

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

ANNE RAFAELE TELMIRA SANTOS

**A Atenção Básica à Saúde *no truque*: o encontro das travestis e as agentes comunitárias
de saúde no bairro Rio Branco em Belo Horizonte**

Belo Horizonte, MG

2015

150
S237a
2015

Santos, Anne Rafaela Telmira

A atenção básica à saúde no truque [manuscrito] : o encontro das travestis e as agentes comunitárias de saúde no bairro Rio Branco em Belo Horizonte [manuscrito] / Anne Rafaela Telmira Santos. - 2015.

131 f.

Orientador: Marco Aurélio Máximo Prado.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Saúde - Teses. 3. Travestis - Teses. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Teses. I. Prado, Marco Aurélio Máximo. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

ANNE RAFAELE TELMIRA SANTOS

A Atenção Básica à Saúde *no truque*: o encontro das travestis e as agentes comunitárias de saúde no bairro Rio Branco em Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Linha de Pesquisa: Política, Participação Social e Processos de Identificação.

Orientador: Prof^o. Dr^o Marco Aurélio Máximo Prado

Belo Horizonte, MG

2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



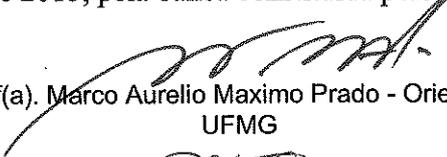
FOLHA DE APROVAÇÃO

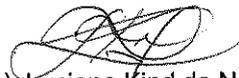
A Atenção Básica à Saúde no truque: o encontro das travestis e as agentes comunitárias de saúde no bairro Rio Branco em Belo Horizonte

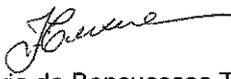
ANNE RAFAELE TELMIRA SANTOS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Política, Participação Social e Processos de Identificação.

Aprovada em 29 de junho de 2015, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Marco Aurelio Maximo Prado - Orientador
UFMG


Prof(a). Luciana Kind do Nascimento
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais


Prof(a). Flavia do Bonsucesso Teixeira
UFU

Belo Horizonte, 29 de junho de 2015.

Dedico a todas as travestis e agentes comunitárias de saúde que prezam pelos encontros

AGRADECIMENTOS

O findar deste trabalho representa a concretude de um desejo compartilhado e um sonho realizado. Há muitas pessoas a agradecer, pois a trilha até aqui não foi fácil. Muita gente auxiliou no fazer desta pesquisa e não tem espaço suficiente para agradecê-las porque sei que os laços e conhecimentos construídos ao longo do mestrado me fizeram crescer de uma forma inexplicável.

Agradeço ao prof^o Marco Aurélio, pela oportunidade de ter trabalhado ao seu lado, o acolhimento, disponibilidade, amizade, orientação e exemplo profissional.

À Cris Borges, Fátima Borges, Valéria Oliveira, Maria do Carmo e Patrícia Vieira por terem sido as primeiras a oferecer um lar, conforto, amor e amizade nas terras mineiras. Não posso me esquecer do meu querido gatinho despertador, Milo, por ter ensinado a disciplina do mundo felino.

Aos meus pais, Sirleide e Hercílio que fizeram esse sonho se tornar possível. Dentre tantos percalços do caminho, sempre me incentivaram a denunciar as desigualdades e a acreditar que o mundo um dia pode ser melhor.

Ao meu irmão Everton Hercílio e a minha irmã Sandiherlem, por ter me ensinado a partilhar, respeitar e caminhar comigo nas mais lindas aventuras da vida. Agradeço por não me deixar desistir quando as dificuldades e o cansaço me abatiam.

Ao meu companheiro Rodrigo Procópio, agradeço por arquitetar a vida junto comigo e me motivar a seguir tudo que eu acredito. Mesmo à distância facilitou esta jornada com beijos e carinhos em meu coração.

A todos os meus familiares, primas/os, tias/os, avôs, avós (*in memoriam*), afilhados (os) por transmitirem otimismo transmitido, apoio e proteção. Não citarei nomes porque não quero esquecer de ninguém!

À todos os professores e professoras que participaram de diversas formas na construção da pesquisa durante o percurso de mestrado. Em especial, prof^o Cornelis Van Stralen, prof^a Cláudia Mayorga, prof^a Luciana Kind e prof^a. Flávia Texeira,

Ao Pedro Nascimento, Jarissa Porto, Rayssa Martins, Nádia Meinerz e Ariana Cavalcante, sem vocês eu não teria descoberto o mundo da pesquisa e que nele há muito mais que tabelas, prazos e resultados, laços de amor e amizade podem ser amarrados. Agradeço pelos incentivos de sempre.

Agradeço às minhas amigas e companheiras de mestrado, Ana Beraldo, Thalita Rodrigues, Igor Ramón e Bárbara Golçalves. Vocês colocaram leveza na minha vida durante todo o processo, inclusive com os sucos calóricos de laranja com açaí e as tantas bananas fritas do fim da tarde...

À galera linda e acolhedora do Nuh que preencheram os meus dias com amizade, aprendizado e ternura.

Às minhas companheiras de pesquisa e delícias da minha vida, Karina Géa, Lorena Oliveira, Rafaela Vasconcelos, Nicole Gonçalves, Júlia Carneiro e Olívia Paixão. As longas conversas, campos, debates, viagens e madrugadas com vocês me fizeram ver a vida de um modo diferente.

À Anyky Lima, Amanda Rodrigues, Carla Silva, Indianara Siqueira, Keyla Simpson e Ágatha Lima por me acolherem em suas vidas de militância e lutam por uma vida possível. Agradeço por desvelar o que seria saúde para as travestis.

Às minhas irmãs mineiras, que dividiram os perrengues mais doces da minha vida em Minas. Liliane Anderson, me acolheu antes mesmo de me conhecer, te agradeço pelas inúmeras reflexões sobre a vida e apoio constante. A Luciana Souza, agradeço por preencher o meu vazio nas várias madrugadas e por ter me orientado nos momentos mais difíceis.

Aos funcionários da secretaria de Pós-graduação, Flávia e Fabrício pela disponibilidade e gentileza.

À todas as travestis e agentes comunitárias de saúde que aceitaram participar da pesquisa. Sem vocês, esta dissertação não seria possível.

À todas vocês o meu muito obrigada!

O que faz mais mal?

Me disseram que fumar faz mal causa câncer, etc e como tinha a opção em parar parei e ainda tenho leis que me protegem a estar em lugares fechados sem fumaça de cigarros. Em lugares onde fumam, posso decidir ficar ou partir.

Me disseram que se eu me viciasse em bebidas alcoólicas eu poderia ter cirrose e morrer, também decidi moderar e não beber todos os dias.

Me disseram que as drogas ilícitas eram ruins e poderia me viciar e perdendo o controle ir parar atrás das grades das prisões ou morrer de overdose, então não usei as ilícitas.

Me advertiram sobre muitas coisas que são ruins nessa vida e me ensinaram que tudo isso poderia me fazer mal e até matar, então eu não deveria me aproximar.

Eu deveria me manter sempre longe dessas coisas.

Desde de criança que fazem advertências sobre várias coisas, mas ninguém nunca me advertiu sobre uma e a mais perigosa: O ser humano.

O que faz mais mal?

Sempre me ensinaram a amar o próximo, sempre me ensinaram o que eu não deveria fazer de ruim ao próximo. Mas nunca me advertiram o quanto o próximo poderia ser ruim e me fazer mal. Nunca me advertiram que entre todos os animais o mais perigoso é justamente aquela raça ao qual eu pertença. Isso eu aprendi na prática.

Por ser travesti sei o quão pernicioso pode ser o humano.

Fui ensinada que deveria respeitar os seres-humanos, fui ensinada a amá-los, fui ensinada que deveria viver com eles em comunidade, fui ensinada a não violentá-los em seus direitos.

Mas fui ensinada também que existem seres humanos que não merecem respeito, que podem ser violados em seus direitos que ninguém será por eles, é aí que eu me encaixo, com esses seres humanos despidos de toda a sua humanidade, como se fossem seres abjetos.

Então posso parar de fumar, beber, usar drogas ilícitas e evitar várias coisas que fazem mal a saúde. Mas não posso deixar de conviver com humanos, apesar de todo o mal que me fazem e sei que um dia isso pode vir a ser fatal.

Para mim ainda vale a pena tentar salvá-los de seu próprio mal.

Ainda resta esperanças de um mundo melhor.

Indianara Alves Siqueira

(Representante da RedTRans Brasil na região sudeste e Presidente do Grupo TransRevolução do Rio De Janeiro).

RESUMO

O presente trabalho versa sobre a entrada e as vivências na atenção básica à saúde (ABS) das travestis residentes do bairro Rio Branco na cidade de Belo Horizonte. A produção do cuidado em saúde em torno desse nível de atenção é apresentada através da relação das agentes comunitárias de saúde (ACSs) e as travestis, destacando os encontros inerentes ao trabalho dessas profissionais de saúde nas visitas domiciliares às últimas. O objetivo geral desta pesquisa é a compreensão da universalidade de acesso das travestis ao SUS a partir da ABS, recortado através dos encontros e expectativas entre as travestis e as ACSs. O instrumento metodológico utilizado foi entrevista semiestruturada, seguindo um roteiro acerca da compreensão das relações com os serviços da ABS, acesso à saúde através deste nível de atenção e a relação entre as travestis e ACSs residentes/profissionais do bairro. A pesquisa teve três entrevistadas travestis e três ACSs residentes do bairro Rio Branco. Os dados foram compreendidos por categorias temáticas através da análise de conteúdo. Os resultados desses encontros identificaram as dificuldades e possibilidades de acesso à ABS pelas travestis, demonstrando que ao colocar os instrumentos inerentes ao seu trabalho como a escuta e o acolhimento às travestis, as ACSs fortalecem vínculos capazes de possibilitar a entrada no Sistema Único de Saúde brasileiro a partir da Unidade Básica de Saúde do bairro Rio Branco. No entanto, a superação do modelo hegemônico médico centrado, pautado pela ABS, ainda precisa ser superado nos encontros intermediados pelas agentes, pois os cadastros, ainda que façam parte do trabalho em saúde, e consultas ainda prevalecem como o cerne destas profissionais responsáveis pela intermediação dos saberes científicos e populares na comunidade. As travestis, ao serem marginalizadas em diversos âmbitos da sociedade, indicam que a atuação dessas profissionais possibilita o acesso aos serviços públicos de saúde, mas ainda é necessário a construção de estratégias mais eficazes e o reconhecimento da identidade de gênero como um dos múltiplos processos dos determinantes e condicionantes das condições de saúde.

Palavras-chave: Travestis; Sistema Único de Saúde; Agente Comunitário de Saúde; Atenção Básica de Saúde; Universalidade.

ABSTRACT

The present work is about the entrance and the experiences in the basic health care (ABS) of travestis residents of the Rio Branco neighborhood in the city of Belo Horizonte. The production of health care around this level of attention is presented through the relationship of community health agents (ACSs) and transvestites, highlighting the meetings inherent to the work of these health professionals in home visits to the latter. The general objective of this research is to understand the universality of travestis access to SUS from the ABS, cut through the encounters and expectations between the transvestites and the ACSs. The methodological tool used was a semi-structured interview, following a script about the understanding of the relations with ABS services, access to health through this level of attention and the relationship between transvestites and resident / professional ACSs in the neighborhood. The survey had three transvestite interviewees and three resident ACSs from the Rio Branco neighborhood. The data were comprised of thematic categories through content analysis. The results of these meetings identified the difficulties and possibilities of access to ABS by transvestites, demonstrating that by placing the instruments inherent in their work as listening and receiving travestis, the ACSs strengthen ties capable of enabling entry into the Brazilian Unified Health System from the Basic Health Unit of the Rio Branco neighborhood. However, the overcoming of the centralized medical hegemonic model, guided by ABS, still needs to be overcome in the meetings brokered by the agents, since the registrations, although they are part of health work, and consultations still prevail as the core of these professionals responsible for intermediation of scientific and popular knowledge in the community. Travestis, when they are marginalized in different spheres of society, indicate that the performance of these professionals allows access to public health services, but it is still necessary to construct more effective strategies and the recognition of gender identity as one of the multiple processes of the Determinants and conditions of health conditions.

Keywords: Transsexual; Health Unic System; Community Health Agent; Basic Health Care; Universality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABS** – Atenção Básica à saúde
- ACS** – Agente(s) Comunitária(s) de Saúde
- APS** – Atenção Primária à Saúde
- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CAP** – Caixas de Aposentadoria e Pensões
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- DTS** – Doença Sexualmente Transmissível
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- IAPs** – Institutos de Aposentadoria e Pensão
- INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- INSS** – Instituto Nacional de Seguro Social (INSS)
- LGBT** – Lésbica, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
- MS** – Ministério da Saúde
- NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NOB** – Norma Operacional Básica
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PEC** – Programa de Educação Continuada
- PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica
- PNACS** – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
- PNH** – Política Nacional de Humanização
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- PTS** – Processo Transexualizador do SUS
- RBS** – Reforma Sanitária Brasileira
- SF** – Saúde da Família
- SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- VD** – Visita(s) domiciliar(es)
- UBS** – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação	15
1.1. Justificativa da pesquisa e suas expectativas	22
1.2. O campo de pesquisa na cidade de Belo Horizonte	31
1.3 Sobre as travestis e o bairro Rio Branco	32
1.4. Descrição do Centro de Saúde Visconde do Rio Branco	36
1.4.1. O Contexto da UBS no bairro	37
1.4.2. O acesso e a acessibilidade	38
1.5. A escolha dos documentos na pesquisa	39
1.6. Procedimentos das entrevistas	40
1.6.1. As travestis e ACSs participantes	43
1.6.2. TCLE	45
1.7. Análise dos dados	45
2. A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	47
2.1. A Saúde pública no Brasil: Reflexões a partir de uma perspectiva histórica do SUS	47
2.2. Caracterização do SUS e o desafio da universalização da saúde	53
2.3. Contextualização histórica da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil	57
2.4. A Estratégia de Atenção Básica à Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF)	62
2.4.1 A Estratégia de Saúde da Família (ESF)	63
2.4.2 A importância da ABS no Brasil e suas implicações políticas no SUS	65
2.5 Uma breve contextualização da Atenção Básica à Saúde na cidade de Belo Horizonte	66
3. AS AGENTES COMUNITÁRIAS E AS TRAVESTIS NA SAÚDE	69
3.1. As Agentes Comunitárias de Saúde e seu histórico no Brasil	69

3.2. A relevância do trabalho das ACSs para a ABS/ESF	74
3.2.1. Como atuam as ACSs.....	77
3.2.2 Formação profissional e recursos financeiros das ACSs na UBS-BH.....	80
3.2.3. Sobre a inserção das ACSs na Equipe de Saúde da Família	83
3.3 Quem são as travestis para as ACSs em BH?	86
3.4. Os impasses dos cadastros e a produção dos vínculos entre as ACSs e as travestis: O que dizer sobre essa tal visita domiciliar?	88
3.5. A visão de família para as ACSs e as travestis.....	93
4. AS TRAVESTIS E A RELAÇÃO ENTRE ABERTA COM AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE.....	98
4.1. As travestis no Brasil e a Identidade de gênero.....	98
4.2. Os documentos internacionais e nacionais sobre saúde e travestilidade.....	103
4.2.1 A Política Nacional de Saúde Integral LGBT do SUS.	111
4.2.2 O Cartão Nacional do SUS e o uso do Nome Social das travestis na ABS	114
4.3 “ <i>Umás meninas boazinhas que visitam a gente</i> ” Quem são as ACSs para as travestis em BH?	117
4.4 Os itinerários terapêuticos das travestis: “Elas adoram a farmácia”	120
4.5 Sobre a Unidade Básica de Saúde: “O posto é uó... Não, ele é o z, uó só no truque, Deus me livre!”	125
4.6 As contradições entre o que é preconizado no escrito e as práticas das ACSs: Os cuidados ambulatoriais na atenção básica à saúde – Que integralidade é essa?	129
As contradições entre o escrito e a prática nas ações das ACSs reafirmam a urgência de repensar as lacunas na produção de saúde e a reorientação do modelo assistencial da ABS.	129
Considerações finais.....	135

Apresentação

As travestis representam uma parcela da população que tem seus direitos básicos negligenciados em vários setores da sociedade, como educação, moradia, segurança pública e acesso à saúde. Esta última surge como o ponto nodal dentre os citados, pois se refere a um leque de vieses que sustentam o significado de saúde neste texto.

