudo ainda existe pouca capacitação dos profissionais da saúde em atender de forma integral a população homossexual (BRASIL, 2013; MATOSO, 2014).

5.2.2 Adoecimento e procura

Esta subcategoria enfatiza em que momento o participante procuraram o atendimento aos serviços de saúde e qual tipo de saúde eles utilizaram quando instalada alguma patologia, seja ela aguda ou crônica.

Os entrevistados quando questionados sobre qual tipo de serviço que procuram emergência ou ambulatório, relataram que preferem o serviço de urgência/emergência, porque o atendimento é imediato. Alguns participantes referem que buscam o serviço ambulatorial principalmente para os serviços de prevenção, usando, eventualmente, o emergencial para situações mais graves.

Os motivos que levaram a maioria dos participantes a procurarem os serviços de urgência e emergência estão principalmente relacionados a doença em fase aguda, como: Infarto agudo do miocárdio, infecções, doença na próstata, dispneia, apendicite, conjuntivite, amigdalite. Poucos buscam a assistência à saúde para exames de prevenção.

Urgência e emergência, quando eu estou muito mal, o ambulatorial é mais difícil (P4).

Geralmente, quando, ultimamente eu fico doente muito com coisas mais simples, então eu procuro um atendimento ambulatorial mesmo, por que graças a Deus até hoje não tive nada grave (P5).

A sim, porque eu tenho e essa como diz... e 6 em 6 meses procurar a mim, que saber como que ta a saúde e tudo mais, fazer um check up geral do meu corpo, mas o que há 3 meses atrás foi a última vez que eu fui e daqui 3 meses eu pretendo realmente ir de novo (P7).

A maioria dos sistemas de saúde existentes mundialmente é falha, por não conseguirem acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e aumento das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento para doenças na fase aguda não funciona. No Brasil, a Política Nacional de atenção Básica (PNAB) foi criada como uma estratégia voltada para ter uma resposta regionalizada, contínua e sistematizada a grande parte das necessidades de saúde dos usuários, atendendo assim os indivíduos e a comunidade de forma integral. Entretanto, o esforço no aumento das ações básicas de saúde, não tem sido suficiente para resolver os problemas de saúde no nível primário de atenção. Portanto, o sistema hospitalar recebe grande número de pacientes (HAM, 2007; AZEVEDO et al., 2010).

Estudos comprovam a grande procura no fluxo de entrada no serviço de urgência e emergência, e isso tem sido responsável por dificultar um acompanhamento íntegro, incluindo ações de prevenção, da população masculina, assim os homens deixam para procurar os serviços de saúde quando já existe uma patologia instalada. Os homens independentes de sua orientação sexual chegam ao serviço de saúde e procuram atendimento imediato, optando assim pelo serviço de urgência e emergência, reforçando a fala dos entrevistados. A dificuldade de acesso e o funcionamento dos serviços foi outro argumento utilizado para justificar presença mais rara na atenção primária. Acham que o atendimento deve ser rápido e pontual e, por isso, dão prioridade aos hospitais e os prontos socorros (KNAUTH, COUTO, FIGUEIREDO, 2012; LIMA, 2015; NASCIMENTO et al., 2011, COUTO et al., 2010).

Os participantes que são trabalhadores da saúde ou estudantes de algum curso da área da saúde já conhecem o sistema de saúde, o que facilita a procura da rede de atenção mais adequada às suas necessidades. Entretanto, ainda existe uma parte desse grupo que prefere serviços de urgência e emergência para solucionar seus agravos de saúde, deixando de lado a procura ambulatorial para exames de rotinas.

Comparando aqueles participantes que possuem conhecimento acadêmico sobre a importância da procura ao serviço de saúde previamente como aos que não detêm esse conhecimento, percebe-se que o índice de não procura ao tratamento preventivo se igualam, pois ambos preferem procurar somente os serviços de urgência/emergência quando instalado os agravos de saúde.

Eu procuro, depende de cada caso. Se eu tiver passando muito mal procuro por urgência e emergência para aliviar minha dor naquele momento. Agora se for para eu fazer uma consulta com um clínico ou outra coisa eu marco uma consulta e vou. (P6)

No caso eu vou sempre em posto. (P8)

Emergencial. Ataque cardíaco e consulta médica. (P9)

5.2.3 Conhecimento da PNAISH

A política nacional de atenção integral a saúde do homem (PNAISH) contribui significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos para ações nos serviços de saúde. Por isso, nesta subcategoria investiga qual o nível de informação que os participantes têm sobre a PNAISH e como essa política está sendo implementada, de acordo com a opinião dos participantes.

Referente ao nível de conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), a maioria relatou que conhecem superficialmente a política, sendo que dois não possuem nenhum conhecimento sobre essa política.

A Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem atua principalmente na atenção primária, visa assim à promoção e a prevenção de saúde por meio da facilidade de acesso e do vínculo com os usuários. Essas práticas proporcionam um trabalho contínuo de sensibilização para uma maior percepção das necessidades da saúde dos homens, com uma atenção integral e um trabalho multidisciplinar (PEREIRA, BARROS, 2015).

A PNAISH é associada apenas ao novembro azul, em que é realizada ações voltadas ao câncer de próstata. Isso evidencia, segundo alguns participantes, a necessidade de maior divulgação e fortalecimento da política à população masculina tanto heterossexual como homossexual, com desenvolvimento de amplas ações de prevenção além das que já são trabalhadas no novembro azul. A esse respeito, alguns entrevistados disseram:

Não, nunca ouvi falar. (P1)

já ouvi falar, mas nunca participei, só ouvi falar do novembro azul, nesse meio, fora disso, nunca ouvi falar mais nada. (P9)

Sim, conheço em grande parte, sim, eu acho que tem que está de pé mesmo, só acho que tem que ser mais trabalhada e enfatizada, porque até hoje muita das pessoas que a gente conversa, não tem consciência desses hábitos, a partir desse momento que eu mesmo acadêmico fui ter consciência que eu aprendi estudar, eu tive mais consciência desses hábitos, acho que precisa de uma divulgação mais ampla, essas divulgação as vezes não chega na população, e isso está precisando acontecer. (P5)

A PNAISH surge com uma grande expectativa de garantir a população masculina o seu direito social à saúde, sendo de grande relevância, a julgar pela representatividade que o gênero masculino possui no cenário da saúde brasileira. Cabe ressaltar que a criação da PNAISH foi uma grande conquista em direção ao aprimoramento do atendimento à saúde da população do sexo masculino. Todavia observa-se que, poucos profissionais da saúde realizam ações específicas à saúde do homem em suas unidades, até mesmo relatam não conhecerem a política, podendo assim dificultar estratégias para implementação e a adesão dos homens ao serviço de saúde (JULIÃO, WEIGELT, 2011; SILVA et al., 2012; BARBOSA, 2014).

Embora exista uma política exclusivamente para a população masculina, ainda é um desafio para os profissionais de a atenção básica atrair esse público alvo quando entramos no assunto de prevenção de alguma doença. A maioria dos homens procura o serviço de saúde quando já existe uma doença instalada, seja ela na fase aguda e ou crônica, justificando assim uma maior divulgação e implementação da PNAISH durante todo o ano e não somente durante o mês de novembro focando somente na prevenção de câncer de próstata e ou diabetes. (MOURA, FONSECA, 2018).

Nota-se que os homens, enquanto cidadãos/usuários dos serviços de saúde não conhecem e não integraram a PNAISH. A escassa inclusão dos homens na política pública voltada para seus interesses e seu direito social à saúde causa o distanciamento desses dos serviços de saúde, e até mesmo o não conhecimento da própria política (FIGUEIREDO, 2005; COUTO et al., 2010; GOMES et al., 2011).

De outro ponto de vista, nota-se também a dificuldade de acesso a informação sobre a PNAISH por parte dos usuários da criação de mecanismos de aproximação e participação dos homens pelos próprios gestores do SUS, fazendo

necessário mais sensibilização dos homens, favorecendo assim a participação e o envolvimento nos desenvolvimentos dos serviços de saúde (COUTO et al., 2010).

Quanto ao atendimento e os serviços prestados para os homens na ESF ainda seja falho, muito dos homens ainda procuram o serviço no mês de novembro, já que as unidades trabalham de forma concentrada para esse público, já que se trata do mês direcionado ao combate do câncer de próstata. É importante ressaltar a importância do profissional Enfermeiro para o sucesso da PNAISH, já que é o profissional que tem o contato direto e frequente com os usuários, assim promovendo os programas de educação em saúde para a população (CARVALHO et al 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste trabalho adotou-se o desafio de buscar as experiências dos homens homossexuais na procura dos serviços de saúde. Na análise de qual serviço de saúde os entrevistados homens homossexuais mais procuraram, respectivamente descobriu-se que os homens homossexuais raramente procuram os serviços de saúde da atenção básica e quando procuram é por já estarem adoecidos ou com alguma dor, sendo assim os serviços de urgências e emergência teve uma adesão bem considerável por ser um serviço de atendimento imediato, deixando a estratégia de saúde da família como segunda opção.

Quanto aos fatores que dificultam a procura de homens homossexuais por assistência de saúde e o conhecimento acerca da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem - PNAISH, os principais fatores associados a dificuldade na procura por parte dos homens homossexuais transcorre de fatores culturais, medo de sofrer preconceito, medo de procedimentos invasivos e até mesmo de descobrir novas doenças. Poucos conhecem a PNAISH, e ainda assim, os que a conhecem sabem pouco a seu respeito. A partir da percepção dos entrevistados pode-se entender que, as políticas públicas do homem como a política de atenção a saúde GLBT ainda não foram completamente implantadas para atender de forma integral essa população.

