

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF**

LUAN SUDÁRIO MELO

**NARRATIVAS DE ENFERMEIROS SOBRE O CUIDADO À SAÚDE DE
ADOLESCENTES GAYS**

São Carlos
2022

LUAN SUDÁRIO MELO

**NARRATIVAS DE ENFERMEIROS SOBRE O CUIDADO À SAÚDE DE
ADOLESCENTES GAYS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Dra. Monika Wernet

Coorientador: Dr. Flávio Adriano Borges

São Carlos
2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Luan Sudário Melo, realizada em 16/02/2022.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Monika Wernet (UFSCar)

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (USP)

Prof. Dr. Glauber Weder dos Santos Silva (UFRN)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Eliza, uma mulher forte e extraordinária que sempre acreditou em mim.

À minha avó, Lauzinda, a mulher mais admirável que conheci e que (in)felizmente teve seu merecido descanso no início dessa minha caminhada. Meu amor eterno.

A todos meninos gays que já estiveram, estão e estarão nesse lugar de cuidado.

E a todos profissionais que beberão dessas reflexões.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de demonstrar minha gratidão a todas as pessoas que se envolveram direta e indiretamente em mais essa jornada acadêmica, de extrema significância para mim.

Começo agradecendo a CAPES, que mesmo com valores desatualizados e não condizentes com a atual realidade econômica e social do país, pode garantir o mínimo para que eu pudesse caminhar nessa empreitada acadêmica, na produção de conhecimento científico. Seria impossível para minha realidade estar aqui sem o fomento dessa instituição.

Agradeço a todas as trabalhadoras e trabalhadores da Universidade Federal de São Carlos, pois sem sua força de trabalho, a produção científica não seria possível.

Agradeço a meus professores da graduação e da residência que plantaram a semente para que eu pudesse seguir nesse caminho. Débora Santos, Graciano Sudré e Mayara Rocha, o incentivo de vocês foi essencial durante toda minha jornada. Sempre estarão num lugar muito especial para mim.

Agradeço aos membros da banca do Exame de Qualificação do Mestrado, Luiz Cecílio e Thiago Félix, que fizeram uma leitura extremamente criteriosa e detalhada do projeto e contribuíram de forma riquíssima e significativa com a pesquisa.

Agradeço a todos meus amigos, esses que foram meus grandes incentivadores e que sempre estiveram ao meu lado, mesmo que a 1.100 km de distância, se fizeram presentes e torcendo sempre pelo meu sucesso. Amanda, Wanessa, Thiago, Gabriel, Binho, Hyalo, vocês foram muito importantes nesse processo. Amo vocês

Em especial, agradeço meu amigo Vinícius Galan, que se mudou para São Carlos nesse último ano e me trouxe um pouco mais de aconchego e companheirismo, compartilhando minhas angústias e vitórias de perto. Te amo, amigo.

Agradeço a minha família, que acreditaram em mim e se orgulharam por encarar essa empreitada. A família que eu amo e que senti muita falta nesses dois anos, mas que sempre foram atenciosos e me ajudaram na medida do possível, para que eu estivesse aqui. Em especial, agradeço a minha irmã Luana, minha tia Lílian e meus padrinhos José e Isabel, que mesmos distantes, sempre se fizeram presente.

Agradeço a todos as enfermeiras e enfermeiros que aceitaram participar dessa pesquisa, contribuindo para a construção de conhecimento acerca do cuidado ao adolescente gay.

Agradeço aos membros efetivos da Banca de Defesa de Mestrado, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e Glauber Weder dos Santos Silva que se debruçaram sobre a dissertação de forma crítica e construtiva, tornando o processo significativo e satisfatório, resultando em reflexões importantes para minha eterna caminhada no constructo do meu eu enquanto sujeito, enfermeiro e pesquisador. Agradeço também aos membros suplentes da banca, Lígia Bruni Queiroz e Simone Santana da Silva, que assim como os membros efetivos fizeram uma apreciação de forma profunda e teceram ricas reflexões e contribuições.

Agradeço meu coorientador, Flávio Borges, que aceitou sem pestanejar fazer parte dessa empreitada e que tornou muito significativo a presença dele nesse processo sendo um homem gay. Encontrei nele, confidencialidade, parceria e muito aprendizado com sua inteligência e imensa bagagem de vida.

Ao meu namorado, Pedro, minha eterna gratidão por ter estado do meu lado durante todo esse processo, a distância no primeiro ano e juntos no segundo ano. Nossa relação tem se construído a base da nossa parceria e companheirismo, sou grato ter estado comigo nos momentos mais difíceis segurando minha mão, não deixando me entregar diante das dificuldades. Meu companheiro, meu amigo, meu grande amor. Te amo.

Minha mãe, Eliza, a pessoa mais importante desse mundo para mim. A pessoa que mais amo e admiro. A pessoa que é e sempre será minha fortaleza, meu maior exemplo de humanidade, resiliência e compaixão. A senhora, desde de muito cedo, sempre acreditou no meu potencial, sempre me falou que eu alcançaria meus objetivos. Agradeço por ser quem é, agradeço por sempre estar do meu lado e nunca desistir do que temos construído juntos todos esses anos. É também pela senhora que busco alcançar todos meus objetivos, pois sei que significa muito. Esses dois anos longe, fisicamente, da senhora, do seu colo, do seu carinho foram extremamente difíceis, mas foram importantes, pois me faz lembrar todos os dias do quanto te amo e do quanto és importante para minha vida. Sempre te senti perto de mim, em tudo, pois eu me reconheço na senhora em diversos sentidos e isso me trouxe conforto para superar a saudade que sinto. Te amo mais que o infinito.

Monika, eu não tenho palavras para descrever o carinho imenso que sinto por você. Mesmo me conhecendo tão pouco aceitou ser minha orientadora nesse processo, eu sei que é uma responsabilidade muito grande, essa parceria é quase um casamento e você deu seu voto de confiança, me acolheu de braços abertos e com um desejo enorme que eu encontrasse um projeto que fizesse sentido para mim. Jamais esquecerei que quando não estávamos encontrando um projeto que se encaixasse e eu fiz a proposta de construir o projeto dessa pesquisa, você aceitou sem pensar duas vezes e mergulhou de cabeça comigo nessa missão que foi e ainda é muito importante para mim. Ter você como orientadora foi algo muito especial, aprendi muito e cresci muito enquanto pessoa e profissional, é minha referência para o meu futuro como educador. Nossa relação foi além da relação orientando e orientadora, encontrei em você, alguém em quem poderia confiar e contar para além das questões do mestrado, e que quando estive perdido, sem rumo e com dificuldades pessoais você esteve do meu lado e dando todo apoio. É também a pessoa que acredita no meu potencial, mesmo quando eu mesmo não acreditava. Você me impulsionou para que eu acreditasse que seria possível ir além e chegar mais longe, seu estímulo foi essencial. Tudo que fez por mim foram atitudes imensuráveis e jamais esquecerei. Como já lhe disse, esse não é o fim da nossa parceria e espero poder trabalhar com você sempre que possível. Minha eterna gratidão.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

RESUMO

ABSTRACT

PARTE I: APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

CAPÍTULO 01	16
1. TRAJETÓRIA DA ESCOLHA DO TEMA E SEU RECORTE	17
CAPÍTULO 02	21
2. BREVE SOBREVÃO ARTICULANDO CUIDADO EM SAÚDE, GAY E ADOLESCENTE	22
2.1. Ideias acerca do cuidado ancorado em Ayres	29
2.2. Enfermagem como cuidado	34
2.3. Pergunta de pesquisa e justificativas	37
CAPÍTULO 03	39
3. OBJETIVOS	40
3.1. Objetivo Geral	40
3.2. Objetivos específicos	40

PARTE II: PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 04	42
4. REFERENCIAL TEÓRICO: INTERACIONISMO SIMBÓLICO	43
CAPÍTULO 05	47
5. DELINEAMENTO METODOLÓGICO	48
5.1. Tipo de Estudo	48
5.2. Participantes do estudo e local	48
5.3. Coleta de Dados	50
5.4. Análise dos Dados	50
5.5. Aspectos Éticos	51

PARTE III: RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

CAPÍTULO 06	54
6. RESULTADOS	55
6.1. Caracterização dos participantes	55
6.2. Categorias temáticas	56
6.2.1. Categoria temática - Adolescente gay e suas necessidades	56
6.2.1.1. Subcategoria – Diferenciação das experiências homossexuais e heterossexuais	56
6.2.1.2. Subcategoria – Complexidade da descoberta da homossexualidade	56
6.2.1.3. Subcategoria – Enfoque nas Infecções Sexualmente Transmissíveis	58
6.2.1.4. Subcategoria – Sofrimento mental	59
6.2.2. Categoria Temática – Rede de suporte social e interações truncadas com a família	59
6.2.2.1. Subcategoria – Família como barreira do cuidado	59
6.2.2.2. Subcategoria – Família truncando o estabelecimento de vínculo adolescente-profissional	61
6.2.3. Categoria temática – Encontro relacional entre enfermeiros e adolescentes gays	65
6.2.3.1. Subcategoria – Reconhecendo Preconceitos	65
6.2.3.2. Subcategoria – Barreira na comunicação entre enfermeiro-adolescente gay	69
6.2.4. Categoria temática – Relação ensino-serviço com o cuidado de enfermeiros a adolescentes gays	72
CAPÍTULO 07	79
7. DISCUSSÃO	80

CAPÍTULO 08	99
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICE A	113
APÊNDICE B	116

LISTA DE SIGLAS

AE – Atenção Especializada

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana

APS – Atenção Primária à Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia da Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IS – Interacionismo Simbólico

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBT - lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

LGBTQIA+ - Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, queer, intersexuais, assexuais e mais.

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSI-LGBT - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PrEP – Profilaxia Pré-exposição

PS – Promoção à Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

RA – Redes de Atenção

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TR – Teste Rápido

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01: Identidade de gênero.....	52
---------------------------------------	----

RESUMO

Ser adolescente gay imputa vulnerabilidades, com chances aumentadas de sofrerem negativas/violações de direitos, fruto de preconceitos e distanciamentos presentes nas relações com esses públicos. É certo que a intersecção dessas duas condições, ser adolescente gay, tem chances aumentadas de não ganhar acesso e/ou acolhimento efetivo no sistema de saúde, sobretudo, em função de estigmas, preconceitos socialmente presentes, produtores de negativas, inclusive do direito à saúde. O atravessamento cisheteronormativo tem a tendência de negar pessoas, negar expressões humanas, a qual pode vir a se estender ao cuidado em saúde. Nesse sentido, este estudo toma como objetivo analisar as narrativas de enfermeiros sobre o cuidado à saúde de adolescentes gays. Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico. Participaram do estudo 11 enfermeiras e enfermeiros, a coleta de dados aconteceu de forma remota com entrevista semiestruturada e aberta ao longo de 6 meses (março-setembro de 2021). Os dados foram transcritos na íntegra e sofreram análise temática na propositura de Clarke e Braun. Como resultados emergiram quatro categorias temáticas, sendo elas: “adolescente gay e suas necessidades”; “rede de suporte e interações truncadas com a família”; “encontro relacional entre enfermeiros e adolescentes”; e “relação ensino-serviço com o cuidado de enfermeiros a adolescentes gays”. Os rótulos sociais podem vir a interferir no encontro genuíno, em especial, por conduzir para um olhar único, para a inocência de acreditar em histórias únicas e sempre similares, passíveis de serem encaixadas nas “prescrições” de documentos orientadores da atenção em saúde. Os achados deste estudo apontam para uma prática de cuidado bastante engessada e ainda executada numa lógica cisheteronormativa. Apesar de alguns enfermeiros verbalizarem concepções ampliadas acerca do ser adolescente gay, a prática prevalece guiada por vieses de cisheteronormativos e restritos a operacionalização de protocolos. Infere-se relação com processo de formação rasos quanto a formas de existência, corpos, sujeitos, desdobrado em atenção reduzida e quase objetual.

Descritores: Atenção à Saúde; Adolescente; Minorias Sexuais e de Gênero; Enfermeiras e Enfermeiros; Interacionismo Simbólico.

ABSTRACT

Being a teenage/young gay person imputes vulnerabilities, with higher chances to suffer negative/right violations, product of prejudices and distancings presented on relationships with these specific public. It is right that the insertion of both conditions, being gay, there are higher chances to not get access to/or hospitality on the healthcare system, above all in stigma function, socially aware prejudice, negative products, including the right to healthcare. The cisheteronormative trespassing has the tendency to deny people, deny human expression, in which can be extended to healthcare. By those matters, this study has its objective to analyze how nurses' narratives about the health care of gay adolescents. This exploratory study considers the qualitative approach having as its theoretical references Symbolic Interactionism. 11 nurses took part of the study collecting data remotely through semi-structured interviews and open for 6 months (March-September 2021). The data was transcribed in full and underwent thematic analysis in the proposition of Clarke and Braun. As a result, four categories emerged, being: "teenage gay and their needs"; "support network and truncated interactions with family"; "relational encounter between nurses and gay adolescents"; and "teaching-service relationship with nurses' care for gay adolescents". The social labels can come to interfere on the true encounter, specially for leading to a unique look to the innocence of believing on unique stories and always similar, capable of being fitted on "prescriptions" of oriented documents on healthcare attention. The results found on this study point towards a care practice pretty plastered and still being executed on a cisheteronormative logic. Despite some of the nurses verbalizing expanded concepts about the teenage gay, the practice prevails guided by cisheteronormative biases and restricted by the operationalization of protocols. A relationship with a shallow formation process is inferred in terms of forms of existence, bodies, subjects, unfolded in reduced and almost object-oriented attention.

Descriptors: Delivery of Health Care; Adolescent; Sexual and Gender Minorities; Nurses; Symbolic Interactionism.

*Meu compromisso é com o erro
Não soul¹ filho, não soul filha
Soul falha desse cis-tema
[...] E esse é meu sucesso
O fracasso do gênero
O fracasso da raça
O fracasso do sexo²
Não soul “humana”
O fracasso da “humanidade”
E o fracasso me trouxe até aqui
Linn da Quebrada*

¹ *Soul* escrito dessa forma para trazer a sonoridade do *sou* em português, dando o sentido de *ser*, e *soul*, palavra em inglês, dando o significado de *alma*.

² Adaptação do pesquisador.

PARTE I: APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

CAPÍTULO 01

TRAJETÓRIA DA ESCOLHA DO TEMA E SEU RECORTE

1. TRAJETÓRIA DA ESCOLHA DO TEMA E SEU RECORTE

“Vou te contar a lenda da bicha esquisita

Não sei se você acredita...”

Linn da Quebrada

O processo de se reconhecer, se identificar e de se entender enquanto gay nem sempre é simples, fácil ou rápido. Entender-me como sou, foi um processo longo e um caminho o tanto quanto árduo. Dentro de uma sociedade machista, cisheteronormativa e dentro de uma família católica contribuiu para que esse caminho fosse carregado de incertezas, obstáculos e conflitos. O primeiro processo foi tentar me entender, muitas vezes, negando e tentando fugir desse fato.

Desde muito cedo, sabia que tinha algo que parecia não estar de acordo com a “normatividade” que me rodeava. Foi logo no início da adolescência, talvez, até um pouco antes, que comecei a tomar conhecimento dos rótulos que eram direcionados a esse “ser diferente” da tal “normatividade”. Dessa forma, quando começamos a ter contato com esses rótulos, nem sempre explicados com coerência, em que nós somos denunciados num mundo cheio de simbologias (gay, bicha, viado, boiola), geralmente, marcadas de muita violência e sofrimento, então, tomamos ciência de que somos vistos como algo estranho, de chacota, ou seja, diferentes da “norma”.

Nesse sentido, desde muito pequeno criamos mecanismos de defesa para lidar com todo esse contexto. Foi na adolescência em que me reconheci como gay e precisei assumir e aceitar essa verdade, por fim, quando me senti pronto (às vezes, me questiono se de fato estava pronto aos 14 anos), assumi externamente a minha verdade (trago verdade aqui, pois, por muito tempo, vivi uma “mentira” na tentativa de corresponder expectativas a uma normativa a qual eu não me encaixava). Família, amigos. Um choque maior do que eu esperava. Um processo longo e dolorido até ter um certo equilíbrio dentro da família e empoderamento diante da sociedade. Foi um caminho, na maioria das vezes, solitário sem rede de apoio segura e estável.

Entrar na graduação, numa universidade pública, no curso de enfermagem, ainda adolescente, aos 16 anos, dois anos após que me assumi para minha mãe, foi um divisor de águas. Sair da “bolha” em que me inseri, possibilitou vivência e troca de experiências com uma diversidade, isto é, essas experiências vieram de relações com diversas pessoas. .. Nas minhas expectativas, ali estava de forma mais efetiva, que conseguiria entender

melhor todas as questões relacionadas a orientação sexual, gênero e diversidade no geral. De fato, aconteceu, porém não pelos mecanismos que imaginei que seria, por meio de aulas, conhecimento científico, preparação e qualificação para dar conta também dessas demandas enquanto profissional.

Na graduação, pensei que todas essas questões, que passei e continuava passando, seriam mais esclarecidas em alguma disciplina. Senti-me frustrado. A disciplina “Saúde da Mulher”, numa aula inaugural, abordou o gênero e a sexualidade apenas em relação ao binarismo e em relação ao poder, que é muito importante, mas foi tratado de forma vaga. A partir disso, comecei a me questionar, *“a universidade forma profissionais para qual público?”*.

Na disciplina de “Saúde, Enfermagem e Cidadania”, estudamos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, integralidade e equidade. De forma superficial, falamos sobre a importância de considerarmos os determinantes sociais, nomeando rapidamente alguns grupos sociais, dentre eles, os gays, quando abordadas pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais, mais (LGBT+) (mas, toda a sigla inclusa num mesmo “pacote”, com invisibilização para as letras além do mais), pessoas em vulnerabilidade socioeconômica, raça, etnia. Mais uma vez, de forma vaga.

Ao entrar na prática profissional, foi possível observar uma grande carência de conhecimento dos profissionais em relação a pessoas LGBT+, o que faz todo o sentido, baseando-se na formação que tive. Da mesma forma, que meu conhecimento sobre a sigla e toda a diversidade veio através da minha vivência, reflito e penso que para muitos profissionais possa ter ocorrido o mesmo. E me questiono, *“qual será a vivência deles em relação a essas questões?”* Tendo em vista, a atual sociedade em que vivemos e que o pouco que avançamos, no que diz respeito a políticas públicas de inclusão e sensibilização, vem sendo desmontadas pelo atual governo. *“Até onde o preconceito interfere na assistência em saúde?”* *“Até onde a falta de conhecimento e sensibilização interfere na assistência em saúde?”* *“Até onde o governo se compromete efetivamente com essas demandas?”* O pouco que ainda é abordado dentro das universidades e na formação continuada do profissional, ainda é de uma maneira bastante estigmatizada e pontual. Diante desse contexto, *“Como garantir e perseguir a integralidade do cuidado em saúde para essa população?”*

Quando faço essa retrospectiva hoje, percebo o quanto a “população LGBT+” (onde cada grupo tem sua especificidade quanto a demandas, apesar de confluências) vem sendo negligenciada (e negada?) pelas instituições, é recorrentemente remetido, muito em

função disso, para vulnerabilidade³. Então, sempre que precisei de acesso ao serviço de saúde, sobretudo no SUS, na minha adolescência sempre foi algo pontual. Atendimento, demanda, diagnóstico, prescrição, casa. Orientação? Sempre direcionado a minha mãe, quando estava presente. Quando busco esse serviço no sentido de prevenção, ou realização de Teste Rápido (TR), não é muito diferente. Orientação: use camisinha sempre. O discurso nunca passou disso. E apesar de ter transcorrido 11 anos, ainda é assim. Numa experiência recente, procurei o serviço de referência para fazer TR de rotina, depois de me fazerem um milhão de perguntas, bastante invasivas, para preencher um formulário, após o resultado e estar tudo bem, a orientação: use camisinha sempre. *“Será essa a única possibilidade de prevenção a ser oferecida por esses profissionais?”*. Apesar de conhecer, nenhum profissional de saúde me orientou a respeito de prevenção combinada. *“Será que esses comportamentos clichês ocorrem em outros âmbitos também?”*. A relação demandante do cuidado e profissional revela-se sempre insuficiente e inadequada em minhas experiências na atenção em saúde.

Na minha vivência profissional, vi pouquíssimas vezes pessoas LGBTQ+ procurar o serviço de saúde. E observei uma procura maior quando estava no ambulatório de infectologia em que, na grande maioria, meninos homossexuais procuravam o serviço para realizar a testagem rápida e, diversas vezes ao orientá-los a procurar a Estratégia da Saúde da Família (ESF) de cobertura, muitos relatavam insegurança, vergonha ou medo de serem expostos nesse ambiente que fica em seu bairro/comunidade. *“Que contexto societário é este? Como esse contexto societário abarca individualizações, identidades?”*

Historicamente, o homem não busca os serviços de saúde devido a uma construção social de que o homem é forte, viril, saudável e que cuidar da saúde está ligado a um ato feminino de cuidado e delicadeza. Ser homem, homossexual numa cultura na qual tudo que está ligado a feminilidade é motivo de inferiorização, com toda a certeza torna muito mais difícil a busca de suporte para questões da esfera da vida, inclusive as relativas a saúde. O receio, o medo de ser invisibilizado, do preconceito, de exposição, conduz, no meu entendimento, a procuras pontuais. No caso da saúde, muito atrelada ao adoecimento, e resulta numa prática curativa e prescritiva, sem continuidade e

³ O conceito de vulnerabilidade originou-se área da advocacia internacional, esse termo designa indivíduos ou grupos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e garantia de seus direitos de cidadania. Sendo assim, o termo vulnerabilidade é o movimento de considerar a chance de exposição de determinada população ao adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos coletivos, contextuais e não apenas individuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento, de modo inseparável, menor ou maior disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger (AYRES et al, 2009).

longitudinalidade. Não há acolhimento na concepção ampliada do termo, há distanciamentos, há descuido.

A partir dos desdobramentos de experiências pessoais, entrelaçadas com o interesse de olhar para o cuidado do adolescente gay na atenção em saúde, as quais foram firmadas com os orientadores deste estudo, permitiram que, inicialmente, ficasse desejoso em apreender a perspectiva das diversas categorias profissionais. Já que a complexidade é um aspecto inerente ao cuidado em saúde, clamando processos dispostos a partir de parcerias colaborativas. A pandemia pela COVID-19, os reflexos dela no meu cotidiano e vida, assim como na sociedade ampliada determinaram direcionar a atenção para os enfermeiros. Essa focalização tem seus limites, mas não restringiria a revelação do comportamento do enfermeiro diante de outros profissionais e do adolescente gay na tessitura do cuidado em saúde. Convido você, leitor, a compartilhar do meu desenvolvimento, com votos de ser um processo provocador de reflexões e deslocamentos na direção de lutar pela qualificação da atenção à saúde a essa população, do qual faço parte.

Luan.

CAPÍTULO 02

BREVE SOBREVÃO ARTICULANDO CUIDADO EM SAÚDE, GAY E

ADOLESCENTE

“Nossas vidas começam a terminar no dia em que permanecemos em silêncio sobre as coisas que importam.”

Martin Luther King

2. BREVE SOBREVÃO ARTICULANDO CUIDADO EM SAÚDE, GAY E ADOLESCENTE

O presente estudo toma como objeto de pesquisa as práticas de enfermeiros direcionadas ao adolescente gay. O termo *gay* será utilizado, por meio da justificativa de que, há vários grupos brasileiros que se compõem a partir de finalidades comuns e concebem os interesses desses sujeitos que empregam esse termo (GOMES, 2021), e ainda, por ser o termo utilizado pelo Ministério da Saúde (MS) dentro da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) (BRASIL, 2013a).

No entanto, é preciso olhar com cuidado para o simbolismo social desse termo. O constructo ontológico deste pode sinalizar uma armadilha ao definir o “ser gay”. A invenção da identidade gay aconteceu somente a partir do século XIX. Antes dessa época, esse sujeito era lido, enquanto pessoa que tem práticas sexuais transgressoras, desviantes da normalidade, ou ainda, práticas pecaminosas e criminosas. Dessa forma, foi se criando essa identidade através de estereótipos que são empregados a esses sujeitos, sendo lidas a partir do olhar cisheteronormativo⁴, principalmente, pelo movimento da medicina em busca de determinar a “causa” da homossexualidade (ADELMAN, 2000), e assim, criou-se o “outro”, o que é “diferente”, o que é “coisificado”. Esse movimento pode negar a condição de sujeito dessas pessoas.

Por outro lado, para reforçar a justificativa do uso desse termo, é preciso dar lugar ao senso de comunidade, com uma importância para que essa comunidade se reconheça

⁴ Neste estudo, o termo *cisheteronormatividade* será utilizado no lugar de *heteronormatividade*, pois é pressuposta a cisgeneridade por ser pressuposta a heterossexualidade baseada numa suposta dicotomia corporal, que não prevê casos que fujam à regra (como corpos intersexuais e transgêneros). Ou seja, a heterossexualidade compulsória por si só pressupõe também a cisgeneridade compulsória. Desse modo, quando se diz sobre a heteronormatividade, tal afirmação diz respeito à cisheteronormatividade. Por isso, é importante reafirmar o uso do termo *cisheteronorma*, em substituição a *heteronorma*, na reafirmação de que a construção da identidade de gênero é, socialmente, realizada na tentativa de unificar identidade de gênero e sexual, mas que tais construções são distintas e representam opressões diferentes contra o indivíduo (ROSA, 2019: p.70-1).

numa condição de subalternizados dentro de uma estrutura de poder. Sendo de extrema importância para os movimentos sociais em busca de direitos.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), adolescências se refere, cronologicamente, ao tempo entre 10 e 19 anos e juventude àqueles relativos a 15 e 24 anos de vida (OMS, 2017), conceito também adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Adolescentes e jovens contabilizavam, em 2020, cerca de 34 milhões de pessoas, no Brasil, aproximadamente 16% da população brasileira (IBGE, 2020). No estado de São Paulo, no censo de 2010, eram cerca de 10 milhões de adolescentes e jovens (IBGE, 2010). Ao longo do tempo das adolescências e juventudes, vivenciam-se processos na direção de escolhas identitárias, quando mudanças e transições em questões biopsíquica e de relações sociais são enfrentadas e mobilizam revisão de concepções, manejo de sentimentos e emoções (BRABO, 2020; SILVA et al, 2021). Uma das ancoragens para esses tempos, referentes a elaboração e reorganização de aspectos relevantes são a busca e a inserção, em um contexto grupal, sustentadas por identificações ou projeções identitárias. Silva et al (2021, p. 2) destaca:

“No campo psicossocial são comuns alterações nas relações escolares, a experimentação intensa de diversos sentimentos, a busca pela autonomia e independência familiar, bem como a predileção em experimentar novos comportamentos e vivências acompanhadas com frequência de contestação de ideias e conceitos preestabelecidos.”

Esses tempos são comumente tratados na sociedade, enquanto período de crise, promotor de mal-estar social e psíquico, em vista de transformações vivenciadas por esses sujeitos (SOUZA et al, 2019). Contudo, a colonização por essas últimas concepções pode conduzir a um olhar com viés que obstaculiza o acesso à particularidade do processo vivido por adolescente.

Adolescentes descreveram o ‘ser adolescente’ como período transicional e singular da vida, marcado por descobertas de novos pensamentos, comportamentos, associados a projeção e aquisição de novas funções sociais e responsabilidades (SILVA et al, 2021). O processo exige mobilizações no campo emocional, sendo retratado pelo adolescente como imerso em momentos de conflitos, dúvidas e de sentimentos de confusão e inseguranças (SILVA et al, 2021).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990) e o Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013b) igualam adolescentes como sujeitos de direito.