O interesse pela temática surgiu a partir da minha inquietação em relação aos vários tipos de violências direcionados às pessoas trans, apenas por quererem ser e existir de uma maneira não aceitável pela maioria das pessoas.¹ *A priori*, meu olhar foi orientado através de filmes com histórias de pessoas que sofriam por não poderem ser quem elas gostariam, porque subverteram de algum modo a ordem compulsória do sistema sexo-gênero-desejo-práticas sexuais (Butler, 2010a).

Um exemplo que destaco é o filme *Transamérica* (2005), que narra a história de Bree, uma transexual feminina que busca na cirurgia de redesignação sexual a coerência da ordem compulsória. No entanto, seu plano sofre uma ruptura ao descobrir a existência de um filho adolescente. Assim, começa o imbróglgio dos desejos de Bree, a impossibilidade de continuar o processo da cirurgia de redesignação sexual porque a ordem compulsória a impede de “ser pai” em outro corpo. A contextualização desse filme se dá nos Estados Unidos nos anos 2000. Apesar do desenrolar da história não acontecer no Brasil, alguns trabalhos analisaram histórias de buscas semelhantes à de Bree no âmbito nacional, pautando nos discursos da patologização das vivências trans. (Zambrano, 2003; Bento, 2006; Teixeira, 2013).

A medicalização sobre esses corpos atua diretamente em como as pessoas trans circulam nos espaços sociais. Além disso, os discursos pautados na biomedicina (Camargo Jr., 2005) implicam na produção de políticas públicas destinadas a essas pessoas, iniciados pelo governo a partir da luta contra a AIDS (Carrara, 2013). A emergência da mídia sobre as pessoas trans também foi outro ponto que me chamou a atenção, pois alguns noticiários se

¹ Coloco pessoas trans como aquelas(es) que se autoidentificam como travestis, transexuais ou transgêneros. Embora, este último termo seja pouco utilizado no cenário brasileiro, há pessoas que se identificam enquanto tal.

referiam a elas no masculino, veiculando reportagens constantes sobre assassinatos de travestis de cunho altamente violentos. Aqui, um nó se faz. Travesti ou transexual? As reportagens com violências, as quais eu lia sempre se referiam às travestis mortas com crueldade e quando remetidas às transexuais, geralmente, eram de caráter voltado a um “tratamento” possível através dos recursos cirúrgicos da cirurgia.² Isto me chamou a atenção e fui pesquisar, na graduação, sobre como as verdades médicas influenciavam nessas vivências. Assim, pude correlacionar as nomenclaturas em torno das diferenciações feitas a partir das verdades médicas.

Nem todas poderiam ser consideradas transexuais, apenas aquelas que desejassem recorrer à cirurgia de redesignação sexual e passassem por uma bateria de procedimentos e terapêuticas psicoclínicas poderiam ser nomeadas enquanto tal, na visão biomédica ainda vigente. Às demais pessoas trans eram relegados *status* depreciativos pelos discursos médicos, que de forma geral não consideram as travestis como pessoas com legitimidade para os programas públicos de saúde, como o Processo Transexualizador do SUS (Teixeira, 2013).

Apesar de o governo ter realizado algumas políticas mais abrangentes para o público LGBT, incluindo as travestis, como o *Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da cidadania Homossexual* em 2004 pelo Ministério da Saúde (Carrara, 2013), ainda é necessário mais empenho dos órgãos públicos para a diminuição das violências contra essas pessoas.

As travestis ainda são as pessoas que mais sofrem violência no contexto da população LGBT. No Brasil, de acordo com o relatório da ONG internacional *Transgender Europe*, teve 486 mortes de pessoas trans entre janeiro de 2008 e abril de 2013 e segundo o

² A cirurgia de redesignação sexual, como é denominada pela medicina, é garantida às transexuais femininas e foi aprovada em 1997 pelo CFM (Conselho Federal de Medicina), na resolução nº 1482/97. Em 2002, foi reformulada e passou a ser substituída pela resolução n.º 1652/2002. Em 2008, entra em vigor a fim de regulamentar os procedimentos e as diretrizes no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador (PTS) pela Portaria nº 1.707, de 18 de agosto. Ainda no mesmo ano, o Ministério da Saúde lança a partir da Secretaria de Atenção à Saúde a Portaria de nº 457 de 19 de agosto, em que é descrita a regulamentação e atribuições no que tange o Processo Transexualizador do SUS. No ano de 2013, foi lançada pelo Ministério da Saúde a portaria nº 859, a qual atualizava a portaria nº 457. Nesta, as travestis, pela primeira vez, foram inseridas em procedimentos garantidos àquelas ditas como transexuais femininas. Alguns procedimentos foram inseridos no PTS como a hormonoterapia com estrógeno e a redução do pomo de adão. No entanto, a portaria foi vetada em menos de 24 horas pelo Ministério da Saúde e mais uma vez as demandas travestis são excluídas do cenário da saúde, ainda que inseridas em um viés patológico. No entanto, no dia 19 de novembro o do mesmo ano foi lançada a ampliação e redefinição do PTS com a portaria nº 2.803, colocando as travestis, pela primeira vez, no cenário do PTS.

relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil, de 2012, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH), o país registrou em um ano um aumento de 166,09% de denúncias e 46,6% de violações contra o público LGBT, envolvendo 1.713 vítimas e 2.275 suspeitos (Portal Brasil, 2013). Carrara e Viana (2006), apontam que o grau de impunidade em relação aos crimes praticados contra a população das travestis é aumentado na medida em que os fatores da classe social e gênero convergem em direção para coloca-las como um grupo não merecedor de resolubilidade, favorecendo a marginalização social dessas pessoas.

A violência contra as travestis, aqui, é apontada como oriunda de vários mecanismos da sociedade. A partir das inquietações apontadas, o presente trabalho foi recortado para o determinante e condicionante no processo de adoecimento e saúde através do gênero e ações da atenção básica à saúde, partindo do trabalho das agentes comunitárias de saúde.

No campo da produção científica acerca das travestilidades, pouco se tem debatido sobre saúde, alguns estudos versam sobre temas como: As implicações nas buscas e transformação corporal das travestis (Benedetti, 2005); Uso dos instrumentos públicos ofertados às usuárias travestis e transexuais, como Políticas Públicas de Saúde referentes ao Processo Transexualizador do SUS; programas de prevenção à AIDS/DSTs; Integralidade de atenção à saúde e ações em Unidade Básica de Saúde e (Muller & Knauth, 2008; Pelúcio, 2009; Casseiro, 2010; Mocheta, 2011; Tagliamento, 2012; Teixeira, 2013; Duarte, 2014).

O presente trabalho versa sobre aquelas pessoas que auto se identificam como travestis, partindo do pressuposto de que as experiências de travestilidades são diversificadas. Ao colocarmos no plural desejamos que este intento seja contemplado não excluindo as tantas formas de se constituir como travesti e viver experiências da ordem da diversidade de gênero.

Apesar do aumento das pesquisas, ainda é necessária a ampliação de estudos em torno da temática da saúde das travestis, pois as políticas públicas de saúde ainda formam um corolário de discursos essencializantes que pouco ou nada implicam concretamente na vida dessas pessoas. Ainda é necessário intensificar os debates dos determinantes e condicionantes³ sociais de saúde (DSS), colocando o gênero em destaque.

³ Os determinantes e condicionantes sociais nos processos de saúde se referem aos variados modos de vida, valores morais, aspectos sociais, psicológicos e culturais, os quais influenciam no acesso e acessibilidade à saúde

A multiplicidade de vivências em pesquisas relacionadas ao acesso à saúde, desigualdades sociais e de gênero no campo da Antropologia e Psicologia me fez pensar sobre como a saúde pública reflete no reconhecimento de pessoas que fogem da ordem normativa de gênero, implicando diretamente no direito de ser e existir.

Há cerca de seis anos, ao longo da minha formação, venho trabalhando em pesquisas de cunho social, principalmente nos discursos sobre a saúde. Primeiramente, acompanhei o processo de implementação do Programa Territórios da Cidadania (PTC), criado em 2008 pelo governo federal, com o objetivo de reduzir a pobreza extrema junto às desigualdades sociais, incluindo a de gênero, a partir da zona rural brasileira utilizando como principais estratégias a participação social, o desenvolvimento da sustentabilidade organizada por territórios e a junção das três instâncias governamentais (municipal, estadual e federal) em prol da universalização de bens sociais básicos.

Ao longo das reuniões dos colegiados de uma determinada área rural alagoana, das discussões em grupo de estudos acerca do PTC e depois de três anos conhecendo famílias residentes em territórios rurais, vivendo em situações precárias, dentre os vários pontos que me chamavam muito atenção, havia um em especial, o qual se correlacionava diretamente com a questão econômica e com a redução das iniquidades desses territórios e que não era debatido com a frequência necessária: a relação da saúde da população com as desigualdades sociais. Apesar de o programa ter como objetivo a redução da pobreza extrema junto com as desigualdades sociais e ter alcançado alguns bons resultados, como a criação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres; O Brasil Quilombola e a Política Nacional de Povos e Comunidades Tradicionais (Butto & Bemerguy, 2014), pouco se ouvia levantar questões sobre os determinantes sociais de saúde nas implicações econômicas na área rural.

Concomitantemente à pesquisa da implementação do PTC, participei de um mapeamento acerca do subsistema de saúde indígena no Estado de Alagoas e paralelamente foram me inquietando algumas questões a partir dos estudos de gênero. Ao conhecer Andréa, travesti índia em uma das comunidades indígenas, na qual fazíamos etnografia, me deparei especificamente com a situação de transexuais e travestis no Brasil. No caso de Andréa, era residente de uma zona rural, desprovida de acesso a bens sociais básicos, tendo a prostituição

como a sua principal fonte de renda. A partir de então, me debrucei com mais afinco nas questões relativas às travestilidades e saúde, ao cruzar com a história da índia travesti, percebi que os relatos se repetiam em vários lugares, tempos e pessoas.

Como um dos produtos de minha inquietação fiz a monografia de graduação em 2012,⁴ cujo objetivo era um estudo sobre o Núcleo Interinstitucional de Assistência aos Transexuais do Estado de Alagoas (NIAT/AL) vinculado ao Hospital Universitário Alberto Antunes, fechado por várias questões, as quais não compactuavam com as demandas das transexuais⁵ entrevistadas durante a pesquisa. Ao longo da pesquisa, sinalizei várias solicitações referentes à saúde por essas pessoas e os debates na literatura existente até então eram, na maioria das vezes, relativos aos procedimentos cirúrgicos e ao processo de hormonioterapia, sendo que outras discussões raramente eram tocadas.

Simultaneamente às análises dos dados, participei de um estágio obrigatório na área da Psicologia, no qual fui alocada para atuar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com a equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um bairro próximo ao centro da cidade de Maceió. Nas discussões com a equipe ao longo do estágio, notei a fragilidade com que os profissionais relatavam as questões sobre as desigualdades sociais, principalmente a de gênero. Trabalhando com a equipe, foi destacada a relevância do papel das agentes comunitárias de saúde, as quais faziam toda a parte do vínculo entre a UBS e a comunidade. Sem elas, nosso trabalho ali não teria sido possível. A partir dessas experiências, fui me inquietando e articulando questões relacionadas à Atenção Básica à Saúde (ABS) e às experiências das travestis.

A partir da dificuldade de diálogos com as travestis na cidade de Maceió e convergindo todos os trabalhos realizados até então, tomei a decisão de continuar os estudos no campo das travestilidades e saúde em outro espaço possível de aproximação e articulação. A minha inserção em 2013 no Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos LGBT (NUH) da Universidade Federal de Minas Gerais possibilitou essa articulação com as travestis residentes na cidade. Mormente, devido a minha participação na pesquisa “Direitos e Violência na Experiência de Travestis e Transexuais na cidade de Belo Horizonte”, realizada entre os períodos de 2012 a 2014, com o objetivo do mapeamento de várias interfaces acerca da

⁴ O estudo fez parte da Conclusão de Curso do Instituto de Ciências Sociais da Universidade Federal de Alagoas.

⁵ Transexuais eram como essas pessoas se auto identificavam.

dinâmica da vida das travestis e transexuais residentes na cidade de Belo Horizonte e região metropolitana no Estado de Minas Gerais, a pesquisa citada norteou o meu olhar sobre a relação das travestis no cenário da rede intersetorial de saúde na cidade.⁶ Além disso, a metodologia utilizada através da aplicação de questionários e os registros de campo etnográfico facilitaram o diálogo e os encontros em vários espaços frequentados pelas travestis. Apesar do recorte da pesquisa ter sido com transexuais e travestis que se prostituem na capital mineira, conheci a rede construída por elas ao chegar à cidade.