O presente estudo encontrou dados que confirmam a necessidade de se refletir ainda mais acerca da saúde do homem independente de sua orientação sexual. Sendo assim, é imprescindível a atuação do enfermeiro, uma vez que é um dos profissionais mais acessados no âmbito da atenção primária e até mesmo nos serviços de urgências e emergências podendo desenvolver um papel importante para a adesão desses homens ao serviço de saúde na visão preventiva e não curativa.

Ressalta-se a importância de mais estudos sobre o tema, que é extremamente amplo e complexo, e muitas vezes pouco explorado se comparado com outras populações, como a saúde da mulher. Sugerem-se estudos que averiguem quais estratégias mais eficazes para não somente conscientização, mas envolvimento da população GLBT em programas específicos e na atenção básica como um todo, tendo por foco a prevenção e promoção da saúde, como a diminuição do preconceito dos profissionais da saúde diante dessa população.

REFERÊNCIAS

ADELMAN, Míriam. Paradoxos da identidade: a política de orientação sexual no século XX. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 14, p. 163-171, Jun 2000. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782000000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2017.

ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, Sept. 2013. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 mar. 2017.

ALTMANN, H. Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 575-585, 2001. Acessado em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2001000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 mar. 2017.

AZEVEDO, Ana Lídia de Castro Sajioro et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-45, dez. 2010. Disponível <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/6585>>. Acesso em 22 mai. 2018.

BALZER, Carsten; LAGATA, Carla; BERREDO, Lukas. **An introduction to the Trans Murder Monitoring project TMM annual report 2016**. Germany: TvT Publication, v. 14, n. October, 2016. Disponível <<http://transrespect.org/wp-content/uploads/2016/11/TvT-PS-Vol14-2016.pdf>> . Acesso em 23 mar. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BARDUNI, F., Jairo-UFV; SOUSA, D. D. L. de. A Questão da Homossexualidade e o Bullying. In: **Anais do VIII Congresso Nacional de Educação–EDUCERE–Formação de Professores**. 2008. p. 1063-1074. Disponível <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/367_950.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final**. Brasília, 2004. Disponível <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf> Acesso em 23 mar. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília. 1. ed. 2008. p. 40. Disponível <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>. Acesso em 23 mar. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**/Ministério da Saúde. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf>. Acesso em 23 mar. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set 1990. p. 18055. Disponível <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em 23 mar. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 28 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília. 3. ed., 2011. Disponível <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf>>. Acesso em 23 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília. 1. ed., 2004. Disponível <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em 17 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília. 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. p. 32. Disponível <<http://>>. Acesso em 23 mar. 2017.

BRASIL. Portaria 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em 15 mai. 2018.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/A-Sa%C3%BAde-e-seus-Determinantes-Sociais.pdf>>. Acesso em 23 mar. 2017.

CAÇADOR, Beatriz Santana et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **REME rev. Min. enferm**, v. 19, n. 3, p. 612-626, 2015. Disponível <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=28181&indexSearch=ID>>. Acesso em 20 mai. 2018.

CARRADORE, V. M.; RIBEIRO, P. R. M. **Relações de gênero, sexualidade e AIDS: apontamentos para reflexão**. São Paulo: Revista Linhas UNESP, 2014. Disponível <<http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1325/1134>> Acesso em 23 mar. 2017

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 mai. 2018.

CARVALHO, Francisca Patrícia Barreto de; et al. Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Revista de APS**, v. 17 16, n. 4, 2014. Disponível <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1977>>. Acesso em 22 mai. 2018.

CASTELLO et al. **Health care of Homosexual**: an integrative review. Caxias: ReonFacema, v. 1, n. 2, p. 148–152, 2015. Disponível <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/68>> Acesso em 23 mar. 2017.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Brasília, p. 1-216, 2008. Disponível <http://bvsmig5.iciict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/02/relatorio_cndss.pdf>. Acessado em 23 mar. 2017.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH et al. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. **Obesity Reviews**, n. April, p. 77, 2015. Disponível <
http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
 f>. Acesso em 23 mar. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília: Coren, 2007.

COSTA, Lucia Helena Rodrigues; COELHO, Edméia Coelho de Almeida. Nursing and sexuality: integrative review of papers published by the Latin-American Journal of Nursing and Brazilian Journal of Nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 631-639, 2011. Disponível <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300024&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 23 mar. 2017.

COUTO, Márcia Thereza et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, junho 2010. Disponível <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 mai. 2018.

CUNHA, Rosane Berlinski Brito e; GOMES, Romeu. Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: uma revisão sistemática. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 57-70, mar. 2015. Disponível <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100057&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 mai. 2018.

DANTAS, B. S. A. Sexualidade, cristianismo e poder. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 700-728, dez. 2010. Disponível em <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 mar. 2017.