Essa consolidação representa uma alteração de paradigma em que esse público deixa a posição de passividade e passa a ter a posição de agente, corresponsável pela construção de políticas públicas, nessa perspectiva dando ênfase na emancipação, autonomia e participação, garantindo o direito de viver plenamente sua juventude e tendo sua participação reconhecida em todas as esferas da sociedade (CASTRO; MACEDO, 2019). Nesse sentido, o governo busca caminhos que possam dar conta dos efeitos da adolescência conflituosa sobre o sujeito e a sociedade, por meio da construção de políticas públicas que se faz necessária para esse público (SOUZA et al, 2019).

Entre inúmeros desafios que permeiam o suporte a esses tempos, está a necessidade de garantir o direito à saúde, direitos sexuais e reprodutivos, num contexto de dignidade e de reconhecimento às diversidades humanas de gênero e sexualidade (BRABO, 2020). O reconhecimento de adolescentes e jovens como população, com direito a disputar reconhecimento social, traduzido em marcos legais, acesso a esferas de decisão, recursos e serviços públicos (CASTRO; MACEDO, 2019), se faz necessário pensar nesse indivíduo de maneira multifatorial e sistêmica. Considerando os aspectos ambientais e psicossociais, que acompanham o desenvolvimento corporal e cognitivo, e, dessa forma, transcendendo além das mudanças corporais e fisiológicas, para torna-se possível a construção de políticas públicas (SOUZA et al, 2019).

Apesar dessas sinalizações, ser adolescente gay imputa vulnerabilidades, com chances aumentadas de sofrerem negativas/violações de direitos, fruto de preconceitos e distanciamentos presentes nas relações com esses públicos.

“Serviços de saúde e educação, quando deixam de advogar por uma política de atendimento dirigida especificamente à/ao jovem, reforçam a posição dominante de que as pessoas em desenvolvimento não devem controlar questões correlatas a sua própria sexualidade. [...] tal posição dominante não colabora ao aprofundamento de um debate mais específico sobre essa questão (na qual inclui necessariamente o debate de gênero) [...]”. (BRABO et al, 2020, p.10)

O Brasil tem destaque mundial no que tange a discriminação e violências direcionadas a LGBT+, com desdobramentos à saúde e vida dessas pessoas e premência de políticas públicas (SILVA et al, 2020) que abarquem a articulação de distintos profissionais e setores. Orientação sexual e identidade de gênero estão reconhecidos enquanto importantes determinantes e condicionantes de saúde, constam na PNSI-LGBT, mas revelam-se incipientes nas práticas em saúde, assim como de outros setores. A PNSI-

LGBT traz acento para a promoção da equidade em saúde e acolhimento das especificidades de demandas de cada uma das populações consideradas na política (BRASIL, 2013a). Contudo, esses dois aspectos despontam-se como muito lacunares no cotidiano.

Pensar equidade é “*considerar um conjunto de determinantes e atravessamentos sociais, econômicos, políticos e culturais que conformam a vida*” (CURCIO et al, 2020, p. 168). Essa reflexão sugere a promoção de oportunidades justas para alcançar o potencial de saúde integral e pleno a todas as pessoas, atuando nas desigualdades no estado de saúde dos serviços de saúde no andamento de marcadores de etnia, raça, gênero e modos de vida (CURCIO et al, 2020).

Considerando que a formação do Estado brasileiro é marcada pela colonização, a escravidão e sociabilidade excludente, essa acaba por condicionar incompatibilidades e contradições de uma sociedade que é patologicamente desigual. Nessa direção, a saúde pública nesse cenário indica um panorama crivado de violações de direitos e contrariedades, o que leva as pessoas a vivenciar quadros que limitam e cerceiam o acesso à saúde. Assim, determinados grupos estão em situação de maior vulnerabilidade no que diz respeito ao desfrute desse direito (CURCIO et al, 2020).

Tomando como panorama de análise da realidade brasileira, é corriqueiro se deparar com violências praticadas e direitos negligenciados a determinados grupos e populações (CRUICIO et al, 2020). O público LGBTQ+ enfrenta diversas formas de preconceitos, inclusive no âmbito dos serviços públicos de saúde, atenção à saúde- o acesso à saúde vem sendo descrito enquanto obstaculizado por discriminação, inadequação e constrangimentos nas relações com os profissionais de saúde (SILVA et al, 2020; SANTOS et al, 2020). Na cartilha “Atenção Integral à Saúde de Homens Gays e Bissexuais” há destaque para as consequências da homofobia em termos de autoestima e adoecimento mental, com apontamento da necessidade de interlocução entre políticas de saúde (BRASIL, 2016). De fato,

“As discriminações e violências a que estes indivíduos são expostos diariamente, inclusive nas instituições de cuidado em saúde, revelam a necessidade de mudanças nas práticas do cuidado em saúde, que precisam ser voltadas para um atendimento ético e isento de discriminações.” (PRADO et al, 2017, p. 78)

Estigma e discriminação são empecilhos para o acesso e o uso dos serviços de saúde pelo público LGBT+ (OPAS, 2019). Isto nos faz indagar ‘Como a PNSI-LGBT tem sido tomada no cotidiano dos serviços de saúde? Como as práticas de enfermeiras e enfermeiros refletem ou não suas indicativas? A abordagem de gênero binário e da cisheteronormatividade são as únicas estruturas para as práticas de saúde?’.

Os condicionantes de saúde são plurais, compreendendo-a a partir de um olhar amplo, complexo e multifacetado. Então, quando se observa a saúde de uma forma conectada à realidade social, é possível inferir que as desigualdades que a assolam, afetem, diretamente, os processos de prevenção, promoção e recuperação em saúde. Nesse sentido, pensar saúde necessita ser considerada a forma como a sociedade vive e se organiza (CURCIO et al, 2020).

No âmbito da atenção aos gays, ecoa até os dias atuais o estigma relacionado com a pandemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), com tendência de um olhar impregnado, pensando exclusivamente em Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Pode-se ainda mencionar não serem poucos os profissionais que concebem o ser gay como uma anormalidade (NEGREIROS et al, 2019). Em relação ao adolescente, as medidas de saúde também estão pautadas com base numa visão negativa transmitida por essa população, decorrente do envolvimento crescente em situações de risco relacionados ao aumento nos riscos de contrair o HIV, no uso abusivo de drogas, no índice de suicídio e morte por violências (SOUZA et al, 2019). Desse modo, o projeto de um cuidado integral se desmantela e o acolhimento em saúde fica comprometido, favorecendo afastamentos entre serviços e atores que poderiam ser envolvidos, colaborativamente, na tessitura da atenção em saúde.

Algo similar ocorre na atenção à saúde do adolescente. Vieses nos olhares profissionais a eles lançados determinam abordagens contaminadas de estigmas e preconceitos, os quais impedem acesso, identificação de suas necessidades, negligenciando-nos no cuidado em saúde (COSTA et al, 2015). O cenário brasileiro está marcado por “*limitações nas políticas governamentais para assegurar a atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens, considerando as especificidades de suas demandas de cuidado e atenção*” (COSTA et al, 2015, p.742). A prática assistencial revela dificuldades relacionais, sobretudo, em termos de abertura e escuta (COSTA et al, 2015). Estudo de revisão integrativa desenvolvido por Leal et al, (2019) traz a ausência na procura pelo serviço de saúde pelos adolescentes e jovens, chamando a atenção para a fragilidade de

vínculo com profissionais/serviços de saúde. Junto a isso, deu-se destaque ao despreparo dos profissionais nas interações com esse público e manejo incipiente de serviços e ações, ou seja, lacunas na articulação. Como desdobramento, os alcances da atenção em saúde são insatisfatórios e inconsistentes no sentido de vigilância, prevenção e promoção a saúde (LEAL et al, 2019).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens tem como objetivo incorporar a atenção a esse grupo populacional à estrutura e aos mecanismos da gestão, à rede de atenção do SUS e suas ações. Assim, tem destaque o fato de que a integralidade da atenção pressupõe a organização dos serviços e a execução de práticas de saúde que integrem um conjunto de estratégias para a prevenção de agravos, promoção da saúde, ações curativas e de reabilitação (BRASIL, 2010). Essa integração tem nas políticas um suporte, mas os enfermeiros têm um papel relevante e estratégico na efetivação dos processos necessários para que a integralidade seja horizonte do cuidado em saúde.

“A consolidação de um sistema de cuidados de saúde que beneficia a todos, como originalmente previsto pelo Sistema de Saúde brasileiro, não exige apenas conceber e implementar as políticas de saúde específicas, mas também desenvolver e empregar estratégias de qualificação profissional capazes de confrontar a opressão e a discriminação de grupos vulneráveis que se encontram submetidos a esse quadro por décadas.” (CURCIO et al, 2020, p.177).

Existe a necessidade de enfrentamento voltado para grupos vulneráveis mediante o quadro social, no Brasil, através do sistema político, social, educacional e de saúde, assim como uma habitual série de barreiras existentes a implementação das políticas brasileiras para abordar a discriminação contra essa população. Identifica-se também falhas assistenciais de profissionais de saúde diante das necessidades do serviço de saúde para grupos vulneráveis (CURCIO et al, 2020). A população LGBT+ tem resistência na busca por serviços de saúde, fruto de contextos discriminatórios advindos das relações com os profissionais de saúde (BARBOSA; FACCHINI, 2009; ARAÚJO et al, 2006).

É certo que a intersecção dessas duas condições, ser adolescente gay, tem chances aumentadas de não ganhar acesso e/ou acolhimento efetivo no sistema de saúde, sobretudo em função de estigmas, preconceitos socialmente presentes, produtores de negativas, inclusive do direito à saúde. Existe uma dificuldade de os profissionais da saúde acerca de qual linguagem utilizar, ao abordar os usuários do serviço, assim como a conduta que deveria ser adotada junta a esses usuários. Nesse sentido, há uma inversão

da tradicional luta de poderes entre usuários e profissionais nos serviços de saúde, especialmente em relação aos usuários que sofrem um processo histórico de exclusão na sociedade, como a população LGBT+ (CURCIO et al, 2020).

Estudo realizado com médicos e médicas da ESF com o objetivo de identificar os discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT+ refletindo sobre o impacto que esses causam no cuidado em saúde dessa população, revelou a existência do “Discurso da não diferença”, do “Discurso do não saber” e do “Discurso do não querer”, todos potencializadores do silenciamento das questões que envolvem a saúde da população LBGT+, pois nega e/ou imputa invisibilidade das necessidades, com conseqüente distanciamento do cuidado em saúde integral, equânime e universal (PAULINO et al., 2019).

Estudo desenvolvido com líderes de movimentos sociais trans* do Distrito Federal na direção de compreender como entendem o direito à saúde, deu visibilidade à luta pelo direito de existir, denunciando a necessidade dessa população legitimar, diante da sociedade cisheteronormativa, seu reconhecimento enquanto pessoas de direito (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2019). Ainda, esse mesmo estudo assinalou ser o direito à saúde uma busca pelo direito à equidade, quando clamam por respostas específicas às necessidades apresentadas pela população trans* aos equipamentos de saúde (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2019). O pleito é similar na população adolescente gay.

“O receio sobre a sua conduta na presença dos usuários do serviço demonstra que esses desafios são, na sua maioria, ancorados na reprodução do raciocínio heteronormativo, que define a estereotipagem humana, um modelo que torna estranha, inferior e embaraçosa uma atuação profissional, bem como a reprodução da assistência à saúde, que perpetua a imagem idealista sobre uma única forma de atendimento aos usuários.” (CURCIO et al, 2020, p.178).

O atravessamento cisheteronormativo tem a tendência de negar pessoas e expressões humanas, a qual pode vir a se estender ao cuidado em saúde. Os enfermeiros estão negando o existir adolescentes gays? Eles estão tendo esforços para apreender as necessidades específicas e processar, colaborativamente, a essas respostas?

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro assume compromissos com a integralidade, universalidade e equidade na atenção à saúde. Segundo Cecílio (2001), a integralidade remete à organização da atenção à saúde para escutar e atender as necessidades remetidas ao sistema de saúde. Complementa Freire et al (2020), o que requer reconhecimento de iniquidades e esforços para promover equidade. Nessa direção,

o processo de trabalho em saúde é de destaque, sobretudo, na sua dimensão microscópica do cotidiano, isto é, as relações dos atores envolvidos. Direcionar a atenção para esse foco exige uma assunção acerca do cuidado, quando as ideias e colocações de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres abarcam elementos e discussões alinhadas com a valorização e reconhecimento dessa dimensão.

2.1. Ideias acerca do cuidado ancorado em Ayres

“Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve se chamar ‘homo’, pois foi feito de humus (terra)’. ”

Fábula do Hígino

O cuidado em saúde reclama por posicionamento profissional ativo diante das singularidades de projetos e contextos de vida dos demandantes de cuidado, quando a relação dialógica, compartilhada e colaborativa entre estes e o profissional é essencial (AYRES, 2004a). O alcance do ‘status’ de cuidado envolve ações de correspondência às necessidades daquele que se apresenta para ele (cuidado). No contexto relacional estabelecido entre o profissional e o demandante, o vínculo advindo dessa relação,

contribui com um 'locus' propício e potente para a compreensão de projetos, buscas, dificuldades e potências particulares.

A presença 'humana' do profissional nas práticas assistenciais está assinalada como de diferencial para os alcances em termos de 'cuidado', para a não assunção do sujeito(s) como objeto e, sim como sujeito(s). É a partir de relações ancoradas nesses pressupostos que surge um contexto relacional propício para a revelação das necessidades de saúde (e outras, dada a complexidade das relações entre 'necessidades'). Esse tipo de posicionamento clama por sabedoria prática, a qual envolve intersubjetividade viva do momento assistencial, elemento fundamental para o escape da objetivação "dessubjetivadora" (AYRES, 2000). Ayres (2000, p.120) destaca estar contido no cuidado "atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde". O mesmo autor assinala em outro texto sobre cuidado, que as identidades existenciais só se estabelecem no ato das interações voltadas ao cuidado, no encontro estabelecido, pois a alteridade de cada um está para o outro e movimenta este outro e vice-versa" (AYRES, 2004a, p. 76).

As lógicas e relações na criação e desenvolvimento dos cuidados em saúde são reclamadas à reflexão, sobretudo, frente aos compromissos assumidos como profissional em relação aos princípios orientadores do SUS, assim como frente as sinalizações da essencialidade de se considerar diversidade, diferenças, autonomia e protagonismo dos envolvidos no cuidado. Esses apontamentos exigem pensar o cuidado e como ele é central nos esforços de reconstrução das lógicas e relações na atenção à saúde. Para Ayres (2004a, p. 74) "uma série de aspectos filosóficos que precisam ser revisitados para que, aos avanços conceituais já alcançados, possam corresponder transformações práticas mais expressivas".

No encontro voltado ao cuidado, espera-se que o profissional considere com ressalva a posição de ser aplicador de conhecimentos e tecnologias, pois "*o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde*" (AYRES, 2004a, p.84). Perceber e aproveitar as trocas mais amplas presentes no encontro são de premência e favorece consideração ao outro e seus saberes, seu modo de ser, o qual se encontrará com o profissional e seu juízo prático, que direcionará escolhas entre tecnologias e conhecimentos portados (AYRES, 2004a), especialmente os revelados no exato

momento do encontro. Trata-se do cuidado, de ação que coloca o profissional diante da premência de apostar no “[...] *desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde*” (AYRES, 2004a, p. 86).

“*Resgatar o sentido do cuidado em saúde possibilita revisitar a direção que tal questão tem tomado no cotidiano das práticas*” (ANÉAS; AYRES, 2011, p.653). Nessa direção, Ayres (2009) assinala que não basta apenas escutar mais, olhar mais, tocar mais, no que diz respeito ao jargão “escuta e acolhimento”, o que se intenciona é fazer mais e, algumas vezes, um pouco diferente, daquilo que já faz parte da arte da atenção à saúde. Isso quer dizer, ouvir mais, porque através do relato é que se constrói um enredo e, quando isso é feito, dispõe de lugares, tempo, personagens, sentimentos, ações, de uma forma que se cominam as aflições e insuficiências de cuidados e seu sentido, o que os tornam compreensível. Ver e tocar mais, para além da semiologia, buscando aquilo que não é vocalizado, mas que as pessoas nos dizem por meio do olhar, da postura corporal, respiração, etc., e tocar mais, já que sofrimentos e adoecimento são sentidos corporal. Dessa forma, se faz necessário o toque físico no local de dor, o desconforto, a área de preocupação, influência e potencializa a narrativa do usuário, o que contribui no processo de diagnóstico e intervenção, para a compreensão particular da experiência (AYRES, 2009).

Nos serviços de saúde, não somente a sensibilidade da escuta bilateral e a capacidade de resposta devem ser repensados. Precisa sofrer rearranjos adequados a própria avaliação do que é o bom êxito das ações desenvolvidas. Sendo assim, todo e qualquer fracasso técnico, como todo e qualquer êxito, admite ser avaliado, concomitantemente, quanto ao seu significado prático. Simplificando, é necessário que não somente o alcance de fins, mas também a qualidade dos meios, ou seja, as atividades assistenciais tenham efetividade de comunicação, norteando o planejamento e avaliação das ações e serviços de saúde (AYRES, 2004a).

Dessa mesma forma, repensamos a ideia de “vínculo e responsabilidade”. O vínculo não deve ser pensando como escolha individual, independente se for profissionais ou indivíduos e populações usuárias do serviço. O vínculo necessita ser pensado como uma construção de oportunidades de encontros menos ou mais capazes de favorecer intersubjetividades mais produtoras de compartilhamentos, portanto, mais ricas e plurais. Sendo assim, as condições em que são promovidos os encontros entre profissionais e usuários, passados desde o plano macro até o plano micro dos encontros interpessoais,

desses espaços, são diretamente responsáveis pela expressão das subjetividades (AYRES, 2009).

No que diz respeito a responsabilização, não deve ser entendida como um imperativo moral no sentido explícito do termo. É a produção do vínculo, tanto do usuário quanto do profissional, a verdadeira fonte da mútua responsabilização pela produção do cuidado. Sendo assim, o compromisso com a resolutividade tem sua integralidade efetividade diretamente proporcionais à capacidade de produzir encontros potentes e sensíveis à normatividade resignada pelos projetos de felicidade de quem é direcionado o cuidado, sendo essa a ideia central de responsabilização (AYRES, 2009).

Evidencia-se a necessidade de superar as tecnologias que trabalhem restritamente com uma racionalidade ilustrada pelos objetos das ciências biomédicas. Ainda que essas ciências estejam em um lugar fundamental e insubstituível, ao darmos atenção à presença do sujeito na tomada de decisões terapêuticas de saúde, carecemos de conhecimentos que nos orientem desde outras perspectivas também. É quando as identidades e aspirações dos sujeitos (individual ou coletivo), a quem prestamos o cuidado, é traduzida de forma objetiva, para além da dimensão corporal posta pelas ciências biomédicas, guarda abissal interesse para o cuidar (AYRES, 2004a).

Nesse sentido, Ayres (2017) assinala a relevância da:

recusa à “coisificação” das pessoas e das relações, o resgate do valor de uma solidariedade social espontânea e criativa e, [...], a busca de superação de uma visão individualista e individualizante das ações humanas (AYRES, 2017, p1).

Destaca-se, então, que é preciso que o cuidado seja visto como uma forma reveladora do modo de como nós entendemos e manejamos nossa experiência cotidiana (estar lançado no mundo), sendo que esses jamais se oferecem isoladamente, estritamente individual, no entanto são continuamente construídos *na, com e para* as interações intersubjetivas em que estamos sempre. Valorizar e conceituar o cuidado já é uma maneira de estar em busca de apreender e lidar com essa intersubjetividade constitutiva da nossa existência de forma ativa do interesse pelo “outro”, esse, que por sua vez, não deve ser entendido como meio ou o destinatário passivo de nossas ações, por mais necessários e nobres que possam parecer, mas como co-construtor imprescindível de tudo o que possamos chamar de vida humana (AYRES, 2017).

Em um mundo marcado por tão radicais e duradouras assimetrias de visibilidade e possibilidades de expressão entre as pessoas, pensar o cuidado não pode senão nos levar à busca de dar voz a essas perspectivas subjetivas negligenciadas, oprimidas ou desconhecidas. E não é diferente no campo da saúde; não poderia ser, especialmente nesse campo que lida tão próxima e cotidianamente com a vida, em suas indissociáveis expressões corporais, mentais e existenciais (AYRES, 2017, p.2).

É especialmente nesse ponto onde a impressionante capacidade de intervenção técnica alcançada no último século se torna fundamental, pois essa parece demonstrar da forma mais explícita os potenciais de criação, recriação e diversificação da vida humana, simultaneamente, o faz de forma tão seletiva, injusta e fragmentadora, em que as pessoas são coisificadas, ordenando e disciplinando o viver de forma paradoxalmente cega ao seu próprio sentido prático, isso quer dizer, “insensível à inexorável vinculação de qualquer efetivo êxito técnico com possibilidades de sucesso prático sempre construídos intersubjetivamente” (AYRES, 2017, p.2).

Portanto, para um cuidar efetivo, em que o outro esteja presente ativamente e as interações intersubjetivas sejam ricas e dinâmicas, se faz necessário que tanto a racionalidade apontada das tecnologias quanto os campos e agentes de sua operação tenham seus horizontes ampliados. Para enriquecer a racionalidade biomédica como constructos de outras ciências e outros saberes é preciso superar a acomodação individualista, indo em direção das esferas que também são coletivas, institucionais e estruturais de intervenção (AYRES, 2004a).

É oportuno destacar que a forma de realizar o cuidado fundamentado na integralidade, junto e inseparável dos demais princípios do SUS (universalidade equidade) leva os profissionais, tendo em vista as necessidades de cada um, ao desafio de saber “o que” fazer e “como” fazer para todos. Dessa forma, a integralidade se efetiva de modo em como os serviços se organizam, nos planos da gestão e da assistência (KALICHMAN; AYRES, 2016). O conceito de saúde assumido pelo SUS reclama por um posicionamento de horizonte ampliado, que transcenda a dimensão biológica e a abordagem biomédica, com consideração a subjetividades, historicidade, inerentes aos modos de viver, não subvalorizando aspectos culturais, espirituais e sociais (CAÇADOR et al.,2015). Assim, envolve a consideração aos projetos de vida de pessoas, aos projetos de felicidade. Ayres (2004a) assinala a relevância da busca, reconhecimento e consideração de projetos de felicidades para a tessitura do cuidado, por serem neles e a partir deles que se vive a vida. Ao tomar o cuidado, nessa perspectiva, favorece a reconstrução das práticas de saúde, uma vez que esteja considerada a relação entre práticas assistenciais e a vida (AYRES, 2004a).

2.2. Enfermagem como cuidado

Com a expansão tecnológica e com o tratamento e cura de doenças ganhando maior ênfase, o cuidado foi se tornando invisível e desvalorizado cada vez mais. No entanto, o cuidar continuará sendo essencial para manutenção e sobrevivência das espécies, promoção da vida e preservação do planeta independente do pouco ou nenhum valor a ele atribuído. No decorrer da história humana, há registro de evidências de coexistências de ações que despontam descuido, descaso, abandono, negligência, violência e outras formas explícitas e implícitas de agir que ameaçam as diferentes formas de existir, de vida e o planeta, nas sociedades ditas “civilizadas” (NEVES, 2002).

As reflexões de enfermeiras acerca de suas crenças pessoais e profissionais, de suas experiências no convívio com pacientes e profissionais da área da saúde dão origem a concepção de cuidar em enfermagem, além da construção de conhecimento em outras disciplinas acadêmicas e profissionais. No entanto, vale ressaltar que as compreensões sobre do cuidar carregam em seu bojo a essência humanitária (NEVES, 2002). Isso implica em dizer que

cuidar em enfermagem inclui a execução de procedimentos técnicos aliados à expressão de atitudes condizentes com princípios humanísticos, dentre os quais a manutenção do respeito, dignidade e responsabilidade entre os seres envolvidos na relação de cuidado, sem o que tais ações poderiam ser entendidas como descuidar (NEVES, 2002: p. 82).

O corpo de conhecimento que serve de fundamento lógico para a prática de enfermagem possui padrões, formas e estruturas que enquadram como horizontes de expectativas e exemplificam formas características de pensar sobre os fenômenos. Os Padrões Fundamentais de Saber em Enfermagem, é o entendimento geral de qualquer campo de investigação que determina o tipo de conhecimento que o campo se propõe a desenvolver, assim como a forma pela qual tal conhecimento deve ser organizado, testado e aplicado. Essa compreensão envolve uma atenção crítica à questão do que significa saber e quais tipos de conhecimento são considerados de maior valor na disciplina de enfermagem (CARPER, 1978).

Nesse sentido, o estudo do cuidado humano como uma característica única e essencial da prática de enfermagem expandiu-se, gradualmente, desde as primeiras pesquisas conceituais, filosóficas e culturais acerca dos significados do cuidar, até a explicação de definições teóricas de cuidar, taxonomia proposta de conceitos de cuidar, modelos conceituais, experimentações criativas com metodologias de pesquisa e o desenvolvimento de diversas teorias do cuidado (BOYKIN; SCHOENHOFER, 1993).

A partir de uma análise da estrutura conceitual e sintática do conhecimento de enfermagem, Carper (1978) identifica quatro padrões fundamentais de conhecimento para a prática de enfermagem, sendo eles:

- Empírico: a Ciência da Enfermagem
- Estética: a Arte da Enfermagem
- O componente do conhecimento pessoal
- Ética: o componente do conhecimento moral em enfermagem

Com isso, Boykin e Schoenhofer (1993) apresentam ideias fundamentais relacionadas a pessoa como cuidado e a enfermagem como disciplina e profissão que serve de fundamento perspectivo para a teoria da Enfermagem como Cuidado, partindo dos seguintes pressupostos:

- As pessoas cuidam em virtude de sua humanidade
- As pessoas são inteiras ou completas no momento
- As pessoas vivem cuidando, momento a momento
- A personalidade é um processo de viver baseado no cuidado
- A personalidade é aprimorada através da participação em relacionamentos nutritivos com outras pessoas que se importam
- A enfermagem é uma disciplina e uma profissão

A visão de que todas as pessoas cuidam é a que fundamenta o enfoque da enfermagem como disciplina e profissão. A teoria da Enfermagem como cuidado oferece uma perspectiva que se baseia nessa visão ao reconhecer a pessoa como um processo de viver pautado no cuidado. Ou seja, a plenitude do ser humano é expressa como se vive cuidando de forma única no dia a dia. O processo de viver fundamentado no cuidado é potencializado através da participação nas relações nutritivas com os outros cuidadores, particularmente nas relações de enfermagem. Outro pressuposto é a de que as pessoas são vistas como incompletude já completa e em crescimento contínuo, cuidando plenamente e possibilidades de cuidado momento a momento (BOYKIN; SCHOENHOFER, 1993).

As expressões do self como pessoa que cuida se completam no momento em que as possibilidades de cura se abrem; assim, apesar de outras contingências da vida, a pessoa continua a crescer na competência de cuidar, em se expressar plenamente como pessoa que cuida. Dizer que se está cuidando plenamente no momento também envolve o reconhecimento da singularidade da pessoa a cada momento apresentando novas possibilidades de conhecer a si mesmo como pessoa que cuida (BOYKIN; SCHOENHOFER, 1993: p.11).

A noção de "no momento" reflete a ideia de que a capacidade em se conhecer como quem cuida e como viver o cuidado cresce ao longo da vida. Nesse sentido, a enfermagem não direciona suas atividades para a cura no sentido de tornar integral; Boykin e Schoenhofer (1993) destacam que a totalidade está presente e se desdobrando. As pessoas são inteiras, completas e cuidam, sendo assim, não há falta, falha ou inadequação que deva ser corrigida pela enfermagem (BOYKIN; SCHOENHOFER, 1993).

Com isso, a teoria da Enfermagem como Cuidado se baseia na compreensão de que o foco da enfermagem, tanto como disciplina como profissão, envolve a formação de pessoas vivendo o cuidado e crescendo no cuidado. Tal afirmação pode parecer ampla e abstrata à primeira vista. O foco é amplo, à medida que se aplica as situações de enfermagem em uma ampla diversidade de ambientes práticos. Por outro lado, assume um significado específico e prático de situações individuais da enfermagem (BOYKIN; SCHOENHOFER, 1993).