O campo de pesquisa se deu na região metropolitana de Belo Horizonte, em áreas conhecidas como locais de prostituição para transexuais e travestis, como a Praça da Cemig, em Contagem; a Avenida Pedro II, a Avenida Santos Dumont e a região da Pampulha. Esta última foi o meu campo de pesquisa, com maior tempo de inserção, e através dela conheci duas das entrevistadas neste trabalho. As visitas realizadas nos campos citados acima foram feitas semanalmente com a oferta de preservativos e, algumas vezes, gel lubrificante com o intuito estratégico de aproximação e construção de vínculo com as travestis.

A partir da participação na pesquisa citada acima, tive a oportunidade de ampliar o meu olhar sobre a vida das travestis, compreendendo as nuances do cotidiano delas e junto aos meus interesses convergentes durante a graduação sobre o campo da saúde e das travestilidades o objetivo geral da presente pesquisa foi elucidado.

Assim, o principal objetivo desta pesquisa é compreender a universalidade de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito ao atendimento às travestis, já que a universalidade é uma das três diretrizes do SUS, a partir da ABS. O recorte foi o trabalho das agentes comunitárias de saúde (ACSs) no bairro Rio Branco, na cidade de Belo Horizonte, com enfoque nos encontros e expectativas entre as travestis e ACSs. A presente pesquisa possibilitou uma melhor compreensão da prática das ACSs e as suas relações com as travestis, identificando as principais dificuldades e possibilidades de acesso à ABS por elas.

No primeiro capítulo, são apresentadas as inquietações e o percurso do campo durante a pesquisa. A metodologia é destrinchada na medida em que o caminho da pesquisa é delineado como a escolha e entrada no campo. Aqui, serão explicitados os porquês do recorte

⁶ Esta pesquisa foi financiada pela FAPEMIG (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais) e pelo CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

do trabalho das ACSs no bairro Rio Branco, situado na regional Venda Nova, na cidade de Belo Horizonte.

No segundo capítulo, é caracterizada a ABS nos discursos internacionais, no Brasil e na cidade de Belo Horizonte, é também realizada uma breve contextualização histórica da saúde pública no Brasil, articulando as diretrizes – Universalidade, Equidade e Integralidade – do SUS.

O terceiro capítulo traz a caracterização, o histórico e a discussão das ACSs em torno do trabalho com as travestis, explicando como funciona na sua práxis esse contato e os desdobramentos críticos em relação a ele. O quarto e último capítulo traz a discussão dos fatores que implicam diretamente na relação das travestis com as ACSs, compreendendo como a ABS se imbrica no cotidiano delas. Em destaque, são apresentados os documentos sobre saúde e travestilidades no Brasil.

1. A METODOLOGIA, O CAMPO E SEUS DELINEAMENTOS.

1.1. Justificativa da pesquisa e suas expectativas

A proposta de trazer ao cenário da Psicologia a discussão sobre saúde e travestilidades é ampliar o debate em torno das identidades de gênero, ainda colocadas como psicopatológicas pela medicina (Benedetti, 2005; Bento, 2006; Pelúcio, 2009; Pelúcio & Bento, 2012).

O presente trabalho versa sobre a relação da atenção básica à saúde e as vivências das travestis residentes no bairro Rio Branco, na cidade de Belo Horizonte. A produção do cuidado em torno desse nível de atenção é apresentada através da relação das agentes comunitárias de saúde e as travestis, destacando os encontros inerentes ao trabalho dessas profissionais de saúde nas visitas domiciliares às últimas. Ao colocar os instrumentos de trabalho, como a escuta e o acolhimento, as ACSs possibilitam a superação do modelo hegemônico médico-centrado, fortalecendo o vínculo e intermediando os saberes científicos e populares na comunidade.

Através da participação da presente autora na pesquisa “Direitos e Violência na Experiência de Travestis e Transexuais na cidade de Belo Horizonte”, realizada pelo Núcleo de Direitos Humanos (Nuh), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), cujo objetivo de mapear dados em relação a várias esferas do cotidiano travesti, como trabalho, família, segurança pública, educação, migração e saúde, foi se delineando o direcionamento da construção da presente pesquisa.

As nuances em torno da saúde, a partir da atenção básica, foram percebidas nos diálogos com as travestis e nos relatos sobre os possíveis cuidados em torno do adoecimento e/ou na prevenção de riscos à saúde ao longo da pesquisa citada acima. Ao ser perguntado acerca do uso de órgãos públicos de saúde, as travestis, em sua maioria, relatavam acessar os serviços a partir da necessidade de testagens de doenças sexualmente transmissíveis. A preocupação era destacada em suas falas, principalmente, quando aparecia alguma marca/sintoma em seu corpo, reconhecida popularmente entre elas, no sentido de uma rede de reconhecimento e solidariedade. O processo de adoecimento, constantemente era frisado

em torno das DSTs, salvo àquelas com mais idade ou que já tinham sofrido alguma intervenção no nível da alta complexidade.⁷

Destacamos a história de uma das travestis entrevistada, Alicia, ela nos relatou ter sofrido três AVCs (Acidentes Vasculares Cerebral),⁸ sendo o primeiro ocorrido na *pista* durante o seu horário de trabalho.⁹ Socorrida por duas amigas travestis, Alicia foi levada pelo SAMU (Serviço de atendimento móvel de urgência) ao hospital mais próximo do ocorrido. Depois do segundo AVC, foi acompanhada pelo CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental), devido às sequelas, segundo ela, causadas pelos dois acidentes acrescidos à situação de marginalização das travestis. A sua depressão foi acentuada e precisou criar alguns mecanismos de cuidados para melhorar a sua qualidade de vida.

Em seguida ao seu terceiro AVC, a sua situação de saúde piorou e o CERSAM a encaminhou para a UBS, alegando que os cuidados poderiam ser efetivados, também, no posto de saúde. Ao longo do seu relato, a referência da UBS se dava à “uma menina boazinha que visita a gente”,¹⁰ mas a medicalização designada à unidade de saúde, a qual, segundo ela, era imprescindível para o seu tratamento da depressão e sequelas dos AVCs, não era conseguida através dessas visitas domiciliares da “menina boazinha”. Ou seja, a tal “menina boazinha”, a única representação da UBS, era associada a agente comunitária de saúde durante as visitas domiciliares, a qual não tinha garantia nenhuma da continuidade do tratamento com a medicação.

Logo, Alicia relatou que foi preciso criar um segundo vínculo na UBS para conseguir os medicamentos, pois era constrangida ao adentrar no posto de saúde pelos olhares das demais usuárias e a referência constante de alguns profissionais ao seu nome masculino de registro. Esse segundo vínculo construído na UBS foi a partir da “menina boazinha”, que indicou um dos nomes na gestão da unidade. Depois de explicada a situação de Alicia à gerência, a medicação foi regularizada sem maiores constrangimentos. A outra estratégia

⁷ Os níveis de atenção à saúde no SUS são divididos em baixa, média e alta complexidade, sendo a primeira referenciada pela atenção básica como a entrada preferencial do sistema de saúde e a última por recursos que demandem alto custo financeiro, representado pelos hospitais.

⁸ Conhecido popularmente como derrame cerebral, consiste na paralisação do fluxo sanguíneo em alguma área do cérebro.

⁹ Nome êmico para designar o espaço da rua como local de trabalho sexual entre as travestis.

¹⁰ A referência à menina boazinha foi elucidado por Alicia durante as entrevistas.

elaborada por Alicia em prol da sua saúde foi o cuidado constante em torno de vários animais criados em seu quintal. Quando perguntado se existe algum tipo de orientação repassada para ela por algum profissional da UBS, Alicia responde que apenas as profissionais da vigilância sanitária e zoonoses fazem algumas visitas e orientações, a “menina boazinha” apenas a orienta acerca da higienização do espaço ocupado pelos animais. No entanto, em nenhum momento Alicia destacou essa participação da ACS nos cuidados e importância dos animais na promoção de saúde dela.

O relato de Alicia chama atenção para o fato de a rede de atenção à saúde do município de Belo Horizonte não ter funcionado adequadamente. No momento em que a usuária foi desvinculada do CERSAM, se inicia a jornada em torno da medicação na UBS. O único vínculo estabelecido referente à UBS é a ACS, não nomeada, como uma profissional da unidade, apenas como “uma menina boazinha”. Logo, a visita domiciliar não é reconhecida como um instrumento possível em prol dos cuidados à saúde de uma forma integralizada. A sua autonomia em relação ao desvelo com os animais não é apontada como uma ação eficaz de promoção de saúde, pois as orientações e visitas da vigilância são constantes, segundo ela.

A partir do relato do processo de saúde e adoecimento de Alicia em torno da UBS situada em um dos bairros mais procurados pelas travestis participantes da pesquisa “Direitos e Violência na Experiência de Travestis e Transexuais na cidade de Belo Horizonte” para morar, pois esse se situa muito próximo da *pista*, constatamos a necessidade de intensificar a investigação em torno das práticas, ações e serviços da ABS da cidade de Belo Horizonte através da relação com as ACSs e as travestis.

Notamos, através do relato de Alicia e do uso dos serviços públicos para testagens na prevenção e diagnósticas de DSTs, que algo eficaz em prol da saúde é possível, mas como essas possibilidades de atuações das ACSs são compreendidas para as travestis? Quais tipos de ações são elucidadas pelas ACSs para uma qualidade de vida melhor das travestis? Em que cenário relativo ao processo de saúde e adoecimento, as travestis são inseridas pelas ACSs? Qual é o lugar atribuído às ACSs pelas travestis no cuidado à sua saúde? Há resolubilidade e continuidade na atenção às queixas? Quais as estratégias são produzidas nos encontros das travestis e ACSs? Os questionamentos citados acima se configuraram como o norte para entender como a ABS se estrutura a partir das possibilidades nos encontros das ACSs e travestis, no bairro Rio Branco em Belo Horizonte.

Para compreendermos o cenário relativo à saúde voltado para a atenção básica e as travestilidades, escolhemos analisar a partir do recorte das práticas das ACSs para as travestis, por se tratar de estudos ainda escassos no Brasil, segundo algumas pesquisas já realizadas no âmbito da saúde integral com este público (Romano, 2005; Lionço, 2008; Muller & Knauth, 2008; Tagliamento, 2012). É importante sinalizar que as duas estruturas de estudos sobre saúde e direitos humanos e saúde e justiça social parecem se fundir cada vez nas investigações sobre saúde, estigma e preconceito (Parker, 2013). As travestis são enquadradas nestes três vieses, pois a própria vivência da identidade enquanto sujeito é margeada através de explicações psicopatologizantes, discriminatórias com sentidos geralmente depreciativos (Teixeira, 2013).

Em um levantamento realizado para a elucidação do problema, acessamos três plataformas de busca com as palavras chaves para a pesquisa, travesti e saúde: Respectivamente, <www.periodicos.capes.gov.br>; <<http://search.scielo.org>> e <<http://www.bvs-psi.org.br>>. Vimos que para este público, os três temas que mais aparecem são: em relação à experiência enquanto identidades, inserindo as transformações corporais; sobre a inserção desse público no campo da saúde em relação à AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e a prostituição na primeira plataforma.¹¹ Apenas um deles é referente à relação do PSF e as travestis no bairro da Lapa, na cidade do Rio de Janeiro. Neste relato de experiência, a ACS é tida como um dos pontos chave para a elucidação do acolhimento entre os estudantes de medicina, a equipe do PSF e as travestis (Romano, 2008).

Na segunda plataforma, encontramos seis artigos, no entanto, dois deles relacionados ao público LGBT e saúde integral, não especificando as travestis, sendo um deles de fusão técnico-científico construído pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde,¹² destacando ações e estratégias desenvolvidas por este departamento para a população LGBT, como o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, instituído através da Portaria nº 2.227, do MS, de 14 de outubro de 2004, para o acolhimento de demandas e articulação de estratégias a partir do movimento social (SEGEP/MS, 2008).¹³ Na terceira plataforma foi encontrada em quatro periódicos: uma

¹² A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa é responsável pela implementação de ações à promoção da equidade, fortalecendo as estratégias de participação e controle social do SUS.

¹³ No artigo a sigla é citada como GLBT, no entanto optamos por deixar LGBT, a sigla atual utilizada pelo movimento social: Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

tese sobre trabalho e travestilidades; duas teses sobre experiência e saúde travesti; uma dissertação e uma tese sobre AIDS; por fim, um artigo sobre saúde integral LGBT e um único artigo em relação ao acesso ao SUS. Desta forma, percebemos a necessidade de mais trabalhos científicos voltados na interlocução das temáticas travestis e saúde.

Além desses pontos elencados em relação à falta de mais trabalhos relacionados ao tema sugerido no presente trabalho, a proposta de trazer a análise em torno da atenção básica à saúde e as travestis também se baseia nos dados levantados na cidade de Belo Horizonte e região metropolitana, no Estado de Minas Gerais, entre os anos de 2012 a 2014. Através do acesso às travestis que trabalham e vivem na cidade, partindo da pesquisa “Direitos e Violência na Experiência de Travestis e Transexuais na cidade de Belo Horizonte”.¹⁴ Com os dados estatísticos finalizados da pesquisa citada, pudemos levantar alguns resultados em relação à temática da saúde no âmbito da atenção básica à saúde como a utilização dos serviços públicos de saúde para a prevenção de risco e agravos à saúde no âmbito das DST's.

Através da etnografia realizada com as travestis residentes em Belo Horizonte e região metropolitana, assim como dos registros de campo¹⁵ da pesquisa citada acima, denotamos a elucidação de propostas de prevenção bastante voltadas as DST/AIDS no cotidiano e nas falas das travestis. Por exemplo, as consequências do uso de silicone industrial não são pensadas na maioria delas, exceto quando ocorre o aparecimento de sintomas externos correlacionados diretamente com o produto, como dores intensas na região do corpo onde foi aplicado.¹⁶

Ainda foi levantado que a UBS apenas é acessada para pegar preservativos, mas são poucas que procuram tal serviço. Questões como prevenção a hipertensão, diabetes e câncer de próstata não são pautadas no cotidiano das travestis. Prevenções e doenças relacionadas ao âmbito odontológico são lembradas apenas quando alguma dor aparece e elas não sabem para onde recorrerem. A promoção à saúde é outro ponto que não aparece nos dados, a

¹⁵ Residências, casas de pensão, pista de prostituição, shoppings, bares.