DELLA PELLE, Carlo et al. Attitudes Towards and Knowledge About Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients Among Italian Nurses: An Observational Study. **Journal of nursing scholarship**, United Kingdom, abr. 2018. Disponível <
<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jnu.12388>>. Acesso em 19 mai. 2018.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, Mar. 2005. Disponível

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 mar. 2017.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, fev. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 mai. 2017.

GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A., (orgs). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 444 p. Disponível <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/classico_novo_abordagens_ciencias_sociais.pdf>. Acesso em 23 mar. 2017

GOMES, Romeu et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 113-128, 2011. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 mai. 2018.

GOLDMAN, L. A. Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*. **Received**, v.32, n. 1, pag. 148-70. 1961. Disponível em <http://projecteuclid.org/DPubS/Repository/1.0/Disseminate?view=body&id=pdf_1&handle=euclid.aoms/1177705148> Acesso em: 27 mai. 2017.

GROSSI, Mirian Pillar. Identidade de gênero e sexualidade. Santa Catarina, p. 1–14, set. 2015. Disponível <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/01935_identidade_genero_revisado.pdf>. Acesso em 23 mar. 2017

HEILBORN, Maria Luiza. “Construção de si, gênero e sexualidade”, in: HEILBORN, Maria Luiza. (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**, IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999, p. 40-59.

HELMINIAK, D. **O que a Bíblia realmente diz sobre a homossexualidade**. São Paulo: ed. Summus, 1998, p. 16.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de População e Indicadores de Saúde. **Morbidade Hospitalar**. Goiás. 2012. Disponível em <

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=520110&idtema=114&search=goias|anapolis|morbidades-hospitalares-2012> > Acesso em: 26 maio 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil - 2013**. Rio de Janeiro: IBGE p. 15, 2014. Disponível < ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2013/notastecnicas.pdf>. Acesso em 23 mar. 2017.

Italian National Institute of Statistics (ISTAT). **La popolazione omosessuale nella società italiana**. Paris: ISTAT. Disponível <https://www.istat.it/it/files//2012/05/report-omofobia_6giugno.pdf>. Acesso em 19 mai. 2018.

JULIÃO, Gésica Graziela; WEIGELT, Leni Dias. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 144-152, 2011. Disponível < <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2400/1743>>. Acesso em 18 mai. 2018.

CORRÊA JÚNIOR, Salvador Pereira et al. Homossexualidade e construção de papéis. **Revista de Psicologia**, v. 1, n. 1, 2010. Disponível < <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/psicologiaufc/article/viewFile/46/45>>. Acesso em 23 mar. 2017

KANNAN, Viji Diane; VEAZIE, Peter J. Predictors of avoiding medical care and reasons for avoidance behavior. **Medical care**, New York, v. 52, n. 4, p. 336-345, 2014. Disponível em < <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=24556894>>. Acesso em 18 mai. 2018.

KNAUTH, Daniela Riva; COUTO, Márcia Thereza; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, Out. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 mai. 2018.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Percepção de Enfermeiros Sobre Utilização do Protocolo do Sistema de Classificação de Risco Manchester. **Cienc Cuid Saude**, Porto Alegre, abr/jun; 14(2):1004-1010. 2015. Disponível em:<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129891/000977204.pdf?sequence=1>>. Acesso em 18 mai. 2018.

MATOSO, Leonardo. **Homossexualidade masculina**. Santa Maria: Saude v. 40, p. 27–34, 2014. Disponível <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/9267/pdf>>. Acesso em 23 mar. 2017.

MOTT, Luiz. Antropologia, teoria da sexualidade e direitos humanos dos homossexuais. **Bagoas**, v. 1, n. 1, p. 1–15, 2007. Disponível <<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2252/1685>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

MOTT, Luiz; MICHELS, Eduardo. **Assassinatos de LGBT no Brasil: relatório 2016**. Bahia: GGB, 2016. Disponível <<https://homofobiamata.files.wordpress.com/2017/01/relatc3b3rio-2016-ps.pdf>>. Acesso em 23 mar. 2017.

MOURA, Alex Resende; FONSECA, Délcio Geraldo Pontes. A importância da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde Do Homem na atenção primária à saúde na visão de enfermeiros em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. 3, abr. 2018. ISSN 2525-359X. Disponível <<http://jornal.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/722>>. Acesso em 23 mai. 2018.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira et al. Acolhimento Com Classificação de Risco: avaliação dos profissionais de Enfermagem de um Serviço de Emergência. **Revista Eletrônica Enfermagem**. Florianópolis: out/dez; 13(4): 597-603. 2011a. Disponível <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a02.pdf>. Acesso em 15 mai. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

OBAMA, Barack. United States health care reform: progress to date and next steps. **Jama**, Washington: v. 316, n. 5, p. 525-532, 2016. Disponível <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2533698>>. Acesso em 14 mai. 2018.

PEREIRA, H.; LEAL, I. P. A identidade (homo)sexual e os seus determinantes: Implicações para a saúde. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 23, n. 3, p. 315-322, jul. 2005. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312005000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 mar. 2017.