O que direciona a tomada de decisão e a ação profissional de enfermagem é essa compreensão da pessoa como cuidador, no ponto de vista da teoria da Enfermagem como Cuidado. O enfermeiro entra no mundo do outro intencionando conhecer o outro como pessoa que cuida. O chamado para enfermagem evoca respostas específicas de cuidado para sustentar e potencializar o outro, enquanto vive o cuidado e cresce no cuidado na situação de preocupação (BOYKIN; SCHOENHOFER, 1993).

Boykin & Schoenhofer (1993), ao idealizarem o cuidar em enfermagem como modelo transformador da prática, tomam como disparador o fato de “*que todas as pessoas cuidam porque elas são humanas*”, porém para tornar o cuidado melhor é necessário que “*conheçam a si mesmas, fazendo crescer a cada dia sua capacidade para expressar-se e viver como pessoa que cuida*”. Com isso, alude-se que a pessoa continua como um ser de cuidado, mesmo que isto implique em admitir que alguns atos humanos se caracterizem como não cuidado, mas que está desenvolvendo a competência para cuidar no próprio processo de ser e viver (NEVES, 2002).

Esse modelo transformador da prática assumido pelas autoras supracitadas, se enquadram no componente de um conhecimento pessoal em enfermagem, esse conhecimento como padrão fundamental do saber em enfermagem é o mais difícil e problemático de dominar. No entanto, concomitantemente, talvez, seja o padrão mais

essencial para a compreensão do significado da saúde em termos de bem-estar individual (CARPER, 1978).

A enfermagem considerada como um processo interpessoal envolve interações, relacionamentos e transações entre enfermeiro-demandante de cuidado (CARPER, 1978). Nesse sentido, todos os Padrões Fundamentais do Saber em Enfermagem, porém, especialmente, o componente de conhecimento pessoal, se faz de extrema importância ser de domínio do enfermeiro para o cuidado de adolescentes gays. A teoria da Enfermagem como Cuidado valoriza o encontro que se dá entre enfermeiro-adolescente e o processo interacional que acontece, dando lugar para as intersubjetividades e significando os símbolos que cada sujeito carrega e surge nesse encontro.

2.3.Pergunta de pesquisa e justificativas

O presente estudo teve como propositura tomar as práticas de enfermeiros a adolescentes gays com vistas a apreensão das ancoragens. A pergunta de lançamento ao campo foi: “Como enfermeiros desenvolvem a atenção à saúde ao adolescente gay?”.

O presente estudo justifica-se por:

- Contribuir com reflexões acerca do cuidado em saúde no cotidiano da atenção a adolescentes gays, em especial, os aspectos relativos aos encontros para tessitura do cuidado

- Favorecer apreensão e crítica do lugar da cisheteronormatividade e seus simbolismos e dos aspectos ético-humanísticos no cuidado em saúde para a atenção a adolescentes gays;

- Ser premente ampliar os horizontes do pensar e fazer de trabalhadores de saúde no cotidiano da atenção a adolescentes gays;

- A Enfermagem, apesar de ter o cuidado na sua gênese e núcleo qualificador de suas práticas, revela um ‘cuidar’ reduzido a procedimentos técnicos, atos mecânicos, um olhar centrado na patologia, sinais e sintomas, esvaídos de apostas relacionais. Desse modo, distancia-se de seu núcleo caracterizador, o cuidado.

- Favorecer apontamentos à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho em saúde, com vistas ao direito do adolescente gay ser reconhecido enquanto pessoa e população e, conseqüentemente, digno de vivenciar a equidade na atenção em saúde;

- Favorecer apontamentos às formações de enfermeiros acerca do cuidado em saúde a adolescentes gays.

CAPÍTULO 03

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1.Objetivo Geral

Analisar narrativas de enfermeiros sobre o cuidado à saúde de adolescentes gays.

3.2.Objetivos específicos

- Caracterizar a concepção de enfermeiros sobre adolescente gay e cuidado;
- Apreender o cuidado em saúde desenvolvido por enfermeiros junto a adolescente gay e os princípios direcionadores dele;
- Discutir a inserção do enfermeiro no processo de estabelecimento da atenção à saúde do adolescente gay.

PARTE II: PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 04

REFERENCIAL TEÓRICO: INTERACIONISMO SIMBÓLICO

4. REFERENCIAL TEÓRICO: INTERACIONISMO SIMBÓLICO

A escolha de um referencial representa aceitação de perspectiva e conceitos na apreciação do que fora focado para o estudo, um norte para os pensamentos analíticos. O referencial teórico elencado a este estudo foi o Interacionismo Simbólico (IS), em especial, sobre os apontamentos de Georg Herbert Mead. Mead é considerado como quem propõe a fundamentação básica e originária do IS, sobretudo nos escritos de sua obra *Mind, Self and Society*, publicada pela primeira vez em 1934, quando era professor da Universidade de Chicago. Seus apontamentos e estudos ganham, a partir de seu discípulo e aluno Herbert Blumer, releitura e divulgação sob um olhar mais sociológico. A obra *Symbolic Interactionism – perspective and method*, publicada em 1969 é aquela que abarca e publiciza, de forma primeira esse movimento de Blumer.

“Mead destaca o caráter originalmente social da vida humana, divergindo das tradições filosóficas da sua época e enfatizando que as estruturas da sociedade antecedem as estruturas subjetivas do indivíduo.” (CASAGRANDE, 2021, p.37).

Os processos de individuação dos sujeitos estão ancorados, no entendimento de Mead, na intersubjetividade e comunicação (CASAGRANDE, 2021). As pessoas existem em relação com outras, o *self* de uma pessoa surge enquanto desdobramento e na relação com *selves* de vários outros sociais e, concomitantemente, afeta processos em *selves*, inclusive o seu. Ou seja, o *self* (próprio e de outros) é objeto social ao provocar, via interação com sua expressão, descobertas sociais e relativas a si, reflexões e comportamentos frente ao que fora mobilizado (MEAD, 1981). O *self* reflete e afeta, de algum modo, posicionamentos frente ao comportamento e significados do grupo social ao qual está inserido e, portanto, em interação. A existência do *self* implica na assunção dos papéis sociais dos outros (MEAD, 1981). Toda e qualquer interação social, inclusive consigo, é passível de instaurar um processo que desencadeie reflexões e tessitura de significado(s), instaura ou revisa processos de significação que, por sua vez, se desdobram em ação/comportamento social.

Frente ao exposto, enfermeiros cuidam a partir de significados imputados a objetos sociais presentes no contexto desse cuidado, assim como de significados edificados em sua historicidade que, no presente da interação, se manifestam. No caso deste estudo, por exemplo, podemos ponderar que o cuidado dos enfermeiros é de relação

com o significado que imputam a adolescente, ser gay, ser enfermeiro, saúde, doença, cuidado, entre outros. Assim, a adoção do referencial favorece a visibilidade do cuidado (ação social) dos enfermeiros junto aos adolescentes gays de modo integrado aos seus estruturantes e ancoragem significativa. Tem potencial de apreender significados de essencialidade para transformações práticas, de compreender a causa de ações de cuidado.

Ou seja, o IS é uma perspectiva teórica que favorece olhar compreensivo acerca do comportamento humano, de como as pessoas estabelecem interpretações acerca de objetos sociais (entendido como tudo com o que a pessoa pode interagir) e como estes se desdobram em comportamentos em situações específicas (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010), aspecto que sustenta sua pertinência para este estudo. Ainda, ele é

[...]uma das abordagens mais adequadas para analisar processos de socialização e ressocialização e também para o estudo de mobilização de mudanças de opiniões, comportamentos, expectativas e exigências sociais (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010: p.148).

A consciência de ‘si mesmo’, na proposição de Mead, corresponde ao *self*, toda pessoa detém essa instância e, ela é, pode ser, de certa forma, irredutível às determinações do grupo social. Mead apresenta o *self* sob duas fases que se tem atividade simultânea e implicada, a partir de uma dinâmica dialética promotora de consciência de si mesmo. Essas ”fases” foram nomeadas por ele de “eu” e “mim”.

“O “eu” consiste na dimensão não previsível do self, no elemento que nos identifica enquanto únicos e singulares, que não é dado diretamente na experiência, apenas perceptível a posteriori. Ele não pode ser objeto da consciência, pois emerge da ação do indivíduo em uma situação social determinada. Trata-se da novidade do momento, do ineditismo da reação ao dado, com uma orientação a um futuro indefinido. Ou seja, ele é uma reação que não pode ser prevista, tampouco antecipada. O “mim” (me) é consciente, visto sua existência imediata para o indivíduo em sua consciência. O “mim” permite, enquanto consciência de si mesmo, a convivência social segundo os padrões sociais estabelecidos, pois possui todas as atitudes generalizadas dos outros. É a dimensão que mantém a estabilidade das ações e reações do self, pois está pautada nas convenções do todo social: o “mim” é convencional.” (CASAGRANDE, 2021, p. 43-44).

O conceito de *self* desenvolvido por Mead, abarca o entendimento de que seres humanos desenvolvem ideias reflexivas sobre quem são por meio da comunicação com outros sociais, inclusive ele mesmo. Assim, o processamento de *selves* é linguagem dependente.

O trabalho e ideias de Mead ganham maior difusão a partir de sua compilação e elaboração por Herbert Blumer, o qual explicita as três premissas do IS:

1. Os seres humanos agem em relação às coisas a partir do significado que portam delas e, esse significado tem desdobramento no seu comportamento. Conhecer o comportamento favorece compreensão da ação humana.

2. Os significados das coisas são estabelecidos por meio e na interação social, ele não é inerente a coisa em si.

3. Os significados são manipulados e modificados pelo ser humano por meio de um processo interpretativo quando da interação com a coisa (objetos sociais). A interpretação não se refere a simples aplicação dos significados estabelecidos, e sim um processo de uso e revisão dos significados na ação.

O IS considera o ser humano quanto ativo, em constante interação com objetos sociais, a qual favorece percepção desse, interpretação e ação. Assim, o ato ocorre sempre no presente, sob a influência do que ocorre no momento interacional, mas também do que ocorreu no passado, contudo sua manifestação no momento presente. A pessoa experiencia processos interacionais (plural) concomitantes e mutuamente remetidos. Isto é, na interação a pessoa é lançada a interações, com todos os objetos sociais ‘presentes’ na cena interacional, inclusive aquelas instauradas no âmbito internalizado. A partir da interação surgem definições e ações. O ser humano age de acordo com a definição da situação. Assim, o IS direciona atenção para a interação, significados e ações, todos relevantes à pergunta de pesquisa estabelecida neste estudo.

Cinco são os conceitos centrais do IS, o *símbolo*, o *self*, a *mente*, *assumir o papel do outro* e a *ação humana*. O *símbolo* diz respeito a representação do objeto social, é reflexo de um processo socialmente vivido e utilizado na intenção de representar um significado. Há uma linguagem de sons e gestos que veicula e representa o significado. Alcança o simbólico quando há um significado, uma intenção pensada, comunicada, representada. O *self* é um objeto social em relação ao qual se age e que é (re)configurado na interação social. Trata-se do conceito que abarca o processo de interação internalizada ao indivíduo, processada sob o “eu” e “mim”. A *mente* é ação que dirige os símbolos ao *self*, é a comunicação ativa e recorrente com o *self* a partir dos símbolos, ela quem favorece as definições a surgirem e serem ativamente modificadas em desdobramentos às interações. O processo mental conduz a interação simbólica com o *self*, sendo um processo constante de interação consigo a partir da utilização de símbolos. A atividade mental é essencial para o *assumir o papel do outro*, o qual é dependente da comunicação

e interação simbólica. Isso permite que o indivíduo possa aprender, ensinar, agir moralmente, cooperar, influenciar, ter simpatia, proteger-se, ajudar-se a controlar e perceber as consequências de suas ações. Assumir o papel do outro é condição para comunicação e interação simbólica. Assumir o papel do outro possibilita a explicação ao que é observado desencadeando modificações de significados e ação. Por fim, a *ação humana* é entendida como um constante processo que resulta dos elementos anteriores. Trata-se de tomadas de decisão ativas influenciadas pela definição da situação, a qual é articulada a interação social. A definição da situação é propulsora e condutora da ação. (CHARON, 2010).

A interação social é o “locus” onde surgem e se manifestam os conceitos centrais do IS, sobretudo, pelo fato de que ao interagir, há a apresentação mútua e simbólica de todos e tudo que na situação estão.

Diante do exposto, o IS revelou-se como referencial de potência para este estudo, pois a interação com vistas ao cuidado posta enfermeiros e adolescentes em interação simbólica e instaura processos relacionais ancoradas nos significados que lá estão e/ou são estabelecidos, processos mentais são instaurados e acionam *selves*, provocam assunção do papel do outro e desdobram-se em tomadas de decisões e ações sociais.

CAPÍTULO 05

DELINEAMENTO METODOLÓGICO

5. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

5.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, uma vez que existe a proposta de apreensão de ações sociais, a subjetividade dos participantes, suas manifestações cotidianas (MINAYO, 2014) no contexto do cuidado em saúde ao adolescente gay. A pergunta desta pesquisa clama por uma exploração qualitativa, pois articula a relação entre a particularidade do observado e a aspiração generalizadora que lhe corresponde (AYRES, 2021). Ainda, a escolha desse tipo de estudo está indicada quando da exploração do modo de manejar o cuidado de si e de terceiros; identidades e suas relações com os processos saúde-doença-cuidado; interações entre profissionais e usuários; formação de profissionais, ativismo político em saúde; entre outros (AYRES, 2021).

Esse tipo de estudo tem potencialidade de gerar evidências para ações de planejamento, gestão, avaliação, cuidado, informação, educação, mesmo que indiretamente (AYRES, 2021), dão vistas contribuir com o que é preciso como formulação e desenvolvimento de políticas de saúde; concepção de saúde e doença; conformações estruturais relacionadas a vulnerabilidade e proteção nos processos saúde-doença-cuidado.

5.2. Participantes do estudo e local

Os participantes deste estudo foram 11 enfermeiros que contemplaram aos seguintes critérios de inclusão: estar atuando na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Especializada (AE); ter experiência profissional superior a 1 ano; relatar ter vivenciado, enquanto profissional de saúde atendimentos a adolescentes gays. Como critério de exclusão: não ter acesso à Internet.

Os participantes foram localizados a partir da técnica de *snow ball*, partindo dos contatos do pesquisador e de seus orientadores. Tal escolha se deve pelo fato de ser um tema estigmatizado, desse modo prospectou-se que a técnica contribuiria para a localização de um número de participantes que favorecesse suficiência de dados (BIERNACKI e WALDORF, 1981).

A primeira participante a ser entrevistada, foi uma enfermeira que fez uma residência de saúde da família que integrou enfermeiros de lugares diversos, o que

ocasionou recrutar participantes de diferentes regiões do Brasil. Nesse sentido, o movimento de indicar outros participantes foi pautado numa direção em que o participante que indicava, procurava escolher alguém que tenta cuidar e porta experiências com vistas a contribuir com a proposta da pesquisa.

O convite foi mediado por aquela pessoa (pesquisador ou orientadores) que conhece o participante em potencial, comentando com ela da existência deste estudo e sobre seu interesse e possibilidade em contribuir. Aos que manifestaram interesse, foi perguntado acerca da possibilidade de compartilhar o contato (e-mail ou telefônico, a escolha é do participante em potencial) com o pesquisador principal deste estudo. A par do contato, o pesquisador principal realizou o convite para participação no estudo, apresentando o mesmo e, diante sinalização de interesse pactuou-se o envio de um e-mail com convite para o estudo, no qual constava o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) acessível via link para um formulário eletrônico. O e-mail continha a seguinte mensagem: “Prezado (nome), conforme conversamos estou realizando um estudo acerca do cuidado ao adolescente gay. O link abaixo dá acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual traz informações relevantes.” O link dava acesso ao TCLE, no qual, entre outras informações teve registrado ser a participação integrar uma entrevista semiestruturada a ser realizada por via remota em dia e horário mutuamente pactuado. Ainda, antes do dia marcado para a entrevista o participante em potencial recebeu, via e-mail, uma via do TCLE assinado pelo pesquisador.

No dia e horário pactuado, por via remota, antes de iniciar a entrevista, o estudo foi novamente apresentado, atitude aberta para esclarecimentos foi adotada e o aceite à participação foi confirmado. Nesse momento, o TCLE era lido em conjunto compartilhando-se tela. Confirmado o interesse e disponibilidade de participação a entrevista era iniciada. A colocação inicial: “Com base em sua experiência, como se dá o cuidado ao adolescente gay em seu cotidiano de trabalho?”. Outras colocações prospectadas foram: “Você considera existir particularidades no contexto desses atendimentos? Se sim, quais?”, “Quais desafios você identifica para o atendimento desse público?”. A intenção foi de favorecer um ambiente que promovesse a narrativa e, caso a participante já discorresse o intencionado por uma das perguntas, ela não será apresentada. Do mesmo modo, quando eram feitas colocações que poderiam vir a ser exploradas com outras perguntas que favoreciam a compreensão do exposto, eram formuladas e apresentadas.

5.3.Coleta de Dados

A obtenção dos dados foi realizada por meio de uma entrevista individual *on-line* a qual se iniciou com perguntas direcionadas a caracterização do participante (Apêndice B). A seguir, as questões/colocações apresentadas no item acima foram apresentadas.

A entrevista é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo em pesquisas qualitativas, está pautada na interação social e é destinada a construir informações pertinentes para questão em estudo. Especificamente, a entrevista semiestruturada envolve uma combinação pré-estabelecida de perguntas na intenção de favorecer que o entrevistado narre sobre o assunto em questão, percorrendo tópicos prospectados enquanto integrantes do objeto posto em estudo (MINAYO, 2014).

Durante todo o processo, foi utilizado o diário de campo, um caderno em que o pesquisador faz suas anotações, dia por dia, do que é observado e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista. É nele que deve ser escrita as impressões pessoais que na medida do tempo podem se modificar, resultado da observação de comportamentos contraditórios nas falas, manifestações dos participantes quanto a vários pontos investigados, dentro outros aspectos (MINAYO, 2014).

A composição dos participantes deste estudo foi determinada por critério de saturação de dados, isto é, avaliou-se existência de elementos empíricos consistentes quanto ao objetivo do estudo (KYALE, 1996).

5.4.Análise dos Dados

A caracterização dos participantes foi apresentada de forma descritiva. Para os dados provenientes das entrevistas, foi realizada a conversão da fala para escrita, por meio da transcrição integral das entrevistas gravadas. O ato de transcrever oportuniza apreensão do material, e propicia um fluxo de ideias para sua interpretação. O processo analítico foi conduzido a partir da técnica de Análise Temática na propositura de Clarke e Braun (2019; 2013). Ela organiza-se em etapas: a primeira intenciona familiarização com os dados a partir de leituras e releituras das transcrições das entrevistas; a segunda volta-se à codificação, quando se busca informações relevantes para a questão de pesquisa, por meio de códigos que retratam a leitura semântica e conceitual dos dados; na terceira, o conjunto de códigos é apreciado e agrupado em temas que traduzem um padrão de dados responsivo à pergunta do estudo; a apreciação do conjunto de temas e sua relação com o conjunto geral de dados é o processo central da quarta etapa, denominada revisão

de temas, a qual é seguida da etapa de definição e nomeação dos temas a partir da essência que lhe caracterizam e, enquanto último processo analítico tem-se a escrita final na qual se estabelece o conjunto da narrativa analítica, atenta à articulação dos temas elencados.

Com base nisso, iniciou-se o processo compreensivo-interpretativo com leituras reiteradas da transcrição das entrevistas para ganhar percepção do conjunto de dados, sempre sob esforço de entendimento. O que permitiu a identificação de elementos presentes nos discursos dos participantes, reflexão acerca de consonâncias e dissonâncias de percepções e ações. Apropriado dessa aproximação, novas leituras foram desenvolvidas agora direcionadas a extrair, explorar e interpretar o conjunto de dados empíricos no que se refere ao cuidado do adolescente gay, com consideração ao referencial teórico e base conceitual elencada ao estudo. Partiu-se, então, para o agrupamento temático desenvolvido por um movimento analítico dedutivo e indutivo, o qual determinou as categorias temáticas.

As análises das narrativas resultantes das entrevistas promovem o diálogo entre múltiplas áreas do saber; possibilita imergir sobre a fala dos múltiplos atores sociais, nos mais diferentes contextos; reverbera entendimento do discurso narrativo como prática social constitutiva da realidade; recusa a possibilidade de se descrever as identidades estereotipadamente, como instituições pré-formadas e avança no entendimento sobre os modos como as práticas narrativas orientam, nos níveis situados de interação, os processos de resistência e reformulação identitária (BASTOS; BIAR, 2015).

5.5. Aspectos Éticos

Considerando que se trata de uma pesquisa com seres humanos e mesmo que os riscos sejam mínimos por se tratar de um estudo com informações obtidas através de entrevista, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e obteve parecer favorável com o seguinte CAAE: 40210520.3.0000.5504. Sendo assim, foram respeitados os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 510/2016.

Os materiais utilizados na realização deste estudo foram, exclusivamente, para esse propósito. Permanecerão arquivados sob responsabilidade dos pesquisadores, por cinco anos, de acordo com a resolução supracitada. Foi assegurada ao participante da pesquisa a privacidade, a confidencialidade, e a proteção de sua imagem. Foi garantido pelo pesquisador responsável a não utilização das informações coletadas em relação a aspectos que venham atingi-los.

Para a preservação do anonimato dos participantes, os excertos de entrevistas utilizados foram identificadas como “EnfAB+número” que significa: enfermeiro Atenção Básica seguido do número na ordem cronológica de da entrevista; e “EnfAE+número” que significa: enfermeiro Atenção Especializada mais número na ordem cronológica da entrevista.

PARTE III: RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

“As pessoas condenadas a viver no reino da necessidade são, ao mesmo tempo, as que mais necessitam de cidadania e as que têm menos condições de conquista-la por seu próprio esforço.”

Hannah Arendt

6. RESULTADOS

6.1. Caracterização dos participantes

Participaram desta pesquisa 11 profissionais da enfermagem em nível de graduação, sendo oito mulheres cisgêneres e três homens cisgêneres entre 25 e 50 anos. No que diz respeito a identidade de gênero, dois participantes responderam *cisgênero*, outros dois como *homens cisgênero/cis*, um como *homem* e dois como *feminino*. Desses participantes, sua grande maioria declarou sua orientação sexual como heterossexual, correspondendo a oito participantes, um bissexual e dois homossexuais.

Identidade de Gênero

11 respostas

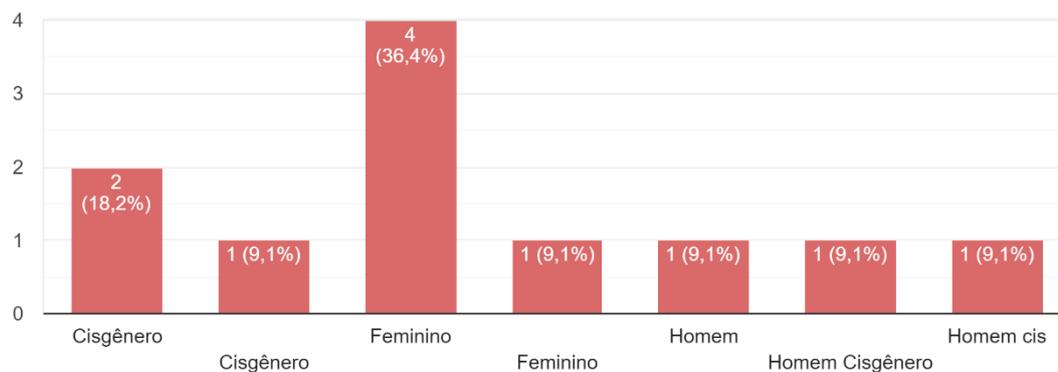


Gráfico 01: Identidade de gênero

No que diz respeito a formação acadêmica e atuação profissional, dos que possuem pós-graduação, 45,5% possuem especialização, 36,4% mestrado, 9,1% doutorado e 9,1% não possuem pós-graduação. As áreas das pós-graduação foram: Saúde da Família e Gestão da Clínica; Saúde da Família; Urgência e Emergência; Doutorando em Epidemiologia; Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária; Saúde Coletiva; Ciências da Saúde; Obstetrícia; e Saúde Mental e Coletiva. Conforme os critérios de inclusão, os enfermeiros deveriam estar atuando na Atenção Básica ou na

Atenção Especializada (Ambulatorial), desses 81,8% atuavam na Atenção Básica e 18,2% na Atenção Especializada. Em relação ao tempo de trabalho, o menor tempo foi de 1 anos e 5 meses e o maior de 22 anos, tendo uma média de todos os participantes de 6,45 anos.

Como a coleta de dados se deu de forma remota com captação dos participantes através da técnica de *Snow Ball*, possibilitou entrevistar enfermeiros de diferentes regiões do Brasil sendo, cinco da região Sudeste, dois do Centro-Oeste, dois do Sul, um do Norte e um do Nordeste.

6.2. Categorias temáticas

6.2.1. Categoria temática - Adolescente gay e suas necessidades

Esta categoria versa sobre a percepção detida acerca de adolescente gay e, como desdobramento, as balizas que direcionam o enfermeiro nas suas práticas assistenciais, no seu comportamento diante desse adolescente.

6.2.1.1. Subcategoria – Diferenciação das experiências homossexuais e heterossexuais

Prevalece o entendimento de ser assunção enquanto gay, uma opção imersa em sentimento de culpa. Concebem o adolescente gay como diferente ao comparado a adolescentes de orientação hetero, identificam comportamentos particulares, típicos. E, muitas das exemplificações desses comportamentos estão vinculadas a práticas sexuais e/ou uso de substâncias psicoativas. Ainda, acoplam a ele a vivência de interações difíceis em família como reflexo de ser gay.

(falando do ser gay) Cada um opta para o que acha que é melhor. (p.AB-3).

É diferente de um outro jovem hétero. (p.AB-6).

Eu não sei se eu poderia chamar de particularidade, mas acho que tem algumas situações que são diferentes (p.AB-1).

[...] que tem uma dificuldade de aceitação em casa, familiar e dele, dele próprio né, com a sexualidade (p.AB-2).

6.2.1.2. Subcategoria – Complexidade da descoberta da homossexualidade

Ainda, fica evidente nas falas a associação de adolescente com descobertas e revelações complexas, de ordens variadas, apesar de revelarem em suas falas tendência de acentuar aquelas relativas às questões sexuais e de orientação sexual. Entendem que

esse processo tem chances de interferir na saúde dele. Há clara concepção da sexualidade como temática/pauta preliminar ao adolescente gay e, desse modo, requer ser considerada pelo profissional.

E eu acho que na adolescência a gente vive um momento muito conturbado, a gente tá se conhecendo, a gente tá no processo de interação social, de mudanças hormonais, físicas, é tudo muito novo, a gente vive incerteza, a gente vive, sei lá, é uma loucura (p.AB-5).

[...] não é porque ele é gay, que tem essa sexualidade, que ele vai ter ou vai estar se comprometendo, comprometendo sua saúde, não (p.AB-6)

Outro ponto destacado é do quanto culpas e julgamentos estão imbricados nas questões que permeiam o ser adolescente gay, exigindo do profissional competência para trabalhar com elas. Diante disso, dão acento que ao profissional cabe atender e respeitar, não emitir julgamento sobre o adolescente e suas escolhas/opções. Questionam o quanto ele já não tem que lidar com seu próprio sentimento de culpa/julgamento em relação a si. Ou seja, pensam o adolescente gay como alguém que provavelmente está lidando com sentimentos complexos junto a ele, suas opções, quando toma a si em autorreflexão no *self* e o quanto isso não repercute em sofrimentos. Fazem uma construção que remete a ideia de que o adolescente se autocoloca, em função de suas escolhas, em situação de vulnerabilidade.

