



Experiências Transformadoras

Inclusão e o desafio de criar formas de investigação colaborativas – um relato de experiência

Inclusion and the challenge to create collaborative forms of investigation: an experience report

Murilo dos Santos Moscheta¹

Manoel Antônio dos Santos²

¹ Psicólogo, Doutorando da Universidade de São Paulo

² Professor Doutor, Universidade de São Paulo

RESUMO – Estigmatização, negligência e exclusão marcam a história das práticas de cuidados em saúde oferecidas a população de lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero. A inclusão destes pacientes constitui-se como uma tarefa e desafio para os serviços de saúde preocupados em desenvolver estratégias de cuidado sensíveis a suas necessidades e calçadas no princípio da equidade. No primeiro semestre de 2009, desenvolvemos em colaboração com um centro de saúde-escola de uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo uma pesquisa cujo objetivo era investigar os desafios e possibilidades do atendimento a pacientes LGBTs no contexto da saúde pública no Brasil. A pesquisa apresenta um desenho metodológico qualitativo e situa no uso do dispositivo grupal o foco privilegiado para acesso as construções discursivas que se criam e se sustentam nas interações entre os participantes. Utiliza uma perspectiva colaborativa que tenta problematizar a posição do pesquisador e a autoridade do discurso científico. Neste texto, apresentamos e refletimos sobre o relato de uma situação vivida no processo de pesquisa. Nosso objetivo é refletir sobre os desafios do desenvolvimento de metodologias de pesquisa colaborativas, nas quais tanto o conteúdo da pesquisa, quanto a maneira de investigar são co-produzidos na interação entre pesquisador e participantes. A disposição do pesquisador em utilizar os eventos inesperados, e muitas vezes constrangedores que surgem ao longo do processo da pesquisa como oportunidades de construção conjunta de formas de investigação e aprendizado parece fundamental. No relato que apresentamos aqui, o processo de incluir a voz de um participante na pesquisa gerou condições que permitiram-nos pensar sobre os desafios da inclusão dos pacientes LGBTs nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Gênero e Saúde; Atenção Primária à Saúde; Sexualidade.

ABSTRACT - The history of healthcare practices toward lesbian, gay, bisexual and transgender people is marked by stigmatization, negligence and exclusion. The inclusion of these patients is a task and a challenge to healthcare services committed to developing strategies of sensitive care that aims at equity. In the first semester of 2009, we developed a research in collaboration with a healthcare center of a mid-size city in São Paulo State, that aimed at investigating the challenges and possibilities of LGBT people public health care in Brazil. It is a qualitative research that locates in the group strategy its privileged access to discursive constructions that are generated and sustained in the interactions among the participants. We used a collaborative perspective that tries to question the position of the researcher and the authority of scientific discourse. In this text, we present and reflect upon a report of a situation from the research process. We focus on reflecting the challenges in developing collaborative research methods, in which the content, as well as the format of the investigation, is co-created in the interaction between researcher and participants. The researcher's disposition to utilize the unexpected, and sometimes embarrassing, events in the research process as opportunities to conjoint construction of new forms of investigation seems to be fundamental. In the report presented here, the process to include one participant's voice in the research generated the conditions that allowed us to think about the challenges of including GLBT clients in the healthcare service.

Keywords: Gender and Health; Primary Health Care; Sexuality.

Pacientes LGBTs e os serviços de saúde

Embora as categorias de identidade sexual que emergiram no século XVIII (heterossexualidade e homossexualidade, por exemplo) não tenham sido uma criação do discurso médico-científico, foi sua apropriação discursiva pelo campo da saúde que ofereceu a essas categorias força para representarem não apenas um conjunto de práticas, mas uma subjetividade singular¹. Foi sobretudo no discurso médico que práticas sexuais passaram a representar

estados de saúde ou doença, de normalidade ou patologia, na medida em que se aproximavam ou se distanciavam do eixo regulador que foi-se construindo: a heterossexualidade procriativa e familiar burguesa².