PEREIRA, Mayara Carneiro Alves; BARROS, João Paulo Pereira. PÚBLICOS MASCULINOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO QUALITATIVO EM PARNAÍBA-PI. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 587-598, dez. 2015. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000300587&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 mai. 2018

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 mar. 2017.

POSSAMAI, P. C. Sexo e poder na Roma Antiga: o homoerotismo nas obras de Marcial e Juvenal. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 4, n. 05, 2012. Disponível <<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2313/1746>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

SANTOS, E. C. **Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde**. In: Revista Interamericana de Psicologia, vol. 44. n 2, 2010. Disponível <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28420641004>>. Acesso em 23 mar. 2017.

SILVA, Patricia Alves dos Santos et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-568, set. 2012. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 mai. 2018.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. **A pesquisa científica**. In: Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em 29 mai. 2017.

SPENCER, C. **Homossexualidade**: uma história. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 1999, p.20-28.

SPOSITO, S. E. Psicologia , Sexualidade e Religião : Ligações Perigosas. **Revista de Psicologia da Unesp**, v. 11, n. 1, p. 100–104, 16 abr. 2012. Disponível <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/revpsico/article/view/50>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

TONIETTE, Marcelo Augusto. Breve olhar histórico sobre homossexualidade. **revista brasileira de sexualidade humana**. São Paulo: Iglu v. 17, p. 41–52, jan. 2006. Disponível <
<http://pessoal.educacional.com.br/up/4660001/9842654/Revista%20Brasileira%20de%20Sexualidade%20Humana%20-%20volume%2017.pdf#page=37>> Acesso em 23 mar. 2017.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. O positivismo; a fenomenologia; o marxismo. In: **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. O positivismo; a fenomenologia; o marxismo. Atlas, 2015.

VALLÉS, Mercedes Bernad; FERNÁNDEZ, José Ángel Maderuelo; GONZÁLEZ, Pilar Moreno. Necesidades de información sobre salud y enfermedad de usuarios de servicios sanitarios de atención primaria de Salamanca. **Atención Primaria**, v. 48, n. 1, p. 15-24, 2016. Disponível <
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715000578>>. Acesso em 15 mai. 2018.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Gerentes de territorio en la Estrategia Salud de la Famil: análisis y perfil de las necesidades de calificación. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 687-695, Dec. 2007. Disponível <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 mai. 2018.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

DADOS DO PARTICIPANTE	
Idade:	Profissão:
Renda Familiar: () 1 SM () 2 SM () 3 SM Outros: _____	
Última vez que procurou o serviço de saúde: () ≤ 6 meses () ± 1 ano () ± 2 anos () + 3 anos () Nunca procurou	
Serviço de saúde que utiliza: () Pública _____ () Privada	
Quem o incentiva a fazer exames periódicos? () Mãe () Pai Outros: _____	

QUESTÕES NORTEADORAS:

Pergunta nº 01: Quando você adoecer, procura o serviço de urgência e emergência ou atendimento ambulatorial? Por qual motivo?

Pergunta nº 02: Quais os fatores que dificultam sua procura à assistência de saúde?

Pergunta nº 03: Na sua opinião, porque os homens são mais resistentes em procurar os serviços de saúde?

Pergunta nº 04: Já utilizou a ESF? Qual profissional te assistiu?

Pergunta nº 05: Já participou de alguma ação de saúde voltada para população homossexual masculina na ESF?

Pergunta nº 06: Você conhece a política voltada à saúde do homem e os benefícios que ela traz para a população masculina independente da orientação sexual?

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO PROJETO: **ADESÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE HOMENS HOMOSSEXUAIS**

Prezado participante, você está sendo convidado para participar da pesquisa **ADESÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE HOMENS HOMOSSEXUAIS**, Desenvolvida por: Desenvolvida por: Renato – Fone: 9090 (62) 99234-2033 e Wendel – Fone: 9090 (62) 99305-3521, sob orientação da profa. **Ma. Najla Maria Carvalho de Souza** - Fone: 9090 (62) 9222-4618.

Informamos que estes telefones estarão à disposição a qualquer momento antes, durante e após o estudo para sanar eventuais dúvidas, mesmo em ligações a cobrar para qualquer um dos números acima citados. Havendo dúvidas, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniEVANGÉLICA pelo telefone: (62) 3310-6736.