¹⁶ A aplicação do silicone industrial é uma técnica bastante utilizada pelas travestis para a modelagem do corpo em curvas como os seios, quadril e bumbum. Geralmente, o silicone líquido é aplicado por travestis mais velhas conhecidas como bombadeiras pelas travestis. Para mais informação ver Don Kulick (2008), em sua pesquisa é demonstrada a realização da aplicação do silicone em uma das suas entrevistadas.

intersectorialidade apenas é levantada quando alguma das travestis passa por alguma situação ao nível da alta complexidade.¹⁷

Através dos questionários, em uma amostra com 141 travestis, levantamos que 76% não possuem plano de saúde, ou seja, procuram o serviço público de saúde ou não vão a nenhum local reconhecido como ação pública de saúde. Nos últimos 12 meses, apenas 12,76% fizeram mais de cinco consultas, demonstrando a descontinuidade dos tratamentos e a não procura dos serviços médicos. Dentre os motivos pelos quais elas deixaram de procurar assistência de saúde biomédica, 20,27% foi devido ao desrespeito ao nome social e violência contra a população travesti. Ainda, o índice de automedicação junto ao preconceito se apresenta bastante alto, com 24,11% em relação às demais explicações.

No que concerne aos exames de HIV/AIDS, 65% fizeram o teste nos últimos 12 meses e, desta porcentagem, 66% fizeram em serviço de saúde público. Apesar de a maioria delas ser de um universo jovem, apenas 7% realizaram exame de câncer de próstata, o que demonstra desconhecimento de outras possíveis doenças e testagens, assim como a não regularidade na prevenção de doenças. Esses dados nos mostram o quanto a relação com a saúde está diretamente incluída nas lógicas das doenças sexualmente transmissíveis, sendo que a relação direta com cuidados e assistência biomédicas em torno do processo de adoecimento, como também exames para prevenção de outras categorias de doenças, como hipertensão e diabetes, não são realizados em sua maioria. Em torno da relação com a saúde, também, foi possível notar a forte produção acerca da medicalização do corpo e a lógica biomédica norteando os cuidados em saúde.

Ao tentar superar a visão medic-curativa, a atenção básica à saúde demarca o viés da prevenção de risco e agravos e a promoção de saúde, visando superar a abordagem da fragmentação dos cuidados em saúde. No Brasil, este enfoque é denotado através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada a partir do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), cujo objetivo é de reorientar o modelo de atenção curativa do modelo médico-hegemônico, substituindo “as práticas convencionais de assistência à saúde, caracterizando-se como porta de entrada do sistema local de saúde” (Pupin & Cardoso, 2008, p. 157) direcionando a visão da participação da comunidade em

¹⁷ São os casos mais graves de saúde que exigem procedimentos terapêuticos mais invasivos ou de uso das tecnologias duras. (Merhy, 2014). Ver a discussão sobre tecnologias no capítulo 4.

torno da saúde (Nogueira, 2002). Para compor este intento, o PSF acopla a visão da multidisciplinaridade em sua equipe ao anexar, no mínimo, cinco profissionais de saúde com diferentes objetivos: enfermeira; técnica de enfermagem; agente comunitária de saúde (ACS) e a médica da família ou generalista.¹⁸ Com o enfoque na família, o PSF atribui às ACSs o elo entre a comunidade e a Unidade de Saúde Básica (UBS), intermediando o saber popular e científico em saúde.

O presente trabalho traz a ACS como uma das profissionais de suma relevância no caráter multidisciplinar da reorientação da estratégia em atenção à saúde do SUS a partir da ABS, sendo considerada pela ESF como uma profissional chave para a superação do modelo médico-hegemônico por ser considerada parte da comunidade concomitantemente ao serviço público de saúde referenciado pela UBS.¹⁹ A figura da ACS aparece no Brasil, na década de 1990, no Estado do Ceará, na região nordeste, com o intuito de intermediar a instituição e a comunidade na tentativa de alocar profissionais atuantes na saúde em regiões com escassos recursos (Pupin & Cardoso, 2008; Côrrea, Castellanos, Pfeiffer & Lora, 2010). Criado pelo Ministério da Saúde em 1991, esse trabalho começou a ser ampliado no Brasil com o Programa de Agentes Comunitários (PACS), cujo objetivo visava contribuir, através das ACSs, para os cuidados de saúde e a ampliação de acesso ao SUS, consolidando a rede local de saúde. Em 2002 é criada oficialmente a profissão da ACS através da Lei nº 10.507 (Brasil, 2011), a caracterizando como uma atividade de prevenção às doenças e promoção da saúde, perante estratégias comunitárias ou residenciais.

Quando se trata do serviço da ponta no sistema, as ACSs são extremamente relevantes no sentido de obter um vínculo e relação com a comunidade. É a partir desta que a ponte entre o institucional, os saberes biomédicos, o conhecimento popular e o cotidiano da comunidade se articulam. O artigo 3º, da última lei n. 11.350 de 05 de outubro de 2006, a qual dispõe sobre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias (Brasil, 2006a), aponta as atividades das ACSs, como:

¹⁸ Nesta pesquisa, as profissionais serão descritas no feminino ao longo do texto para representar a identidade de gênero das entrevistadas e destacar o uso dos artigos e palavras no feminino na língua portuguesa.

¹⁹ Pelo fato de todas as entrevistadas agentes comunitárias de saúde serem mulheres, optamos por utilizar todas as nomenclaturas referentes à ACS com o artigo feminino “a”.

o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Segundo dados levantados a partir do portal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em 2004 havia um total de 192,7 mil agentes comunitários de saúde numa cobertura de 55,5% da população brasileira. Em 2009, os dados mais atuais mostram um total de 234.767, numa cobertura de 60,9% da população brasileira. Apesar de a cobertura não ter aumentado consideravelmente, o número das ACSs subiu quase o dobro. Esses dados apenas levantam a necessidade de apontar e compreender os serviços de ponta, colocando as ACSs como a agente mobilizadora da ESF, além disso, a estratégia trouxe consigo um aumento considerável nos recursos financeiros repassados para os municípios, o que ampliou ainda mais o interesse deles (Silva & Dalmaso, 2002).

Diante do exposto, é importante destacar a relevância da atenção básica à saúde a partir dessas profissionais para a redução de mecanismos de exclusão, as ACSs fazem parte da comunidade, atuam diretamente no cotidiano das pessoas residentes nas áreas adscritas, ao mesmo tempo em que repassam orientações dos serviços ofertados na UBS. No que tange a vivências das travestis como usuárias das UBSs, pesquisas no campo da saúde demonstram que essas pessoas não têm o posto de saúde como referência de cuidado (Muller & Knauth, 2008; Cerqueira-Santos, Calvetti, Rocha, Moura, Barbosa, & Hermel, J., 2010). No entanto, as ACSs são demonstradas como um elo possível entre a UBS e as travestis (Romano, 2008; Mosheta, 2011), aproximando as ações de saúde pública para essas pessoas, violentadas a partir da exclusão em diversas esferas da sociedade (Carrara, 2006; Silva, 2007; Peres, 2008; Muller & Knauth, 2008; Pelúcio, 2009; SDH, 2012).

O acesso aos serviços públicos de saúde deve ser visto como um meio de garantir uma esfera inclusa nos Direitos Humanos como qualquer outra cidadã para as travestis. No entanto, o corpo das travestis, por não seguir a norma da matriz heterossexual e não utilizar essa vivência – enquanto legítima e reconhecida –, está inserido em um contexto de visibilidade excludente e de experiência violentada em vários aspectos, tanto subjetivos quanto físicos (Toneli, 2010). Ainda, as travestis foram inclusas, prioritariamente, na ótica do SUS, através de políticas públicas voltadas para a prevenção de DSTs e AIDS, fragmentando

o cuidado à saúde dessas pessoas, tal como os discursos baseados do modelo hegemônico da biomedicina (Camargo Jr., 2005).

O presente trabalho pretende fazer a correlação das lógicas atualmente inerentes ao SUS em relação às travestis a partir dos serviços e ações de saúde na Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família e do direito dessas pessoas, que são negados em relação à universalização e equidade da saúde. Isto esbarra atualmente, e diretamente, na noção de identidade de gênero e sexualidade atrelada a esse público como patologia.

É importante ampliar essa discussão para outros contextos a fim de trazer novas perspectivas para a realidade brasileira e para os estudos sobre saúde, estigma e travestilidades, a partir da ótica da Psicologia, pois, além das justificativas destacadas:

Quase cinquenta anos se passaram desde que os primeiros trabalhos sobre preconceito, estigma e discriminação começaram a ser realizados e, nas últimas duas décadas, houve uma expansão crescente dos modos como tais conceitos foram aplicados e examinados em relação à saúde. Durante grande parte desse período, o trabalho sobre essas questões foi dominado pela pesquisa em psicologia e psicologia social, tendendo enfatizar a base de atitudes estigmatizadoras e preconceituosas e as maneiras pelas quais tais atitudes conformaram práticas discriminatórias. Mas, à medida que o tempo passou, a pesquisa sobre essas questões foi sendo realizada no âmbito de uma gama crescente de ciências sociais e disciplinas profissionais – como a antropologia, a sociologia, as ciências políticas, o direito, a educação e a assistência sócia, bem como a saúde pública. (Parker, 2013, p. 43)

Além da necessidade do retorno desses estudos no campo da Psicologia, é importante destacar a relação direta da legitimação dos discursos psicológicos em torno da patologização do universo trans através de laudos (Teixeira, 2013) e discursos psicopatológicos.²⁰

Ao ter como objetivo nodal a reorientação de assistência à saúde, visando superar o modelo médico-centrado e práticas tradicionais medicalizantes que fragmentam as travestis, podemos compreender a ABS como uma possível trilha efetiva para o acesso à saúde integral e equitativa das travestis através dos encontros entre elas e as ACSs? Ou a ABS representa através de outra denominação, novas práticas fundamentadas pelo discurso biomédico? Assim, não há espaço para outras formas de produção em saúde, excluindo mais uma vez as travestis nas políticas públicas? Com essas duas hipóteses, o presente trabalho procurou

²⁰ A referência aqui é dada para as travestis e transexuais, relacionando a ampliação de definições possíveis acerca da identidade de gênero (Benedetti, 2005).

elucidar respostas partindo dos encontros entre as ACSs e as travestis, do bairro Rio Branco, na cidade de Belo Horizonte.

1.2. O campo de pesquisa na cidade de Belo Horizonte

Ao analisar o relato da travesti Alicia, sinalizamos a falta de integralidade da rede de atenção à saúde na cidade de Belo Horizonte. Para entendermos como essa rede poderia ser articulada com eficácia, é importante destacar como a assistência da saúde na ABS foi inserida e como é organizada no cenário da cidade.

Para a organização da cidade de Belo Horizonte, o sistema de saúde da capital mineira está dividido em nove distritos sanitários, os quais, para um melhor planejamento, estão correspondidos a nove regiões administrativas: Barreiro; Oeste; Centro-Sul; Leste; Noroeste; Nordeste; Norte; Pampulha e Venda Nova. São nessas regionais que os serviços de saúde estão alocados e distribuídos para uma população com cerca de 2.479.165 habitantes (IBGE, 2013), tais divisões passam por definições territoriais das chamadas áreas de abrangência, as quais são vinculadas às suas respectivas unidades básicas de saúde, sendo passíveis de modificações a depender das dinâmicas e mobilidades populacionais.

Seguindo às Normas Operacionais Básicas de 1996 (Brasil, 1996c) e com a gestão plena sobre a atenção básica, a secretaria municipal de saúde inicia a implementação do Programa de Saúde da Família em 2002, junto à adesão voluntária dos profissionais de saúde e gratificação salarial chamado *plus salarial*, o que resultou no cadastramento de 176 equipes de saúde da ESF (Turci, 2008).

De acordo com o Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2010), a cidade é a segunda capital brasileira que ocupa o segundo lugar em equipes de saúde da família e, no relatório de 2013, a cobertura da ESF estava em 83% da população, com 583 ESF alocadas em 147 Centros de Saúde e 60 pólos de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Embora estes números sejam apresentados como um índice alto, indicando relativas melhorias, a relação quantitativa não coincide diretamente com serviços de boa qualidade. O que podemos denotar com esses quantitativos é o rápido crescimento da estratégia da saúde da família como ponto crucial na atenção básica do município de Belo Horizonte.

Além desses pontos elencados acima sobre alguns índices da atenção básica à saúde, a escolha do município para este trabalho se deu devido à apresentação de dados da pesquisa “Direitos e Violência na Experiência de Travestis e Transexuais na cidade de Belo Horizonte” em relação à moradia de muitas travestis, residentes no bairro Rio Branco, e da relação constante, relatada por algumas delas com as ACSs da comunidade. Desse modo, a partir da metodologia utilizada de cunho etnográfico da pesquisa citada, conhecemos algumas travestis residentes no município e tivemos a possibilidade de mapear os bairros mais citados como moradia por elas. Dentre os bairros elencados, percebemos o alto número de residentes do bairro Rio Branco situado na regional Venda Nova.

Diante do exposto, o presente estudo surgiu das inquietações acerca da relação dessas travestis com a UBS do bairro Rio Branco, as possibilidades delas de cuidados em saúde na cidade de Belo Horizonte, os vários tipos de violências direcionadas às travestis – algumas dessas naturalizadas como o desrespeito ao uso do nome social no âmbito da UBS. A entrevistada Kalinda nos sinaliza para isso ao relatar sobre as suas experiências na UBS do bairro Rio Branco.

Tais inquietações surgiram a partir dos materiais etnográficos e resultados de reflexões acerca do acesso, acessibilidade e universalização dos serviços públicos de saúde para as travestis na ABS.

1.3 Sobre as travestis e o bairro Rio Branco

Para entender como as dinâmicas e relações com os serviços de saúde da atenção básica se convergem, aqui recortado na relação de trabalho das ACSs para as travestis, é necessário trazer o próprio contexto do bairro Rio Branco. Abaixo, a figura 1 mostra o entorno de uma praça em 1986 onde atualmente fica a UBS. Notamos o crescimento do bairro a partir da comparação com a figura 2. Ainda, sinalizamos a localização da UBS no bairro e as áreas com as residências das travestis, destacamos a aproximação da unidade de uma delas:

Figura 1



Fonte: Arreguy & Ribeiro, 2008.

Figura 2



Fonte: Google Maps, 2015

A história deste bairro vem marcada pela contextualização da regional Venda Nova, na qual está inserido. Esta regional foi anexada a Belo Horizonte no ano de 1948, criando bairros de maneira acelerada e sem autorização da prefeitura na época, a partir de loteamentos construídos sem planejamento, a região sofre uma expansão populacional sem infraestrutura adequada. A partir disso, vários bairros são delimitados e, na década de 1980, acompanhando

o ritmo da regional, o Rio Branco também entra no viés do crescimento populacional acelerado. No entanto, diferente dos demais bairros com exceção do bairro Santa Mônica, a maioria dos terrenos são regularizados pela prefeitura na época. Devido a isto, possui algumas diferenciações, como o acesso às principais avenidas que ligam a outras regionais da cidade, e concentra uma população diferenciada, se comparado a outros bairros de Venda Nova (Arreguy & Ribeiro, 2008). Apesar de abrigar uma parte da população com maior poder aquisitivo, possui espaços que não estão organizados, tendo moradias e ruas com condições precárias, tudo isso causado pela mobilidade veloz urbana e sem planejamento adequado.