Autor correspondente:

Murilo dos Santos Moscheta

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo

Av. Bandeirantes, 3900 - CEP 14040-901

Ribeirão Preto (SP)

Email: murilomoscheta@me.com

Artigo recebido em 22/04/2010

Aprovado em 28/05/2010

Pode-se dizer que por mais de dois séculos a relação entre as ciências da saúde e práticas sexuais não-normativas (entendidas aqui como práticas sexuais ou identidades sexuais que se diferenciam da heterossexualidade, historicamente construída como padrão normativo de condutas sexuais, e usualmente representadas pela sigla LGBT – lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) tem sido marcada pela patologização, estigmatização, negligência e exclusão social³.

Embora alguns avanços tenham se apresentado nos últimos anos, estudos mostram que os serviços de saúde tendem a se organizar para uma clientela heterossexual, limitando suas possibilidades de atuação efetiva junto a pacientes LGBTs. Pesquisas apontam que as práticas sexuais ou identidades sexuais não-normativas de pacientes podem interferir negativamente nas formas de cuidado que recebem em determinados serviços de saúde⁴⁻⁹. Outros estudos destacam as barreiras que pacientes LGBTs enfrentam quando buscam atendimento médico, como por exemplo dificuldades comunicacionais¹⁰, temor de viver discriminação¹¹ e de ter suas queixas equivocadamente compreendidas⁹.

Para Lucksted¹² o reconhecimento de pacientes LGBTs dentro dos serviços de saúde se limita a uma perspectiva epidemiológica, geralmente dedicada à investigação de doenças sexualmente transmissíveis. Terto-Júnior¹³ enfatiza a necessidade de concentrar esforços de modo a transformar a realidade dos serviços de saúde no Brasil, que ainda é, segundo o autor, pouco acolhedora a pacientes LGBTs. Para ele, faz-se necessário romper com a perspectiva patologizante e abordar a saúde da população LGBT por um prisma mais positivo, incluindo na dimensão do tratamento a dimensão do cuidado, atenta não só à doença, mas também ao desenvolvimento de projetos de vida, à inserção social e à realização pessoal.

Pesquisadores e participantes: questões de inclusão

É nesse contexto que apresento aqui um fragmento de uma pesquisa em andamento na qual proponho-me a estudar os desafios e possibilidades do atendimento a pacientes LGBTs no contexto da saúde pública no Brasil. A pesquisa teve início no primeiro semestre de 2009 e foi conduzida em um centro de saúde escola em uma cidade de médio porte do Estado de São Paulo. O centro de saúde utiliza da estratégia de saúde da família para atender a mais de 700 famílias cadastradas. Está localizado em um bairro no qual se situam muitos pontos de comércio sexual e algumas pensões de travestis. Os pacientes LGBTs costumam visitar o centro de saúde para obter cuidados emergenciais, vacinas e para receber preservativos,

porém, em geral, não desenvolvem uma relação com a equipe de saúde que favoreceria formas de cuidado preventivo e de promoção de saúde. O trabalho de pesquisa se constitui a partir da interlocução entre o pesquisador e os profissionais de saúde deste centro que se mostravam insatisfeitos com o atendimento oferecido a estes pacientes e desejavam desenvolver novas práticas capazes de transformar este cenário.

Fundamentado em uma perspectiva construcionista social, o projeto de pesquisa priorizou conhecer as construções discursivas acerca do atendimento à população LGBT produzidas pela equipe de saúde e compreender como estas construções orientam as ações desta equipe em relação ao atendimento oferecido a estes usuários. A pesquisa apresenta um desenho metodológico qualitativo que situa no uso do dispositivo grupal o foco privilegiado para o acesso às construções discursivas que se criam e se sustentam nas interações entre os participantes.

Dizer que esta pesquisa se fundamenta no construcionismo social, significa situá-la dentro de uma perspectiva pós-moderna, que não pressupõe que o pesquisador necessite se distanciar do universo de estudo, nem tampouco almeja apresentar uma descrição realista e neutra do fenômeno estudado¹⁴⁻¹⁷. Ao contrário, pesquisas construcionistas sociais enfatizam a impossibilidade de uma descrição completa e definitiva da realidade e questionam a autoridade do pesquisador. Os pesquisadores neste contexto, são estimulados a desenvolver metodologias colaborativas e dialógicas.

