



## Pesquisa Teoria e Metodologia

# Relações sociais entre grupos de gays e aspectos sociológicos do uso dos corpos e da saúde

*Social contacts between groups of gay and sociological aspects of the use of bodies and health*

Altair Argentino Pereira Júnior<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculdade Metropolitana de Blumenau

**Resumo:** O uso dos corpos como forma simbólica e de poder tem sido algo crescente no meio gay. A inserção social, a aceitação por parte de determinado grupo, tem estimulado mudanças comportamentais em indivíduos gays. A obtenção de um corpo ou biótipo específico, faz mudanças no meio de viver, sendo o corpo expressado como algo normativo em uma atividade societária. Frente a isto observa-se mudanças no estilo de vida, alimentação, vestimentas, comportamentos. Estes fatores devem ser observados e considerados por profissionais de saúde que prestam assistência a este público, pois a busca por procedimentos e tratamentos de saúde tem sido notável nesse meio.

**Palavras-chave:** comportamento social, problemas sociais, gênero e saúde.

**Abstract:** The use of bodies as a symbolic form and power has been something growing in the gay scene. The social inclusion, acceptance by certain group has encouraged behavioral changes in gay individuals. Obtaining a body or specific biotype, make changes in the middle of life, the body expressed being as something normative in a corporate activity. Facing this is observed changes in lifestyle, food, clothing, behavior. These factors should be observed and considered by health professionals who provide care to this public because the search for procedures and health treatments has been remarkable in that environment.

**Keywords:** social behavior. social problems. gender and health.

## 1. Introdução

As estruturas históricas da ordem masculina de dominação perpetuam até os dias atuais. De todos os modos, persistem o uso dos corpos como algo simbólico<sup>1</sup>.

A sexualidade dos corpos permanece na atualidade como algo natural, masculino e feminino, no entanto a busca incessante pela necessidade de aceitação e inclusão tem modificado o que está biologicamente definido por uma atividade performativa, constituindo corpos como se fossem roupas, buscando uma harmonia entre a identidade sexual e o corpo<sup>2</sup>.

Segundo Butler<sup>3</sup>, não existe uma identidade de gênero por trás das expressões de gênero, a identidade é performativamente constituída. Corpos podem ser construídos, e comportamentos modificados pela necessidade de inserção social a determinado grupo.

Para Minayo<sup>4</sup> deve-se pensar na práxis da saúde como uma práxis social específica. Algumas teorias sociológicas mostram profundas implicações na prática da saúde coletiva. Faz-se necessário entender os tipos ideais de papéis sociais desempenhados pelos sujeitos dentro das intrincadas redes de relações em que vivem, pois, como o mostram vários críticos sociais, entre a realidade social e o mundo biológico existem profundas diferenças qualitativas.

O campo da saúde coletiva possui um caráter multidisciplinar, ele decorre da diversidade do seus objetos e discursos em torno da saúde, sugerindo que que a saúde diz a respeito de um

corpo simbólico, regulado culturalmente e condicionado pela sociedade, que em geral é marcada por diferenças sociais<sup>5</sup>.

As condições de vida interferem e podem determinar as situações de saúde, nesse sentido o foco da saúde na reprodução social das condições de vida ultrapassa o espaço disciplinar da medicina para englobar uma epidemiologia ecológica, antropológica, sociológica, jurídica, econômica e ambientalista<sup>6</sup>.

Para Marsiglia<sup>5</sup>, as discussões sobre diversidade, desigualdades de gênero, etnias, exclusão e discriminação de determinados grupos sociais apareceu posteriormente nas discussões do campo, já em meados dos anos 80. A autora relata que a vivência da saúde e da doença produz efeitos e traz consequências tanto para o corpo quanto para o imaginário; por isso, os profissionais de saúde devem considerar os valores, atitudes e crenças das pessoas, ampliando suas bases conceituais e permitindo uma abordagem mais abrangente dos fenômenos com que lidam.

Entre diferentes fenômenos tem-se a cultura contemporânea cria vários dispositivos para a correção e transformação do corpo, como uma imensa empresa de normalização, viabiliza a mudança de hábitos e estilos de vida para parâmetros considerados normais e saudáveis, e investe nos instrumentos, nos desempenhos corporais sob a aposta da constituição de subjetividades reguladas, esboçando de outro lado, uma repulsa cada vez maior sobre aqueles que ousam experimentar a corporalidade fora das medidas regulamentadas pelo poder disciplinar<sup>7</sup>.