A relação das travestis com o bairro Rio Branco não é aleatória, pois muitas relataram a opção por morar nele devido ao custo e benefício dos serviços e, ainda, a forma de aluguel das casas disponíveis, que não requererem trâmites burocráticos muito complexos, como a exigência de documentos e fiador. A transfobia vivenciada constantemente na busca de aluguel de casas em outros locais na cidade de Belo Horizonte foi relatada como outro fator de impedimento para residirem em outros bairros de baixo custo. O bairro fica situado em uma região de fácil acesso ao campo de trabalho como profissionais do sexo, em uma regional vizinha da maioria das travestis. Elas relatam que no bairro elas podem encontrar uma variedade de serviços comerciais necessários para o cotidiano. Dessa maneira, evitam ir ao centro da cidade ou em outros lugares desconhecidos por elas, os quais relatam o receio de sofrer violências na rua.

Apesar desses pontos elencados, o serviço que as travestis mais demandaram ao longo das entrevistas foram os de saúde e os relacionados à assistência social, pois os centros de testagens e exames gratuitos fornecidos pelo governo ficam em bairros distantes e muitas delas alegavam não ter dinheiro, tempo e conhecimento para chegar nesses locais.²¹ Além do medo de sair em locais da cidade desconhecidos, devido aos vários tipos de violência, assim como o desconhecimento em torno de lugares de referências sociais, os quais fazem parte da rede intersetorial de assistência do município como o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social).²²

²¹ A maioria delas trabalha como profissional do sexo e os horários não são condizentes com estes serviços.

²² Citamos esses dois Centros de Referência por serem dois lugares possíveis de soluções de demandas corriqueiras das travestis, por exemplo, a oferta de serviços continuados por violação de direitos e retiradas de documentos de registro como a certidão de nascimento, pois muitas delas não possuem esse documento, mormente as mais antigas. Mais sobre a Assistência Social, ver a Lei Orgânica de Assistência Social de 1993), a Política Nacional de Assistência Social de 2004 ou a Norma Operacional Básica de 2012.

Ou seja, o espaço do bairro é partilhado por elas como um espaço de vivência e administração da vida.

A divisão da cidade por bairros é compartilhada por aquelas que vivem por mais de dez anos no bairro, pois o bairro vira referência de lugar e origem. Apesar da enorme rotatividade das travestis nas casas de pensão, devido à mudança de cidades por conta da procura de trabalho em áreas de prostituição, a opção pelo bairro também se dá por questões das dinâmicas nas relações entre as travestis, partindo do viés trabalho na prostituição, o que facilita a referência delas com a cidade a partir destes territórios. Além disso, existe a relação compartilhada entre as travestis mais antigas, as quais são identificadas como líderes, chefes, madrinhas, mães, donas de casas ou cafetinas. No geral, são travestis mais velhas que alugam casas e as tornam lugares chave para a moradia das mais novas.

Apesar da rotatividade identificada na relação com o trabalho e com a moradia, muitas das mais jovens que moram no bairro o identificam como um “lugar agradável com jeito de interior”.²³

Ao termos o bairro entendido como um espaço de identificação das pessoas que vivem nele e de referência administrativa, podemos dizer que as ofertas de serviços são estruturadas e realocadas em torno das demandas provocadas pela e para a população. Logo, os aspectos visualizados pela população em torno do bairro serão semelhantes, ou não, na medida em que os repertórios culturais, sociais e econômicos dos grupos se articulam entre si. No entanto, a referência de bairro para as travestis entrevistadas, assim como para agentes comunitárias de saúde participantes dessa pesquisa, é convergida ao falar do bairro como espaço de vivência e trabalho, ainda que os significados dessas duas instâncias se diferenciem para elas.

²³ Essa frase faz parte dos registros de campo da presente autora, datado em setembro de 2014 da pesquisa “Direitos e Violência na Experiência de Travestis e Transexuais na cidade de Belo Horizonte”, apesar do caráter positivo da fala, a travesti fugiu da casa onde estava morando duas semanas depois do relato, o que indica outros tipos de questões nas dinâmicas sociais das travestis e o bairro.

1.4. Descrição do Centro de Saúde Visconde do Rio Branco

Compreendemos os Centros de Saúde como locais de atendimentos ambulatoriais e básicos ofertados pelo SUS, organizados a partir das Equipes de Saúde da Família. Os serviços básicos estão acoplados à UBS, a qual sua estrutura e funcionamento são recomendados na Política Nacional de Atenção Básica. (PNAB, 2012).

A nomenclatura da Unidade Básica de Saúde é reconhecida apenas pelas ACSs, no entanto ao longo das entrevistas, tanto as ACSs quanto as travestis se referiam a UBS como posto de saúde. O reconhecimento da UBS como posto de saúde, pela maioria das entrevistadas, possibilitou o uso desta última nomenclatura em alguns trechos do presente texto. Essas mudanças nos nomes são acompanhadas das codificações em relação às ações e estratégias dos serviços de saúde pública, mas o seu significado, enquanto referência no bairro não foi alterado ao longo dos relatos.

A UBS enquanto local de referência das equipes de saúde da família, tanto pelas entrevistadas quanto pela PNAB, com cerca de 22.503 usuárias cadastradas, atende aproximadamente 400 pessoas por dia. A partir deste local, a comunidade do bairro pode encontrar serviços de prevenção de risco e agravos, promoção de saúde, curativos, tratamentos e encaminhamentos para serviços da rede de atenção à saúde.

A população do bairro Rio Branco possui uma UBS, alocada no Centro de Saúde com 13 médicos e 89 profissionais de diversas áreas de saúde. A estrutura física contém: 6 salas de clínicas básicas, 3 clínicas especializadas, 1 sala de odontologia, 1 sala de curativos, 1 sala de imunização, 1 sala de repouso-observação e 2 outros consultório não médicos. Possui os seguintes serviços de apoio: farmácia; S.P.P. (Prontuário de paciente) e serviço social. Em relação aos serviços e ações especializadas o Centro de Saúde possui: estratégia de saúde da família (saúde bucal e saúde da família); apoio à saúde da família com o NASF 1; serviço de atenção ao paciente com tuberculose (Diagnóstico e tratamento); serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento; atenção Psicossocial; serviço de controle ao tabagismo (abordagem e tratamento); serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos (exame eletrocardiográfico); teleconsultoria (sincrônica e assincrônica) e vigilância à saúde (DATASUS, 2015).

É importante destacar que esta UBS funciona com 6 equipes de saúde da família, as quais possuem um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um médico e cinco agentes comunitários de saúde. Nossa pesquisa utilizou o espaço da UBS para contato com as agentes comunitárias de saúde e para a compreensão do elenco de serviços ofertados na atenção básica para a comunidade travestis.

1.4.1. O Contexto da UBS no bairro

A escolha do Centro de Saúde Visconde do Rio Branco se deu por resultados encontrados na pesquisa “Direitos e Violência na Experiência de Travestis e Transexuais na cidade de Belo Horizonte”, essa pesquisa nos possibilitou mapear os bairros preferenciais de moradia das travestis e transexuais e dentre eles o Rio Branco foi um dos mais apontados entre elas.

Ao falar sobre questões de saúde e a possível referência da UBS no bairro, algumas das travestis relatavam que a procura dos serviços da UBS eram escassos e as residentes há mais tempo na comunidade citavam com frequência sobre “uma menina boazinha do posto que passava durante o dia lá em casa”.²⁴ Essa “menina boazinha do posto” era a referência principal relatada dos serviços à saúde do bairro. A partir desses relatos, vimos que existia uma relação das travestis com a UBS através da agente comunitária de saúde (ACS).

De acordo com a PNAB (2012), as ACSs devem fazer um trabalho de orientação, cadastro e acompanhamento quanto aos serviços e ações de saúde disponibilizados no Centro de Saúde, assim como visitas domiciliares programadas pela equipe aos indivíduos e famílias sob sua responsabilidade pelo menos uma vez por mês dentro da divisão por microáreas. Esse recorte ocorre para facilitar a atuação das ACSs no acompanhamento da comunidade, além do número limite de famílias e dos aspectos geográficos, também são levados em conta os aspectos socioeconômicos, o qual pode ser diferenciado mesmo em recortes de bairros.

Das seis microáreas demarcadas na UBS apenas em duas foram encontradas moradias com travestis. Apesar de uma dessas microáreas ser próxima, foi relatada dificuldade de acesso ao Centro de Saúde do bairro por algumas travestis, por ser localizado em uma área distante da avenida principal. Logo, para as pessoas que possuem dificuldades

²⁴ Registros de campo.

para se locomover e residentes do centro do bairro é preciso algum transporte ou uma boa caminhada para ir até a unidade.

1.4.2. O acesso e a acessibilidade

Para entendermos melhor os vários aspectos relacionados aos usos e não usos dos serviços de saúde no SUS, devemos compreender a relação do princípio da universalidade com o acesso e a acessibilidade das usuárias, pois o caráter universal das ações e serviços do sistema de saúde é garantido constitucionalmente no Brasil.

Para tanto, entender o que significa acesso e acessibilidade das travestis significa não apenas pautar o modo como elas utilizam os serviços de saúde, pois há outros fatores específicos como a identidade de gênero, que implicam nessa procura e uso para este público. De acordo com Giovanella e Fleury (1996), acesso deve ser colocado como categoria de análise das políticas públicas de saúde de forma geral, pois o processo de utilização dos serviços disponíveis pela população pode nos mostrar hiatos nas ações praticadas pelo sistema público de saúde.

Sobre o conceito de acesso e acessibilidade, há uma gama de diferenciações teóricas em acordo com a contextualização de cada sistema de saúde, formando um leque complexo de explicações e enfoque do conceito como a centralização na relação entre os serviços e os indivíduos ou apenas nas características da oferta ou apenas nas usuárias (Travassos & Martins, 2004). Este último enfoque será utilizado para compreender a relação das travestis com os serviços de saúde oferecidos na UBS da presente pesquisa.

Aqui, o conceito de acessibilidade é importante no sentido das possibilidades e características de usos dos serviços ofertados e o acesso é tido como a experiência percebida destes pelas usuárias entrevistadas (Starfield, 2002). Ainda, partimos da avaliação dessas características da acessibilidade em cinco eixos: disponibilidade; acessibilidade; comodidade; custos acessíveis e aceitabilidade (Penchansky & Thomas, 1981 apud Starfield, 2002; Travassos & Martins, 2004).

A acessibilidade é enfatizada devido à caracterização da Estratégia de Saúde da Família ser tida como a principal porta de entrada para os níveis de atenção no SUS, entretanto não é “uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis” a todos, seguindo o princípio da equidade e da

universalidade à saúde (Startfield, 2002, p. 225). Assim como o acesso, o qual deve ser entendido como uma categoria para analisar e conhecer as inter-relações entre as usuárias e os serviços, bem como a expressão desta busca ao direito à saúde no cotidiano das pessoas. (Giovanella & Fleury, 1996).

Logo, esta pesquisa parte destes dois pressupostos para entrelaçar os dados sobre o acesso e a acessibilidade das travestis na atenção básica na cidade de Belo Horizonte. Além disto, recorreremos aos documentos principais relacionados à temática e entrevistas semiestruturadas com travestis e ACSs.

1.5. A escolha dos documentos na pesquisa

Esta pesquisa, ao partir do viés qualitativo, utilizou levantamento bibliográfico em um primeiro momento e análise documental das principais Leis e Portarias sobre o Sistema Único de Saúde, a ABS e o Plano Nacional de Saúde Integral de LGBT.

No primeiro momento, na tentativa de compreender as etapas de inserção das travestis no contexto das políticas de saúde no Brasil através do levantamento bibliográfico mais aprofundado, percebemos a necessidade de recorrer a outros documentos a fim de estruturar a ABS através da ótica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a relação com as travestis. A análise documental se mostrou fundamental nesta etapa porque os documentos consistiram em dados insubstituíveis de um passado remoto que não teríamos como acessar (Cellard, 2010).

Dessa maneira, ao utilizar os documentos, poderíamos ter uma visão geral da proposta de saúde do SUS e a lógica das experiências travestis dentro desse sistema. A análise documental permitiu explorar documentos oficiais do governo, os quais ao não ter tido nenhum tratamento analítico, consistiu como fontes de “primeira mão” (Gil, 1999, p. 66) acerca da saúde em relação às travestilidades e a ABS.

De acordo com Cellard (2010), a análise documental requer que os documentos passem por cinco dimensões: o contexto; o autor ou atores; a autenticidade e a confiabilidade do texto; a origem do texto e os conceitos-chave, bem como a lógica interna do documento. Ao seguir a proposta do objetivo geral da presente pesquisa, optamos por seguir os seguintes documentos na escolha dos principais: Portaria/MS nº 692, de 25 de março de 1994, a qual

estabelece condições para ao Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 1994d); Portaria/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, a qual aprova as Normas e Diretrizes do Programa de ACSs e do Programa de Saúde da Família (Brasil, 1997e); Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999, o qual estabelece diretrizes para o exercício das atividades dos ACSs (Brasil, 1999f) e a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002 e atualizada em 2011 (Brasil, 2011), a qual cria a profissão dos ACSs no SUS.

Logo, a partir dos textos acima, escolhemos os seguintes documentos para a análise documental: o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 17 a 21 de março de 1986; a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2012, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica e revisa as normas de organização da ESF e do PACS; a Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, a qual edifica no SUS a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) e a Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, a qual redefine e amplia o Processo Transexualizador do SUS, nesta é a primeira vez em que as travestis aparecem como um dos públicos-alvo do PTS.

Dessa forma, a análise documental dos textos acima possibilitou a validação de informações referentes à ABS cruzando os dados com o processo e construção de serviços de saúde nessa tônica relacionados às travestilidades.

1.6. Procedimentos das entrevistas

Dentre os vários instrumentos de coleta de dados da pesquisa social, a entrevista pode ser entendida como um “diálogo assimétrico”, ou uma “interação social” entre a entrevistadora e as entrevistadas por meio de perguntas, cujo objetivo é a reunião de informação para a resolutividade ou compreensão de um problema de pesquisa (Gil, 1999, p. 117).