Utilizamos o termo dialógico em oposição ao termo monológico, e que segundo Stewart e Zediker¹⁸ pode ser definido como uma disposição em estar aberto, ser autêntico, empático e atento ao processo relacional, bem como reconhecer a cooperação entre os interlocutores na construção dos significados presentes na comunicação.

O uso de uma perspectiva colaborativa em pesquisa sustenta-se nas discussões contemporâneas que questionam a posição do pesquisador dentro das pesquisas qualitativas e que rejeitam discursos científicos autoritários que, não raramente, se alinham a diversas formas de opressão^{19,20}. Estas considerações tornam-se especialmente válidas dentro do contexto no qual esta pesquisa se insere. Como já apresentado, a relação das ciências da saúde e a sexualidade de usuários LGBTs é historicamente marcada pela autoridade e opressão. Se hoje falamos na inclusão desses pacientes nos serviços de saúde, é porque reconhecemos sua histórica e persistente exclusão. Pensamos que os desafios de acolher e criar formas de trabalho colaborativas entre pesquisador e

participantes podem guardar semelhanças com os desafios vividos por profissionais de saúde e pacientes LGBTs em suas interações no contexto dos cuidados em saúde. Como veremos no relato que se segue, no processo de pesquisar sobre inclusão, o pesquisador foi ele mesmo, desafiado a encontrar uma maneira de incluir os participantes e suas inesperadas contribuições.

Nosso interesse em apresentar este fragmento da história de nossa pesquisa se concentra na possibilidade de refletir sobre a posição do pesquisador (um dos autores deste texto) e dos participantes nas pesquisas pós-modernas. Para nós, a radicalidade das propostas de pesquisas pós-modernas, quando comparadas as tradições científicas modernas, está na assunção de que o pesquisador aprende com os participantes a respeito do conteúdo pesquisado, e que também se constrói como pesquisador e aprende a pesquisar com a colaboração dos participantes. Isto implica em dizer que o questionamento da autoridade do pesquisador se concretiza quando, não apenas o conteúdo, mas também o seu método é construído em colaboração. Assim, a voz do pesquisador não deve se impor sobre o conteúdo de modo a autoritariamente produzir uma descrição dos participantes da pesquisa que seja estanque, definitiva e que não faça juz ao fato de que, no dizer de Bahktin²¹ “um homem nunca coincide consigo mesmo”. Tampouco deve o método se impor ao processo de pesquisa de modo a ignorar que o pesquisador muitas vezes não coincide consigo mesmo, na medida em que se constrói no universo relacional com os participantes da pesquisa.

Uma experiência constrangedora: Murilo conta sua história

Quais cuidados éticos e metodológicos são necessários para criar um contexto de conversa sobre sexualidade entre um variado grupo de profissionais da área da saúde em um centro de saúde pública? O que é necessário para favorecer uma conversa na qual os participantes se sintam estimulados e ao mesmo tempo seguros e confortáveis para expressar suas dúvidas, idéias e experiências nesse campo? Estas perguntas exigiam respostas quando eu planejava os dois encontros de grupo que constituiriam parte de minha investigação sobre o atendimento de pacientes LGBTs no contexto da saúde pública. Os encontros de grupos seriam realizados no próprio centro de saúde e diversos elementos se combinavam para criar um contexto que demandava minha atenção e cuidado: os participantes eram colegas de trabalho e tinham longa história de relação dentro do serviço, o pesquisador, embora conhecido pelos participantes não fazia parte

da equipe, e o tema da conversa –sexualidade LGBT dentro do serviço de saúde – é raramente abordado com facilidade.

Para mim, era fundamental que os profissionais não apenas concordassem, mas que desejassem participar do estudo. Para não pressioná-los optei em apresentar meu projeto a todos os profissionais em uma de suas reuniões de equipe. Deixei uma cópia de meu projeto disponível no centro de saúde, bem como o termo de consentimento, de modo que todos poderiam ler com calma, pensar e decidir se desejavam participar do estudo. Eu sabia que as diferentes categorias de profissionais que eu desejava incluir em meu estudo se organizavam dentro de uma hierarquia dentro do serviço, e eu queria ser sensível as possíveis distribuições de poder e autoridade dentro daquele centro de saúde. Eu não queria, por exemplo, que a enfermeira chefe ficasse responsável em convidar os participantes pois temia que isso pudesse criar certa dificuldade para o participante que porventura não desejasse fazer parte do estudo, ou ainda, poderia favorecer a idéia de que o estudo era mas uma atividade que os profissionais daquele centro deveriam compulsoriamente cumprir. Tampouco, eu desejava pressioná-los e portanto, não convidei nenhum dos profissionais individualmente. Apresentei meu projeto na reunião de equipe e solicitei que aqueles que tivessem interesse, me procurassem durante as horas em que eu estivesse no centro de saúde. Eu esperava que minha inserção como pesquisador naquele contexto, bem como o convite e inclusão dos participantes se dessem com delicadeza.