O objetivo central do estudo é descrever a adesão dos homens homossexuais masculinos de uma cidade do interior de Goiás à assistência ou tratamento de saúde. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua colaboração, ou desistir a qualquer momento da pesquisa. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Comprometemo-nos a manter a confidencialidade dos dados coletados nos arquivos, bem como garantir a privacidade de seus conteúdos de acordo com a Resolução Conselho Nacional de Saúde 466/12.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista que incluem questões norteadoras referentes à sua procura aos serviços de saúde, bem como os fatores que dificultam a assistência à sua saúde. A entrevista será gravada, em gravador de som MP4, somente será gravada se houver a sua autorização: () desejo gravação de som; () não desejo gravação de som. Você será questionado a respeito de sua procura aos serviços de saúde, bem como os fatores que dificultam a assistência à saúde. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente 30 minutos e do questionário de 10 minutos.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, após esse período será incinerado pelos pesquisadores responsáveis, conforme Resolução CNS 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

Entendendo que, se tratando de pesquisas que envolvem seres humanos, existem riscos, mesmo que mínimos. Os riscos a que os participantes estarão expostos neste estudo são: risco de ter sua identidade revelada, constrangimentos, exposição e instabilidade emocional ao responder as questões norteadoras. Os procedimentos para minimizar os riscos são: a abordagem para coleta de dados será individual, em ambiente reservado em sua residência; será garantido seu anonimato a todo o momento, sendo seu nome substituídos pela letra “P” seguido por números cardinais; os materiais da coleta de dados ficarão armazenados em local seguro por cinco anos sobre responsabilidade dos pesquisadores e após este período serão incinerados. Será respeitada sua vontade de interromper a entrevista a qualquer momento e retomar, caso seja de sua vontade, em outra ocasião.

O benefício (direto ou indireto) relacionado à sua colaboração nesta pesquisa será de grande importância, pois irá contribuir para o conhecimento dos homens homossexuais a respeito da importância de procurarem os serviços de saúde, bem como trazer conhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PANASH e os benefícios que ela oferece a população masculina independente de sua orientação sexual.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para as entrevistadas, artigos científicos e na defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Desde já agradecemos
Atenciosamente.

Najla Maria Carvalho de Souza

Pesquisadora Responsável – UniEVANGÉLICA

Contato com a pesquisadora responsável: Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5
Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75070-290

Renato Oliveira Santos
Pesquisador

Wendel Batista dos Santos
Pesquisador

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE

Eu _____, RG/CPF _____
 abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo **PESQUISA “ADESÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE HOMENS HOMOSSEXUAIS”**, como participante. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores Renato de Oliveira Santos e Wendel Batista dos Santos sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. A mim foi dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefone para entrar em contato, a cobrar caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato CEP-UniEVANGÉLICA, fone: 3310-6736, caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

ANEXO B – APROVAÇÃO DO CÔMITE DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADESÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DE HOMENS

Pesquisador: NAJLA MARIA CARVALHO DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79065617.6.0000.5076

Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.387.322

Apresentação do Projeto:

INFORMAÇÕES RETIRADAS DO DOCUMENTO ProjetoFinal.docx de 18/10/2017:

INTRODUÇÃO: Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (2010), cerca de 49% da população é composta pelo gênero masculino, entretanto a expectativa de vida do homem é menor em relação as mulheres. Alguns dos principais motivos são devidos maior incidência de mortes por causas externas entre a faixa etária de 20 a 39 anos e menor busca de serviços de saúde (BRASIL, 2013). Desde idade média, a homossexualidade foi reprimida e marginalizada por constituir uma ameaça para família tradicional na visão da igreja, refletindo esse pensamento ainda nos dias atuais. O fato torna a população GLBT marginalizada e impede que os direitos básicos destas pessoas como a saúde humanizada e integral sejam asseguradas (FARO, 2015; MOTT, 2007). Neste sentido, a partir da 13o Conferência Nacional de Saúde realizada em 2013, a orientação sexual e identidade de gênero foram incluídos como determinantes sociais na saúde do indivíduo. Nesse mesmo ano foi criado a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Bissexuais objetivando “promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades” (BRASIL, 2013). Quando se fala da saúde de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, são comuns que venham as questões relacionadas a práticas sexuais, tais como as doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS e os