[...] porque quem disse, que ele também não se culpa por ter transado sem camisinha, por ter sofrido uma agressão sexual, por ter feito uso abusivo de determinada substância, por ter se percebido, se colocado enfim, em situações de vulnerabilidade também (p.AE-2).

Nesse contexto, compreendem não ser fácil fazer a opção e assumir-se gay, de ser um processo permeado por densas conversas internalizadas na qual manejam o que percebem acontecer e o vivido nas relações sociais. Um processo da Mente, que através da interação simbólica com o Self, direciona conscientemente as ações a serem tomadas frente ao ser gay. Uma das participantes dá destaque ao fato de apesar de estarmos em uma sociedade que verbaliza igualdade, identifica na interação com o adolescente não ser isto que ele vivencia, em especial, junto a sua família.

Uhum! Bom, geralmente eles são maduros ou procuram ser, justamente porque devem [...], não é fácil você assumir uma condição de gay, então acho que já vai trabalhando a mente, já vai procurando, ser centrado no que tá acontecendo com ele. [...] A gente vive num mundo que leva muito, levanta muita bandeira, igualdade, igualdade, igualdade, mas entre quatro paredes, em um consultório, de uma família a coisa não é, a coisa é bem diferente (p.AB-6).

6.2.1.3.Subcategoria – Enfoque nas Infecções Sexualmente Transmissíveis

Significam os adolescentes como uma população que pouco procura o serviço de saúde ao comparado com outras populações, com tendência de buscar o serviço para questões pontuais e/ou tirar dúvidas. Quando ele é gay, a não procura pelo serviço está potencializada, a procura prevalece nas questões relativas Sexualidade, a IST e saúde mental/psíquica. Acreditam que isto ocorra em função de ser a sociedade homofóbica e, conseqüentemente, estabelece-se receios de exposição a preconceitos e julgamentos, vindo tanto da equipe de saúde quanto dos usuários presentes no serviço.

(falando sobre a vinda aos serviços de saúde) Eu acho que a principal resistência dessa população é o medo do julgamento, né? De achar que ah, está ali esperando aí os próprios usuários que estão esperando para consulta vão ficar olhando diferente. E, esse público mais jovem, eles não têm muitas outras queixas, as queixas deles mesmo assim é mais voltada a vida sexual mesmo, porque são muitos poucos, os que tem alguma outra comorbidade, alguma coisa, geralmente não (p.AB-7).

Então, o jovem gay ele aparece muito para mim na questão de prevenção, e sobre as ISTs (p.AB-4).

O adolescente, dentro do cotidiano de trabalho. Apesar dele ter um programa que é instituído, é efetivo, o que eu considero dentro do Saúde da Família, da realidade falando aqui do Norte, especificamente do Pará, ele ainda é um pouco, eu digo, não digo negligenciado, mas esse adolescente ele é um pouco até, por vezes, deixado de lado, porque, quando a gente vai lembrar de adolescente, quando você tem o pré-natal [...] que aí você tem também, né? Principalmente, adolescente de baixo risco a gente consegue atender na Saúde da família normalmente e, por vezes, na vacina, especificamente HPV, eu não digo calendário vacinal completo, eu digo HPV, porque, porque ele ainda é um dos grandes entraves ainda dentro da saúde do Adolescente. (p.AB-8)

Eu acho que é a questão da saúde mental, de sofrimento mental do jovem gay, em relação a sociedade, que é homofóbica (p.AB-2).

Por outro lado, identificam necessidades informativas, interesse do adolescente em conversar, mas não nos moldes tradicionais do atendimento em saúde na linha queixa conduta, estruturado na indicação terapêutica direcionada do profissional para o adolescente. Clamam por outros moldes para conseguirem expor suas necessidades, apresentar suas questões, suas inseguranças.

[...]ele vem para conversar (p.AB-3).

[...] eles não estão muito a fim, assim, de chegar lá passar numa consulta clínica pontualmente, pegar o medicamento coletar exame e sair fora [...] um menino que chega com 17 anos no serviço de testagem, ele vai sair de lá com várias inseguranças, assim, e quer outra abordagem, outro estilo, entende? (p.AE-2).

[...]Então eles têm interesse, às vezes não tem essa informação (falando sobre conversas educativas) (p.AB-2).

6.2.1.4.Subcategoria – Sofrimento mental

Na ponderação das necessidades de adolescentes gays, perceberam que essas necessidades estão além das ISTs e dos problemas mentais/psiquiátricos, perpassando por qualquer questão da vida que gera sofrimento. Entendem-se ser o adolescente que se manifesta ao profissional derivado do contexto social no qual ele está inserido. Há adolescentes que procuram o serviço e precisam conversar sobre suas vivências nesses contextos, sobretudo, dificuldades e sofrimentos. Porém, a pauta da sexualidade, da vida sexual e das questões mentais são recorrentemente trazidas em meio a colocações mais ampliadas. Em consonância com as premissas do IS, esses adolescentes agem a partir dos significados atribuídos às coisas e as ações dos outros em relação a eles, sendo que as interações sociais estabelecidas e os contextos que estão inseridos inferem nesse processo interpretativo, direcionando os enfrentamentos.

[...] ele (adolescente) está ali, muitas vezes, com muita dúvida, assim, do que é a sexualidade dele, do que a construção de gênero, e, por vezes, ele está com dificuldade muito práticas, assim, materiais, quer dizer está sem moradia, foi expulso de casa, está sem trabalho. E, por vezes, tem alguma ansiedade associada, algum distúrbio psiquiátrico associado, e aí a pessoa quer falar sobre isso (p.AE-2).

Então, está tão cotidiano essa questão de conversar (orientação sexual) sobre que é um momento de muita dúvida, principalmente para os jovens, ali na idade escolar, muito de bullying (p.AB-4).

Antes da pandemia, a gente teve muito problema na escola, porque eu tenho uma escola na frente da minha unidade, que era questão deles se mutilarem, da mutilação e eu percebi que alguns, que são gays, eles se mutilavam e aí eles vêm aqui (p.AB-3).

E aí a gente vai começando a explorar questões e vai surgindo, questões de sexualidade. Então são vários contextos de violência, que acabam suprimindo essa sexualidade e isso não acaba, não vindo à tona, e isso acaba gerando sofrimentos (p.AE-3).

6.2.2. Categoria Temática – Rede de suporte social e interações truncadas com a família

Estabelecer um relacionamento com a família na direção de um cuidado edificado de forma colaborativa esteve destacado pelos participantes como uma dificuldade no cotidiano de suas práticas profissionais.

6.2.2.1.Subcategoria – Família como barreira do cuidado

A família, quando presente junto ao adolescente, interfere obstaculizando a dinâmica interacional e o cuidado do adolescente. Alusão a barreira foi utilizada por um dos participantes para descrever essa interferência.

A presença da família no espaço de atendimento junto com o adolescente restringe sua exposição e o estabelecimento de uma conversa aberta e franca, em especial nas questões relativas à orientação sexual e práticas sexuais. O entendimento é de ficar a comunicação truncada, velada, sentem existência de desconforto interacional. Remetem isso ao fato de a família não acomodar efetivamente a identificação de gênero assumida pelo adolescente, a qual costuma ser de seu conhecimento, mas não explicitamente tratada na relação com o profissional.

Porque o adolescente acha que tem muito disso ainda, ainda de depender dos familiares, [...] e quando esse adolescente chega para nós ele vem com os familiares. [...] (indagada se a interferência familiar dificulta o cuidado) acredito que sim viu, eu acredito que sim, bastante. A gente tem, assim sem comparação, a jovens, pacientes jovens[...]. (p.AB-4)

Eu acho que trabalhar com adolescentes é muito difícil. Às vezes, por quê? Eu acho que muito por causa da interferência da família. [...] Às vezes, a gente não consegue lidar com esses adolescentes da forma que a gente queria, porque a gente se sente barrados pelos familiares. [...] Porque assim, a maioria dos adolescente,s eles vão com os pais e se os pais estão juntos eu não consigo abordar isso, entendeu. [...] porque o pai ele não quer falar sobre isso e gera um desconforto também para o menino que também não quer que fale isso para o pai porque, às vezes, o pai nem sabe, entendeu. (p.AB-5)

A família, na minha experiência é muito introspectiva, é muito difícil, falar. [...] é tudo muito melindroso, não é dito assim, o acolhimento é muito tímido, eles sabem (quando a família sabe da orientação sexual do filho), eles percebem tudo, eles têm a convivência com seu filho, com sua sobrinha, com seu neto, mas é tudo muito ainda velado. (p.AB-6)

Acreditam haver uma potencialidade maior em atender esse adolescente sem a presença dos pais/família, porém detém dificuldade para fazer essa propositura.

Porque, às vezes, eu falo para família assim - "ah, eu queria falar só com ele" - a família fica assim - "Ah, mas por que que você quer falar só com ele?" - Entendeu. E eu acho que é complicado, é uma situação que eu ainda tenho dificuldade em lidar, porque quando jovem está comigo ali e a gente conversa, nossa, a gente troca umas boas ideias, mas como que a gente faz? (p.AB-5)

(durante uma visita domiciliar) Por mais que a gente queira, não queira na verdade, ele (o adolescente) é um capítulo à parte, por quê? Porque a gente precisa, às vezes, como eu até falo com eles, ter um papo, né? Só com ele, conversar, né? Vamos, é um papo, assim, meio de amizade mesmo para você conseguir conquistar e trazer aquela pessoa para perto de si mesmo, né, porque a abordagem certa ela não tem, tanto que a visita domiciliar em si ela não tem um instrumento certo validado ainda, né. (p.AB-8)

Apesar da presença da família em muitas das interações no contexto de cuidado, reconhecem que não inserem, incluem a família na produção de cuidado, significando

isso como um ato falho. Contribui para isto, serem escassas as colocações trazidas pelo adolescente acerca da sua família, das relações com ela, chegando a questionar se a família é percebida/ponderada pelo adolescente como potencial para ser apoio de fato. Para muitos dos participantes deste estudo, o motivo pelo qual pouco se fala das famílias está relacionado a esse questionamento de qual lugar a família deseja assumir na situação e, desse modo, por conta dessa dúvida, pouco falam dela, pouco trazem ela para o espaço assistencial.

Às vezes, a situação está super bem ok, do adolescente, mas a gente não aborda tantos familiares, assim, eu acho que isso é uma coisa que é um pouco falho ainda. (p.AB-4)

Entã,o assim, é complicado, não, a gente não sente, assim, esse apoio. Sei lá se eles (adolescentes) percebem a família como apoio, eu não sei mesmo. Tenho dúvidas. Eles não relatam, pouquíssimos relatam da família, poucos. (p.AB-7)

Existem particularidades porquê, porque nem sempre, a maioria das vezes, né? Esse adolescente, ele não vai ter um meio familiar que vai ser agregador e o Saúde da Família começa por aí. Prioritariamente, ele é o que, em áreas de vulnerabilidade social, em áreas que você tem a presença da criminalidade, enfim, tem um contexto bem diferente, e assim, é (nome do pesquisador), muitas vezes, esse adolescente não vai ter como externalizar, se, às vezes, uma família teoricamente "ajustada", né? Que a gente não sabe o que que é uma família ajustada, mas as pessoas dizem que as famílias são ajustados, né? Ele não tem como ter essa conversa de externalizar, de fazer tudo certinho como, certinho que eu digo no sentido de que, ele poder ter o seu acompanhamento, ele poder ter o uso do preservativo, ele poder fazer tudo da maneira que ele possa se proteger, né, na maioria das vezes, ele não tem. (p.AB-8)

6.2.2.2.Subcategoria – Família truncando o estabelecimento de vínculo adolescente-profissional

Ainda identificam que a família raramente procura a unidade para ter suporte nas questões relativas à orientação sexual de seu filho, por vezes podendo desconsiderar que esses possam ter relações sexuais, não sendo o enfermeiro reconhecido como alguém para dialogar sobre este assunto. Por outro lado, o enfermeiro sente-se despreparado para abordar a questão, em especial diante de pais/familiares com resistências quanto a orientação sexual do filho.

[...] para mim, eu acho mais difícil falar com a família, porque aí é complicado, sabe, tem alguns pais que são muito ignorantes, assim, e você não, você não sabe como lidar. Para mim, é difícil [...] de fato, família, às vezes, ela prejudica, mas nesse quesito, de falar sobre isso. (p.AB-5)

[...] (falando sobre uma campanha de vacinação contra o HPV) qual a justificativa muitas vezes desses pais não autorizarem (a vacinação), que o filho dele não fazia determinada as coisas (sexo), então, para que ele vai tomar essa vacina. Era mais ou menos assim como eu tô falando era o que era falado - "ah ele não faz certas coisas então ele não precisa tomar" – então, isso mostra o que não, acredito que não seja nem

desconhecimento, mas, às vezes, é erroneamente, né? Para que serve a vacina HPV, né? Quanto a exposição, quanto ao que realmente serve. (p.AB-8)

Não, muito pouco. A gente tenta, abre um canal (para falar de sexualidade), mas é uma coisa assim que a família só vai procurar para outras questões, não para questão de, não conosco no caso comigo ou com médico, com agente de saúde até pode ser, porque eles são da mesma localidade e pode trocar ideia nesse sentido, mas com o médico, com enfermeiro é mais complicado com psicólogo a coisa é bem mais aberta. Eles têm, eles vão fazer realmente uma terapia, um cuidado, uma, uma forma diferenciada da nossa. (p.AB-6)

Em contraponto, significam que diante presença de compreensão e suporte da família, a experiência é facilitada para o adolescente, ou seja, concebem a família como um potencial recurso de apoio. Porém, percebem existência de poucos adolescentes que revelam abertamente a orientação para os pais. Diante desse cenário, a busca pela tessitura de um cuidado colaborativo com a família é desejável e o enfermeiro deve fazer movimentos nessa direção, apesar de reconhecidamente complexa em seu processamento. Sensibilidade para explorar aberturas e dar passos de modo alinhado ao possível da parte de cada família e adolescente é fundamental, do contrário ocorre cisão na relação.

Porque, assim, é a rede de apoio dessa pessoa, porque o (nome do pesquisador), vamos pensar, quantos jovens de verdade adolescentes homens homossexuais falam hoje, eu sei, que hoje a gente vive no mundo que tá muito melhor nessa questão, a gente tem um empoderamento desse grupo, LGBT eles lutam, eles vão para rua, a gente tem uma visibilidade maior, mas se a gente parar para pensar mesmo, eu duvido que 90% dos homens que são gays, que estão na faixa etária da adolescência já tenho declarada para família. [...] eu não diria direta, assim, eu acho que quando a família ela entende e apoia, ela é um apoio para mim também. (p.AB-5)

Então, a gente sempre tem que fazer essa construção ali com a família também. E, na maioria das vezes, a construção com a família tem que ser muito, muito cuidadosa, muito cuidadosa, comer muito pelas beiradas, porque senão a gente perde o adolescente e perde a família, [...] então, muitas vezes, a gente pode até perder a família. Então, esse trabalho tem que ser muito cuidadoso. (p.AE-3)

(indagada sobre como aborda a família) Assim, a visita (nome do pesquisador), por mais que ela seja um momento, assim para mim, de grande, uns dos grandes momentos, mas a gente precisa ter muito cuidado como a gente vai abordar, principalmente porque, você tem a questão da religião, você tem as questões, por exemplo, até mesmo da criminalidade, por exemplo tem local que a gente não entra, no máximo agente comunitário que entra. Então, assim, essa abordagem ela vai, pelo menos comigo, ela vai muito do que eu vejo ali. [...] Eu tenho abordar no sentido de que, daquilo que eu vou vendo e eu vou conseguindo, se eu vejo que a família muito religiosa, então, eu uso a religião para entrar ali naquele meio, né? Porque você tem que entrar, então, você vai entrando e aí você vai, né? Conseguindo acompanhar as pessoas da casa, né? E vai chegando até chegar nesse adolescente. E o adolescente ele é um capítulo à parte. (p.AB-8)

É mencionado na narrativa de um participante que o adolescente gay não se enxerga fora de um contexto além do que a instituição permitiu, considerando que o

adolescente esteja institucionalizado e o participante também se refere a família enquanto uma instituição. Sendo assim, é relatado que o adolescente suprime quem ele é, para ser inserido naquele espaço, lidando com o sofrimento da forma que consegue. Nesse sentido, os participantes veem a importância de identificar a rede de apoio do adolescente, mesmo sendo um desafio e incentivando essa manutenção. Há ainda uma participante que diz que a Estratégia de Saúde da Família deveria ser parte dessa rede de apoio ao adolescente gay.

A participação da família na vida ou no cuidado do jovem/adolescente gay pode ser parte do desejo do adolescente, mas esse aspecto confronta-se com o espelhamento da construção social de que ser gay é ‘desvio’, é ‘inadequado’ e isso ecoa na interação entre adolescente e pais, resultando medos que inibem o adolescente na revelação, na exposição de si para os pais/família. Os medos são relativos a abandono, causam desconforto, preocupações e sofrimentos à mãe. Frente a essas reflexões e ponderações internalizadas do adolescente, ele compartilha abertamente sua orientação sexual e o manejo dela junto a outros que não sejam da família. Para os participantes, o enfrentamento dessas questões cabe ao enfermeiro, aos profissionais de saúde, contudo, raramente, estão tratadas, muito em função da inabilidade e falta de condição do profissional em lidar com elas.

Então, assim, ele sabe o que ele é, queria o apoio da família, queria colocar isso para família, mas ele morre de medo de decepcionar a mãe, porque em alguma, de alguma forma ele também ainda acha que aquilo é um pecado, que aquilo é algo ruim, ainda, você percebe atravessamento disso e que a mãe vai achar isso e que os amigos vão abandoná-lo na hora que souber que é gay e que, assim, a vida vai acabar, [...]e é basicamente quando a gente pensa nesses adolescentes ou adultos/jovens gays, a gente vê que raramente tem uma família que, que dá um suporte, isso é bem raro, bem raro mesmo esse suporte familiar, é, normalmente é um suporte externo a família, de amigos, de outros grupos sociais que acabam dando esse suporte. (p.AE-3)

Acreditam que o adolescente gay tem a tendência de recolhimento, de suprimir-se enquanto pessoa quando diante de uma ‘instituição’ que exerça restrição de revelação. Muitas famílias comportam-se assim.

Então, assim, ele não se enxerga fora de um contexto além do que a instituição permitiu a ele, então, ele suprime quem ele é para estar inserido naquele espaço e lida com sofrimento da forma que ele consegue, inclusive tentando se matar. (p.AE-3)

Por outro lado, há espaços sociais nos quais o adolescente consegue, sente permissão para se apresentar de forma autêntica.

Agora com os amigos, [...] você também vê em outros locais, Pizzaria, cinema, no Shopping eles (adolescentes) ficam mais à vontade naquele ambiente, é quando eles ficam mais à vontade, assim, do que em casa. (p.AB-6)

Almeja-se que o enfermeiro aborde e dê suporte para essa manifestação autêntica de si, quando explorar as relações com a rede social se faz premente, para além de pensar quem será o apoio para isto ou aquilo, mas uma consideração mais ampliada, de conforto relacional, de conforto na assunção e vida. E, esse movimento, essa consideração, o enfermeiro não reconhece em si.

Colocar-se no lugar do outro, conceito do IS, aproxima-se desse processo, e afere sobre a necessidade da compreensão da razão das ações das famílias e do adolescente gay nesse processo interacional, o que através da integração dos Símbolos, Self e Mente, melhor direciona o cuidado desses enfermeiros.

Então, eu acho assim, um grande desafio é você conseguir abordar rede de apoio dessa pessoa e você ajudar para que ela se sinta aceita para que ela se sinta integrante ali e possa ser plenamente livre no sentido de se expressar e de se colocar do jeito que ela quer se colocar. [...] Mas, a gente tenta sempre ajudar eles a estabelecer sua rede de apoio para que eles possam falar para família e, assim, dar uma abertura maior para gente tratar sobre isso. [...] (indagada se inclui a rede de apoio no cuidado) Hmnn, olha só menino! Aí pegou. Eu acho que, assim, talvez, isso eu ainda não utilize tanto, porque eu acho que a gente busca a rede de apoio para entender se ele tem alguém que lhe, que ajuda e tal e a gente incentivar sempre a ele continuar com isso e tal. (p.AB-5)

No bojo dessas colocações, os enfermeiros referem “buscar” os adolescentes nas escolas, já que as unidades são pouco procuradas por eles. Nessa busca, articulada ao Programa Saúde na Escola (PSE), referem tratar de questões da sexualidade, prevenção de gravidez precoce, prevenção da violência, bullying, prevenção de IST e vacinação. Reconhecem que não levantam pautas articuladas ao contexto do movimento LGBT+. Veem potencialidade no PSE para o cuidado ao adolescente gay

E pouco eles estão chegando para nós assim, mais quando a gente busca eles lá na no local onde eles estão (escola). [...] Eu acho que um fortalecedor, eu acho que seria isso, a escola, porque é a única experiência que eu já tive assim, que é uma fortaleza para tentar aproximar e eu acho que enfim, você falar um pouquinho mais sobre isso (sexualidade) também [...]. Então, tá tão cotidiano essa questão de conversar sobre que é um momento de muita dúvida, principalmente para os jovens, ali na idade escolar, muito de bullying. [...] não faz muita parte do meu cotidiano atender os adolescentes meninos, assim, dessa forma, em especial, com as particularidades a respeito de meninos gays, mas o que eu já tinha falado anteriormente, mais nas escolas que foi quando eu consegui abordar assim, sobre dúvidas, daí depois alguém chamar no cantinho "Aí, mas assim e tal". (p.AB-4)

Então, assim, mas acontece de adolescente e com a questão do, do Programa Saúde na Escola (PSE), então, a gente começou até muito mais contato com essa faixa de idade. [...] quando a gente trabalha na escola a gente não tem esse olhar voltado para o jovem gay, a gente não tem, geralmente a gente tá voltado pra outras questões, questão da gravidez

na adolescência, das meninas, é, da violência que está sendo muito falado.[...] quando tiver que fazer alguma atividade no colégio, que geralmente a atividade na escola é para vacinação, [...] (p.AB-6)

Então, assim, a base (educação) por mais que ela aconteça por mais que a gente tenha vários programas, saúde na escola, programa do Adolescente onde a gente aborda o adolescente, mas de uma maneira geral, é (nome do pesquisador), ainda é muito incipiente, eu digo. A prática do cuidado, ela é muito incipiente ainda. Então, aquele foco sempre é - Ah tuberculose, hanseníase, hiperdia e pré-natal, pronto. Por aí fica. Então, ainda é tudo muito sem, eu não digo sem preparo, né? Porque eu conheço enfermeiras maravilhosas, mas, é o próprio serviço, ele não te leva a pensar, considero muito, eu acho muito que essas questões precisam ser trabalhada as questões, não só o social quanto à própria questão psicológica, né? (p.AB-8)

6.2.3. Categoria temática – Encontro relacional entre enfermeiros e adolescentes

gays

Essa categoria versa sobre o encontro relacional e internacional que acontece entre os enfermeiros e os adolescentes gays, com desdobramentos para o reconhecimento de preconceitos vivenciados por esses adolescentes, assim como as barreiras de comunicação que ocorrem entre enfermeiro-adolescente gay.

6.2.3.1.Subcategoria – Reconhecendo Preconceitos

Entendem o vínculo como um processo longitudinal, derivado de esforço e investimento em relações ancoradas na confiança. Para alcançar esse contexto relacional, há aposta em interações que oportunizem ao adolescente experiência de respeito, não julgamento, não sentimento de ser tomado como ‘diferente’. Acreditam que dessa forma as possibilidades de se instaurar diálogo e do adolescente se apresentar em sua essência e totalidade surgem e se instaura um processo de interesse e compromisso bilateral.

E tento fazer, traçar um vínculo, uma relação de confiança com qualquer um, com ele não tem que ser diferente. (p.AB-1).

Eu acho que eu trago confiança, porque assim, você vê que eu converso muito, então, eu converso demais, então, assim eu procuro acalmar, eu não julgo ninguém por nada, eu acho assim, a gente não deve julgar. (p.AB-3)

Então, assim, eu particularmente, eu tento tratar na forma mais natural que é [...].E, assim, o vínculo é de mão dupla, um vínculo de mão dupla, porque não adianta ele querer ter esse vínculo com o profissional e o profissional não dar abertura, eu acho que isso. [...]Eu procuro assim, ir passando a confiança de que se acontecer novamente ou alguma coisa, que eles podem vim, que não vai ser julgado. (p.AB-7)

Os participantes sabem da vivência de preconceitos nas interações com profissionais da saúde, aspecto que os sensibilizam e determinam esforços para acolhê-

los, com flexibilização de horários e concessões relativas a não pertencimento da área de abrangência da unidade de saúde. Identificam existência de veiculação da informação de ser ele um profissional que acolhe bem adolescentes gays, com quem esse público pode contar. Essa interação simbólica positiva ressignifica a imagem do profissional para o adolescente gay, conduzindo seu comportamento às suas necessidades de saúde.

Eu acho que é um público que deve sofrer um preconceito tão grande. E eu falo “deve sofrer”, porque eu não faço parte desse público, então, a gente imagina, imagina o que o outro sofre. [...] já teve de vir pacientes da (nome da ESF), alunos que são de outros municípios e que teve algum problema e que não queria ir em outra unidade porque tinha sofrido preconceito e eu atendi (p.AB-1)

Então, tanta a flexibilização de horário, a gente sabe que o jovem ou ele está estudando ou ele está trabalhando, na maioria das vezes. Então, tentar ampliar essa questão de horário para ele ser mais flexível, não tão rígido. (p.AB-2)

[...] mas eu pego bastante gente de outras áreas que vem para fazer o teste comigo e já chega já sabe que é meu nome “olha eu quero...” porque fulano falou para ciclano e vai passando “...eu quero com a (nome da profissional)... Então, quero que a enfermeira (nome da profissional, ela está aí?” (p.AB-3)

Eu acho que um vínculo bem estabelecido com a nossa população, eu acho que vínculo seria uma resposta boa (para continuidade do cuidado), porque quando a gente cria um vínculo, ele sabe que você está ali. (p.AB-7)

A continuidade basicamente é justamente, é mostrar que existe uma equipe, por vezes a pessoa não sabe que tem uma equipe ali, porque ainda é tudo muito centrada no cuidado médico, então ele vai lá, o médico passa uma receita, ele vai com o técnico enfermagem e técnico de enfermagem vai aplicar medicação que é o benzetacil (falando sobre sífilis), então a gente já conhece, né? A questão da dor, enfim. E ele não sabe que você tem uma enfermeira, que você tem nutricionista, que você tem a equipe retaguarda do NASF, né. (p.AB-8)

Então toda oportunidade que esse jovem chega até mim né? Eu tento facilitar o acesso dele. (p.AB-2)

Significa que não deve ser a informação “adolescente gay” direcionadora do posicionamento profissional na interação com o demandante do cuidado, mas o interesse pelas necessidades de saúde. O posicionamento profissional não deve partir de um olhar de diferenças, de tipificações, pré-julgamentos, mas do que é revelado e acontece no encontro. Entretanto, há o reconhecimento da exposição do adolescente por ter que transitar por profissionais, mencionando a demanda, até ela vir a ser acolhida.

[...] eu vou levantar suas necessidades de saúde e aí a gente vai dar a continuidade no cuidado. Então, eu não costumo fazer diferença, “ah! É um adolescente gay ou não”, necessidades de saúde todos os pacientes têm e eu vou abordar essas necessidades. (p.AB-1)

E nesse primeiro contato a gente busca identificar quais são as necessidades que mediante uma escuta qualificada a gente busca identificar quais são as necessidades desse indivíduo, o que motivou ele a procurar o nosso serviço. [...]a pessoa chega ao

serviço, ela passa pela, pela recepção e menciona qual o motivo da procura dela pelo serviço e ali é dado um direcionamento. (p.AE-1)

Então, eu acho que o cuidado vai muito ali, tem que começar sendo acolhedora para você entender quais são as necessidades dessa pessoa. [...] A partir do momento que você estabelece um vínculo com essa pessoa, é fácil você falar de tudo com ela. Se ela confia em você, ela pode chegar para você um dia eu falar assim - "Ó, tá acontecendo isso comigo." – entendeu. E aí você vai poder ajudar. (p.AB-5)

Ainda, enfatizam a relevância de ser o cuidado derivado de um processo compartilhado, mutuamente estabelecido. Consideram que isso favorece uma significação de estar aquele profissional disponível para ele, fortalecendo a vinculação.