Também queria ser cuidadoso. Com aqueles que me procuraram, eu realizei entrevistas individuais. Entendia as entrevistas como sendo uma etapa de preparação necessária para os encontros grupais; elas respondiam a necessidade de criar o contexto para as reuniões de grupo bem como estimular os participantes a se engajarem no processo. Por um mês eu investi meu tempo livre na realização dessas entrevistas com 14 profissionais na unidade de saúde e após horas ouvindo e refletindo sobre elas, organizei seu conteúdo em 3 tópicos: as expectativas dos participantes, os recursos para o trabalho em grupo e as regras necessárias para a organização dos encontros grupais. Meu plano consistia em ler estes tópicos no início de nossa primeira reunião de grupo de modo que os participantes pudessem lembrar da importância do trabalho e daquilo que os motivava a estar ali, daquilo que dispúnhamos como recurso enquanto equipe e dos limites e regulações necessários para garantir que o tempo investido no grupo fosse produtivo e recompensador. Imprimi cada

um dos temas em papéis especiais e preparei-os em envelopes elegantes. Cheguei cedo para o primeiro encontro do grupo e levei comigo suco e chocolates para dividir com a equipe. Temendo imprevistos, tinha comigo dois gravadores. Queria estar preparado.

O centro de saúde é um lugar agitado com demanda de trabalho que em geral ultrapassa seus recursos físicos e humanos. Ter meu estudo incluído na rotina deste centro foi para mim um privilégio ao qual desde o início fui grato. Cuidar dos detalhes e preparar meticulosamente os encontros de grupo era manifestação de meu zelo pela pesquisa, mas era também minha maneira de tentar retribuir aquela equipe com uma experiência que pudesse ser significativa para eles.

Antes de começarmos a primeira reunião, uma assistente de enfermagem perguntou-me se sua colega, que não havia sido entrevistada antes, poderia participar do grupo. Eu estava surpreso com o interesse que a equipe demonstrava em meu trabalho e parecia-me que eles se sentiam tão privilegiados quanto eu. Recebi-a no grupo.

A sala estava cheia. Eu havia pensado e refletido sobre o meu planejamento para aquela reunião muitas vezes. Eu estava ansioso, mas confiava que o trabalho de preparação que havia realizado até aquele momento me ajudaria a conduzir um processo que seguiria conforme antecipado. Entretanto, esqueci-me que pesquisas são realizadas para produzir nosso encontro com o novo. E o novo, por definição, não pode ser antecipado.

Meu primeiro encontro com o grupo foi um insólito constrangimento.

Aconteceu apenas 10 minutos após o início do encontro, enquanto eu ainda lia os envelopes e aquecia o grupo para a próxima atividade que havia planejado. Carla (nome fictício), a assistente de enfermagem que eu acabara de receber no grupo, levantou sua mão e disse que gostaria de sair da reunião. Disse que não havia participado das entrevistas, que não estava entendendo o que estava acontecendo naquela reunião e que se sentiria mais confortável se não participasse. Imediatamente, o contexto de conversa que eu tinha tão cuidadosamente planejado se desfez. Nenhuma das palavras que pude dizer naquele momento me ajudaram muito, e ao sair, Carla fechou a porta de uma sala tensa e confusa. Eu estava constrangido e perdido naquele momento e mais tarde, tive raiva. Como pude deixar que isto acontecesse? Como ela pôde fazer isso? Precisei de um mês para refletir sobre a experiência e quanto mais eu tentava explicar o ocorrido, mais culpado me sentia. E culpa era apenas o reverso da acusação.