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.387.322

mecanismos de prevenção desses adoecimentos. No entanto se esquece de que a sexualidade é apenas um dos aspectos importantes da vida e da saúde das pessoas. Um dos estigmas que essas novas políticas de saúde buscam desconstruir, especialmente em relação ao modelo de atendimento dos profissionais da saúde (BRASIL, 2013). Conseqüentemente, as relações entre a população GLBT e os serviços de saúde podem ficar prejudicadas. Isso ocorre quando existir comportamentos homofóbicos por parte das equipes de saúde, quando membros da população GLBT não se sentem acolhidos ou bem orientados, e até mesmo quando não se sentem à vontade para revelar sua orientação sexual. Além disso, as próprias pessoas GLBT estão emocionalmente fragilizadas por viverem um contexto social de preconceitos que impedem elas de confiarem nos profissionais de saúde e exporem as suas reais necessidades (SANTOS, 2010). Em 2016 foi relatada a morte de 343 GLBT's (gays, lésbicas, bissexuais e transexuais) masculinos devido à homofobia, e concentrando quase a metade de morte de transexuais no mundo. Fica evidenciado que além de todos os determinantes de saúde que o homem possui, a população homossexual masculina possui essa situação que afeta ainda mais a sua saúde (BALZER; LAGATA; BERREDO, 2016). Durante o século XX surgiram várias tensões acerca do homossexual masculino, na qual possibilitou também uma nova discussão sobre a orientação sexual, identidade de gênero, sexo e sexualidade. Os homossexuais expressavam medo de serem questionados na sua masculinidade por se afastarem dos padrões tradicionais, por eles rejeitados. No entanto, mudanças de natureza política, social, econômica, cultural, religiosa, sexual, e até mesmo pessoal, desencadearam a quebra de algumas barreiras e a (re) definição de novos conceitos e atitudes (MATOSO, 2014). A população homossexual sofre preconceitos e conseqüentemente são marginalizados pela equipe de saúde, os tornando vulneráveis especialmente as infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2013). O direito à saúde compõe dos direitos sociais. Desta forma o desenvolvimento social passa a ser considerado como uma condição indispensável para a conquista da saúde. Desta maneira é possível compreender de que todas as formas de preconceitos e discriminações interferem diretamente na qualidade de vida e de saúde do ser humano. Considerando que a saúde é vital para uma boa qualidade de vida, é necessário que os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo para acolher o homossexual fazendo com que se sinta parte integrante dele, bem como ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde, garantindo o respeito e a prestação de serviços de qualidade e resolução de sua demanda e necessidade (BRASIL, 2008). Este estudo se torna relevante devido à necessidade de mudanças de paradigmas no que se diz respeito à percepção de homens homossexuais masculinos em relação à adesão no serviço de saúde.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.387.322

HIPÓTESE (PROBLEMATIZAÇÃO): Este estudo contribuirá para identificar como se dá o atendimento a população homossexual masculina na busca dos serviços de saúde, contribuindo para o fortalecimento dessas políticas públicas e identificando possíveis novos determinantes de saúde específicos para essa população. Por isso, esta pesquisa se torna relevante devido à necessidade de mudanças de paradigmas no que se diz respeito à percepção de homens homossexuais em relação à adesão no serviço de saúde. Neste contexto pergunta-se: como os homens homossexuais de uma cidade do interior de Goiás descrevem a experiência do uso dos serviços de saúde?

METODOLOGIA PROPOSTA: Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que será realizado na cidade de Anápolis/Goiás, a qual foi selecionada para campo de estudo devido à facilidade de abordagem da população alvo. A amostra será composta por homossexuais masculinos que assumiram sua homossexualidade. Para o presente estudo se escolheu a entrevista semiestruturada como técnica para a coleta de dados. Essa entrevista tem como característica perguntas básicas que tem relação com o tema da pesquisa baseadas em teorias e hipóteses previamente estipuladas. Podendo os questionamentos dar novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos entrevistados (TRIVIÑOS, 2015). A coleta será realizada pelos próprios pesquisadores mediante a apresentação e assinatura de todas as páginas do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), pelos pesquisadores e participantes da pesquisa. O meio utilizado para abordagem do participante será de forma individual, sendo que o estudo de campo será encerrado quando houver saturação de dados coletados. A saturação de dados é quando os pesquisadores constatarem que há saturação teórica, quando a relação entre campo de pesquisa e os pesquisadores não mais fornece elementos para fundamentar ou aprofundar os objetivos da pesquisa (FONTANELLA, 2011). A amostra será recrutada de forma ALEATÓRIA E POR CONVENIÊNCIA, através da técnica em cadeias denominada snowball sampling ou amostragem em bola de neve, chamada também como cadeia de informantes, empregada em populações ocultas ou de difícil acesso. A técnica snowball ou bola de neve é fundamentada em amostragem não probabilística feita nas pesquisas sociais onde se define a cadeia de informantes ou de referência (GOLDMAN, 1961).

O procedimento se inicia quando os pesquisadores agrupam um determinado número inicial de participantes, dentro da população alvo designados como "sementes". As sementes ficarão responsáveis por apontar, a partir de seus contatos, outros participantes para composição da

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.387.322

amostra, sendo identificados como “filhos” ou “frutos”. E assim segue consecutivamente até abranger o tamanho amostral almejado ou até alcançar o ponto de saturação (BALDIN; MUNHOZ, 2011). A estimativa é entrevistar aproximadamente 30 homossexuais masculinos. Em um segundo momento esses homens homossexuais serão abordados de forma individual, em um ambiente reservado de sua preferência, onde será explicado ao participante da pesquisa os objetivos e os métodos do estudo através do TCLE. O mesmo será entregue em duas vias de igual teor sendo que, uma ficará com o entrevistado e a outra com os pesquisadores responsáveis. Os participantes que aceitarem participar da entrevista deverão assinar ambas as vias. As entrevistas serão gravadas individualmente, em local reservado, na residência do participante por meio de gravador MP4, com duração de mais ou menos 40 minutos, com horário marcado previamente não interferindo nas atividades profissionais e pessoais do participante.