Ao optarmos pela entrevista como um dos instrumentos de coleta de dados, as do tipo semiestruturadas se mostraram mais flexíveis em relação ao objetivo e as entrevistadas da presente pesquisa porque permitem uma melhor abordagem qualitativa, proporcionando que ambas - entrevistadora e entrevistadas - sejam as edificantes da entrevista (Turato, 2010). “Essencialmente, a característica específica desse método é que ele envolve uma interação ou troca direta, geralmente verbal, entre o pesquisador e o participante (ou participantes) que

estão sendo pesquisados.” (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, & Smith, 2010, p. 240) possibilitando uma intermediação com o entrevistado.

As entrevistas foram conduzidas a partir de um guia previamente planejado a fim de possibilitar mais fluidez à narrativa e orientação para a centralização do problema, permitindo às entrevistadas falarem livremente sem sair da temática principal da entrevista seguindo tópicos específicos do roteiro (Gil, 1999; Gaskell, 2002; Flick, 2004). Dessa forma, o guia das entrevistas semiestruturadas foi elaborado de modo que as perguntas contemplassem as questões relatadas nos objetivos da pesquisa e dos postos-chaves elencados a partir da análise documental.

A seleção das entrevistadas foi realizada com o intuito de levantar as diferentes experiências acerca da atenção básica e das travestilidades, desse modo foram convidadas seis travestis, residentes no Bairro Rio Branco há mais de dez anos, e nove ACSs do Centro de Saúde do referido bairro da cidade de Belo Horizonte. Das seis travestis convidadas, duas não foram possíveis devido à incompatibilidade de horários e de uma não obtive resposta. Das nove ACSs convidadas, quatro não quiseram participar da pesquisa alegando não ter tido contato com as travestis por trabalharem em microáreas onde não se tinha conhecimento de residentes travestis, mas se dispuseram em esclarecer como se dá o trabalho delas na atenção básica.²⁵ Outras duas justificaram não conhecer a temática da travestilidade e não ter o desejo de se envolver com o assunto. Apesar de já terem trabalhado em microáreas com travestis residentes, uma delas²⁶ demonstrou total aversão sobre o contato com as travestis do bairro.

Apesar da entrada da presente autora na UBS do bairro ter sido autorizada sem complicações, podemos perceber algumas limitações na inserção no campo para o convite de participação na pesquisa com as ACSs. Há três hipóteses levantadas para tal recorrência: o não interesse pela temática das travestilidades devido ao não reconhecimento da legitimidade das experiências travestis enquanto parte da comunidade; o desinteresse de participação em pesquisas das próprias ACSs; a desconfiança em relação a presente autora, pois os primeiros contatos foram construídos a partir da própria pesquisa sem nenhuma referência interna da

²⁵ Apesar das informações dadas por estas ACSs não estarem descritas e analisadas nesta pesquisa, foi de suma importância para entender o delineamento do trabalho delas no bairro e como a UBS se estrutura para atender as demandas da comunidade.

²⁶ Houve quatro tentativas para a aceitação da ACS para a pesquisa, pois o relato desta poderia confirmar a hipótese de não acesso das travestis a UBS. No entanto, podemos perceber através dessa recusa a transfobia e a seletividade do trabalho em relação às demandas emergentes no bairro por alguns dos profissionais de saúde.

UBS com exceção da autorização da administração do CS, isso pode ter sido interpretado como “uma estratégia de mudança promovida pela gerência” (May, 2004, p. 185) porque no início dos primeiros contatos a UBS se encontrava em situação de greve por alguns funcionários. Ao longo de algumas visitas, ao tentar conhecer a estrutura, as equipes de saúde e o fluxo das usuárias no centro de saúde, a presente autora ficou conhecida como a estagiária da Universidade Federal de Minas Gerais. Dessa forma, ao legitimar a presença entre alguns funcionários da UBS o contato e aceitabilidade com mais ACSs foi facilitado.

Para tal feito, devido à participação da presente pesquisadora num espaço de coleta de dados da pesquisa intitulada “Direitos e Violência na Experiência de Travestis e Transexuais na cidade de Belo Horizonte” do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT, cujo objetivo consiste em mapear esferas da vida das travestis que trabalham com sexo, pudemos ter acesso às travestis e com isso criar vínculo social a fim de possibilitar as entrevistas, permitindo a exequibilidade prática da pesquisa. Ocorreu com as travestis o oposto das ACSs, pois a presente autora já tinha um vínculo construído entre elas o que facilitou bastante a aceitabilidade do convite para participação da pesquisa.²⁷

Em ambos os casos, ficou clara a necessidade do estabelecimento do *rapport* entre a presente autora e as entrevistadas (Gil, 1999) e efeito da pesquisadora enquanto algo que perpassa o método, pois ele é um participante notório da pesquisa no momento da coleta das informações (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw & Smith, 2010). E ainda que a presente pesquisa não tenha a observação participante como instrumento de coleta, ficou claro que “as experiências obtidas durante as negociações para acesso a um grupo ou organização, assim como as reflexões do pesquisador sobre a pesquisa geral, são fundamentais para as metas de fortalecer o entendimento e a explicação das relações sociais” (May, 2004, p.186). Ao todo, foram feitas dez entrevistas semiestruturadas divididas entre as ACSs e as travestis com vínculos estabelecidos em campos diferenciados.

Depois da finalização de todas as entrevistas previamente autorizadas pelas participantes, as quais permitiram a gravação em áudio, foi realizada a transcrição de cinco delas, cujo material foi utilizado apenas para fins científicos.

²⁷ Além da literatura estudada, muitas das referências e reflexões estão impressas neste texto devido à participação e imersão no campo da autora ao longo de mais de 18 meses nesta pesquisa. O que permitiu coadunar informações etnográficas do contexto específico de Belo Horizonte.

Deixamos claro que a técnica de registro áudio gravado foi utilizada porque permite uma compreensão mais abrangente do conteúdo e ao transcrever as entrevistas foi possível processar a pesquisa, aprofundar os significados de pausas, termos e entonação de voz em determinados tópicos, tendo em vista a limitação dessa técnica do recorte do real (Queiroz, 1991).

1.6.1. As travestis e ACSs participantes

No total, foram realizadas dez entrevistas para a coleta de dados da presente pesquisa com três travestis e três agentes comunitárias de saúde. Para não identificar as participantes, os nomes de todas foram modificados aleatoriamente.

Todas as entrevistas com as três travestis foram realizadas em suas residências, o que possibilitou analisar o tipo de moradia, localização e a distância até a UBS. Dentre as entrevistas com as travestis, houve uma realizada junto ao seu respectivo marido²⁸, podendo perceber algumas diferenciações da travesti casada entre as falas das outras duas entrevistadas solteiras. As três travestis são residentes do bairro Rio Branco há mais de dez anos, todas elas trabalham em locais próximos do bairro, Diana e Alicia como profissionais do sexo e donas de casa de pensão e Kalinda como cozinheira em um restaurante de uma região vizinha.

As três entrevistadas ACSs articularam os encontros no âmbito da UBS, Suzana e Dainara em locais fechados e Cláudia na área aberta da UBS. Nesta última, tanto o áudio quanto algumas partes na fala da entrevistada foram prejudicados por causa da área ser conhecida como o ambiente do lanche das funcionárias e da pista de acesso à UBS, na qual transitava o tempo inteiro pedestres, carros e ônibus do bairro.

As seis entrevistadas foram convidadas para participar da pesquisa partindo dos critérios de inclusão: As ACSs por trabalharem ou já terem trabalhado em alguma microárea com residentes travestis enquanto ACS e as travestis por serem residentes do bairro há mais de dez anos. Os dois quadros a seguir demonstram os perfis gerais das ACSs e das travestis entrevistadas.

²⁸ Foi pedida a autorização do marido, o qual aqui é chamado de José, para a utilização das informações na presente pesquisa.

QUADRO DAS ACSs ENTREVISTADAS

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	TEMPO DE RESIDÊNCIA NO BAIRRO	TEMPO DE PROFISSÃO COMO ACS
Suzana	33 anos	Relacionamento estável	Espírita	33 anos	11 anos
Dainara	35 anos	Solteira	Católica	35 anos	14 anos
Cláudia	54 anos	Divorciada	Espírita	18 anos	14 anos

QUADRO DAS TRAVESTIS ENTREVISTADAS

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	TEMPO DE RESIDÊNCIA NO BAIRRO	PRINCIPAL FONTE DE RENDA
Diana	33 anos	Solteira	Protestante	17 anos	Profissional do sexo e dona de pensão
Alicia	35 anos	Solteira	Não respondeu	10 anos	Profissional do sexo e dona de pensão
Kalinda	37 anos	Relacionamento estável	Protestante	19 anos	Cozinheira em restaurante

É importante ressaltar que antes das entrevistas com as ACSs, o projeto foi apresentado à gerência da UBS, dessa forma foi permitido acesso para o reconhecimento do local e identificação da Unidade.

1.6.2. TCLE

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), atendendo todas as exigências da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Antes do início das entrevistas, foi apresentado às participantes um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), explicitando o porquê, objetivos da pesquisa, riscos e benefícios, ou seja, todas as informações pertinentes ao estudo em acordo com as diretrizes da resolução 466/12 do – CNS. A fim de resguardar a identificação das participantes, todos os nomes foram trocados. Ainda, está no TCLE da presente pesquisa a autorização das entrevistadas para a gravação em áudio e a transcrição das entrevistas, todas elas aceitaram mediante ao compromisso de terem seus nomes resguardados.

Com o intuito de manter o direito ao nome social das travestis, em todos os TCLEs assinados por elas não estão seus nomes de registro. No entanto duas delas me perguntaram se deveriam assinar com o nome de registro, foi explicado que seria uma escolha delas e todas escreveram seus nomes sociais.

Essa situação nos deixou clara, apesar de eu já a conhecê-las de outros contextos, o quanto que o direito ao nome ainda é algo não corriqueiro quando relacionado a questões institucionalizadas, pois ali o TCLE era a representação de um documento vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais.

1.7. Análise dos dados

A análise dos dados foi feita através do processo de análise de conteúdo, observando os pontos que possivelmente foram omitidos ao longo da entrevista. Pois segundo Bauer (2002, p. 191), esta técnica de análise produz inferências de “um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada” e tal contexto pode ser no início ou temporariamente não acessado pelo pesquisador.

Ao se ter em vista que não há muitas pesquisas na área, as quais contemplam o tema apresentado no presente texto, não foram levantadas categorias à priori antes da realização da entrevista, apenas os seguintes eixos serviram como bases para a estruturação do roteiro das entrevistas, baseados na literatura e objetivos da atenção básica de saúde no Brasil: Primeiro contato/acesso/vínculo; Continuidade; Integralidade e coordenação dos serviços (Starfield, 2002). De acordo com Bauer (2002), “Embora o ‘*corpus*’ de texto esteja aberto a uma multidão de possíveis questões, a AC interpreta o teto apenas à luz do referencial de codificação, que constitui uma seleção teórica que incorpora o objetivo da pesquisa”.

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo, optamos pela análise por categorias temáticas, o que sugere a construção de classificações a partir de temas, identificando e agrupando os elementos comuns do texto (Bardin, 1977). A escolha das categorias foi realizada durante a análise dos dados. Portanto, a abordagem da estruturação dos dados da entrevista foi holística, a qual “procura resumir de um modo coerente o conteúdo, o significado e as implicações gerais das respostas dos entrevistados” (Breakwell et. al, 2010, p. 256). Dessa forma, permite que os dados levantados sejam analisados por categorias temáticas. Dividindo a análise por etapas: primeiro da organização do dado bruto; da codificação das unidades de registro e por último a categorização, permitindo a classificação dos elementos do registro por temas (Mutti & Caregnato, 2006).

Nesse sentido, a investigação permitiu a análise de elementos comuns e divergentes apresentados nos textos, realizando a inferência dos dados. Ou seja, o procedimento entre a descrição e a interpretação discutido a partir das produções científicas (Bardin, 1977).

2. A CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2.1. A Saúde pública no Brasil: Reflexões a partir de uma perspectiva histórica do SUS

O Brasil se depara, historicamente, com vários tipos de desigualdades sociais, étnicas e regionais, afetando também, enquanto consequência, os fatores como o da saúde (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011), esta nunca foi tida como aspecto principal nas discussões do estado brasileiro, apenas quando impactava a ordem econômica e política como a repercussão social das endemias e epidemias.

A atenção à saúde, geralmente, é voltada para a população de acordo com os regimes políticos, econômicos e sociais, sendo assim a saúde pública no Brasil é acompanhada diretamente com a história do país, passando por vários processos e mudanças à medida que a sociedade brasileira foi se desenvolvendo desde o seu processo de colonização e intervenções estatais. Alguns debates da época do período colonial do Brasil se perduram até os dias atuais como a discussão de qual modalidade seria mais adequada aos moldes brasileiros: a municipalização *versus* centralização da responsabilidade da atenção à saúde e a medicina preventiva *versus* curativa (Galvão, 2009).

As poucas intervenções realizadas foram pontuais nos grandes centros urbanos do país, em destaque nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, pois nestas se concentrava a maior parte dos importantes grupos da sociedade e contribuintes, apesar da população brasileira ter sido por um bom tempo predominantemente rural entre 1945 a 1964 (Lima, Fonseca, & Hochman, 2005). Outra característica fundamental ao longo do processo histórico das políticas públicas direcionadas à saúde é o entrelaçamento com a previdência social, por um grande período de tempo elas ficaram reservadas apenas àqueles que trabalhavam e contribuía para a previdência.

É importante perceber como se deu esse processo histórico da construção da saúde pública desde o período da colonização até os dias atuais a fim de entender melhor como foram construídos os porquês, as expectativas e desafios do Sistema Único Brasileiro.

Os primeiros “curadores” registrados no Brasil foram os boticários, os quais possuíam o manejo de curar por ervas, porções e fórmulas curativas, os médicos de família os quais atendiam apenas as famílias ricas e as Santas Casas de Misericórdia que atendiam a

priori os pobres, viajantes e indigentes (Paim, 2009), esses podem ser considerados o prólogo de como o país se organizava em torno da saúde, além das concepções de cura e cuidados indígenas, as quais, não eram vistos como uma maneira eficaz e oficial pela população, principalmente a urbana, na época.

Durante o império no Brasil foram feitas as “formulação das primeiras ações governamentais de saúde, ainda restritas aos principais aglomerados urbanos e a algumas doenças epidêmicas com repercussões econômicas.” (Escorel & Teixeira, 2008, p. 333).

Assim, o controle sobre a população urbana poderia trazer efeitos diretos ao desenvolvimento do país. Além disso, as responsabilidades de saúde pública foram atribuídas, também, às municipalidades e os serviços sanitários passaram por uma reforma com a implementação da Inspetoria Geral de Higiene, Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e do Conselho Superior de Saúde Pública (Paim, 2009). A atuação de vigilância sobre as questões da saúde já se delineava nessa época como algo crucial de controle com expectativas positivas de controle econômico.