Minha experiência como psicólogo clínico, com treinamento em psicanálise, me permitia explicar o fato como um movimento de resistência do grupo, personificado por um de seus membros que, por razões inconscientes estava mais disponível a atuar como bode-expiatório. No entanto, tal explicação parecia responder mais a minha necessidade de me justificar do que oferecer de fato uma possibilidade de enriquecimento da pesquisa. Mais tarde, o próprio grupo tentou tranquilizar-me sugerindo que talvez Carla estivesse reagindo a conflitos internos ao funcionamento da equipe. De fato, aliviou-me ser lembrado de que toda equipe tem sua história e que esta história não era imediatamente acessível a estrangeiros como eu. Mas se por um lado, ver-me fora da situação trazia alívio, por outro, também me retirava da conversa com a equipe, e eu não estava disposto a ser o próximo a deixar a sala. Embora razoáveis, aceitar estas explicações, naquele momento significaria construir minha participação na conversa grupal em uma posição privilegiada e protegida – uma posição a partir da qual eu não precisaria me responsabilizar pelos efeitos de minhas palavras e ações na conversa grupal. Visto a partir de uma perspectiva relacional, meu conforto custaria caro.

Além do mais, meu trabalho se focava exatamente em expandir as possibilidades de inclusão de pacientes LGBTs nos serviços de saúde, e excluir não me parecia um bom começo na construção dessas possibilidades. Se eu fosse capaz de incluir o evento inesperado como algo que oferecesse valor ao processo da pesquisa, reafirmando assim meu compromisso em incluir a diferença, eu teria mais chances de ajudar a equipe a incluir a diferença também. Ao invés de explicar, decidi aprender a usar o ocorrido em favor do processo de pesquisa. Ao invés de ficar preso na culpa/acusação resultantes da explicação do passado, escolhi utilizar a situação como suporte para a construção de um futuro de possibilidades.

Encontrei-me com Carla um mês após nosso primeiro e constrangedor encontro e dois dias antes do segundo encontro grupal. Nossa conversa foi mais fácil que eu imaginava, provavelmente porque ela, assim como eu, estava insatisfeita com o que havia ocorrido. Acredito que ela percebeu que eu estava realmente preocupado com a maneira que ela havia se sentido na reunião do grupo e que para mim era muito importante transformar essa experiência. Em nossa conversa, pude dizer a ela o que eu havia pensado desde nosso último encontro e provavelmente, isto ajudou-a a perceber a experiência de outra maneira. Por meia hora conversamos e trabalhamos juntos na

criação de um novo entendimento que eu senti motivado a compartilhar com o grupo. Ela aceitou prontamente meu convite para participar na próxima reunião do grupo.

Minha conversa com Carla ajudou-nos a entender que partíamos de diferentes perspectivas. Meu cuidado e discrição ao convidar os participantes de minha pesquisa nem sempre operou em meu favor. Carla disse que teria se sentido mais estimulada a participar se eu a tivesse procurado pessoalmente. Para mim, e para outros participantes, minha sutileza era sinal de respeito. Para ela, produziu dúvida e deixou-a insegura em relação ao quanto eu de fato apreciava sua participação. Carla também me ajudou a entender que simplesmente permitir que ela participasse do grupo minutos antes de seu início não foi propriamente um gesto de inclusão. Ela deixou a sala quando percebeu que conversávamos sobre algo no qual ela não havia participado. Recebê-la no grupo não foi suficiente uma vez que eu não havia criado com ela as condições para sua integral participação em uma conversa que já estava em andamento. Este entendimento ajudou-me a perceber algo importante para o trabalho em inclusão de pacientes LGBTs. Percebi que inclusão exige mais que convite; exige um envolvimento ativo com aqueles que estão sendo convidados, especialmente quando estes fazem parte de populações vulneráveis. Além do mais, pude pensar no tipo de “exclusão cordial” que pode ser produzida quando o que é feito para incluir se limita a simplesmente convidar, e depois, acusar o outro por não ser capaz de usufruir daquilo que cordialmente foi oferecido.