Existe uma escassez de estudos quando se considera os aspectos sociais adotados por grupos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e as práticas de saúde por diferentes profissionais de saúde. No entanto são estas condições sociais adotadas para se fazer ser aceito em determinado grupo?

Não foram encontrados estudos que possam apontar uma relação entre estes grupos, quando levado em consideração as mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. O que nos faz pensar, será que as condições de saúde e os aspectos sociais deste grupo têm sido levado em consideração no processo saúde/doença?

Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença<sup>8</sup>.

Existe interferência dos aspectos sociais adotados por gays nas suas condições de saúde? Estes aspectos são considerados durante a assistência prestada por profissionais de saúde?

Como objetivo tem-se de investigar a interferência dos aspectos sociais adotados por gays nas suas condições de saúde.

## **2. Corpo como símbolo social**

Para Foucault<sup>9</sup>, O corpo não escapa à história, e nem se constitui apenas em decorrência da lei fisiológica, cria resistências em relação às injunções biológicas, culturais ou políticas que definem medidas normais.

No corpo incidem as estratégias de poder, tornando-o objeto dos investimentos sociais que dão passagem à produção das diferenças, espelhadas na contemporaneidade através da valorização dos símbolos da saúde, da beleza, da felicidade e da qualidade de vida, confundidos com os modelos físicos que fazem o espetáculo efêmero do corpo, modelos esses que servem para definir as exigências disciplinares de auto condução cotidiana dentro dos parâmetros normativos<sup>10</sup>.

Os novos critérios da condução da vida elegem o cuidado com o corpo, o meio em que se sobrevive, o sentir-se bem, aceito, e incluído no grupo pertencente, faz-se tornar algo superior as questões de saúde que devem ser seguidas, ou que foram orientadas pelos profissionais de saúde. Conforme Foucault<sup>9</sup>, o corpo sob a apreciação do saber técnico-científico é submetido a

variados exames e no recorte de suas superfícies se determina a face da pessoa, seus hábitos e aptidões sociais.

Segundo Foucault<sup>11</sup> o corpo é moldado, ganha forma, na sua relação com os mecanismos de poder, presente nos discursos e práticas sociais, constituindo subjetividades em relação e em função deste corpo, ou sendo uma realidade bio-política, onde se inicia o controle social, "o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo.

O sujeito contemporâneo necessita estar dentro de um ideal, o culto ao corpo não se dá somente por razões de saúde, de envelhecer de maneira saudável, mas por questões sociais, que implicam na aceitação do meio em que vivem<sup>12</sup>.

Para que o corpo seja passível de exposição, ele precisa passar integralmente por um processo de investimento pelo biopoder, que não apenas produz os corpos, mas que, sobretudo, os faz circular e mover dentro da "paisagem biopolítica". A sexualidade dos indivíduos está subordinada, na biossociabilidade, às práticas corporais que instituem novas patologias e novas anormalidades<sup>13</sup>.

"A questão da emergência do corpo como objeto de discurso coloca um problema familiar aqueles que se consagram ao estudo histórico dos saberes"<sup>14</sup>. A aparição do corpo no campo da história, esteve ligado às ciências humanas. Voltando a questão da semiologia histórica o corpo, estava relacionado ao rosto, expressões faciais, o corpus fisiognomias. Já no desenvolvimento da história do corpo, pode-se consagrar as deformidades corporais, ou os sinais teratológicos carregados pelo corpo<sup>14</sup>.

Vivemos em um momento onde para a aceitação em determinados grupos sociais o corpo passou a ser um emblema, e determinadas estruturas que são construídas pela atividade social de entendimento, acabam funcionando com um acordo tácito entre o grupo de gays, que para sua inserção e aceitação se impõe uma moldagem do corpo. Nesse sentido pode-se recorrer o poder joga com o prazer na produção de técnicas e gerenciamento do corpo, as relações de poder se inscrevem no corpo de homens e marcam diferentes comportamentos sociais<sup>15</sup>.

### 3. A saúde como questão social

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado garantir condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, assim como, assegurar às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social<sup>16</sup>.

Portanto, como campo de saber específico, a saúde coletiva acontece tanto ao nível do discurso científico como das práticas sociais. Essa abordagem complexa da saúde parte da compreensão do ser humano como simultaneamente biológico, social, cultural e simbólico<sup>6</sup>.

Observam-se assim, uma relação entre a saúde das pessoas, condições de vida e ambiente em que vivem. Essa relação deve ser considerada pelo profissional de saúde ao prestar assistência ao indivíduo doente, no entanto, a formação do profissional de saúde deve ser está voltada para considerar não só as causas biológicas da doença, mas também as causas sociais, o meio em que vive, hábitos de vida, grupos e costumes<sup>17</sup>.