O meu negócio, principalmente se eu tiver algum problema eu gosto de resolver junto com paciente para ele, para eu mostrar para ele que eu quero ajudá-lo e quando ele precisar eu estou aqui. (p.AB-3)

É se despir de qualquer julgamento, de qualquer preconceito, porque eu penso assim, se ele tiver confiança em mim como profissional, eu consigo orientá-los tanto com o uso de preservativos, de teste rápido, de como se prevenir, [...] que venha em mim e relatar, porque eu encaminho. (p.AB-7)

Entre os aspectos iniciais que vão consolidando a relação profissional-adolescente, está a confirmação de ser ele gay. Essa informação não é explicitamente posta, ela se apresenta nos símbolos expostos no contexto interacional, e o profissional busca interpretar, sempre com o cuidado de confirmá-la.

(falando da orientação sexual) Então, assim, não é dito, não é, não é assumido como a gente chama aqui. A gente precisa ir pegando no ar [...]. É, assim, a dificuldade no atendimento, não, no manejo, porque você precisa de um feedback, você não pode só simplesmente tirar suas conclusões [...]. Então, geralmente são consultas simples, não voltadas para esse tema. (p.AB-6)

Outro aspecto presente nas interações iniciais e de influência ao estabelecimento do vínculo diz respeito a queixa que o leva a unidade e questões relativas às práticas sexuais e sexualidade. As falas denotam que os dois últimos temas são concebidos como pautas a serem obrigatoriamente tratadas nas relações entre enfermeiros e adolescentes quando da busca pela unidade. As colocações dos participantes denotam existir complexidade para alcançar as pautas de forma não invasiva e desconcertante, limitada a mobilização de protocolos pré-estabelecidos.

[...] (falando da queixa para a busca da unidade) o adolescente não tem muito esse costume de fazer consultas de promoção né? Ele tem alguma demanda e ele procura a unidade, que pode ou não estar ligado a sexualidade, pode ser, ai... "estou com uma dor na unha do pé" (p.AB-1)

Então, de uma maneira geral, a própria demanda desse adolescente ela já é difícil, porque ele vai procurar o serviço de saúde, porque ele pode estar sentindo ou não alguma coisa. (p.AB-8)

[...] a gente vai abordar qualquer jovem, primeiramente eu converso um pouco, tento usar sempre termos mais abrangentes, e depois eu vou especificando para tentar conversar mesmo. (p.AB-4)

Eu não costumo, assim, ficar muito ligada aos protocolos que a gente tem, [...] É como eu falei, eles vêm até a unidade, entende, ainda o nosso olhar com um adolescente não está passando por isso (pela orientação sexual) de forma mais profunda. Pode até ver uma coisa outra, mas ainda não está parando para se deter naquilo ali e ver o que é que se pode ser feito o que se pode trabalhar com aquilo. (p.AB-6)

Ah! O adolescente ele tá lá no programa, tem um programa, mas eu só vejo ele quando ele está adoecido que ele chega lá (Unidade de saúde). Ah! Por exemplo sífilis, já vi sífilis, tratar o adolescente e parceiro, né, inclusive já tratei pessoas de 12 e 13 anos, mas ele não vai entrar como questão já do adolescente gay, da questão de gênero, nós temos lá na área onde eu vivia, na verdade nós tínhamos a questão, né? mas era muito, é, como diz, espreada, né, trabalha aqui um pouco, trabalha um pouco e isso (falta de preparo para trabalhar sexualidade) acabava ressoando na gente, porque não era o foco, nunca foi, nunca foi o foco para responder essa pergunta. É algo assim muito, como eu posso dizer, eu não digo... até posso dizer, negligenciado mesmo, negligenciado de verdade. (p.AB-8)

Apesar da menção de terem esforços quanto a edificação de um cuidado individualizado, pautado nas necessidades de saúde, é perceptível que protocolos assistenciais estruturam as práticas e, muitas vezes, estão claramente focadas nas questões da ISTs e relações sexuais. Por outro lado, revelam prevalecer a busca pela unidade em função destas questões.

Hoje, o enfermeiro no município de São Paulo e mediante os protocolos que já existem no meio do Ministério da Saúde, ele além de fazer o acolhimento e fazer consulta de enfermagem, e todas as questões, ele também realiza tratamento sintomático de algumas ISTs por meio de protocolo. (p.AE-1)

Então, quando eles me procuram geralmente é mais para teste e oriento na questão do teste, eu falo assim "olha, vamos fazer o seguinte, vem de 3 em 3 meses, você não tem parceiro fixo?" (p.AB-3)

A gente volta para as questões mais, é, de redução de riscos, de doenças sexualmente transmissíveis, se tem conhecimento, então, a gente vai trabalhando nesse sentido [...]. (p.AB-6)

Eu oriento na realização do teste rápido, encaminhando, oriento no uso de preservativo, da medicação de pós-exposição. (p.AB-7)

E aí você encontra o programa de, por exemplo IST, da questão daí IST/Aids que a gente trabalha, né, HIV/Aids e você precisa trabalhar sexualidade, mas também não tem base. (p.AB-8)

Ainda, revelam acreditar nos atendimentos compartilhados com outros profissionais, potencializando alcances do cuidado.

[...] via de regra, a gente busca fazer atendimentos compartilhados, fazer o atendimento ou com o psicólogo, ou com médico, ou com assistente social, multiprofissional [...]. Neste sentido eu acho que o projeto consegue valorizar bastante. (p.AE-2)

6.2.3.2.Subcategoria – Barreira na comunicação entre enfermeiro-adolescente gay

Partindo da premissa do IS que o sentido das coisas se dá a partir da interação social que o indivíduo estabelece com os outros. A forma de se comunicar com o adolescente gay é compreendida como determinante para o estabelecimento de uma boa relação e abertura para o diálogo. Nessa direção, alguns participantes apostam em desconstruir a interação e referem identificar êxito em termos de revelações importantes ao cuidado. O revelado pelo adolescente é entendido como o que deve direcionar o profissional e, isso é dependente da relação alcançada com ele.

Eu sempre digo que quando eu fazia grupo com adolescentes, ele é um público que a gente precisa conquistar ainda, porquê, porque por muito tempo ele foi negligenciado, então a gente precisa conquistar o nosso adolescente. Como? Aí eu não sei. - “Ah professora, mas precisa...” - às vezes que o aluno, né, - “ah precisa falar do jeito que eles falam?” É uma forma de, da gente conquistar para conseguir trabalhar de uma maneira diferente, né, também. (p.AB-8)

Muitas vezes, a entrada das nossas conversas se dá assim, de falar muito impessoal, assim, a gente vai batendo um papo, eu contando um pouco sobre minha vida, eles contando um pouco sobre a vida deles e aí as conexões vão surgindo, e num dado momento eles passam a falar de uma vulnerabilidade importante deles. [...] percebo que estou conseguindo construir ou pelo menos tenho uma pista quando o jovem consegue me falar sobre si sem amarras, consegue me falar sobre si, o que é bom para ele próprio. (p.AE-2)

E eu acho que também ter um adulto ali que legitima tudo isso que tá vindo, é algo que eu senti que, que eles se sentem seguros também, e um adulto jovem também [...] mas como eu sou mais jovem e eu brinco muito, entendo de anime, meme, faço piada toda hora, sabe, então isso dá uma quebrada. (p.AE-3)

[...] às vezes, fico me questionando a forma que eu converso, se eu tenho que adaptar alguma coisa, se eu estou fazendo certo. (p.AB-2)

[...] a gente vai com base no que aquela pessoa me conta, só tem algumas particularidades sim, que a gente tem que pensar nessa população, porque eles realmente vivem outros processos na sociedade, que a gente tem que considerar. (p.AB-5)

Nesse contexto, percebem receios do adolescente gay conversar sobre orientação sexual e vida sexual, sobretudo, quanto a julgamentos. Os enfermeiros estabelecem paralelos com o comportamento de adolescentes hetero.

[...] a questão da aceitação, às vezes, eles demoram um pouquinho, tem uns que demora um pouquinho para ver o que realmente eles querem, então, eles batem muito a cabeça. (p.AB-3)

Eles ainda, assim, ainda eu sinto que há muita resistência, o medo do julgamento, eles têm medo de ser julgado por algumas coisas, pelas atitudes, que se fosse um hétero não teria esse, esse receio, de chegar até mim e conversar, expor a vida sexual. (p.AB-7)

Conseguir abordar assuntos relacionados a orientação sexual depende da postura profissional e do adolescente se sentir acolhido, quando significam a atitude do profissional enquanto determinante.

Acho assim, eu sou bem tranquila em relação a isso. Eu acho que é tudo da postura profissional. O cara, a pessoa tem que se sentir acolhida, entende. (p.AB-5)

[...] sua sexualidade está junta, então, várias questões precisam ser trabalhadas ali, e, então é essa minha preocupação, as pessoas acharam que trabalha com sexualidade é sentar e falar assim - "vamos falar sobre orientação sexual?", e não é. Então, eu vou fazendo todo esse processo, explicando de uma forma muito didática [...], numa lógica de fortalecer esse jovem sobre o que ele é. (p.AE-3)

O respeito e sigilo ao movimento do adolescente e a vazão de sentimentos está entendida como balizador ao profissional. A família, pessoas da rede social devem ser consideradas na existência de riscos à vida.

[...]eles podem falar o que eles quiserem, a única coisa que a gente vai precisar acionar alguém é se a vida dele tiver correndo risco de vida, mas fora isso, eles podem colocar o que eles quiserem, o que eles precisarem, o que eles tiverem sentindo ali. (p.AE-3)

Intencionam um trabalho singular para cada adolescente, para cada situação, mesmo que, de modo geral, exista chances de similaridades nas questões de onde surgem sofrimentos e necessidades. A grande parte dos participantes deixam implícito acreditarem estar nas questões relativas à orientação sexual e práticas sexuais núcleos de sofrimento para esta população.

Espera-se que o profissional esteja aberto a escutar o que o adolescente gay traz de demanda, ouvir seu sofrimento a fim de conseguir manejar o cuidado.

[...] a gente vai fazendo esse trabalho, que é muito singular, assim, para cada adolescente, para cada situação, mas de modo geral os motivos acabam sendo bem similares, não é difícil você ver, assim, uma questão muito, muito diferente, assim, da onde veio aquele sofrimento, como que aquilo está sendo construído. As formas de lidar que acaba sendo diferente, e de cada adolescente e tudo mais. (p.AE-3)

Além disso, a dinâmica da realização de grupos terapêuticos com adolescentes, se mostra uma estratégia bastante positiva no processo de cuidado. Nesses grupos, as questões relacionadas a sexualidade e orientação sexual são colocadas de forma

transversal pelos profissionais, utilizando jogos e dinâmicas próprios para adolescentes e que fujam da lógica cisheteronormativa, permitindo a possibilidades de maiores questionamentos e reflexões. Por outro lado, também ponderam sobre a necessidade de o adolescente esteja confortável para compor grupos ou atendimentos coletivos.

E aí quando a gente constrói esse grupo, e aí eu vou conversando e dentro dessa conversa eu vou colocando elementos sobre questões relacionadas a orientação sexual de uma forma muito transversal, muito leve, sabe. Então, por exemplo, a gente, quando a gente começou a se conhecer eu propus um jogo de cartas que tem várias perguntas, é um jogo para adolescente mesmo tem várias perguntas. E aí, uma das perguntas era o que você não suporta nas pessoas, né, daí eu jogava assim - "ah, eu não suporto pessoas que são homofóbicas, racistas, preconceituosas" - e não, e não dava continuidade na discussão, eu só jogava essa informação para que ali naquele espaço esses adolescentes entendessem que a pessoa que estava gerindo aquele grupo, é, não gostava de questões relacionadas a homofobia, preconceito, então logo, esse era um espaço seguro para colocar as questões, né? (p.AE-3)

Há pessoa que você precisa fazer uma consulta individual, mas não quer fazer, porque o NASF diz que a gente precisa fazer tudo coletivo. Não, não é isso que ele diz. Então, os próprios profissionais têm distorção sobre o que é um atendimento e o adolescente, então, coitado, esse realmente é um que sofre aí dentro, porque eu não consigo trabalhar ou vezes coletivamente com adolescente, não existe como, não existe, por quê? Porque você precisa respeitar, dar certas particularidades e você coloca a questão do adolescente, dessa questão da sexualidade do adolescente gay, então, como é que eu vou colocar ele para conversar em um coletivo se eu não sei se aquele assunto é confortável para ele conversar no coletivo. (p.AB-8)

Percebem que as interações vividas na própria unidade edificam entendimentos acerca da diversidade e colaboram com a segurança relacional com os enfermeiros.

E eles são muito críticos, assim, a hora que a gente começa a dar alguns contornos e explicar alguns processos eles vão conseguindo fazer muito bem a, esses ganchos, entendendo [...]. Então, eles vão conseguindo entender, assim, que tem assim pessoas, cores, sexualidades permitidas e não, então eles vão conseguir fazer essas questões. (p.AE-3)

Quando o adolescente gay é um adolescente institucionalizado, a intervenção realizada pelo enfermeiro é no sentido de fortalecer ele em ter orgulho de quem é e entender que ele necessita se proteger naqueles espaços, reforçar que, em algum momento, ele vai sair de lá e com isso tenta-se construir um planejamento de vida para o que esse adolescente quer, para depois que sair da instituição. Com as famílias tenta-se trabalhar de forma sutil para não as perder de acordo com as possibilidades, tenta-se construir o fortalecimento desse jovem, que ele construa redes de apoio para além da família, pois tem situações que a família é extremamente brutal. Essas balizas são utilizadas para evitar que os adolescentes tomem atitudes impulsivas, se entenderem, se

fortalecerem enquanto LGBTQ+ e formas de lidar melhor com sua família e focar no planejamento de vida.

Então, a gente vai tentando dar esses contornos para esses adolescentes não tomarem atitudes impulsivas, que é da adolescência, entenderem e se fortalecerem quanto LGBTQs e é claro, formas de lidar melhor com essa família. [...] a gente trabalha nesse fortalecimento e proteção e foca muito no planejamento de vida. (p.AE-3)

Dois participantes eram gays e, aferiram à proximidade identitária um diferencial para o vínculo e diálogo com o adolescente gay. Acreditam que isso os coloca num lugar de sensibilidade diferenciada, com chances ampliadas para estabelecer cuidado e vínculo. Isso traz uma importância muito grande da transversalidade no cuidado em saúde ao adolescente gay, pois de fato heterossexuais cisgêneres não acessam certas questões vivenciadas por essas pessoas.

Então, acho importante aí que pessoas trans atendam pessoas trans, por exemplo. Acho importante que pessoas periféricas possam atender pessoas periféricas, que gays possam atender gays, assim, eu acho que é importante o meu lugar de pensar vulnerabilidade individualmente também, assim, pessoalmente pela minha trajetória do diagnóstico do HIV para além da minha vida profissional, acho que isso sim, me colocar em um lugar de sensibilidade diferente. (p.AE-2)

Tem questões minhas, que tipo, a gente que é LGBTQ, a gente meio que vê aquele jovem, no jovem que a gente foi e tenta buscar alternativas para que esses jovens não vivam coisas ruins que a gente viveu, então, eu acho super legal, assim, mas ao mesmo tempo tem os efeitos colaterais que é isso que eu falei, que a equipe acaba direcionando tudo (para esse profissional). (p.AE-3)

6.2.4. Categoria temática – Relação ensino-serviço com o cuidado de enfermeiros a adolescentes gays

Reflexões acerca da situação do cuidado aos adolescentes gays e seus determinantes mobilizam o *self* dos participantes deste estudo, quando tecem considerações relativas à sociedade, pares e a si, articulada à expressão do cuidado efetivado junto aos adolescentes gays. O posicionamento é de crítica, com destaque à ancoragem do processo de trabalho em saúde, à formação profissional e às interações sociais ampliadas. Significam as práticas como inespecíficas e incipientes, fragilizadas no acesso e escuta e acolhimento.

Quantas vezes a gente, sei lá, é faz um diagnóstico de uma pessoa de 18 anos, de 19 anos com diagnóstico de HIV e aí a gente vai olhar no prontuário essa pessoa já veio umas, duas ou três vezes, e como se ele foi lá umas três vezes e a gente não conseguiu ter nenhuma estratégia ou alguma, alguma forma de serviço, alguma coisa que evitasse a pessoa se infectar por exemplo pelo HIV.[...] a gente não consegue alcançar a população (no sentido de informações de saúde), principalmente as populações de grupos mais vulneráveis, do ponto de vista socioeconômicas (p.AE-1)

O serviço em rede eu acho que é o principal ponto, agora individualmente, assim, a gente olha para as unidades de serviço de saúde, eu acho que elas são bastante aquém também de, de dar respostas satisfatórias, assim, para as necessidades de saúde dessa galera. (p.AE-2)

No bojo das ponderações, reconhecem em si falta de *expertise* e experiências direcionadas especificamente para a população de adolescentes gays.

[...] e, assim, eu não tenho nenhuma estratégia assim específica, porque não faz muita parte do meu cotidiano atender os adolescentes meninos, assim, dessa forma em especial, com as particularidades a respeito de meninos gays. (p.AB-4)

[...]então, assim, é uma coisa (olhar para o adolescente gay) que também precisa ser desenvolvida urgentemente, porque existe, é fato e é comum, muito mais do que a gente pensa. Então, eu acho que sim, isso (cuidado em saúde para essa população) é importante sim. [...] então, é, não estão ainda direcionados para ter esse visual, é, de atendimento ao adolescente gay, procura no caso a tal da busca ativa, né? A gente ainda não tem essa, essa destreza. (p.AB-6)

[...] mas, de estratégia de buscar esse público, assim, eu não sei, não tenho. (p.AB-5)

Basicamente, dentro do Saúde da Família, eu vou te dizer o seguinte que ele pode até existir (o cuidado), mas isso, todo esse tempo em trabalhando com o Saúde da Família eu nunca vi especificamente, é, se tratar a questão, por exemplo, do adolescente gay ou essa questão, ah, as questões de gênero sendo trabalhadas. O foco geralmente é gravidez na adolescência, no máximo o HPV. Mais em se falar dessa questão de sexualidade dentro da adolescência eu nunca vi falando questão de gênero, então, é palavra quase que proscrita dentro do serviço, né? Porque é muito difícil ainda você trabalhar alguns temas. Até porque não são todas as pessoas que têm interesse em trabalhar, né? A maioria realmente ela prefere fugir desse tema, porque não sabe falar, né? (p.AB-8)

Identificam barreiras estruturais e ideológicas para o acolhimento e cuidado, quando salientam a forte presença da cisheteronormatividade, manifesta de formas diversas, a exemplo das lógicas de identificação desses adolescentes gays em sistemas e formulários, crenças profissionais e rótulos sociais. Esses aspectos determinam comportamentos descompromissados e/ou desinteressados em tecer com especificidade o cuidado e a rede de atenção.

[...] igual a agente de saúde, ela vai fazer uma identificação de área, vamos supor, "aí quantas pessoas quantos homens e mulheres eu tenho na minha área" porque a gente conta homens e mulheres, a gente não conta se é hétero, se é bi, se é gay, num não. [...] (explica que se tivesse dados nas fichas) que a gente teria, a gente saberia exatamente quem são e daria para a gente fazer uma orientação legal, para estar vindo na unidade, ter uma tarde ou um dia, uma hora específica para estar vindo para gente fazer uma orientação melhor. (p.AB-3)

E aí a gente vê muitas questões de privilégio cis e hétero sendo priorizado para, para não contemplar questões que são direitos de pessoas LGBT. [...]Daí eu sempre falo "gente, se a gente tiver um novo protocolo de parada cardiorrespiratória vai todo mundo aprender, você não tem que querer, você não tem que falar se você está a fim ou se você não está a fim". Da mesma forma, quando a gente tem algumas questões pensando em saúde LGBTQIA+ ou racismo, ou saúde da mulher, essas questões sempre existem

motivos do tipo "nossa as pessoas vão achar ruim", as pessoas não querem destinar energia, gastar ATP (adenosina trifosfato, mencionado para indicar energia) para aprender a preencher um formulário de uma página, sabe e, então, é basicamente isso assim, as instituições que são "malzão" e as instituições são as pessoas. Então, é basicamente isso. (p.AE-3)

[...] porque eu já vi muito em outras consultas de pessoas mais antigas é, então, perguntam e já subentendem que é heterossexual, então é bem ruim. (p.AB-4)

A conjuntura na qual exercem suas práticas é apreciada enquanto desfavorável ao efetivo acolhimento dos demandantes do cuidado.

Acho que outra dificuldade pensando nos atendimentos é a estrutura, estrutura física. Se você não tem um local adequado, se você não tem um bom ambiente de trabalho, se você não acolhe essa pessoa, não vai dar certo. Tempo, se você não tem tempo para conversar com essa pessoa, também não vai dar certo, se tem interrupção toda hora, porque isso acontece muito onde eu trabalho. Eu estou fazendo alguma coisa, o povo está batendo na porta [...] tipo assim, eu estou em atendimento, as pessoas também têm que entender que aquele atendimento ali é importante e que eu estou de olho, olho nele, faz diferença, entendeu. Então, estruturais são isso. (p.AB-5)

Ao tomar o cuidado aos adolescentes gays em reflexão vão percebendo-se lacunares na competência para acolher este público, apesar de assumirem-se como sensibilizados para eles. Elencam intervenientes, com destaque para os seguintes aspectos: a ambiência e seus desdobramentos para o acesso e itinerário no sistema de saúde, a concepção de consulta (centrada e restrita na queixa), as condutas exercidas no cotidiano profissional atreladas à rede de pouca especificidade para as questões/demandas desse público. As colocações anunciam e denunciam concepção restrita, com consequências para o estabelecimento do cuidado nas Redes de Atenção (RA).

Eu acho que é facilitar o meio que ele chega mesmo, esse é o desafio. Então, eu acho que é a dificuldade do acesso, que é um problema que a gente tenta resolver dessa forma. Acho que instrumentos de abordagem né? Às vezes, fico me questionando a forma que eu converso [...] (p.AB-2)

Então, eu acho que trabalhar, talvez, essa questão (sensibilização dos profissionais) seja um dos desafios que a gente tem para estar trabalhando com essa população, deixar o serviço mais receptivo, mais amigável, pensar em quais seriam as demandas mais específicas, para ter melhor direcionamentos ou fluxos para essas, para essa faixa etária. [...] mas eu acredito que é um espaço (a consulta) limitado, então a gente acaba conversando sobre alguns pontos e, muitas vezes, esses pontos são direcionados pela demanda. (p.AE-1)

Então, assim, ainda é tudo muito no consultório, né? Eu consigo conversar no consultório, consigo conversar numa visita, e, o agente comunitário me fala - "olha enfermeira ali naquela casa uma adolescente o pai é isso a mãe é isso" – mas, eu não consigo tanto abordar como deveria ser, né? Essa é a nossa realidade aqui. [...] O que será que esse adolescente está passando, é, porque, qual a estrutura dessa rede familiar. Mas, o próprio serviço o que ele geralmente faz, se o adolescente apresenta qualquer

sintoma qualquer, é, agravo dessa parte, né? Psicológica, a primeira coisa que você faz, encaminha para o CAPES, eu não paro, eu encaminho. (p.AB-8)

Acho que tem vários desafios, assim, primeiro que os serviços, assim a gente tem uma rede de serviço que não consegue absorver as demandas desses jovens [...]. É bastante difícil construir rede de encaminhamento, é bastante difícil construir propostas em conjunto com os profissionais de outros serviços de saúde. (p.AE-2)

Reconhecem muito julgamento, preconceito e tabus na sociedade acerca da orientação sexual de adolescentes e, entendem não ser diferente dentro da unidade de saúde. Relatam que as equipes têm dificuldades relacionais com esses adolescentes, muito pela reprodução de preconceitos. Menciona-se prevalência de abordagem punitiva e desrespeitosa, sem espaços para que as questões de sexualidade apareçam nas consultas. Apesar de não generalizarem, associam a questão do preconceito e da reprodução dele no espaço das unidades a um perfil profissional: ser de mais idade, antigo na instituição e/ou sem qualificações específicas para esse público. As reflexões promovem o apontamento da necessidade de ‘abertura’, de transposição de preconceitos.

Então, assim, a gente tem uma resistência até mesmo da equipe. Então, se ele já tem (preconceito) na família dele, mas na rua também, na equipe de saúde também a gente tem. Então, a gente tem que ser mais aberto. Eu acho que falta muita essa abertura para essa parte dessas pessoas, que procuram e acabam, às vezes, sendo taxados, porque fala assim "ah, só vem aqui, porque aí, porque deve estar com um, com outro, ah porque não sei o que". [...] Eu acho que ainda tem muito isso, eu acho que isso aí (preconceito institucional) tem que ser revisado mesmo, melhorado muito. (p.AB-3)

Então assim, é muita falta é, a gente ainda tem muito tabu social, isso é muito difícil e é isso que os profissionais reproduzem na prática. [...] e você quer prova maior, desculpa envolver política, mas você quer prova maior do que o nosso Presidente, um Presidente misógino, machista, homofóbico e foi eleito. Isso é reflexo das famílias brasileiras, entendeu. Então, assim, isso é reflexo do que o povo pensa, porque se o povo pensasse diferente, a gente não teria um representante desses, entende. (p.AB-5)

E é uma galera velha que está trabalhando nesses lugares, [...] é uma galera que não tem formação para trabalhar com jovem e eu entendo que até com HIV e é uma galera cis, branca, classe média, assim, e não tem nada a ver com esse público, não tem nada a ver assim, não sabe de nada, não entendi de nada, não tem ouvido. Com muita contabilização individual, com muito moralismo, com muita, um comportamento muito punitivo ainda, quer dizer - "Olha você transou sem camisinha porque você quis, você tá vindo aqui buscar a PEP (Profilaxia Pós-exposição)?" -. (p.AE-2)

Quando eu trouxe essa discussão, me trouxeram (a equipe) que, tem questões relacionadas a sexualidade sim, mas não aparece tanto. Aí, eu trouxe outra questão, que será que não aparece tanto ou a gente não propicia espaços para que essas questões apareçam? E a partir daí a gente começou a fazer esse olhar, esse trabalho. (p.AE-3)

Então, é esse é uma dos grandes desafios tentar trabalhar que as pessoas trabalhem e aqui, pelo menos na realidade do Pará, que eu acho que é o maior desafio de todos, é trabalhar esse profissional, sensibilizar esse profissional no sentido de que, vai haver momentos que eu vou precisar ter esse olhar diferente no sentido de que, eu preciso abordar de uma forma diferente, né, as questões que eu já falei, por vezes, esse adolescente ele não revelou, ele não tem esse contato, ele não tem a liberdade, então ele acaba se fechando, né? Se fechando completamente. [...] A gente ainda tem profissional

que trabalha em saúde da família que é machista, a gente ainda tem profissional que ainda é enraizado em preconceitos, e assim, eu acho que essa questão do preconceito, essa visão ela não cabe na saúde, porque acima de qualquer coisa você é um profissional de saúde, você está ali para cuidar independente do que a pessoa seja, o que ela pensa, o que ela faz. Então, isso para mim é um dos grandes problemas. (p.AB-8)

Alguns participantes relatam que veem uma pequena mudança na abordagem cisheteronormativa, mas que ainda são insuficientes e longe de atingir o que é preciso. Relatam que quando o profissional tem capacidade de abordar o tema e se mostrar aberto, há redução do sentimento de desconforto do adolescente gay, fazendo com que ele se abra para falar sobre o assunto.