TAMANHO DA AMOSTRA: 30 participantes

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Ser do sexo masculino; Ter entre 18 e 40 anos; Ter assumido sua homossexualidade.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: os bissexuais, travestis, transexuais e sexo feminino.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS: Os dados coletados serão transcritos e tratados pela Análise de Conteúdo de Bardin (2011), o qual as organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (Bardin, 2011). A exploração do material é a segunda fase, que se realiza a exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.387.322

(unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são essenciais nesta fase (Bardin, 2011). A terceira fase se refere ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é focada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, resultando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 2011). Uma vez realizada a análise de conteúdo dos dados coletados se organizará os resultados de forma que possam ser apresentados em artigos científicos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Descrever a adesão dos homens homossexuais masculinos de uma cidade do interior de Goiás a assistência ou tratamento de saúde.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS: Conhecer os motivos que levam os homossexuais masculinos a buscar os serviços de saúde; Descrever a experiência do paciente, quando buscaram o serviço de saúde; Identificar quantas vezes por ano procuram atendimento de saúde e qual profissional envolvido em sua assistência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos a que os participantes estarão expostos neste estudo são: risco de ter sua identidade revelada, constrangimentos, exposição e instabilidade emocional ao responder as questões norteadoras. Os procedimentos para minimizar os riscos são: a abordagem para coleta de dados será individual, em ambiente reservado na residência do participante da pesquisa; será garantido o anonimato aos participantes em todos os momentos, e informado a eles que seus nomes serão substituídos pela letra P seguido por números ordinais; os materiais da coleta de dados ficarão armazenados em local seguro por cinco anos sobre responsabilidade dos pesquisadores e após este período serão incinerados. Será respeitada a vontade do participante de interromper a entrevista a qualquer momento e retomar, caso seja de sua vontade, em outra ocasião; asseguramos assistência integral e gratuita em casos de danos imediatos e tardios decorrentes da participação no estudo.

Os benefícios: contribuir para o conhecimento dos homossexuais masculinos a respeito da

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.387.322

importância de procurarem os serviços de saúde, bem como trazer conhecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PANAISH e os benefícios que ela oferece a população masculina independente da orientação sexual, através de panfletos explicativos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Projeto de pesquisa de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da UniEVANGÉLICA - Centro Universitário de Anápolis/GO, como requisitos da disciplina da Produção Científica de Enfermagem I, orientado pela Profa. Najla Maria Carvalho de Souza (enfermeira). Apresenta um bom referencial teórico, claro, contendo as informações necessárias para o embasamento do estudo. Será desenvolvido na cidade de Anápolis, os participantes serão homens, homossexuais, identificados aleatoriamente, através da técnica de bola de neve. Segundo os aspectos éticos, apresenta o processo de obtenção do consentimento informado, a aplicação dos instrumentos da pesquisa, os mecanismos de confidencialidade e privacidade em todas as etapas do estudo, inclusive na divulgação dos resultados da pesquisa de acordo com a resolução. Por apresentar uma abordagem qualitativa, a amostra será determinada pela SATURAÇÃO DOS DADOS, porém apresenta uma amostra de 30 participantes. O TCLE está em linguagem simples, de fácil compreensão, contendo os procedimentos do estudo, autorização (ou não) da técnica de gravação da entrevista, os riscos (como minimizá-los) e os benefícios da pesquisa. Portanto, conclui-se que o protocolo está adequado para o seu desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as recomendações previstas pela RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 e demais complementares o protocolo permitiu a realização da análise ética. Todos os documentos listados abaixo foram analisados, com especial atenção para:

1. TCLE
2. COLETA DE DADOS PREVISTA PARA FEVEREIRO DE 2018.
3. ORÇAMENTO: custo de 770,00 arcado pelos pesquisadores

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo apresentado e analisado à luz da RESOLUÇÃO CNS N.466/2012 encontra-se adequado

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5	CEP: 75.083-515
Bairro: Cidade Universitária	
UF: GO	Município: ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736	Fax: (62)3310-6636
	E-mail: cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 2.387.322

para iniciar sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos ao pesquisador responsável o envio do RELATÓRIO FINAL a este CEP, via Plataforma Brasil, conforme cronograma de execução apresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1007003.pdf	18/10/2017 17:43:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.docx	18/10/2017 17:42:18	NAJLA MARIA CARVALHO DE SOUZA	Aceito
Outros	InstrumentoColetaDados.docx	18/10/2017 17:39:52	NAJLA MARIA CARVALHO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.docx	18/10/2017 17:37:29	NAJLA MARIA CARVALHO DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoW.pdf	15/10/2017 19:47:27	NAJLA MARIA CARVALHO DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 20 de Novembro de 2017

Assinado por:
Fabiane Alves de Carvalho Ribeiro
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br