Recorrendo a Buss e Pellegrini Filho<sup>18</sup>, tem-se a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Inserida na Constituição da OMS, no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença.

Historicamente a saúde tem majoritariamente valorizado, compreendido e organizado suas práticas pelas lentes do paradigma científico e de outros sistemas correlacionados de pensamento e organização da realidade, como a racionalidade médica e as práticas tradicionais de gestão, obstaculizando acentuadamente os modos contra-hegemônicos de pensar e de fazer<sup>19</sup>.

A saúde coletiva surgiu como inovação no campo científico por considerar os determinantes sociais e ambientais do processo saúde/doença e entender que o diagnóstico e a terapêutica dependem, grandemente, do contexto sócio-cultural. Os fenômenos biológicos e

sociais apresentam número incalculável de interações e inter-retroações, numa fabulosa mistura impossível de ser calculada, pois o fracionamento disciplinar mostra-se reducionista e falseando a realidade humana<sup>6</sup>.

Sendo assim, o diagnóstico clínico a identificação de uma entidade nosológica (doença), não é um processo estático, sendo permeado de componentes variados da pessoa quando enferma (aspectos emocionais, sociais e situacionais) (PORTO e PORTO, 2013).

Já a anamnese é esmiuçada e é feito um exame físico meticuloso na presunção de que a narrativa forneça pistas e elementos para que a doença em questão seja identificada e corroborada por este exame físico detalhado e sistematizado. É preciso lembrar que, neste processo, o "entorno" do problema principal é de grande valia: aspectos sociais (ambiente familiar, ambiente de trabalho), familiares (relações, conflitos), escala de valores e crenças<sup>20</sup>.

É cada vez mais frequente a presença de profissionais muito jovens, às vezes ainda inexperientes, nos cursos da área da saúde, aptos intelectualmente, mas ainda sem experiência específica do ponto de vista psicossocial<sup>21</sup>.

Lembrando que quanto mais saber se produz sobre a vida, mais poder se tem sobre os corpos das pessoas. O que Foucault<sup>22</sup>, chamou de Biopolítica, isto é, biopoderes localizados, exercidos sobre a vida, que se aliam ao poder disciplinar e o saber da medicina. O poder longe de impedir o saber, o produz. É a partir de um poder sobre o corpo que foi possível um saber fisiológico e orgânico.

No entanto, deve-se compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença<sup>8</sup>.

Lembrando que o direito à saúde compõe os direitos sociais e, para sua concretização, a Constituição dedicou à saúde um desenho bem arquitetado ao integrá-la ao Sistema de Seguridade Social. Dessa forma, o desenvolvimento social passa a ser considerado como condição imprescindível para a conquista da saúde<sup>24</sup>.

#### 4. Atenção à saúde de LGBT

A Política Nacional de Saúde LGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde<sup>8</sup>.

O reconhecimento da complexidade da saúde de LGBT exigiu que o movimento social buscasse amparo com outras áreas do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas em saúde dando à Política um caráter transversal que engloba todas as áreas do Ministério da Saúde, como as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado<sup>8</sup>.

O direito à saúde no Brasil é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantido na Constituição de 1988. No texto constitucional a saúde é entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico sanitária. Nesta concepção, saúde é decorrente do acesso das pessoas e coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais<sup>25</sup>.

Desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde<sup>25</sup>, realizada em 2003, o tema dos direitos LGBT vinha sendo pautado pelo SUS e, em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a orientação sexual e a identidade de gênero são incluídas na análise da determinação social da saúde.

Além disso, especificamente no que se refere aos direitos LGBT, em 2004 foi instituído o **"Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual"**. Esse programa constituiu-se de amplas recomendações aos distintos setores do governo, no intuito de assegurar políticas, programas e ações contra a

discriminação e que, sobretudo, promovam equidade de acesso a ações qualificadas aos serviços públicos<sup>25</sup>.

O ministério da saúde publicou a carta dos Direitos dos Usuários da Saúde<sup>26</sup> na perspectiva de difundir os direitos das pessoas e das populações em relação à saúde, que explicita os direitos e deveres dos usuários contidos na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa ferramenta, que buscou contemplar as especificidades dos diversos grupos sociais, está disponível a toda a população e possibilita a discussão qualificada em torno do direito à saúde.