É, então, se a gente pegar 10 anos atrás, 15 anos atrás 20 anos atrás, a gente mudou bastante, isso assim, tipo, a gente não pode negar. Mudou o mínimo que a gente queria que mudasse? Não, mas a gente teve uma mudança. Então, a gente vê mudanças, e a gente vê mudanças também dentro dos serviços de saúde, muito sutil, uma sugestão de mudança? Sim, mas a gente vê, é impossível a gente dizer que não teve, que a gente vai estar mentindo [...]. Mas, assim, está muita quem do que a gente precisa. (p.AE-3)

[...] até porque o próprio (nome do Serviço de Atendimento Especializado (SAE)), é um serviço que chega o menor de idade, os profissionais ficam inseguros para atender, eles se recusam a fazer testagem, eles se recusam a oferta PEP, assim dizem que isso não é da alçada deles, que os pais têm que estar junto. (p.AE-2)

Só que se você se mostrar aberta eu, eu acredito que 90% de qualquer, qualquer sentimento, assim, que ela tenha de desconforto, vai diminuir e ela vai se abrir com você se você também tiver uma boa capacidade para abordar sobre o tema. (p.AB-5)

Ao direcionarem as reflexões para o contexto do trabalho, entendem ser ele favorável para estresse e sobrecarga, além da existência de desvalorização salarial, acentuados pela pandemia da COVID-19. E, diante dele questionam presença e disponibilidade para formações continuadas, significadas como necessárias a si e todos os profissionais de saúde e, relevante para mudanças no cuidado ao adolescente gay.

[...] quem trabalha em saúde pública de dia e a noite, está num plantão em plena pandemia há mais de ano numa pandemia, sinceramente eu não acredito que esteja chegando em casa, ou que naquela folga que ele tiver, ele está pegando um livro e vai estar, um manual simples do Ministério da Saúde, um caderno de atenção básica e que tem, que fala que tem esses protocolos todos, ele não vai estar fazendo isso. Até agora para essa nossa entrevista, você viu quanto que durou, quanto tempo que foi. Não vou te dizer que eu não estou cansada, eu estou muito cansada e, assim, precisei de uma força para poder sentar, poderia estar com outro equipamento maior para gente poder ter mais... então, tudo isso, é só fator que dificulta. (p.AB-6)

Então, assim, e se você for ver ele vai falar assim “ah, não, eu não aprendi, não tenho que cuidar desse público”, como tive problemas, com profissionais que não quiseram atender, é, eu não sei. (p.AB-1)

Ampliando a reflexão sobre a problemática trazida no parágrafo anterior, os participantes denunciam a incipiência ou ausência de formação que tangencia as questões do cuidado ao adolescente gay. Somente um dos participantes relatou ter em seu processo formativo espaços que abordaram a temática. Entende-se que investimentos nesse âmbito promoveriam uma menor discrepância no olhar e abordagem, favorecendo a qualificação do cuidado.

[...] a gente tem muito pouco conteúdo disso na nossa formação. Por exemplo, eu não tive conteúdo nenhum. Eu não tive nenhuma aula pra atender esse público. Eu acho que a gente deveria ter um, ser linear a todos os profissionais de saúde e ter o mesmo pensamento, [...] (indagada se teve disciplinas que abordassem a temática na sua graduação) não! Nenhum momento (formação). Mas também, me formei há 11 anos, não sei como é agora, mas esta discussão é necessária a todos os profissionais, para sermos mais similares no olhar. (p.AB-1)

Então, isso também acho que é muita dificuldade, porque que nem eu falei, gente não, não, nunca tive contato assim na graduação, na pós-graduação tive uma disciplina, sobre sexualidade, mas ela era no geral, sexualidade, gênero. Então, tudo isso foi abordado, mas de uma forma muito breve. (p.AB-2)

[...] porque a gente tem a política LGBT, a gente tem a política nacional e assim, pouco estudamos sobre isso também. Então, acho que é desafiador, [...] Então, não foi dentro da minha formação de graduação não, foi após, na parte de especialização mesmo eu tive acesso e muda, ajuda muito discutir. (p.AB-4)

[...]eu acho que o tema é super relevante e sempre vai ser e isso tudo é por causa da nossa formação, da formação dos profissionais, porque eu tenho certeza que metade dos profissionais não tem qualificação nenhuma para atender uma pessoa (LGBTQIA+)[...] então eu tenho certeza que 50% dos enfermeiros, médicos não tem qualificação nenhuma para atender um menino gay adolescente [...] Assim, eu fiz, eu me graduei na (nome da instituição), eu acho que minha graduação foi extremamente excepcional, eu acho que ensinou muito sobre empatia, sobre, sabe essas coisas assim, a reflexão do outro [...] Só que cara, eu posso contar quantas vezes e não foi por falta, porque eles tentaram, mas eu posso contar quantas vezes a gente sentou e falou assim - "tá bom, então vamos falar sobre orientação sexual, vamos falar sobre gênero, vamos falar sobre sexualidade que é muito mais que sexo... falta isto." – (p.AB-5)

Então, por exemplo, a gente tem uma política saúde integral LGBT, desde 2011. Eu me formei em 2019, se não tivesse sido pelo trabalho que a liga fez de trazer essas questões para dentro da formação, eu não teria tido contato com isso. Então, assim, a gente formou pós-política, e antes da política LGBT teve vários programas, teve Brasil sem homofobia, teve um monte de coisa e ainda as formações não incluem essas discussões nas suas graduações. (p.AE-3)

[...](falando sobre desafios no cuidado ao adolescente gay) a questão do próprio serviço não oferecer por vez uma capacitação ou, assim, apesar de que até isso eu questiono o nosso modelo de capacitação que, muitas vezes, é utilizada, né, que é enfiar um monte de gente dentro de uma sala e alguém vai lá e fala, fala, fala. Isso para mim não é uma capacitação, né? O que eu aprendi de adolescente, eu aprendi na prática e no PET saúde. [...] o que eu falei da graduação, né? Trabalhar o adolescente dentro da graduação. Porque a gente vê muita saúde do Adolescente dentro do que, da Saúde da Mulher ou da saúde da criança, geralmente mais junto com a saúde da Criança e esse Adolescente ele não é criança, ele não é criança, mas ele também ele está numa transição, então, a gente não tem propriamente saúde do adolescente na graduação, a gente não tem, questão de gênero então. Eu sou muito sincera, aqui no Norte isso é bem restrito. [...] mas aqui a gente ainda tá muito preso ainda em relação a isso e na graduação, então, nem se fala, né. (p.AB-8)

Mencionam que a base que tem para realizar o cuidado em saúde ao adolescente gay vem de interesse e procura espontâneas e reforçam a essencialidade das formações (profissionais e continuada) incluírem de forma efetiva em seus currículos disciplinas que abordem questões das populações LGBT+, inclusive com discussões acerca da cisheteronormatividade no cuidado das pessoas.

Então, acho que a gente poderia usar esse ambiente protegido da universidade para fazer essas conversas, pra quebrar alguns tabus, pra ouvir um pouquinho também o lado do aluno que vai ser profissional. (p.AB-1)

Eu não vejo nenhum, nenhum manual específico também, orientação, talvez, que eu cheguei até ela, do ministério em relação a esse recorte, populacional. [...] Então, eu acho que nesse sentido assim, eu acho que a gente deveria estar melhor preparado para atender os jovens e para ter, para ele ter mais acesso e a gente ser mais resolutivo também nas questões deles. (p.AB-2)

Fiz residência em saúde da família também, na residência de discuti (a sexualidade), tinha alguns temas que a gente discutia em específico sobre aborto, sobre política, outras políticas nacionais, então, a gente, era uma iniciativa dos residentes de ter um momento de discussão sobre alguns temas. (p.AB-4)

Se você não conhece, se você não teve contato, você não vai saber o que fazer, entendeu? Então, eu acho que é muito da nossa formação é muito do nosso contexto. E é isso mesmo. [...] Então, a nossa formação profissional ela tem um papel, assim, importantíssimo para a gente mudar esse panorama e trazer atendimentos qualificados para todas as especificações, não só para meninos que são gays, para mulheres que são homossexuais, população trans, por exemplo, mas para todo mundo, [...] Claro que é importante você saber da teoria e eu acho que tem certas coisas que você aprende na prática também. (p.AB-5)

Então, assim, se as pessoas estão sendo formadas nessa lógica vão construir cuidados nessa lógica depois. Então, assim, a gente tá muito atrasado, muito atrasado, mas a gente tem que reconhecer que teve mudanças de, seja 10 anos para cá, sabe, mudanças teve, mas ainda é uma lógica muito hétero, muito cis, mas melhor do que antes, melhor do que antes, sem dúvidas. (p.AE-3)

CAPÍTULO 07

DISCUSSÃO DOS DADOS

*“Temos direito a igualdade, quando a diferença nos inferioriza.
Temos direito a sermos diferentes quando a igualdade nos descaracteriza.”*

Boaventura de Souza Santos
(Universidade de Coimbra, Portugal)

7. DISCUSSÃO

Na propositura de seu conceito de Cuidado, Ayres (2004) chama atenção para premência de consideração a saberes e autonomia do demandante do cuidado. Nesse sentido, os rótulos sociais podem vir a interferir no encontro genuíno, em especial, por conduzir para um olhar único, para a inocência de acreditar em histórias únicas e sempre similares, passíveis de serem encaixadas nas ‘prescrições/protocolos’ de documentos orientadores da atenção em saúde.

Neste estudo, ao focarmos nos comportamentos e práticas mencionadas, está evidenciada a força desses rótulos, que orientam os enfermeiros a, quase que de imediato, colocar um sinal de ”igual” para gay e ISTs e ”práticas sexuais desprotegidas” para adolescentes, ou uma construção na linha de adolescente gay “risco para ISTs mais que potencializado”. Diante desse significado, sócio e historicamente estabelecido e reforçado, as práticas dos enfermeiros apresentaram-se centradas em questões nesse âmbito, afastando-se do “interesse” em conhecer e compreender a necessidade de saúde desse adolescente e como ela se conformou na situação particular dele, com esforços de apreender os determinantes envolvidos.

Assim, a prevenção e abordagem das ISTs estiveram amplamente mencionadas nos discursos dos participantes e estão de fato previstas na agenda de saúde direcionadas a adolescentes e jovens, assim como direcionado aos gays (BRASIL, 2013a). Estudo sob o objetivo de validar agendas reivindicadas por representantes de grupos homossexuais voltadas para atenção integral à saúde de gays e lésbicas identificou a validação da prevenção e atenção voltadas para a AIDS e tratamento das ISTs enquanto agendas, assim como outra de âmbito mais biológico, o atendimento urológico e proctológico a gays, essa última não pautada entre participantes deste estudo no escopo de suas práticas. Portanto, percebe-se ser de sentido e significado a pauta das ISTs, mas a crítica está no como ela direciona o movimento do profissional para a tessitura do cuidado (GOMES, 2021).

O posicionamento e intervenções para a prevenção da AIDS e outras ISTs aqui identificadas revelou similaridade com os apontamentos de estudo direcionado aos documentos nacionais no escopo da prevenção do HIV/AIDS (CALAZANS et al, 2018), quanto à existência de incorporação discursiva da perspectiva de vulnerabilidade e de direitos humanos, mas sob fragilidades na audição de anseios e necessidades. Ainda é preciso sinalizar atenção ao perigo de aferir às ISTs a centralidade no encontro cuidativo, exceto se ela for assim apresentada. O imediatismo de associar ISTs com população LGBT+, especialmente meninos gays, sugere posicionamento estigmatizado e permanência social dos reflexos da pandemia do HIV na década de 80/90, em que essa população foi amplamente afetada (GREEN, 2019).

Parker (2019) assinala a interseccionalidade de diversos estigmas quando da interação com a sexualidade não normativa. Ou seja, a pessoa que tem uma sexualidade não normativa, são vistas como “epidemia em pessoa”, sobretudo, quando se cruza questões raciais e de classes sociais mais vulneráveis e marginalizadas. A sinergia desses diversos estigmas quando passam pela questão do HIV se tornam piores e mais difíceis de enfrentar (PARKER, 2019). O perigo de enfatizar ISTs no cuidado com os adolescentes gays ocorre porque ainda há muitos argumentos discriminatórios sobre pessoas homossexuais e pessoas que vivem com HIV e outras IST, como se essas fossem repositórios naturais da doença (LOPES, 2021), entendimento sustentado em grande parte dos resultados deste estudo, com destaque a reiterada menção de IST e Profilaxia Pré-exposição (PrEP).

No conjunto, os enfermeiros revelaram um olhar limitado para as questões da orientação sexual do adolescente, resultando num atendimento engessado e enviesado do que está estabelecido no senso comum. Há uma generalização no que diz respeito às especificidades de cuidado ou mesmo desconhecimento sobre questões de saúde dessa população (FERREIRA, 2019). Julgamentos e juízo de valor foram revelados, sobretudo, quanto à orientação sexual, similar ao que se manifesta em diversos espaços sociais e que coexistem de maneira institucional onde se produz cuidado (SANTOS, 2015). Esse olhar para o adolescente gay obscurece e/ou negligencia necessidades e está na contramão do cuidado integral em saúde. O estigma pode constituir-se em barreira que reduz solicitude e, portanto, interfere na relação enfermeiro-adolescente gay. A interação social entre enfermeiros e adolescente gay é uma ação social simbólica que parte da capacidade de assumir o papel do outro e vai sendo influenciada pelas ações do profissional. Assim,

quando da presença de comportamentos que denotam estigma, a interação fica comprometida e tudo que dela deriva, ou seja, o próprio cuidado. Gomes e Noro (2021) assinalaram que o não atendimento à individualidade desses sujeitos, condutas baseadas na heteronormatividade, gera afastamento do serviço.

Enfermeiros estão desafiados a desconstruírem simbolismos sobre adolescentes, jovens e gays e permitirem novos significados para reconstrução das possibilidades de conexão e mutualidade nas relações, elementos essenciais para que se instaure um cuidado compartilhado e orientado pelas necessidades do demandante do cuidado. Solicitude, empatia e compaixão tendem a favorecer o aproximar-se do lugar do outro, ver/apreender a perspectiva de cada um, com a singularidade devida.

Nesse sentido, um deslocamento para considerar historicidade e contexto de vida recebeu menção superficial no conjunto de dados. O cuidado é processado, em sua maior parte, sem valorização do particular, singular de cada demandante, sem consideração para o contexto de vida e familiar, conduzindo a um protocolo de ações pouco alinhadas com acolhimento. Para contraposição, se faz necessário quase que uma inversão do “sentido da relação”, com vistas a dar vazão e suporte ao adolescente, sua expressão e protagonismo, narração de sua história sob um interesse legítimo do profissional em ouvir e refletir, edificando a escuta qualificada que permite a revelação de necessidades e processamento do cuidado em saúde.

É indiscutível que os Determinantes Sociais de Saúde, os movimentos de humanização do SUS, a integralidade e o próprio conceito de cuidado (BRASIL, 2010; KALICHMAN; AYRES, 2016; AYRES, 2004b) clamam pelo encontro das pessoas enquanto sujeitos para a (co)criação do cuidado. Favorecer o espaço para a narrativa nas interações enfermeiro-demandante do cuidado é ferramenta de potência para a produção de cuidado sensível, genuíno e integral (HERNÁNDEZ; MILANES, 2020) e esteve timidamente revelado nos achados deste estudo.

O sofrimento enquanto experiência enfrentada pelo adolescente gay foi mencionada pelos participantes. Compadecer, a depender de como é tomado para a relação de cuidado, pode favorecer o encontro e ser propulsor da emergência e manifestação do conhecimento estético na produção colaborativa do cuidado, conhecimento este que afere singularidade e favorece fluidez às relações de cuidado (HERNÁNDEZ; MILANES, 2020). Concordamos com Gomes et al (2018) ser a

“LGBTfobia institucional um fator agravante para a determinação social do adoecimento em pessoas LGBT.”

A busca de um processo interacional para estabelecimento de relações colaborativas entre profissional e adolescente gay é essencial por favorecer, além de seu entendimento, aspectos promotores de seu protagonismo e autonomia. Entrelaçamento entre profissional e demandante do cuidado envolve acolher sofrimentos, mas apesar de projetado a presença desse último, os comportamentos revelados pelos participantes do estudo não denotam ações para acolher sofrimentos e tecer experiências significativas nas interações cuidativas, redefinições mútuas de significados, *self* e comportamentos. Identificou-se nos resultados incipiências de apostas do profissional em buscar compreender a singularidade da situação que trouxe ou faz o adolescente gay a querer abrir uma relação com o serviço de saúde e seus profissionais, bem como um posicionamento ampliado abarcando a vida e outras questões de saúde para além daquelas que os simbolismos conduzem o olhar do profissional a adentrar na relação.

Na literatura da saúde acerca de processos interativos mais abertos com adolescentes e gays despontam-se junto aos adolescentes práticas de âmbito coletivo, mas que foram, timidamente, mencionadas pelos participantes deste estudo. A promoção de saúde (PS), sustentada em grupalidade, é potente desde que sustente na ideia de grupo, de formação de pertença, afetos, circularidades e respeito. Para tanto, requer ancoragem em referenciais que favoreçam isto.

As vertentes críticas da PS assinalam a gestores e profissionais viabilização e incorporação de estratégias de cuidado sensíveis, atentas às demandas populacionais nos territórios (BAGRICHEYSKY,2021). Ainda, creditam à PS contraponto à lógica medicalizante, patologizante, ancorada no modelo biomédico hegemônico (BAGRICHYSKY, 2021). Bagrichysky (2021) destaca ser:

[...] imprescindível que o repertório de dispositivos empregados pelos profissionais da APS contemple/acate os aspectos que conferem sentido existencial às pessoas, às famílias, pois a primazia dos processos de cuidado integral em saúde diz respeito e se destina a elas. Suas prioridades e aspirações de vida não devem ser descartadas nem ‘objetificadas’, [...] (BAGRICHYSKY, 2021: p.5).

A prevalência é de intervenções grupais centradas na informação e com temática e direção quase que pré-determinada do profissional para o adolescente gay.

Em estudo brasileiro cujo o objetivo foi incentivar o autoconhecimento, protagonismo, desenvolvimento pessoal, social, coletivo e reflexão do processo saúde/doença em um grupo terapêutico de adolescente de uma USF, evidencia que a implementação de práticas educativas de caráter participativo, reflexivo, dialógico, dinâmico e problematizador se tornou cada vez mais necessária, contribuindo para a promoção de saúde dos adolescentes, construção de vínculo com a unidade e sensibilização para práticas preventivas (LIMA; FRANÇA, 2021). O adolescente ocupar o lugar de protagonismo tem a potencialidade de superar o modelo biomédico, buscando a integralidade, atendendo demandas e necessidades dos adolescentes por meio da escuta, construindo o conhecimento e cuidado em conjunto, de forma que esses sejam participativos no processo de mudança de atitudes diante do cuidado com a saúde (LIMA; FRANÇA, 2021).

Sendo assim, não são os protocolos e documentos orientadores que antecedem esse processo, mas o esforço de conhecer aquele que demanda cuidado. Para isso, espera-se que o profissional esteja aberto a acolher esse adolescente gay e procurar entender todo o processo de construção de sua identidade, o contexto de sua busca pelo serviço de saúde e dar espaço para que relate suas vivências. Assim, de fato, espera-se que a conversa, o diálogo como espaço para a apresentação mútua do adolescente e do profissional ocorra. A partir desse espaço de apresentação mútua que permite que o profissional conheça o adolescente gay e vice e versa, que se abre espaço para que o profissional entenda as subjetividades desse sujeito e tenham mutualidades.

Nesse sentido, o que antecede é o processo de compreensão e interpretação da singularidade de uma situação apontada pela necessidade prática de saber o que está em questão e, indissociavelmente, tomar a decisão do que fazer. Ayres (2010) nos explica que essa é uma hermenêutica que está implícita em todo trabalho de saúde. Assim, quanto mais o profissional se orienta pelo polo técnico científico das práticas de saúde, mais vai se assumindo o sentido “fraco” de uma aplicação técnica de leis gerais em situações particulares de intervenção (AYRES, 2010).

É preciso buscar saber como o adolescente se entende, quais as motivações que o levaram a procurar o serviço de saúde, quais são as expectativas que esse sujeito tem por essa busca. Com isso, percebe-se que o encontro não acontece no vazio e que existe um contexto de intersubjetividade na construção desse cuidado. O êxito técnico acontece quando o profissional tem a abertura e confiança do adolescente para que consiga executar

protocolos e o sucesso prático acontece quando o cuidado se torna possível para o profissional e que seja possível de execução pelo adolescente (AYRES, 2009). Isso só se torna possível quando o cuidado é construído em conjunto entre os sujeitos que compõem esse encontro.

Sendo assim, é preciso construir uma hermenêutica no sentido “forte”, que parte do encontro de sujeitos, visando construir objetos e instrumentos capazes de produzir o que cada pessoa precisa, em cada situação, tornando possível o alcance de seus projetos de felicidade. Ao considerar a mútua dependência do êxito técnico e sucesso prático no trabalho em saúde, ou seja, entendermos como cuidado integral a totalidade que é visada nesse cuidado, estando em busca das experiências vividas, ganhando significados práticos dessas formas e mecanismos para os sujeitos (AYRES, 2010).

No bojo dessas reflexões, ponderações sobre o vínculo podem ser tomadas. Vínculo como ligação entre profissionais e demandante do cuidado, um processo dependente da interação que acontece em cada encontro. Ele é um constructo necessário à transformação das práticas cotidianas de saúde. Essa que parte de um projeto ético-estético-político com centralidade nas demandas e necessidades em saúde dos usuários, em sua singularidade e mediante relações simétricas (SEIXAS, et al, 2019).

Nesse sentido, a narrativa acerca do estabelecimento de vínculo, longitudinalidade e acolhimento, termos/conceitos diferentes e complexos, mas que, no caso dos participantes deste estudo, surgem quase que nas mesmas frases e estão tratados de forma bastante reduzida. Por vezes, há a impressão que um simples contato (sendo esse algo que favorece, ou sendo o momento que se “cria o vínculo”), seja ele qualquer, em que acontece algum “encontro” (entendido do mesmo modo no sentido reduzido do termo) entre o enfermeiro e o adolescente gay (BARBOSA; BOSI, 2017) já se torne suficiente e se sustenta *ad eterno*.

É esperado que o vínculo exista como condição para o funcionamento da APS em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado, no entanto continuamente é algo não demarcado. Barbosa e Bosi (2017) afirmam que esse lugar indistinto certamente não constitui o lugar da não existência, mas, possivelmente, uma lacuna resultante de um incipiente investimento conceitual a ser preenchida (BARBOSA; BOSI, 2017). Certamente, a caracterização de vínculo e a correlação com outros conceitos como acolhimento, longitudinalidade, responsabilização entre outros mencionados pelos

participantes são temas que se fazem presentes nas narrativas em função das políticas preconizadas pelo SUS (BARBOSA; BOSI, 2017), mas é esperado que os enfermeiros verbalizem com a clareza e apropriação de conceituação.

Mesmo com uma concepção aparentemente “rasa” acerca do vínculo, as narrativas dos participantes demonstram potencialidade para construir um cuidado integral. No entanto, algo acontece e alguns participantes não avançam nesse cuidado. Entre os princípios do SUS, a integralidade é aquela que mais acarreta o desafio de alcançar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde (AYRES, 2009).

Com isso, muitas vezes, o atendimento se volta ao modelo hegemônico técnico-biologicista buscando, ainda que de forma sutil, a compreensão de alguns processos subjetivos do adolescente, porém com pouca destreza para manejá-los, com apostas restritas às tecnologias duras e leve-duras. Sendo assim, quando se toma a ideia de integralidade como referência, são bastante conhecidas as críticas ao modo como opera a técnica hoje, que tem uma visão segmentada, não conseguindo olhar para a totalidade do adolescente gay em seu contexto, muitas vezes, com uma abordagem patologizadora, com carência nas relações e interações entre o adolescente e o profissional, além de um compromisso reduzido com o bem-estar do adolescente (AYRES, 2009).

Por outro lado, ainda há alguns participantes que apostam no encontro de sujeitos, valorando as subjetividades e intersubjetividades no processo de cuidado produzida em ato, permitindo uma efetivação do vínculo por meio da relação interacional que se estabelece entre o adolescente gay e o profissional. Nesse sentido, esses profissionais se permitem ouvir mais, para além de reproduzir o jargão “escuta e acolhimento”. Transcendendo para além do que é passível de ser falado, mas que é dito por meio do olhar, da postura do corpo, da respiração, permitindo, assim, que desabrochem elementos fundamentais para o cuidado (AYRES, 2009).

Entre saberes essenciais ao cuidado a qualquer população estão as relações em família, na concepção de família que o demandante de cuidado referir ser a sua.

A família é valorada para além da soma dos seus membros, um grupo de pessoas, que se reconhecem enquanto parte e interagem entre si e com a sociedade onde está inserida. Essas interações entre os membros familiares, visto a proximidade e características próprias, permitem que ela tenha um papel ativo no cuidado daqueles que

a compõe (WRIGHT; LEAHEY, 2012). No que condiz aos adolescentes, o protagonismo familiar pode atuar como fator de risco ou proteção, uma rede de apoio social e afetiva que infere no desenvolvimento biopsicossocial desses jovens (MAIA et al., 2017).

Considerando que os comportamentos sociais tendem a ser direcionados pelas famílias, a orientação sexual, ansiada às adolescências, também se destaca. Porém, esta se encontra condicionada pelas proximidades das relações entre pais e adolescentes, o que infere nas tomadas de decisões e significados dos atribuídos a esses processos interacionais (SERVILHA, et al., 2016).

Assim, apesar de a literatura reforçar o papel da família diante das questões da sexualidade e sexual dos filhos adolescentes (ORCASITA; SEVILHA, 2014; SERVILHA, et al., 2016), os participantes deste estudo apontam a família como um entrave no estabelecimento de escuta e vínculo frente as questões relativas a esses temas. Essas dificuldades são concebidas pelos participantes preponderando o impasse da família em aceitar, efetivamente, a identidade de gênero assumida pelo adolescente gay, que apesar de saberem, não trazem ao bojo da relação com os profissionais de saúde.

O processo de se descobrir e se assumir homossexuais no ambiente familiar, promove ao viver a adolescência situações de vulnerabilidade como medo, culpa e repressão por se sentirem diferentes (ZANATTA et al., 2018), fatores restritivos do processo de interação social, com destaque em relação aos profissionais de saúde.

A criação de vínculo, escuta e proximidade dos adolescentes com os espaços de saúde, ainda se apresentam truncados, visto que ainda existem modelos assistenciais verticalizados, com enfoque na queixa e conduta, o que afasta a pessoa do adolescente e suas necessidades da construção do plano de cuidados, assim como a não inserção da família, dificuldade apontada pelos participantes. A família, em vez de articulada em uma prática colaborativa com alcance para um desenvolvimento potencial do adolescente, é reconhecida como obstáculo dos processos interacionais e dos planos de cuidados.

Os adolescentes, em consonância com a busca pelo seu papel social, almejam a privacidade durante a consulta nos serviços de saúde, com destaque ao sigilo das informações ali confidenciais. Em uma toada cultural, os pais tendem a acompanhar seus filhos nos serviços, o que é apontado pelos enfermeiros como um obstáculo, visto que não se sentem à vontade para expressar suas reais necessidades (BIFFI et al., 2018), impasse também apreendido neste estudo.

A privacidade no atendimento do adolescente, assim como, a delimitação de um profissional de referência para esse cuidado, valorando o vínculo e um maior canal de

escuta, é apontado como um destaque em um estudo desenvolvido com profissionais de saúde que atuam em um programa de cuidado a adolescentes da Malásia (AWANG et al., 2020). Outro ponto destacado nesse mesmo estudo é a importância de trabalho em equipe, com ações direcionadas a essa população, subsidiada pela educação continuada, o que amplia a qualidade e sucesso do serviço (AWANG et al., 2020).