Nessa época, a incidência de casos de febre amarela já estava muito alta e se alastrando rapidamente, desde o seu início, no ano de 1849, na cidade do Rio de Janeiro, na capital do império, logo “ficou demonstrada a precariedade da organização sanitária municipal” (Galvão, 2009, p. 18) criando, conseqüentemente, o Conselho Superior de Saúde Pública no ano de 1885 a fim de normatizar as questões de higiene e salubridade geral (*Id. Ibid*, 2009). Neste período poucas intervenções foram feitas para melhorar a situação de saúde para o povo em geral e já podemos notar o quanto que a saúde é atrelada a situação de doenças.

O objetivo de constituir hábitos de higiene serviu como controle dos modos de vida e sanitarismo da população, este procedimento era realizado principalmente na capitania do império e a prioridade era a proteção de doenças da nobreza portuguesa e a perda financeira pela proliferação, assim como o excesso de doenças pestilentas (febre amarela, tuberculose, sífilis) devido à insalubridade, novamente, as questões econômicas se fazem presentes. Além da capital do Brasil, na época, o início das intervenções sanitárias aconteceu nos grandes centros urbanos da região sudeste e logo depois se expandiu para outras regiões do Brasil, principalmente, no nordeste nas cidades do Ceará e Pernambuco (Lima *et al.*, 2005).

Entre as décadas de 1888 a 1930, período conhecido como a república velha, aconteceram vários eventos que marcaram a história, dentre esses, a abolição da escravatura e as consequências da vinda da família real portuguesa como o processo urbano acelerado, tendo também como um dos resultados, a criação das primeiras escolas de medicina.²⁹ As doenças pestilentas, agravadas durante o período imperial, afetaram diretamente o modelo econômico vigente da época, o setor agroexportador, “impondo ao poder público, o saneamento dos portos, a adoção de medidas sanitárias nas cidades, o combate a vetores e a vacinação obrigatória” (Paim, 2009, p. 29). Pois, as doenças endêmicas estavam impedindo a expansão do comércio internacional, uma vez que se alastrava entre os trabalhadores estrangeiros, fazendo a inibição da imigração na indústria, colocando o Brasil na situação de país mais insalubres dos trópicos (Galvão, 2009) e, conseqüentemente, menos suscetível a expansão econômica.

Várias campanhas sanitaristas foram realizadas lembrando “uma operação militar, e muitas das ações realizadas se inspiravam no que se denomina polícia sanitária” (*Id. Ibid*, 2009, p. 29) no sentido mais investigativo do que social. Muitas revoltas de cunho popular foram desencadeadas por essas operações, pois, foram implicadas através de repressão e controle dos hábitos higiênicos das populações mais pobres, campanhas sanitaristas foram realizadas incisivamente combatendo a febre amarela e doenças endêmicas como a varíola (Abrahão & Lagrange, 2007). Uma das campanhas mais conhecidas foi a Revolta da Vacina, ocorrida no ano de 1904 na cidade do Rio de Janeiro.

De acordo com Lima *et al.* (2005), nesse período houve uma ampliação da percepção das elites em relação aos problemas sanitários do país e de que mais intervenções estatais em prol da saúde e saneamento dos territórios deveriam ser efetuadas sob a sua responsabilidade e em função de controle sobre a reprodução e da classe trabalhadora.

Ainda nesse período, foi criada a Lei Elói Chaves no ano de 1923, conhecida como a primeira política pública de saúde do Brasil, a fim de legalizar as caixas de aposentadoria e pensões (CAP) já existentes em algumas organizações de trabalhadores, os quais possuíam assistência médica em caso de distanciamento por motivos de doença e de acidentes no trabalho. Essa lei é tida como embrião do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), sendo

²⁹ A Escola de Cirurgia do Hospital Militar da Bahia e a Escola de Cirurgia e Medicina do Hospital Militar do Rio de Janeiro.

as CAPs financiadas por três vias: empresa, empregadores e a União, garantindo também aposentadoria por tempo de serviço na proporção das contribuições (Oliveira & Teixeira, 1985).

A lei Elói Chaves foi um marco importante no cenário das políticas sociais do Brasil, sendo destacada como modelo para as seguintes, entretanto possuía alguns hiatos. Por exemplo, as CAPs eram organizadas por empresas e não por categorias de trabalhadores e somente poderia ser aplicadas aos trabalhadores urbanos, deixando a área rural totalmente desprovida dos benefícios. Além dessas lacunas, nem todas as empresas conseguiam legalizar as suas CAPs, apenas as de grande porte com os funcionários organizados (Oliveira & Teixeira, 1985; Lima *et al*, 2005; Paim, 2009).

Apesar de a proposta da lei Elói Chaves ter tido um relevante impacto na situação dos trabalhadores urbanos, a saúde deles foi efetivamente colocada em destaque pelos órgãos estatais, apenas, a partir dos anos 1930 com a criação do Ministério do Trabalho (Paim, 2009), ou seja, demorou cerca de sete anos o que denota a morosidade das mudanças efetivas em prol dos trabalhadores da época. Nesse mesmo ano, o Ministério da Educação e Saúde Pública também é instituído no cenário do país, disseminando ações de saúde em variados setores da sociedade, com o objetivo a priori de prestar serviços às pessoas não cobertas pelos institutos previdenciários. No período entre 1930 a 1964, ocorre o processo de industrialização do Brasil, eventos como a construção de rodovias e a expansão automobilística vão influenciar fortemente a situação de saúde, comportamental e cultural da população em geral. As doenças predominantes dessa época são conhecidas como as “doenças de pobreza” (Lima *et al*, 2005, p. 32).

De acordo com Escorel & Teixeira (2008, p. 3), o período ainda ficou conhecido como “separação entre saúde pública - centrada na erradicação de doenças infectocontagiosas, endemias ou epidemias - e assistência médica previdenciária, de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhes impediam de trabalhar”. Além disso, de acordo com Lima *et al*. (2005), ocorreram vários debates acerca das questões econômicas relativas ao setor agrícola e como as doenças geram custos altos para o Brasil, esses dois pontos eram tidos enquanto impasses para o desenvolvimento do país. Notamos o quanto a relação do custo econômico é crucial para as questões sobre saúde no Brasil e isto vai perdurar por muito tempo, inclusive nas futuras propostas da atenção básica à saúde. Nesse

período, houve uma troca do sanitarismo tradicional pelo o que ficou conhecido como sanitarismo desenvolvimentistas, pois concebia a saúde da população dependente, primeiramente, do nível econômico (Escorel & Teixeira, 2008).

No ano de 1932, as CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) em uma tentativa de ampliar a assistência à saúde aos seus segurados, a fim de equilibrar os altos custos, algumas mudanças são realizadas, como a administração a partir do governo e não mais dirigidas pelas empresas e, finalmente, os trabalhadores são divididos por categorias. Toda assistência de caráter individual estava atrelada a responsabilização do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (Escorel & Teixeira, 2008).

Em 1953, o Ministério da Educação e Saúde Pública se separa e é criado o Ministério da Saúde. De acordo com Lima *et al.* (2005, p. 4), essa separação não significou grandes mudanças nas estruturas institucionais, pois “a assistência era limitada aos trabalhadores inseridos em empregos formais e organizados conforme o sindicalismo instituído por Vargas e, portanto, atrelado aos interesses do Estado”.

A população do país, predominantemente rural, continuou sendo desassistida e o desenvolvimento do país atrelado à situação das doenças transmissíveis como a malária, a qual em 1958 foi alvo de uma campanha internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS), aderida no Brasil como a Campanha de Erradicação da Malária (CEM), esta foi desenvolvida até 1970 e conhecida como a mais ambiciosa intervenção de saúde pública no país (Lima *et al.*, 2005).

Com o período do golpe militar no Brasil, nos períodos de 1964 a 1984, os indicadores das condições de saúde pioram drasticamente, novas epidemias e perfis de doenças são publicizados, as IAPs unificam-se em 1964 junto à criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A saúde pública no geral “torna-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia” (Escorel *et al.*, 2005, p. 61). Concomitante a esses eventos, ocorre a consolidação das compras dos serviços privativos, inaugurando o modelo assistencial voltado para o hospital e curativista. Alguns pontos como a direção da descentralização e integração das intervenções de saúde, discutidos na III Conferência Nacional de Saúde no fim de 1963 são debatidos depois de três meses do golpe, dando margem ao que no futuro ficaria conhecido como as diretrizes do SUS: a

universalidade; equidade; descentralização; integralidade e participação social (Lima *et al*, 2005).

Apesar da estagnação das ações em saúde pública com o golpe militar, além da implementação em 1975 do Sistema Nacional de Saúde (SNS), na V Conferência Nacional de Saúde realizada no mesmo ano, são iniciadas as mobilizações sociais em prol da Reforma Sanitária Brasileira (RBS).³⁰ Alguns atos foram marcantes para essa concretização, como a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), em 1976, lançando a revista *Saúde em debate*, grande veículo de denúncias das iniquidades e desigualdades sociais. Dois anos depois, foi criada a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), ficando conhecida como a divulgadora da comunidade científica junto com a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Incorporando, também, a estes três grupos, os movimentos sociais e estudantes começam a delinear o SUS propondo a reforma sanitária brasileira (RBS) (Scorel *et al*, 2005; Paim, 2009).

Alguns projetos trouxeram os princípios e diretrizes do SUS, antes mesmo da sua consolidação, os quais foram consolidados como: o princípio da universalização no Plano de Localização de Unidade de Serviços (Plus); as diretrizes de regionalização, hierarquização, participação popular e integralidade de serviços com a experiência do Projeto de Montes Claros (PMC)³¹; O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), o qual teve como *lócus* de intervenção, prioritariamente, na região nordeste e após três anos expandiu-se para os demais locais do Brasil, o objetivo desse programa consistia na ampliação da assistência de saúde às comunidades excluídas pelas estratégias sanitárias da época. (Scorel, 2005 *et al*; Abrahão & Lagrange, 2007; Paim, 2009). O Piass também foi relevante na estruturação da atenção básica de saúde ao utilizar a estratégia de mobilizar pessoas da comunidade para atuarem como profissionais de saúde em atividades preventivas e educativas, o que mais tarde ficará conhecida como Agente Comunitária de Saúde (*Id. Ibid.*, 2007).

³⁰ O SNS foi implementado com a Lei nº 6.229, de 17 de julho, nessa são organizados os elencos de serviços do âmbito público e privado do país, deixando claras as limitações do modelo biomédico, pois não se tinha resolutividade nos problemas de saúde consequentes da mobilidade e crescimento urbano (Silva Júnior & Alves, 2007).

³¹ O PMC também foi o projeto pioneiro exequível da atenção básica no Brasil, conhecido por alguns como o embrião do SUS, assim como o Piass, no entanto os dois não contemplavam os demais níveis de atenção à saúde e nem a rede privativa hospitalar. Ver mais nos próximos tópicos.

Com o fim do regime militar e instaurada a nova república do país em 1985, começa a intercorrer vários eventos ligados a RBS, a exemplo disso foram as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds), reconhecidos segundo Paim (*Id. Ibid.*, p. 41) como “estratégia-ponte para o SUS”. O sistema de saúde brasileiro começa a ter mais estrutura com essas ações, ainda que não nomeado, pautando-se nas futuras diretrizes.

Em 1986 é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde e seu relatório final foi marcado como a base fundamental do SUS e da RSB, inaugurando a participação civil nas tomadas de decisões das políticas de saúde com mais de cinco mil representantes de variados grupos da sociedade (Escorel & Bloch, 2005; Paim *et al*, 2001). É importante assinalar a relevância da VIII CNS na formulação de propostas, as quais tornaram possíveis a realização da emenda popular que garantia o direito à saúde a todos e de responsabilidade do Estado no texto constitucional em 1988 (Brasil, 1988g). Este texto foi incluído na Carta Magna, a Constituição Federal (C.F.) da República, na qual o conceito de saúde foi ampliado, passando a ser reconhecido como um direito social com uma seção, incluindo cinco artigos (Escorel & Bloch, 2005). Dentre eles, é afirmada, no artigo 196 (Brasil, 1988g), a característica mais fundamental do SUS:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Como podemos perceber, o atual sistema público de saúde brasileiro, tal como o conhecemos, passou, e ainda passa, por intensos debates sociais e políticos ao longo da história do país. Visto isso, fica mais evidente entender os conceitos que o permeia e se tornam problemáticos na medida em que são implementados na sociedade em sua práxis.

2.2. Caracterização do SUS e o desafio da universalização da saúde

O Sistema Único de Saúde Brasileiro foi organizado a partir da Lei Orgânica de saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na qual toda a estrutura e funcionamento são dispostos, assim como seus princípios e diretrizes que regem as políticas e ações de saúde de todo Brasil na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Assim como a participação

popular pautada na lei de nº. 8.142 que dispõe a participação da comunidade na gestão do SUS.

Logo, entender o sistema de saúde é crucial para que também sejam entendidas as falhas, as lacunas e os sucessos nos fins de melhoria para a população. Ainda que recentes na história, essas estruturas de atenção à saúde representam um conjunto de relações econômicas, políticas e sociais, assim como a representação de saúde em uma dada sociedade (Lobato & Giovanella, 2008).

No Brasil, o sistema de saúde é representado pelos princípios finalísticos e diretrizes organizativas, os quais foram construídos ao longo da história das políticas de saúde do país com os projetos e programas. Através destes princípios e diretrizes, a organização da rede de atenção à saúde é desenvolvida e articulada. Os princípios finalísticos são: a universalidade; equidade e integralidade. As diretrizes do SUS são representadas por: descentralização; regionalização e a hierarquização da atenção à saúde.

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, o conceito de saúde é ampliado e se desconsidera a explicação de que uma pessoa saudável seria aquela portadora de um corpo ausente de doenças. A partir do artigo 200 da Constituição Federal (Brasil, 1988g), podemos perceber a influência desta amplitude caracterizando a importância dos determinantes sociais na saúde:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Desta forma, fica evidente a atuação do SUS em várias esferas sociais, dando ensejo à execução das ações em saúde em vários âmbitos (Brasil, 1988g), sendo entendido como

“uma política viva que se encontra em pleno curso de mudança e construção voltadas para a efetivação da saúde da população brasileira por meio dos princípios da universalidade, integralidade e equidade” (Souza & Costa, 2010, p. 515). O destaque dado a esses princípios é relevante ao relacioná-los na construção da atenção básica e a integralidade da atenção à saúde LGBT. Pois, os determinantes e condicionantes da saúde dessa população está intrinsecamente relacionados ao modo como são acessados os serviços de saúde pública atualmente por essas pessoas. No caso das travestis, a identidade de gênero é crucial nessa associação como um dos quesitos que barra a acessibilidade delas às ações públicas de saúde através do preconceito e discriminação. Logo, pensar o gênero e a diversidade sexual é fundamental na práxis dos princípios finalísticos do SUS.