No começo do segundo encontro, o grupo permaneceu em silêncio após a apresentação de minha conversa com Carla. Eles provavelmente não esperavam que eu trouxesse a embaraçosa história de volta. Eles comentaram que achavam muito importante perceber que eu, enquanto pesquisador, não estivesse comprometido apenas em coletar dados para minha pesquisa. Notaram que eu me abria a aprender com eles. Penso que o grupo começou a me ver como alguém que se esforçava em desenvolver uma voz de pesquisador e um lugar dentro da equipe. Acima de tudo, eles entenderam que eu estava comprometido com a inclusão em um nível que desafiava o trabalho deles, tanto quanto a mim mesmo. Esta história voltou a fazer parte da conversa do grupo em outros momentos e Carla participou dos encontros grupais sempre que possível.

Constrangimento como abertura

Frank²² ao considerar o processo de pesquisa sob uma perspectiva dialógica apresenta o conceito

“devushkinização”. Retomando os estudos de Bakhtin, Frank apresenta Devushkin, uma personagem de Dostoevsky, que ao ler a história “O Capote” de Nikolai Gogol se identifica com seu protagonista e sente que toda sua vida e todo seu ser estavam definidos e predefinidos pelo autor. Como Bakhtin^{21:58} coloca:

Devushkin vê-se na imagem do herói de “O Capote”, ou seja, vê-se como algo totalmente quantificado, medido e definido até o último detalhe: tudo o que é está ali, não há nada além e nada mais a ser dito. Ele sente-se desesperadamente pré-determinado e finalizado, como se já estivesse morto, e no entanto, ao mesmo tempo, percebe a falácia de tal perspectiva.

Frank usa da história de Devushkin pra criticar o esforço acadêmico de descrever e definir por completo os participantes da pesquisa ignorando o processo pelo qual pesquisador e participantes influenciam e constroem uns aos outros. “Devushkinização” é o processo pelo qual o pesquisador, usando de sua posição privilegiada pela ciência, descreve, define, delimita e finaliza os participantes de sua pesquisa por meio de um relato que nega que os participantes continuamente formam e transformam a si mesmos em interação com o pesquisador. Para Frank, uma pesquisa social eticamente responsável deve oferecer uma descrição aberta, na qual seus participantes sejam apresentados dentro de um processo em movimento, não finalizado e pelo qual continuamente se tornam o que serão.

Queremos acrescentar que, dentro de uma perspectiva dialógica, um relato que apresenta os participantes de uma pesquisa como parte de um processo de transformação, deve incluir que o pesquisador é, ele mesmo, construído e transformado neste processo também. Em outras palavras, o pesquisador que se constrói ao longo do processo de pesquisa e em interação com os participantes, não pode saber de antemão, como ser pesquisador naquele contexto.

A narrativa apresentada aqui, permite refletir sobre o processo pelo qual eu o pesquisador é construído na interação com a equipe de saúde. Parte desta construção passa pelo embaraço de ter subvertida a estratégia metodológica que ele previamente havia definido como mais adequada. Analisar a saída de Carla (bode-expiatório das resistências do grupo) ou justificá-la como referente a conflitos internos da equipe manteriam o pesquisador coeso ao plano metodológico que havia definido, reafirmariam sua adequação e portanto, negariam-lhe a possibilidade de tornar-me “outro” dentro do processo de pesquisa. Murilo e Carla estariam finalizados já no início do processo da pesquisa. A recusa a estas duas possibilidades de “defender o

método” gerou a abertura para que Carla e Murilo pudessem se transformar, e ao fazerem isso, criar condições para a construção de novos significados.

A nosso ver, o ponto central dessa construção do pesquisador não está no conteúdo da pesquisa, ou seja, no conhecimento produzido em colaboração com a equipe. Está no processo, na maneira como a pesquisa foi realizada. Pensamos que esta distinção é importante pois é relativamente comum que pesquisadores sociais entrem no campo da pesquisa com disposição em aprender em colaboração com os participantes. No entanto, esta colaboração concentra-se no conteúdo da pesquisa. Assume-se que o pesquisador, embora disposto a aprender sobre o conteúdo, tenha domínio do processo; que saiba utilizar estratégias metodológicas e analíticas na condução da pesquisa. Nesta pesquisa, o constrangimento não surgiu do desconhecimento do pesquisador em relação a algum aspecto da conteúdo da conversa do grupo. Surgiu de seu desconhecimento de como realizar aquele encontro grupal; surgiu da sugestão de que o pesquisador poderia não saber como conduzir aquela pesquisa. No entanto, foi justamente esta possibilidade de não saber que permitiu que os participantes também colaborassem na criação do processo de pesquisa.