Um estudo que buscou analisar o acesso de adolescentes aos serviços de saúde apontou que, quando vivem em uma área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), adentram aos serviços para além de ações curativas, comuns à APS, destacando as práticas de prevenção, promoção e educação em saúde (MARTINS et al., 2019). Enquanto estratégia de aproximação dos adolescentes aos serviços, apontam ações horizontais, com favorecimento do acolhimento, vínculo e acesso efetivo, reforçando a integralidade do cuidado, abrangendo as reais necessidades desses jovens e sua família. No bojo dos entraves, destacam as restrições aos serviços de APS, o que infere na efetivação do cuidado, além de dificuldades relacionadas ao tempo de espera nos agendamentos de consultas e distanciamento territorial (MARTINS et al., 2019).

Uma intervenção sobre sexualidade desenvolvida com adolescentes em escolas aponta que reconhecem a dificuldade em estabelecer um diálogo familiar sobre sexualidade, com destaque aos comportamentos tradicionais dos pais frente suas experiências, orientação e dúvidas sexuais (COSTENARO et al., 2020).

Nesse contexto, é possível reforçar a importância da aproximação da família aos serviços de saúde, como um apoio à parentalidade nesse ciclo vital, com ascensão ao desenvolvimento saudável e autonomia dos adolescentes. Durante essa fase, os pais, por vezes, não compreendem o processo de transformação dos filhos, que são diversos, sendo imprescindível que sejam orientados e apoiados nos serviços de saúde, para uma maior apreensão, afeto e direcionamento de condutas indispensáveis à vida familiar saudável (COSTENARO et al., 2020).

Em consonância aos parágrafos anteriores, a família é enaltecida como indispensável ao processo de saúde e doença dos adolescentes. Porém, sua inserção no cuidado, por parte dos enfermeiros, é incipiente. Neste estudo, os enfermeiros não se sentem reconhecidos pelas famílias como um apoio na orientação e direcionamento de cuidados ao adolescente no âmbito familiar e também assumem sua falha na aproximação com essas famílias. O significado da família no âmbito da saúde carece de ser renovado para outro do que fonte e receptáculo de informações (ANGELO, 1997), assim como acoplar a ideia de colaboração em vez de obstaculização. Para tanto, é premente, espaços

favorecedores de reflexões acerca da família, suas experiências e intenções, com indicativas para que estudos sejam desenvolvidos nesse foco.

A ênfase na família do adolescente gay como obstaculizadora do cuidado pode estar vinculada ao desconforto do enfermeiro em abordar assuntos relacionados à orientação sexual do adolescente diante dos familiares, por não saberem se esse jovem ainda está “no armário” e, por vezes, não conseguirem elaborar estratégias para atendê-lo de forma individualizada. Revela, de certo modo, construções sociais da licitude e adequação em conversar sobre essa pauta. Por sua vez, essa (não) atitude culmina numa descontinuidade interacional entre os sujeitos envolvidos (adolescente, família e profissional), não sendo possível atingir êxito técnico e sucesso prático do atendimento.

Ainda, a homossexualidade é comumente associada ao “ato pecaminoso e impuro”. Nesse sentido, é importante frisar que o “sair do armário”, para o adolescente gay, requer um preparo para os desafios que o modelo cisheteronormativo e a homofobia acontecem e são colocadas em prática cotidianamente. Sendo assim, esses desafios podem surgir a partir de relações familiares fragilizadas por conta do preconceito existente, fragilidades essas que podem ser percebidas devido constantes conflitos desses adolescentes com seus familiares, além de uma opressão vivenciada diante das exigências da família, que estende ao adolescente, forçando-o a vivenciar um relacionamento heterossexual (SANTOS; et al, 2020).

É explícito, no contexto sociocultural ocidental, questões que obstaculizam essa “saída do armário” do adolescente para com sua família. Muito por questões de moralidade e religiosidade postas e enraizadas a partir de uma lógica cisheteronormativa. Com isso, muitas famílias têm resistência em abordar certos assuntos relacionados a gênero e orientação sexual com seus filhos, resultando na não aceitação e, por vezes, violências como preconceito, violência de gênero simbólica, física, psicológica e sexual (GOMES; et al, 2021).

Conforme Louro (2018) aborda, em sua obra “Um corpo estranho: ensaio sobre sexualidade e teoria queer”, existe um trabalho que é continuamente pedagógico, repetitivo e interminável que é colocado em ato para inscrever nos corpos o gênero e a sexualidade postas como “legítimos”. Esse movimento, no entanto, não é realizado ao acaso ou por vontade própria. Embora os sujeitos, participantes ativos dessa construção, não a pratiquem livres de constrangimentos. Sendo assim, uma matriz cisheteronormativa delimita os padrões a serem seguidos e, paradoxalmente, ao mesmo tempo, municia a pauta para as transgressões. Com isso, não somente os corpos que se ajustam às regras

de gênero e sexuais dessa matriz, mas também aqueles corpos que as subvertem (LOURO, 2018).

Sendo assim, a falta de aceitação dos familiares ao adolescente gay pode estar relacionada com o medo de rejeição e de atos homofóbicos que a sociedade reproduz diariamente. Esse preconceito, advindo dessa padronização de regras de gênero e sexuais, comumente, relaciona-se à representação da homossexualidade como uma doença e ainda considerada uma perversão sexual, de acordo com dogmas religiosos (SANTOS; et al, 2020). Dessa forma, dificilmente esses assuntos se fazem presentes no contexto de atendimento de saúde, sendo evitado pelo próprio profissional a realização dessa abordagem. O conforto social em se dialogar sobre esses temas não foi estabelecido e segue se manifestando nas interações enquanto pauta tratada com pouca naturalidade e abertura (tabu), afastando edificações de relações genuínas.

Por outro lado, é preciso ressaltar que existe potencialidade no envolvimento da família no manejo do cuidado enquanto recurso de redes de apoio, mesmo que o manejo seja complexo. Essa complexidade se dá devido o ambiente familiar ser um dos principais locais reprodutores de violências relacionada às pessoas LGBTQ+, conforme um estudo de revisão narrativa da literatura evidencia (GOMES, et al, 2021). No entanto, almeja-se que o enfermeiro seja capacitado para oferecer suporte ao adolescente no processo de reconhecimento de si, explorando suas redes sociais em busca de obtenção de conforto relacional.

Conforme Santos et al (2020) trazem em seu estudo, o enfermeiro é potencial protagonista no estabelecimento de interação entre o adolescente e seus familiares, especialmente, no incentivo à liberdade de expressão do adolescente gay, tendo em vista os laços de proximidade que tal profissional tem com a família desse adolescente, principalmente na APS. Mas, as expectativas da atuação desse profissional ainda são direcionadas à resolução de problemas que emergem de formas diferentes a respeito da representação da homossexualidade sob o olhar do adolescente e de sua família, demandando cuidado específico para ambos (SANTOS; et al, 2020).

Tendo em vista a baixa procura dos adolescentes pelos serviços de saúde, os participantes revelam fazer a “busca” por atenção e esclarecimentos nas escolas. Contudo, é identificado nas narrativas dos entrevistados que a pauta do movimento em saúde em direção ao adolescente é baseada numa abordagem determinada, nas ações escolares, pelo enfermeiro ou o educador. Sendo assim, buscam o adolescente escolar para tratar de pautas que o profissional julga ser importante e sempre com uma carga prescritiva

vinculada ao sexo desprotegido, gravidez precoce, vacinas, drogas, violências e autolesão. Talvez, esse movimento de “sempre as mesmas velhas pautas já mastigadas” afastem o adolescente da relação interacional com a unidade de saúde. Ainda, é premente romper com o âmbito individual e considerar o coletivo, onde o adolescente está e vive, uma vez que ser o ambiente de sua socialização, em que são expostas as interações permeadas pelas questões culturais, sociais e políticas.

A parceria serviço de saúde e escola é estratégica e pode ter papel crucial para desmitificação de estigmas e desenvolvimento de autonomia nas questões que permeiam adolescentes e jovens. A escola é campo valoroso para estimular novos pensamentos, promover crítica acerca de questões da vida e promover saúde. Na criação do Programa Saúde na Escola (PSE) o referencial da Promoção de Saúde (PS) esteve assumido como ancoragem teórica, com compromissos de formação integral e desenvolvimento de cidadania, via parceria entre escola e unidade de saúde (BRASIL, 2007). Entre ações de PS previstas ao PSE estão as relativas à prevenção de doenças e agravos e, a educação permanente e capacitação de jovens, como mencionado pelos participantes deste estudo. Contudo, assim como identificado aqui, estudo de revisão no tema mostra que

“as intervenções e ações desenvolvidas no âmbito do PSE indicam que elas ainda são centradas na atenção, na prevenção ou no manejo de comportamentos de risco, a partir de processos informativos (mas, geralmente, pouco formativos) em saúde, [...]” (LOPES, NOGUEIRA, ROCHA, 2018: p.781).

Esses mesmos autores apresentam a crítica de serem as ações de saúde na escola verticalizadas, oriunda dos profissionais do setor de saúde e desvinculadas do currículo escolar, necessitando transpor o paradigma medicalizante e avançar na construção da intersetorialidade, da cidadania, do empoderamento e da participação social (LOPES, NOGUEIRA, ROCHA, 2018).

Um estudo que buscou compreender os significados do PSE na ótica dos adolescentes demonstrou enquanto possibilidade do cuidado na área de saúde, no sentido de identificar e solucionar problemas, além de informar e oportunizar algum aprendizado. Porém, essa é uma oferta que é feita de mão única, recebida pelo jovem/adolescente passivamente, distanciando-se do que poderia ser visto como direito. Ainda neste estudo, alguns adolescentes demonstraram gratidão ao PSE, vendo como se fosse um favor. Poucos olharam para o programa como proporcionador de ações que pedem corresponsabilidade e um esforço conjunto para um final efetivo, sendo ainda uma

semente em estágio de germinação. No entanto, ainda falta um protagonismo por parte dos adolescentes necessário à produção da própria saúde (OLIVEIRA; et al, 2018).

A utilização de estratégias participativas e que deem protagonismo ao adolescente colaboram para que esses novos pensamentos se estabeleçam num constructo crítico-reflexivo. Sendo assim, esses estudantes poderão ser capazes de recriar novos valores e uma nova realidade, gerando fluxo de mudanças por meio da multiplicação dos aprendizados adquiridos no projeto (SILVA; SILVA; GONÇALVES, 2013).

No que tange às questões demandadas pela população LGBTQ+, ter acesso a informações seguras e adequadas relacionadas a questões afetivas e sexuais deve ser direito de todas as pessoas, independentemente de raça, cor, credo ou classe social. Isso porque, o adolescente que tem consciência de seus direitos, valorizados em suas singularidades e fortalecidos em suas convergências, podem inspirar muitas outras vidas em um constructo participativo de novas ações, por meio da educação, contra o preconceito e a discriminação de gênero e sexual (FREITAS; BERMÚDEZ; MÉRCHAN-HAMANN, 2021). Propõem-se, então, implicações práticas na priorização de políticas públicas que enfoquem as dimensões emocionais, afetivas e sociais, interferindo, diretamente, na realidade dos adolescentes (GARCIA et al, 2022).

As formações, tanto do núcleo quanto as continuadas, estão entre os pontos mais relevantes para que haja uma assistência à saúde de adolescentes gays pelo profissional enfermeiro. Assim, clamam por renovações com vistas a transpor barreiras como o senso comum e o biologicismo (GOMES; NORO, 2021) identificados neste estudo.

A carência ou mesmo a ausência de desenvolvimento de temas acerca das demandas de saúde LGBTQ+ nos currículos acadêmicos de formação foram mencionados por todos os participantes dessa pesquisa. Identificam existir, ainda hoje, lacunas nos processos formativos e nas abordagens dessas temáticas. A própria PNSI-LGBT foi pouco mencionada como documento orientador para o cuidado dessa população, que é um documento essencial à atuação profissional (GOMES; NORO, 2021).

Nesse sentido, o cuidado primário no contexto da APS ao adolescente gay torna-se escasso de um plano operativo, capaz de fornecer subsídios para a implementação de uma saúde qualificada em todos os níveis de atenção à saúde (BORGES; et al, 2020). No entanto, constata-se que, por vezes, as políticas e instituições públicas de saúde têm se conformado como mecanismos perversos de estigmatização e exclusão dessa população

(MESQUISA; OLIVEIRA, 2020). Com isso, se faz necessária a exploração dos espaços formais de formação de profissionais da saúde e sua relação com a prática hegemônica produzidas por essas instituições (GOMES; NORO, 2021).

Não é de hoje que se clama pela necessidade de integrar nas grades curriculares de formação em saúde discussões sobre orientação sexual e identidade de gênero, além de investimentos no profissional por meio de educação permanente e continuada, que visam avançar em problematizações sobre a naturalização das relações sexuais e manifestações das sexualidades e subjetividades, viabilizando, efetivamente, por meio do SUS, os direitos de cidadania alusivas à integralidade em saúde (LIONÇO, 2008).

Assim, a população LGBT+ se inclui no contexto da saúde sexual e reprodutiva e o enfermeiro possui importante atuação nessa área de atuação. Com base nisso, se faz necessária a identificação do adolescente gay para além do seu sexo biológico, sendo preciso que os registros de triagem, anamnese, fichas de acompanhamento e demais documentos incluam a orientação sexual e identidade de gênero em seu escopo, mas também mudanças de outras ordens, que retratem um posicionamento interessado e intencionado de promover interações genuínas, que considerem os efeitos das construções sociais na historicidade de cada qual que se apresenta ao profissional demandando por cuidado (GONÇALVES; LUSTOSA, 2019).

É necessário que se avance na democratização dos direitos humanos, por meio do reconhecimento da diversidade da constituição humana e do exercício da sexualidade, para que seja possível garantir o direito à saúde para a população LGBT+, a fim de superar violações de direitos em direção à promoção da equidade no SUS (LIONÇO, 2008). Lionço (2008) continua:

Ainda se requer a democratização dos direitos sexuais e reprodutivos, rompendo com a naturalização vigente na estrita associação desses direitos aos direitos das mulheres, mediante explícito questionamento da naturalização da configuração familiar heterossexual. Cabe mencionar que a principal ferramenta de acesso ao sistema de saúde, na Atenção Básica, consiste na estratégia de Saúde da Família, demandando ampla conscientização, por parte dos agentes comunitários de saúde, das diferentes modalidades de constituição de redes familiares distintas do padrão heterossexual (LIONÇO, 2008: p.18-9).

Sendo assim, Mesquita e Oliveira (2020) salientam que para compreender as concepções de corpo, saúde, doença, vida, além de referenciais epidemiológicos, é

preciso considerar também as dimensões sociais, econômicas, existenciais, cosmológicas, éticas e políticas (MESQUITA; OLIVEIRA, 2020), não pensadas pela totalidade dos participantes deste estudo e, quando ponderadas, foram timidamente exploradas no desenvolvimento de suas práticas.

Gomes e Noro (2021) desenvolveram estudo no tema das demandas de saúde LGBT+ na formação em recursos humanos em saúde. Quando se considera, na formação de profissionais da saúde, importantes aspectos da determinação social da saúde da população LGBT+, estima-se, para além do plano teórico-conceitual, a necessidade de atuação prática e de exercício de cuidado, em diferentes dimensões e níveis de atuação, voltados às diversas identidades de gênero e orientação sexual. Ainda, salientam a necessidade da utilização de documentos normativos na formação dos estudantes, tendo em vista o deslocamento recente da agenda governamental, que é, declaradamente, antigênero, com reprodução de discursos de controle e opressão de corpos dissidentes, com fortes ameaças aos interesses da população LGBT+ (GOME; NORO, 2021).

Nesse sentido, os documentos normativos da formação devem se atentar às possibilidades plurais de constituição humana, que abranjam termos psíquicos e relacionais, garantindo a esses sujeitos o direito à autonomia, com livre desenvolvimento da sua personalidade, à dignidade e à privacidade. Para isso, é preciso conceber a homossexualidade como uma legítima possibilidade humana e não como um corpo dissidente de um padrão de normalidade (LIONÇO, 2008).

Assim, a ciência, ao dicotomizar a anatomia humana e patologizar formas biológicas distintas; a lei, ao assegurar o registro civil num sexo determinado ao recém-nascido com base na mesma dicotomia científica; a religião, ao categorizar como naturais (por supostamente terem origem divina) a cisgeneridade, a heterossexualidade e a monogamia; e novamente a lei, assegurando que essas formas naturalizadas sejam legalmente aceitas, são instrumentos que marginalizam aqueles corpos e experiências que as questionam, criando um ambiente propício para a reprodução em escala global dos discursos heteronormativos e cisonormativos, que, ciclicamente, se reafirmam como verdade por já terem um discurso e uma linguagem bem desenvolvidos para, a partir daí, criarem mais verdades que continuem sustentando tal sistema (ROSA, 2019: p.65-6).

Um estudo evidenciou que a população LGBT+ vem sofrendo violações de seus direitos, a equidade em detrimento das suas especificidades negada e com comprometimento da assistência à saúde (SÁ; BARROS, 2019). No âmbito da APS, isso se dá pelo não reconhecimento dessa população como sujeitos estigmatizados, marginalizados e socialmente invisibilizados pelos profissionais de saúde (SÁ; BARROS, 2019). É preciso superar os limites impostos à população LGBT+, tanto para os

profissionais de saúde do SUS quanto para toda a sociedade. O principal problema de saúde dessa população relaciona-se ao preconceito que ainda vigora na população brasileira e a hegemonia da cisheteronormatividade (BORGES et al, 2020).

Os participantes dessa pesquisa identificam a problemática da lógica cisheteronormativa ainda usada como referência em atendimentos de saúde. No entanto, como discutido acima, a carência ou ausência de considerarem, durante o processo formativo, o adolescente gay enquanto sujeito com possibilidades de diversas formas de existências, impacta diretamente na atuação desses profissionais nos serviços de saúde.

Rosa (2019) tece uma densa discussão sobre a cisheteronormatividade como instituição total. Em seu estudo, sinaliza que as características que apontam padrões para o sexo-gênero-sexualidade acabam por serem percebidas como assinaladores dos corpos, em que as premissas presumem sempre a cisheteronorma como comportamento “normal” ou “natural”. Torna-se necessária a avaliação da importância do ambiente em que o sujeito está inserido e como esse (re)produz meios que garantem a permanência da norma, tomando como partida a cisheteronormatividade como direcionadora dos comportamentos dos indivíduos (ROSA, 2019).

Isso acaba limitando o escopo de cuidado. O profissional fica centrado no modelo biologista, lançando um olhar para o adolescente como se fosse um acúmulo de sistemas, ficando restrito à queixa, sem uma abrangência que possibilite o alcance do sujeito adolescente, limitando a interação profissional-adolescente. Desse modo, faz-se necessário pensar em como as diferentes formas dos sujeitos produzirem e agenciarem saúde, tendo em vista que esse aspecto permite que desprendamos de definições hegemônicas sobre saúde e doença e passemos a pensar na singularidade dos sentidos e experiências que cada sujeito atribui à saúde, bem como a sua relação com seu cotidiano e sua pluralidade (MESQUITA; OLIVEIRA, 2020).

Nesse sentido, é preciso que o profissional desenvolva competência socioemocional desde sua formação, que deve ocorrer de forma centrada em estratégias e abordagens que não são declaradas como sendo para tal. Um estudo de revisão integrativa, aponta que essa estratégia acontece indiretamente ou de forma não intencional, à medida que os aspectos da vida vão sendo trabalhados, da formação acadêmica e da reestruturação curricular com ênfase na integralidade e se modulando de forma mais humanizada. Ainda, é preciso que o processo de aprendizagem profissional

seja capaz de ressignificar a formação acadêmica de profissionais da saúde. Além disso, as experiências emocionais devem ser percebidas e vivenciadas como dispositivos da criatividade/sensibilidade entre profissional-adolescente gay (LIMA; TAVARES, 2020).

Um aspecto que foi percebido neste estudo, foi que a participação nas entrevistas pode ter promovido o processo internalizado de reflexão no *self*. Enquanto a entrevista se desenvolvia, e o pesquisador direcionava as perguntas, os participantes podem ter sido tocados pelo sentimento de que pouco se fazia para o alcance de um cuidado em saúde ao adolescente gay, podendo ter refletido em utilização de bode expiatório para justificar esse “faço pouco” ou “não faço nada”, com indicativas de ser premente instituir espaços de formação continuada sobre a atenção em saúde a população tratada neste estudo.

O caráter estruturante do self encontra-se no processo de interação simbólica mediante o qual um organismo reage ao gesto do outro, internalizando a atitude ou o papel social deste outro, o que pressupõe a interdependência entre os diversos sujeitos sociais (CASAGRANDE, 2021, p.37).

Nesse sentido, uma estratégia que traz potencialidade na formação crítica-reflexiva dos profissionais da enfermagem e da saúde, seria investida em educação permanente e continuada que utilizem metodologias ativas como a Aprendizagem Baseada em Problemas, do inglês problem-based learning – PBL. Método que utiliza situações-problemas reais que surgem na unidade de saúde, promovendo a reflexão da realidade vivida e que promove o exercício de pensar criticamente e colocar em práticas possíveis soluções. Esse tipo de metodologia vem sendo bastante utilizado em alguns cursos de ensino superior e tem se mostrado bastante eficaz e significativo no processo de ensino e aprendizagem, estão apontadas como favorecedoras de posicionamento crítico e de transformação atitudinal.

Os participantes elencaram algumas dificuldades e desafios que surgem a partir de sua prática para o alcance desse cuidado. O ambiente de atendimento, a dinâmica e interrupções de outros integrantes da equipe no momento do atendimento foram mencionados por alguns participantes. Nesse sentido, há um tipo local específico para que o cuidado ocorra? Se tomamos o cuidado como aquele que ocorre a partir do encontro intersubjetivo de sujeitos, esse deve ser significativo independente da ambiência. É preciso também atentar-se para qual é a concepção de cuidado portado pela equipe de saúde. Na existência desse entendimento acerca do cuidado, toda e qualquer interação seria respeitada.

Um estudo aponta que além do acolhimento através da escuta e diálogo, assumir o compromisso com o vínculo estimulam práticas mais integradas, sendo fortemente marcadas pela interdisciplinaridade e intersectorialidade. Isso aponta para uma potencialidade para a produção subjetiva do cuidado que atenda as diversas necessidades de saúde (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Ainda é apontado como desafio e dificuldade vivenciada pelos participantes desse estudo as fragilidades e desarticulação da RAS. A peregrinação e os descaminhos que o adolescente gay podem vivenciar no sistema de saúde, resultando em implicações negativas e em sofrimento (MELO et al, 2020; AIKO et al, 2020), e buscando a resolutividade de suas necessidades de saúde. Falhas no processo de comunicação e dificuldades para o adolescente ser reorientado nos diferentes espaços percorrido por ele, repercutindo diretamente nas dimensões individuais, sistêmicas e societárias da gestão do cuidado (MELO et al, 2020).

Dessa forma, fica evidente que ainda há uma fragilidade no direito à saúde de adolescentes gays, a premência do entendimento reduzido do conceito de cuidado pela equipe de saúde, bem como a falta de manejo pela maioria dos participantes, com pouco investimento na intersubjetividade da relação interacional entre profissional-adolescente gay, bem como direcionamentos que considerem a família e espaços sociais. Nesse sentido, é necessário que se promova uma assistência centrada no sujeito e em suas necessidades de saúde (AIKO et al 2020).

Sendo assim, a maneira como os arranjos tecnológicos se configuram no cotidiano dos serviços de saúde, muitas vezes, acaba favorecendo um certo deslocamento entre o ato assistencial e o envolvimento com suas consequências e os desdobramentos da situação dos usuários e comunidade. No entanto, isso não significa que os profissionais sejam irresponsáveis. Com isso, a ideia de Cuidado vem na tentativa de reconstruir uma atenção integral a saúde desses indivíduos e comunidade, a partir de problemas e tensões apontados, em busca de recompor competências, relações e implicações, por vezes, fragmentadas, desconexas e empobrecidas (AYRES, 2009).

Em suma, abro uma reflexão a partir de uma impressão sobre o conjunto dos relatos e do próprio desenvolvimento deste estudo por meio dos questionamentos: “Qual será a vivência desses enfermeiros em relação as questões relacionadas ao adolescente gay?” “O *ser gay* prevaleceu sobre o ser adolescente frente as práticas reveladas por

enfermeiros?” “Será que o simbolismo social do “ser gay” mobiliza de modo mais intenso o enfermeiro?” “Se sim, sustenta-se esse sentimento por compreender existir um maior risco à saúde dessa população do que de outra?” “A universidade forma profissionais para atender qual público?”. Este estudo não alcança respostas para essas questões, mas deixa pistas e provocações nesse sentido, as quais, se confirmadas, refletem a fragilização do cuidado e a vulnerabilização de adolescentes/jovem gays no encontro com enfermeiros na busca por cuidado.

CAPÍTULO 08

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu analisar as práticas de cuidado de enfermeiros ao adolescente gay com desdobramentos para o entendimento acerca das adolescências de meninos gays. O estudo evidenciou pouco investimento nas parcerias colaborativas para a tessitura do cuidado em saúde, seja com o adolescente, com a família e a escola, sejam com outros profissionais/serviços. Ainda, significados de acolhimento, vínculo, escuta, insuficientes para sustentar um “cuidado”.

O olhar dos enfermeiros ainda está carregado de simbolismos sociocultural que foram empregados ao *ser gay*. Esse olhar direciona o estabelecimento das práticas cuidativas desses enfermeiros. Com isso, se esses têm um olhar limitado, deixando que o identitarismo sobressaia ao sujeito do adolescente, resultando em práticas hegemônicas e engessadas no biologicismo, de pouca aposta na compreensão do adolescente gay, sua vida e história. Desdobra-se em ações protocolares, pontuais e de pouca significância para o enfermeiro e para o adolescente, sustentando a percepção de não presença, vinculação, afastamento do serviço de saúde, como pontuado pelos participantes desse estudo.

As práticas descritas permitem sinalizar que enfermeiros podem contribuir com a vulnerabilidade da população adolescente gay, já que ofertam e os expõem a um cuidado lacunar, insuficiente em termos de reconhecimento das circunstâncias socioculturais, socioeconômicas e da vida em que se inserem. Serviços de saúde, sobretudo, por meio dos posicionamentos/comportamentos de seus trabalhadores, podem ser dispositivos de contraponto a vulnerabilidade de populações, dependendo do como se posicionam e agem no encontro com elas. Os enfermeiros deste estudo ainda revelam perpetuação de preconceitos em suas ancoragens de cuidado, esforços insuficientes/frágeis para provocar encontros, conhecer e valorizar o adolescente gay.

No mais, revelou a persistência de uma relação bastante truncada com a família do adolescente gay. Por vezes, ainda vista como obstacularizadora do cuidado, quando os enfermeiros revelam dificuldades de abordar questões de orientação sexual junto a ela, com um olhar de bastante dependência desse adolescente, e pouco valorando sua autonomia.

E, no ambiente escolar, por meio do PSE, não foi diferente, as pautas são sempre as mesmas, trabalhadas de forma engessadas e unidirecional. Dessa forma, espera-se que

esses enfermeiros tenham conhecimento aprofundado e denso acerca dos adolescentes enquanto sujeito de direito e que tem vontades e necessidades individuais, coletivas, que vão para além da agenda pré-estabelecida pelo serviço de saúde que carece de ser considerado e valorado, fazendo com que esse adolescente gay seja ator e protagonista do seu cuidado em saúde.

A interação que acontece entre enfermeiro-adolescente gay está restrita nas demandas que traz para a unidade, alguns participantes sugeriram um movimento de potencial para o cuidado integral, mas que não se estabeleceu de fato. Há receio em falar de sexualidade com os adolescentes que vai para além das prevenções para ISTs e comportamentos de risco.

Os resultados não evidenciaram o vínculo enquanto aposta dos enfermeiros, demonstrando uma concepção bastante reduzida desse conceito. O mesmo ocorre com o entendimento de cuidado, caracterizado como movimentação de protocolos, procedimentos e ações técnicas, não explicitando sabedoria prática, apostas na intersubjetividade viva do momento assistencial.