A Política LGBT é uma iniciativa para a construção de mais equidade no SUS. O compromisso do Ministério da Saúde com a redução das desigualdades constitui uma das bases do Programa Mais Saúde – Direito de Todos –, lançado em 2008 e que visa à reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade. Esse Programa, espelhando essa política, apresenta metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com destaques para grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros<sup>27</sup>.

A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais<sup>8</sup>.

Esta Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Por isso, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular<sup>8</sup>.

## 5. Considerações Finais

Ao longo dos séculos e na atualidade, o uso dos corpos como aspecto social de poder e aceitação em determinado meio têm sido algo notável. A forte influência da mídia, e os padrões de beleza induzem a busca por um corpo simbólico, que pode estar acima das questões de saúde para ser conquistado.

Nesse ponto prevalece o prazer da inserção e aceitação em determinado grupo social, algo muito comum nas relações sociais estabelecidas entre gays, que ainda necessita ser observado e considerado na assistência à saúde desta população.

## 6. Referências Bibliográficas

1. Rodrigues ME. Nascimento GBE. Nonato EMN. A dominação masculina e a violência simbólica contra a mulher no discurso religioso. *Identidade*. 2015; 20(1): 78-97.
2. Mello RP. Corpos, heteronormatividade e performances híbridas. *Psicologia e sociedade*. 2012; 24(1): 197-207.
3. Butler J. *Problemas de Gênero - Feminismo e Subversão da Identidade* - Col. Sujeito & História, 8ª Ed. 2015.
4. Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6(1): 7-19.
5. Marsiglia RMG. Temas Emergentes em Ciências Sociais e Saúde Pública/Coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. *Saúde Soc. São Paulo*. 2013; 22 (1): 32-43.
6. Junges JR. Zozoli ELCP. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(4): 1049-1060.
7. Souza LAF. Sabatine TT. Magalhães BR. Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito / organizadores. – Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF. Ministério da Saúde; 2013.
9. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 31aed. Petrópolis: Vozes, 2006.

10. Magalhães BR. Sabatine TT. A saúde como estilo e o corpo como objeto de intervenção. In: Souza LAF. Sabatine TT. Magalhães BR. Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito / organizadores. – Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.
11. Foucault M. Microfísica do Poder. Edições Graal, 13ªed. 1998.
12. Correa GFP. Corpo e sexualidade na contemporaneidade. Anais III Simpósio internacional de educação sexual. Maringá – PR, 2013. ISSN 2236-1995.
13. Zago LF. “Caça aos homens disponíveis”: corpo, gênero e sexualidade na biossociabilidade gay online. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana. 2013; 13: 83-98.
14. Courtine JJ. Decifrar o corpo: pensar como Foucault. Petrópolis: Vozes, 2013.
15. Sierra JC. Corpo, sexualidade e poder: a homossexualidade na mídia e as biopolíticas de prevenção contra a AIDS. Textura. 2013; 28: 111-128.
16. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 14 mar. 2016.
17. Oliveira MJL. Espírito Santo E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. Caderno Saúde e Desenvolvimento. 2013; 2(2): 7-24.
18. Buss PM. Pellegrini Filho A. Determinantes Sociais da Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2007; 17(1):77-93.
19. Matias MCS. Verdi MIM, Finkler M. A dimensão ético-política da humanização e a formação de apoiadores institucionais. Trab. educ. saúde. 2016; 14(1): 55-75.
20. Porto CC. Porto AL. Semiologia Médica. 7ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
21. Sousa-Muñoz RL. Silva IBA. Maroja JLS. Experiência do Estudante de Semiologia Médica em Aulas Práticas com o Paciente à Beira do Leito. Revista Brasileira de Educação Médica. 2011; 35(3): 376-381.
22. Foucault M. Nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins fontes, 2008.
23. Guizardi FL. (Org.) Políticas de Participação e Saúde/ Organização de Francini L. Guizardi; Grasielle Nespoli; Maria Luiza Silva Cunha; Felipe Machado e Márcia Lopes. - Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária - UFPE, 2014.
24. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200, 1988.
25. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Portaria nº 675/GM/2006. Revogada pela Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 2006.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011. 2. ed. Brasília, 2008.

---

Artigo Recebido: 05.06.2016

Aprovado para publicação: 15.09.2016

**Altair Argentino Pereira Júnior**

Faculdade Metropolitana de Blumenau  
Rua Dr. Pedro Zimmermann, 385 - Salto Norte  
CEP: 89065-000 Blumenau, SC – Brasil  
Email: [junior-alt@hotmail.com](mailto:junior-alt@hotmail.com)

---