Vale dizer que, por sugestão da equipe, o plano inicial de dois encontros grupais foi estendido para oito encontros. Colaborar neste nível ajuda a balancear a autoridade do pesquisador no campo de pesquisa e favorece o estabelecimento das condições necessárias para formas mais dialógicas de investigação. Nesta pesquisa, as condições de diálogo, conforto e colaboração que tentamos criar com as entrevistas individuais, foram ironicamente criadas pelo mesmo evento que poderia tê-las destruído.

Agradecimentos

Agradecemos ao constante apoio e reflexivas contribuições de Sheila McNamee desde as primeiras fases desta pesquisa.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Foucault M. *The history of sexuality, volume I : an introduction*. New York: Random House; 1990.
2. Louro GL. Teoria queer: uma política pós-identitária para a educação. *Revi. Estud. Fem.* 2001;9(2):124-135.
3. Gamson J. Sexualities, queer theory and qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks Calif.: Sage Publications; 2000. p. 347-365.
4. Cornelson B. Addressing the sexual health needs of gay and bisexual men in health care settings. *The Can J Hum Sex.* 1998;3(7):261-271.
5. Craft E, Mulvey K. Addressing lesbian, gay, bisexual and transgender issues from the inside: one federal agency's approach. *Am J Public Health.* 2001;91(6):889-891.
6. Hinchliff S, Gott M, Galena E. I daresay I might find it embarrassing: general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health Soc Care Comm.* 2005;13(4):345-353.
7. Hunter J, Cohall A, Mallon G, Moyer M, Riddel Jr. J. Health care delivery and public health related to LGBT youth and young adults. In: Shankle MD, editor. *The handbook of LGBT public health: a practitioner's guide to service*. Binghamton: Haworth Press; 2006. p. 221-245.
8. James T, Platzer H. Ethical considerations in qualitative research with vulnerable groups: exploring lesbians' and gay men's experiences on health care - a personal perspective. *Nurs Ethics.* 1999;6(1):73-81.
9. Neville S, Henrickson M. Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services. *J Adv Nurs.* 2006;55(4):407-415.
10. Klitzman R, Greenberg J. Patterns of communication between gay and lesbian patients and their health care providers. *J Homosexual.* 2002;42(4):56-75.
11. Robertson A. The mental health experiences of gay men: a research study exploring gay men's health needs. *J Psychiatr Ment Hlt.* 1998;5:33-40.
12. Lucksted A. Lesbian, gay, bisexual and transgender people receiving services in the public mental health system: raising issues. *J Gay Lesb Psychother.* 2004;8(3/4):25-42.
13. Terto-Junior V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de hiv/aids. *Horiz antropol* 2002;17:147-158.
14. Burr V. *An Introduction to Social Constructionism*. New York: Routledge; 1995.
15. Gergen K. *An invitation to social construction*. 2nd ed. Los Angeles: Sage Publications; 2009.
16. Kuhn T. *The structure of scientific revolutions*. 3rd ed. Chicago: The University of Chicago Press; 1962.
17. Shotter J, Gergen K. *Social Construction: Knowledge, Self, Others and continuing the conversation*. In: Deetz S, (ed). *Communication Yearbook/17*. California: Sage; 1994. p. 3-33.
18. Steward J, Zediker K. Dialogue as tensional, ethical practice. *Southern Comm J.* 2002;65(2/3):224-242.
19. Christians C. Ethics and Politics in Qualitative Research. In: Denzin NK, Lincoln YS, (eds). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks Calif.: Sage; 2000. p. 133-154.
20. Fine M, Weis L, Wesen S, Wong L. For Whom? Qualitative Research, Representations, and Social Responsibilities. In: Denzin NK, Lincoln YS, (eds). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks Calif.: Sage; 2000. p. 107-130.
21. Bakhtin MM. *Problems of Dostoevsky's Poetics*. University of Minnesota Press; 1984.
22. Frank AW. What is dialogical research, and why should we do it? *Qual Health Res.* 2005 Sep;15(7):964-974.