As práticas de cuidado revelaram uma tendência à objetivação "dessubjetivadora", muito em função da não apostas na intersubjetividade. Ainda, apontaram para uma prática de cuidado sob uma lógica cisheteronormativa. Pode-se questionar o quanto isso guarda relação com os processos de formação desses enfermeiros. A formação em saúde segue tecnicista, biologicista e patologizadora. Às instituições de formação profissional em saúde cabe se implicar com este diagnóstico e efetivar deslocamentos, pautando o cuidado e sua relação com a vida, assim como formas de existência, de outros corpos, de outros sujeitos.

Articulação da ancoragem conceitual no Cuidado proposto por José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres articulado ao referencial teórico do IS, permitiu analisar as interações do *self*, dos *selves* e as significações dos simbolismos que esses enfermeiros têm a respeito do cuidado ao adolescente gay. Com isso, este estudo pode contribuir com reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas por enfermeiros ao adolescente gay em seu cotidiano, sobretudo, revelando aspectos micropolíticos da relação enfermeiro-adolescente gay. Permitiu fazer uma apreensão crítica dos simbolismos do lugar da cisheteronormatividade no cuidado em saúde a diferentes formas de existência, em especial, ao adolescente gay ampliando os horizontes do pensar e fazer em saúde.

Aponta, ainda, para a emergência da necessidade de considerar o adolescente gay como sujeito de direito a ser reconhecido enquanto população, sendo digno de vivenciar a equidade em saúde.

Os participantes revelam uma diversidade na sua caracterização, o numérico deles não é um dado de destaque, contudo o revelado abarcou elementos empíricos consistentes quanto ao objetivo do estudo.

Ainda, o desenvolvimento do estudo durante a pandemia da COVID-19 dificultou a captação e aceite de participantes, justificados pela falta de tempo e cansaço. A entrevista de forma remota também pode ter sido um limitante, uma vez que estar presente *in loco* poderia possibilitar apreensão de elementos da comunicação/relação que a forma remota não alcança.

Os achados deste estudo, mantendo o foco nas práticas de cuidado, revelaram caminhos para continuidade do olhar a partir de estudos que: (1) ponderem outras estratégias para captar as práticas de enfermeiros, a exemplo de observação, estudo de casos, entrevistas coletivas; (2) abarquem outras categorias profissionais da saúde; (3) captem a perspectiva do adolescente gay acerca do cuidado recebido; (4) explorem a percepção de membros familiares e/ou da família quanto ao cuidado em saúde; (5) explorem a percepção de profissionais da educação quanto a parceria com o setor saúde; entre outros. Ainda são poucas as pesquisas que consideram as especificidades de cada letra da sigla LGBTQ+, a grande maioria das pesquisas abordam de maneira generalizada, o que fragiliza o alcance das especificidades de cada população.

Acima de tudo, o estudo permitiu-me, como pessoa, enfermeiro e pesquisador, renovar, mas também reafirmar balizas existenciais e profissionais. No âmbito profissional, a valorização das intersubjetividades, do encontro dialógico, de ser o demandante do cuidado aquele que mobiliza e direciona a sabedoria prática do enfermeiro e, ao enfermeiro o aceite de estar aberto, ativo e disponível para os horizontes sinalizados pela mobilização e presença instaurada no encontro. Todos aspectos quase que ausentes nos modos de ser e estar dos enfermeiros aqui entrevistados. No âmbito pessoal, entendi que...

Durante a jornada da vida

Perguntas tomam minha mente

Muitas sem respostas

Outras nem sempre faziam sentido

Ou, pelo menos, não viam sentido nelas

Perguntas sobre o que é certo ou o que é errado

Quem definiu que certas coisas são certas e outras não?

O que é divino ou o que é pecado

Existe pecado no amor

Ou existe amor no pecado?

O que é pecado?

O acerto é lido a partir do erro

E o erro lido a partir do acerto

Prefiro acreditar que não existe certo nem errado

Prefiro acreditar na totalidade da jornada

Essa que se constrói progressivamente

E deve ser significativa

Quem sou eu?

Pergunta que ainda não tenho resposta

Talvez, a simbologia do que me foi denunciado?

“Viado! Bicha! Boiola! Marica”

Sim. Sou tudo isso

Mas, não sou apenas isso

Sigo me tornando algo para além do que me foi nomeado

Essa busca incessante por respostas de quem sou eu

me motiva para entender que são vários eus

Sim, no plural.

E que esses eus possa contribuir minimamente para o encontro

O encontro da singularidade desses eus para você e para mim

Não deixemos que nos definam ou que nos reduzam a um rótulo

No entanto, façamos desse rótulo a nossa força

Que possamos sempre nos movimentar e nos permitir ser tudo

Nesse eterno processo de nos tornarmos.

Finalizo, convidando a cada enfermeiro a apostar e favorecer um contexto relacional no qual adolescentes gays possam ser, sejam permitidos, encorajados e suportados a tomar o timão e processar o caminho rumo a seus projetos de felicidade.

Luan Sudário.

REFERÊNCIAS

ADELMAN, M. Paradoxos da identidade: a política de orientação sexual no século XX. **Rev. Sociol. Polit.** v.14, Jun 2000. Acesso em: 17 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-44782000000100009>>.

AIKO, A.R.L.N.; MELO, L.S.; SUDRÉ, M.R.S.; SUDRÉ, G.A.; SILVA, K.M.; WERNET, M.; MATUMOTO, S. Itinerário terapêutico –a busca pelo cuidado em saúde empreendida por pessoa com câncer colorretal. **Cienc Cuid Saude:** v.19, p.e50321, 2020. Acesso em: 25 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.50321>>.

ANÉAS, T.V.; AYRES, J.R.C.M. Meanings and senses of healthcare practices: fundamental ontology and the reconstruction of healthcare. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.38, p.651-62, jul./set. 2011. Acesso em 07 de abril de 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300003>>.

ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis:** uma perspectiva de enfermagem. São Paulo, 1997. 126p. Tese (Livres - docência) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

ARAÚJO, M. A. L.; GALVÃO, M.T.G.; SARAIVA, M.M.M.; ALBURQUERQUE, A.D. Relação Usuária-Profissional de saúde: Experiência de uma mulher homossexual em uma Unidade de Saúde de referência de Fortaleza. **Escola Anna Nery:** v.10, n.2, p.323-7, 2006. Acesso em: 25 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000200022>>.

AWANG, H.; RAHMAN, A.A.; SUKERI, S.; HASHIM, N.; RASHID, N.R.N.A. Making Health Services Adolescent-Friendly in Northeastern Peninsular Malaysia: A Mixed-Methods Study. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 4, p. 1341, 2020. Acesso em: 19 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph17041341>>.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface (Botucatu):** v.4, n.6, Fev 2000. Acesso em 26 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100010>>.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas percepções e desafios.** In: CZERESINA, D.; FREITAS, C.M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. [online]. 2nd. Ver. And enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

AYRES, J.R.C. M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA-JÚNIOR, I. **O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde.** SESI, 2003. Acesso em: 10 set 2020. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod_resource/content/1/risco_vulnerabilidade%20Ayres%20e%20cols.pdf>.

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.:** v.8, n.14, p.73-92, fev. 2004a. Acesso em: 10 de abril de 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>>.

AYRES, J. R. C. M. Care, (the) human being and health practices. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004b. Acesso em: 10 de abril de 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>>.

AYRES, J. R. C. M. Organization of Health Care Actions: models and practices. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009. Acesso em: 12 de abril de 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>>.

AYRES J.R.C.M. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. *In*: PINHEIRO R.; LOPES T.C., organizadores. Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO: v.1, p.123-53.7, 2010. Acesso em: 9 de novembro de 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-1863>>.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. **Rev baiana enferm.** Editorial, v.31, n.1, p.e21847. 2017. Acesso em: 12 de abril de 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.21847>>.

AYRES, J.R.C. M. **Ciência, razão prática e os fundamentos da pesquisa qualitativa em saúde.** *In*: BOSI, M.L.M.; GASTALDO, D. Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde. Petropolis, RJ : Vozes, 2021.

BAGRICHEVSKY, M. Pelas lentes do SUS: notas sobre desafios e avanços da promoção da saúde na atenção primária. **Revista Pensar a Prática:** v.24, p.e66137, 2021. Acesso em: 18 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.5216/rpp.v24.66137>>.

BASTOS, L.C.; BIAR, L.A. Análise de narrativa e práticas de entendimento social. **D.E.L.T.A.**, v.31-especial, p.97-126. 2015. Acesso em: 14 de março de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-445083363903760077>>.

BARBOSA, R. M., FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, suppl. 2, p.291-300, 2009. Acesso em: 25 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400011>>.

BIFFI, D.; MELO, M.F.R.; RIBEIRO, V.R. Acolhimento de enfermagem á saúde do adolescente em uma estratégia de saúde da família. **R. Perspect. Ci. e Saúde:** v.3, n.1, p.83-97, 2018. Acesso em: 18 de janeiro de 2022. Disponível em: <<http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/187>>.

BICKMAN, L.; ROG, D.J. **Handbook of applied social research methods.** Thousand Oaks, Sage, 1997.

BORGES, M.R.B.; SOUSA, S.C.; BARBOSA, L.D.C.S.; SILVA, M.E.D.C. Avaliação da implementação do Plano Nacional de Saúde Integral LGBT: Revisão Integrativa. **Research, Society and Development:** v.9, n.11, p.e1249119612, 2020. Acesso em: 13 de janeiro de 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9612>>.

BOYKIN, A.; SCHOENHOFER, S. **Nursing as caring:** a model for transforming practice. New York: National League for Nursing, Publication no.15-2549, 1993.

BRABO, T.S.A.M.; SILVA, M.E.F.; MACIEL, T.S. Gênero, sexualidade e educação: cenário das políticas educacionais sobre os direitos sexuais e reprodutivos de jovens e adolescentes. **Praxis Educativa.** v.15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v.15.13397.003>. Acesso em: 04 nov 2020.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990a. disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>.

BRASIL. Decreto no 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília-DF, 6 dez 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 04 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Formação e intervenção. Brasília, 2010. Acesso em: 15 de novembro de 2021. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 03 out 2020.

BRASIL. Lei 12.852 de 5 de agosto de 2013. **Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 06 Ago 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Homens gays e bissexuais: direitos, saúde e participação social.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/homens_gays_bissexuais_direitos_saude.pdf>. Acesso em: 04 nov 2020.

CAÇADOR, B. S., BRITO, M. J. M., MOREIRA, D. A., REZENDE, L. C., VILELA, G. S. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. **Rev Min Enferm:** v.19, n.3, p.620-626, jul/set 2015. Acesso em 26 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>>.

CARPER, B.A. Fundamental patterns os knowing in nursing. **Nursing. Advances in Nursing Science,** v.1, n.1, p.13-24. 1978. Acesso em: 14 de março de 2022. Disponível em: <http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_ch03_v1xx.pdf>.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO,** v.30, n.1, p.146-61, 2010. Acesso em 22 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/ZgdyzXSsWdB5Rb3S5P98yPf/?format=pdf&lang=pt>>.

CASAGRANDE, C.A. Da sociedade ao indivíduo e de volta à sociedade: socialização e individuação em G. H. Mead. **Revista Espaço Pedagógico.** v. 28, n. 1, Passo Fundo, p. 34-54, jan./abr. 2021. Acesso em: 24 de janeiro de 2022. Disponível em <www.upf.br/seer/index.php/reps>.

CASTRO, E.G.; MACEDO, S.C. Estatuto da Criança e do Adolescente e Estatuto da Juventude: interfaces, complementariedade, desafios e diferenças. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro, v.10, n.02, p.1214-1238, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/40670>. Acesso em: 04 dez. 2020.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Ed.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj, 2001. p. 113-126.

CHARON, J.M. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration**. 10 ed. Boston: Prentice Hall, 2010.

CLARKE, V.; BRAUN, V. Teaching thematic analysis: overcoming challenges and developing strategies for effective learning. **Psychologist**, v.26, n.2, p.120-3. jan 2013. Available from: <https://uwe-repository.worktribe.com/output/937596/teaching-thematic-analysis-overcoming-challenges-and-developing-strategies-for-effective-learning>. cited 2020 Out 15.

CORREA, A. S. Interacionismo simbólico: raízes, críticas e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 9, n.17, 2017. Acesso em: 22 de janeiro de 2022. Disponível em <<https://pt.scribd.com/document/374753969/O-Interacionismo-Simbolico-Raizes-Criticas-ePerspectivas>>.

COSTA, R.F.; ZEITOUNE, R.C.G.; QUEIROZ, M.V.O.; GARCIA, C.I.G.; GARCIA, M.J.R. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol. 49, n. 5, p.741-7, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000500741&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 04 out 2020.

COSTENARO, R.G.S.; JESUS, M.I.A.; OLIVEIRA, P.P.; ROOS, M.O.; STANKOWSKI, S.S.; TEIXEIRA, D.A. Educação Sexual Com Adolescentes: promovendo saúde e socializando boas práticas sociais e familiares. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 12, p.e100544-100560, 2020. Acesso em 17 de janeiro de 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-519>>.

CURCIO, F.S.; RANGEL, T.L.V.; MANGIAVACCHI, B.M. Entre o ideal da lei e a realidade caótica: isonomia social para a promoção da saúde de minorias sexuais. *In*. VARGAS, A.F.M.; SOUZA, C.H.M.; CAMPOS, M.M. **Tendências e controvérsias nas pesquisas em ciências sociais e da saúde**. Brasil: Brasil Multicultural/Encontrografia Editora, 2020. p.167-180.

FERREIRA, B.O.; PEREIRA, E.O.; ROCHA, M.B.; NASCIMENTO, E.F.; ALBUQUERQUE, A.R.S.; ALMEIDA, M.M.S.; PEDROSA, J.I.S. “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. **Reciis – Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**. v. 13, n.3, p. 496-508: jul.-set. 2019. Acesso em:14 de novembro de 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.29397/reciis.v13i3.1703>>.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 388-394, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>. Acesso em: 04 nov. 2020.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias – **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Texto reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREIRE, M.P.; LOUVISON, M.; FEUERWERKER, L.C.M.; CHIORO, A.; BERTUSSI, D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. **Saude soc.** v.29, n.3. 14 ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190682>. Acesso em: 03 dez. 2020.

GOMES, S. M.; SOUSA, L.M.P.; VASCONCELOS, T.M.; NAGASHIMA, A.M.S. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: v.27, n.4, p.1120-1133, 2018. Acesso em: 17 de janeiro 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180393>.

GOMES, R. Agendas de saúde voltadas para gays e lésbicas. **IFF/FIOCRUZ**, 2021. Acesso em: 17 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3217>.

GONÇALVES, J.R.; LUSTOSA, G.R. análise do conhecimento de enfermeiros relacionado à assistência à população LGBT. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos: Ano II**, v.2, n.5, ago.-dez. 2019. Acesso em: 14 de janeiro de 2022. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/314/398>.

GREEN, J. **Além do Carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX**. 2 ed. São Paulo: Editora UNESP. 2019.

HERNÁNDEZ BELLO, L; COGOLLO MILANES, Z. Reflexionar sobre el sufrimiento mental, acerca al cuidado genuino: situación de cuidado. **Av Enferm**: v.38, n.1, p.95-101. 2020. Acesso em: 17 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.80710>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 09 dez. 2021.

KALICHMAN, A.O.; AYRES, J.R.C.M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, v. 32, n.8. 08 ago 2016. Acesso em: 04 nov 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.

KVALE, S. **InterViews: an introduction to qualitative research interviewing**. Thousand Oaks, CA: Sage; 1996.

LEAL, C. B. DE M.; PORTO, A. O.; BARBOSA, C. DE B.; et al. Assistência de Enfermagem ao Público Adolescente na Atenção Primária. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 86, n. 24, 2019. **Revista Enfermagem Atual**. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/123>. Acesso em: 3 out 2020.

LIMA, L.S.; FRANÇA, S.L.G. Grupo de trabalho na promoção da saúde de adolescentes: um relato de experiência numa unidade de saúde da família localizada em Salvador-Ba. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama**, v. 25, n. 2, p, 145-153, maio/ago. 2021. Acesso em: 15 novembro de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v25i2.2021.8035>.

LIMA, T.O.; TAVARES, C.M.M. O desenvolvimento das competências socioemocionais na formação do enfermeiro: revisão integrativa. **Braz. J. Nurs.**

(Online): v.19, n.4, dez. 2020. Acesso em: 15 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206441>>.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saude soc.:** v.17, n.2, Jun 2008. Acesso em: 14 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>>.

LOPES, I.E.; NOGUEIRA, J.A.D.; ROCHA, D.G. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v.42, n.118, p.773-789, jul.-set. 2018. Acesso em: 15 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819>>.

LOPES, P.O. HIV e AIDS, past and present: gays as a social representation of the disease. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.5, p. 50122-50134: may 2021. Acesso em: 14 de novembro de 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.34117/bjdv7n5-421>>.

MAIA, R.C.; NUNES, T.G.R.; SILVA, L.I.C.; SILVA, K.M. Da proteção ao Risco: Configurações da violência intrafamiliar na juventude paraense. **Psic Teor e Pesq.** [Internet]. v.33, p.e33312. 2017. Acesso em 19 de janeiro 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102.3772e33312>>.

MARTINS, M.M.F.; AQUINO, R.; PAMPONET, M.L.; PINTO JUNIOR, E.P.; AMORIM, L.D.A.F. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]: v.35, n.1, p.e00044718, 2019. Acesso em: 17 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00044718>>.

MEAD, G.H. **Selected Writings**: George Herbert Mead. University of Chicago Press, 1981.

MELO, L.S.; SUDRÉ, G.A.; AIKO, A.R.L.N. SUDRÉ, M.R.S.; WERNET, M.; MATUMOTO, S. Itinerário terapêutico de pessoa submetida à revascularização do miocárdio: repercussões para gestão do cuidado. **Cienc Cuid Saude**: v.19, p.e50392, 2020. Acesso em: 25 de janeiro 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.50392>>.

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.316-323, set./dez. 2003. Acesso em: 06 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>.

MESQUITA, D.C.; OLIVEIRA, E.A. “Saúde é em geral né, é ter um bom alimento pra manter em pé”: por entre sentidos e práticas (trans)viadas de/em saúde. **REBEH**, v.3, n.11, 2020. Acesso em 14 de janeiro de 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.31560/2595-3206.2020.11.10581>>.

MINAYO, M. C. DE S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14o ed. São Paulo, SP, 2014.

NEGREIROS, F.R.N.; FERREIRA, B.O.; FREITAS, D.N.; PEDROSA, J.I.S.; NASCIMENTO, E.F. Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals: from Medical Training to Professional Activities. **Revista Brasileira de**

Educação Médica. v.43, n.1, Brasília. jan./mar. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1rb20180075>>. Acesso em: 05 nov. 2020.

NEVES, E.P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 6, Suplemento n. 1, p. 79-92 dez. 2002. Acesso em: 12 de março de 2022. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-446841>>.

OLIVEIRA, B.P.; SILVA, M.A.S.; SOUZA, M.S. O direito à saúde de pessoas trans* no Distrito Federal: entre o direito de existir e o direito à equidade. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v.8, n.1, p.1-163, jan./mar., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v8i1.502>. Acesso em: 03 dez. 2020.

ORCASITA, L.T.; SEVILHA, T.M. **Abordaje de los procesos de comunicación familiar. Aspectos clave en la construcción de la sexualidad en adolescentes.** In A. F. Uribe (Ed.), *Salud, comunicación y familia*: p.113-148. Bucaramanga, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estigma e discriminação são as principais barreiras à saúde para a população LGBT.** Brasília: OPAS; 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5318:estigma-e-discriminacao-sao-as-principais-barreiras-a-saude-para-a-populacao-lgbt&Itemid=820>. Acesso em: 04 nov 2020.

PARKER, R. Estigmas do HIV/aids: novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão. **Reciis – Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde.** v.13, n.3, p.618-33; jul.-set. 2019. Acesso em 13 de novembro de 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.29397/reciis.v13i3.1922>>.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. D. B. Discourses on the healthcare of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people adopted by doctors working in Brazil's family health strategy. **Interface: Communication, Health, Education**, v.23, p. e180279, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180279>>. Acesso em: 04 out 2020.

PRADO, E.A.J.; SOUSA, M.F. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. **Tempus.** v.11, n.1, p. 69-80. 2017. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1895/0>. Acesso em: 04 nov 2020.

ROSA, E.B.P.R. cisheteronormatividade como instituição total. **Cadernos PET de Filosofia:** v.18, n.2, agosto 2020. Acesso em 15 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/petfilo/article/view/68171/41349>>.

SÁ, S.F.; BARROS, A.F.S. saúde LGBT na atenção básica: enfermeiros frente ao cuidado integral desse público serra-talhadense. **Rev.Multi.Sert.:** v.01, n.2, p.178-190, Abr – Jun, 2019. Acesso em: 15 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.37115/rms.v2i1.24>>.

SANTOS, A.R.; SANTOS, R.M.M.; SOUZA, M.L.; BOERY, R.N.S.O.; SENA, E.L.S.; YARID, S.D. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. **Rev. bioét. (Impr.)**. v.23, n.2, p.400-8, 2015. Acesso em: 13 de novembro de 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422015232078>>.

SANTOS, D.S.; MISHIMA, S.M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde colet**: v.23, n.3, Mar 2018. Acesso em: 25 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>>.

SANTOS, E.L.; PRIGOL, A.C.; LASMAR, S.A.; & ZANDONÁ, N.S. Difficulties faced by lesbians, gays, bisexuals, transvestites, transsexuals and transgender people in the Family Health Program. **Research, Society and Development**, v.9, n.9, p.e193997024, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7024>. Acesso em: 04 nov 2020.

SEVILHA, T.M.; ORCASITA, L.T.; SANABRIA, J.P.; PALMA, D.M. Consistencies and discrepancies in communication between parents and teenage children about sexuality. **Paidéia**. [Internet]: v.26, n.64, p.139-147, 2016. Acesso em: 18 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-43272664201601>>.

SILVA, A.C.A.; ALCÂNTARA, A.M.; OLIVEIRA, D.C.; SGNORELLI, M.C. Implementation of the National Policy for the Comprehensive Healthcare os Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals (PNSILGBT) in Paraná, Brazil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.24, May 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190568>. Acesso: 05 nov. 2020.

SILVA, M. W.; FRANCO, E. C. D.; GADELHA, A. K. O. A.; COSTA, C. C.; SOUSA, C. F. de. Adolescence and Health: meanings assigned by adolescents. **Research, Society and Development**: [S. l.], v.10, n.2, p.e27510212482, 2021. Acesso em: 26 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12482>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2016). **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021**. Towards ending STIs. Report No.: WHO/RHR/16.09. Geneva: World Health Organization. 2016. Acesso em: 17 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>>.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeira e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. Ed: 5ª, São Paulo: Roca: v.14, p.22-24. 2012.

ZANATTA, E.A.; FERRAZ, L.; KLEIN, M.L.; MARQUES, L.C.; FERRAZ, L. Descobrir, aceitar e assumir a homoafetividade: situações de vulnerabilidade entre jovens. **Rev. Cuid. Fundam**. [Internet]: v.10, n.2, p.391-398, 2018. Acesso em: 18 de janeiro de 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.391-398>>.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Luan Sudário Melo estou cursando o programa de mestrado na Universidade Federal de São Carlos sob a orientação da Profa. Dra. Monika Wernet e coorientação do Prof. Dr. Flávio Adriano Borges Melo. Você está sendo convidado (as) a participar da pesquisa “Cuidado em saúde ao adolescente gay” por ser um profissional de saúde que tem experiência prática junto ao público tratado no estudo. Com ele, intenciono analisar as práticas de profissionais de saúde junto ao adolescente gay e discutir horizontes ao cuidado em saúde na direção do direito à saúde, sexuais e reprodutivos. Para tanto, estou convidando pessoas que aceitem, de maneira voluntária, a compartilharem essa experiência de cuidado.

Sua participação nesta pesquisa consiste em conceder uma entrevista para narrar sobre suas práticas de cuidado em saúde a adolescentes gays. A entrevista é antecedida pelo preenchimento de um formulário voltado a caracterização de sua pessoa quanto a aspectos sociais, demográficos, de formação e atuação profissional em saúde. A prospecção é de que a entrevista dure cerca de 30-45 minutos. Ela será desenvolvida mediada por uma plataforma virtual que permita gravação, com vistas a evitar a perda de dados importantes que você venha a contar. O áudio da gravação será transcrito, o texto derivado será lido e analisado para identificar aspectos relevantes de sua experiência de processar o cuidado em saúde a adolescentes gay.

Não há gastos para participar do estudo, assim como, não receberá benefícios financeiros para tal. As informações obtidas são confidenciais, sendo o acesso restrito a mim, Prof. Dr. Flávio Adriano Borges Melo e Profa. Monika Wernet, orientadores deste estudo. É garantido anonimato ao participante e demais indivíduos cujos nomes forem citados. Reforçamos que a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sendo que a recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores. Frente a retirada do consentimento, todos os arquivos escritos e de áudio serão destruídos. Você receberá uma via desse termo onde consta dado para contato comigo, pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Adicionamos que os resultados poderão ser divulgados em eventos científicos e publicações científicas, ressaltando que a forma de divulgação não possibilitará sua identificação.

A previsão dos benefícios de sua participação é na direção de contribuir com conhecimentos para tecer diagnósticos e qualificar o cuidado em saúde ao adolescente gay. Ainda, o próprio ato de narrar sobre suas práticas é oportunidade de revisitá-las e, talvez, vir a desejar transformá-la. Quanto aos riscos relativos à participação, prospectamos possibilidade de desconfortos diante das perguntas que apresentaremos a você, bem como do próprio ato de ouvir suas práticas e autoavaliá-las enquanto insuficientes. Eu, Luan, enquanto aquele que conduzirá as entrevistas, comprometo-me a permanecer sensível às suas manifestações e, diante sinais sugestivos de desconforto validarei os mesmos com você, dando a abertura para que posso dizer se deseja prosseguir com a entrevista ou não. Qualquer decisão sua será acatada e, caso decida por interromper a entrevista temporariamente deixarei a seu critério a remarcação da conversa e o uso dos dados já informados. Caso venha a decidir pela interrupção na pesquisa, todos os arquivos com seus dados serão destruídos. Aproveito para compartilhar que todos os arquivos permanecerão em minha posse (Luan) e guardarei por um período de 5 anos, destruindo-os findado esse tempo. Os dados serão utilizados exclusivamente para este estudo, mas poderão ser publicizados por meio de artigos e apresentações em eventos científicos.

Reforço que assumirei esforços máximos de atitude isenta de avaliação de juízo e zelaremos pelo compromisso em manter o sigilo e o anonimato, ou seja, não revelaremos seus nomes em hipótese alguma e não apresentaremos dados que possam levar a identificação de sua identidade e/ou do serviço que possa vir a mencionar.

Luan Sudário Melo

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador principal me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e data _____, ____ de _____ 20__.

Participante da pesquisa

Nome completo:

Luan Sudário Melo

Rodovia Washington Luís, Km 235. Departamento de Enfermagem, Secretaria de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSCAR. São Carlos SP

Fone: (016) 3351-9439 ou (066) 99652-8449 E-mail: luansudario@hotmail.com

APÊNDICE B
Dados Sociodemográficos

Informações Pessoais			
Idade:			
Sexo:			
Gênero:			
Sexualidade:			
Estado Civil:			
Filhos:			
Informações da Área de Formação			
Área de Formação:			
Instituição de Formação:			
Pós-graduação:	Especialização <input type="checkbox"/>	Mestrado <input type="checkbox"/>	Doutorado <input type="checkbox"/>
Área da pós-graduação:			
Área de atuação:	Atenção Básica <input type="checkbox"/>	Ambulatorial <input type="checkbox"/>	
Período de Atuação:			