A forma como tais princípios finalísticos organizam o sistema de saúde fica marcada nos programas e serviços públicos, mas isso não é o mesmo que afirmar a efetivação na prática dessas ações. Ao destacar o princípio da universalidade, o qual condiz com o acesso de todas as pessoas às ações públicas de saúde, bem como os serviços privados contratados através do governo. Dar-se então, a reafirmação do artigo n 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988g), no entanto visualizamos a universalidade ainda enquanto um desafio a ser alcançado, pois ainda é necessário o desencadeamento do processo de universalidade tornando a extensão da cobertura dos serviços ao alcance de todos, independentemente da raça, origem, cultura, situação econômica, orientação sexual, identidade de gênero dentre outras diferenças tornadas desiguais em nossa sociedade.

Ainda, a universalidade se articula com o princípio da equidade, que também é lançado como finalístico, entendido ao se partir do pressuposto de que há desigualdades na sociedade e para estas serem sanadas torna-se necessário o reconhecimento destas. Para tal, o sistema de saúde busca realocar os serviços e ações em saúde para os diversos grupos sociais em acordo com as diferenças que os tornam desiguais. É o que ocorre com os esforços de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Brasil. Segundo Paim (2009), o princípio da universalidade pode ser entendido como valor de igualdade, o que implica o apagamento de qualquer traço de preconceito ou discriminação em qualquer setor dos serviços de saúde pública. No entanto, isso ainda hoje abre um leque de discussões não apenas filosóficas como também pragmáticas.

Ao colocar este princípio em questão, vários debates são postos no cenário do SUS, no qual algumas políticas são focalizadas e trabalhadas em cima de objetivos específicos a determinados grupos sem acesso aos serviços públicos. Essa discussão entre a universalização *versus* focalização debruça em algo maior, pois para alguns são considerados contraditórios e para outros a focalização seria um requisito para a universalidade, pois repararia algumas questões sociais, colocando esses grupos com acesso igual às políticas sociais de saúde pública (Cohn, 2005).

O princípio da integralidade pode ser entendido enquanto a prática de serviços articulados nos três níveis de atenção, dando ênfase às ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde ao contemplar um serviço de assistência integral e contínuo. Este princípio, assim como os outros dois citados acima, também é considerado finalístico apesar de considerar as pessoas como seres integrantes da comunidade, é apresentado como outro desafio porque muitas dificuldades são impostas no dia a dia dos serviços do SUS e essa unidade entre as ações em saúde não ocorrem (Souza & Costa, 2010).

Outros componentes da organização do SUS se dão através das diretrizes da descentralização, regionalização, hierarquização dos serviços e a participação da sociedade civil. Esta última garante a representatividade das pessoas na formulação das políticas e ações em saúde, assim como na implementação em todos os níveis de atenção. Ela converge com o componente de descentralização, o qual consiste na redistribuição das ações e responsabilidades dos serviços entre os três níveis de governo: municipal, estadual e federativo. Ainda, o sistema é fundamentado em uma base territorial, disposta em áreas delimitadas geograficamente, a fim de organizar de forma decrescente os níveis de atenção em saúde como o fim de dar resolubilidade à população em acordo com os recursos humanos e tecnológicos disponíveis.

A participação da população nas ações em saúde é de suma relevância na construção do SUS, políticas sociais podem ser implementadas estrategicamente a partir de demandas oriundas do próprio público alvo. É o caso da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, para a sua concretização houve uma série de debates e demandas da população em espaços como na I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizada em junho de 2008, em Brasília. A partir desta conferência, foi criada no ano de 2009 uma comissão técnica interministerial, a qual organizou o Plano Nacional de Promoção da

Cidadania e Direitos Humanos LGBT com ações a serem desenvolvidas em vários ministérios, incluindo o da saúde (Carrara, 2013).

Todo o processo de reorganização do Sistema Único de Saúde brasileiro é regulamentado na Lei Orgânica de Saúde de nº 8.080 em 19 de setembro de 1990, as ações, estratégias, serviços, objetivos, princípios e diretrizes em torno da saúde por todo território nacional estão estabelecidos nesta lei. (Brasil, 1990h). A partir dela, as políticas e programas em torno da saúde se pautam para estabelecer as melhores estratégias, articulando os três níveis de atenção à saúde.

Ao contemplar os três níveis de atenção à saúde que compõe a diretriz da hierarquização: primária ou básica, secundária e terciária – compondo também a integralidade do sistema. Podemos afirmar, de acordo com a literatura, que a ABS pode ser considerada a porta de entrada³² prioritária para os serviços do SUS e, talvez, a mais privilegiada, sendo fundamental para compreendermos as várias ações de redução de iniquidades e desigualdades sociais do Brasil.

2.3. Contextualização histórica da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil.

Na atenção primária – ou básica, como é conhecida no Brasil - à saúde é permeada em um processo contínuo. Dentre os debates conceituais aos quais a ABS se aplica, há a questão da nomenclatura, pois o correto seria Atenção Primária à Saúde? Ou Atenção Básica à Saúde? Este debate pode parecer irrelevante, mas atua como um desafio para o entendimento geral das equipes atuantes da ABS, os quais muitas vezes podem ser usados como sinônimos. Entretanto, como a maioria dos documentos estudados sobre a ABS no Brasil, assim como em trabalhos científicos, são utilizados mais fortemente como Atenção Básica (Mello, Fontanella, & Dermazo 2009), logo, iremos utilizaremos a última nomenclatura neste texto ao nos referirmos ao primeiro nível de atenção à saúde do SUS.

Muitos pesquisadores (Fausto & Matta, 2007; Souza & Costa, 2010) tem a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata³³, no

³² A partir do Decreto nº 7.508 de 28 de junho do ano 2011, fica claro na seção III sobre a hierarquização dos serviços e redes de atenção que as portas de entrada serão: de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenções psicossociais e especiais de acesso aberto.

³³ Território da antiga URSS (*União das Repúblicas Socialistas Soviéticas*).

ano de 1978, como um marco histórico, pois nela ocorre a reformulação oficial do conceito ampliado afirmando a saúde como um direito humano fundamental. Conhecida internacionalmente como Atenção Primária à Saúde, a qual foi incluída na Organização de Saúde (OMS, 1978) como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

A partir desta data, ocorre uma ampliação de programas e projetos em vários países, pois na Conferência de Alma Ata a APS ficou conhecida como a “a chave para alcançar em todo o mundo em um futuro previsível um nível aceitável de saúde que fizesse parte do desenvolvimento social e inspirasse em um espírito de justiça” (Andrade *et al*, 2006, p. 784) junto a uma proposta de ampliação das ações nacionais de saúde e a aplicabilidade dos objetivos do plano “Saúde para todos no ano 2000”.

Apesar da Conferência de Alma Ata ter ganhado destaque por tentar sistematizar e ampliar em termos conceituais a APS, como ficou reconhecida internacionalmente, há outros conceitos e expectativas, as quais a embasa em outros países. Ao acompanhar os objetivos, os atores, situação econômica, política e social de cada época em diferentes contextos, não há um único conceito capaz de explicar o que é atenção básica à saúde (Fausto & Matta, 2007), assim como não há definição única explicação do que seria o conceito de saúde (Almeida Filho, 2011).

Antes e depois da Conferência de Alma Ata, ocorreram em outros países várias reformulações como o relatório Dawson nos Estados Unidos em 1920, o qual formulou a proposta do Centro de Saúde como o responsável da oferta dos cuidados primários e em 1984, na Espanha com a introjeção do conceito conhecido atualmente como atuação

multiprofissional nos centros de saúde, consistindo no trabalho conjunto de vários profissionais (Andrade *et al.*, 2006).

No intuito de destrinchar as várias explicações sobre o termo da ABS, Vuori em 1985, de acordo com Andrade *et al.* (2006) propôs uma classificação para as existentes: A ABS seletiva, a qual é orientada para a formulação de conjuntos limitados de serviços com objetivos bastante específicos; Atenção Primária, a qual é referida como a porta de entrada e continuidade nos serviços de saúde; Atenção básica à saúde ampliada, formulada durante a Conferência de Alma Ata e conhecida como uma estratégia organizativa dos sistemas de atenção à saúde com o intuito de promoção da saúde, se define como o primeiro nível de atenção; e o enfoque de saúde e direitos humanos, destacando a saúde como um direito humano e a relevância dos determinantes políticos e sociais mais amplos acerca do processo de saúde e doença.

De acordo com Starfield (2002), todos esses conceitos não se excluem e se imbricam em algum momento, mas o que podemos destacar é que nenhum deles pode ser considerado o verdadeiro e inquestionável, pois é relevante apontar como esse conceito foi e é construído ao longo do tempo para entendermos os serviços e ações de saúde na atenção básica atualmente. Ao acompanhar o processo de construção da atenção básica historicamente, ainda que achássemos necessário retirar e acrescentar alguns pontos, podemos a resumir como uma:

Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores, organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis de rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um projeto conjunto de produção social de saúde – mediante um pacto social – que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente, e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo. (Lago & Cruz, 2001 *apud in* Andrade *et al.*, 2006)

Algumas dessas experiências foram realizadas anteriormente à Conferência de Alma Ata e outras concomitantemente a essas experiências em âmbito internacional, mais fortemente, entre as décadas de 1960 e 1970. No Brasil também houve programas e projetos, os quais “inauguraram” algumas diretrizes da atenção básica, como o Centro Médico Social de São José Murialdo, o Projeto de Medicina Comunitária de Londrina (PMCL), o Programa

de Atenção Primária Projeto Niterói e o Projeto Montes Claros (PMC), (Fausto, 2005; Giovanella & Mendonça, 2008 *apud in* 2012), este último pode ser considerado como o projeto-chave do SUS e motivador para o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) em sua segunda fase. Segundo Sarah Escorel (1999, p. 178), o Piass concretizou, em uma área de abrangência considerável, uma proposta de organização de serviços de saúde que era a alternativa até então adotada pelas instituições setoriais. Foi a primeira grande experiência nacional de um modelo cujas diretrizes continuariam a orientar todas as propostas que o movimento sanitário elaborou, tais como o PREVSAÚDE, as ações integradas de saúde (AIS) e a VIII Conferência Nacional de Saúde.

O que esses programas tinham em comum era a forma de agregar em seus projetos os princípios da universalização, integralidade e hierarquização do SUS, além de algumas diretrizes organizativas como a relevância da regionalização (Escorel, 1999; Fausto & Castro, 2012). Dentre essas características em comum, a desigualdade nas condições de acesso aos serviços de saúde foi algo bastante significativo em todas as propostas.

Diante da hierarquização dos níveis de atenção propostos pelo SUS, a atenção básica à saúde é o primeiro nível de atenção, da qual são inclusos os centros de saúde locais com a proposta de ser entendido como a porta de entrada prioritária aos serviços e ações de saúde pública no Brasil. Mais do que isso a ABS é entendida nacionalmente, hoje, como “estratégia fundamental a reorientação de modelo de atenção do SUS” (Fausto & Matta, 2007).

Muitas são as discussões em torno da ABS, em algumas instâncias foi financiada por institutos internacionais, compactuando com uma proposta de atenção seletiva, simplificadora e para pobres, tendo como consequência, em alguns momentos, a discussão, inclusive, primitiva a questão da nomenclatura.

Em torno da discussão da ABS é aprovada no Brasil a portaria revisada nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), na qual é regulamentada as diretrizes e normas para a sua organização e entendida como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e

condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (Pnab, 2011)

Em termos gerais, a ABS pode ser entendida como acesso de primeiro contato do sujeito com o sistema de saúde pública, continuidade e integralidade da atenção, participação social, ênfase no trabalho em equipe voltado para o indivíduo e a comunidade. É importante sinalizar que no mesmo ano da aprovação da revisão da PNAB, a portaria nº 2.836 institui no SUS a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, no entanto nenhum destaque é feito sobre relevância da ABS para a integralidade e primeiro acesso à saúde.

Apesar disso, além do relativo sucesso dos programas e projetos realizados no Brasil e internacionalmente, outro fator que faz a ABS se tornar relevante no cenário da saúde pública é a questão do financiamento e a municipalização, os quais fazem parte da estratégia de realocação do sistema para a melhoria do acesso universal. Com uma política de financiamento mais favorável para os mecanismos hospitalocêntricos durante muito tempo, a ABS dentro da Política Nacional de Saúde ganhou uma importante ênfase depois da NOB (Normas Operacionais Básicas) em 1996, principalmente para o processo de descentralização (Fausto & Matta, 2007; Levicovitz, 2001), a fortalecendo com o financiamento junto à criação do Piso de Atenção Básica (PAB), no qual o motivador é o Programa de Saúde da Família (PSF), destacado como a principal forma de reorganização da ABS dos serviços de atenção local no Brasil. De acordo com Castro e Machado (2010, p. 703) “o financiamento federal, ainda que os recursos destinados à atenção básica sejam insuficientes, ao longo do governo Lula³⁴ houve crescimento da execução orçamentária deste programa em todos os anos”.

Para uma melhor avaliação do presente trabalho é mister destacar que ao longo das pesquisas documentais e revisão bibliográfica sobre a ABS poucas vezes foram citadas a relevância do acesso igualitário e universal tendo como pressuposto o respeito a identidade de gênero. Os documentos, os quais apresentam esta lacuna são: o relatório final da 8º

³⁴ Presidente do Brasil entre os períodos de 2000 a 2008.

Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 17 a 21 de março de 1986; A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica e revisa as normas de organização da ESF e do PACS.

2.4. A Estratégia de Atenção Básica à Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF)

O Brasil passou por várias reformulações ao longo de sua história no âmbito da saúde pública, ainda hoje ocorrem mudanças de acordo com o contexto e as mudanças sociais, históricas e culturais. Estas transformações podem ser acompanhadas não apenas a partir da historicidade do país, como também por dados estatísticos acerca da sociedade, os quais ajudam a compreender e equacionar as propostas das políticas públicas brasileiras. A necessidade de inclusão dos excluídos de direitos básicos, como a saúde, faz com que o país tome medidas de enfrentamentos das iniquidades ainda existentes com veemência (Paim *et al.*, 2001; Souza & Merchán-Hamann, 2009).

Atualmente, ao se falar acerca da ABS no Brasil, nos deparamos com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no ano de 1991 e o Programa de Saúde da Família em 1994, ambos são bastantes significativos porque possuem como marca a ampliação do acesso à saúde a um maior número de pessoas (Paim, 2006). Estes dois programas se imbricam e se apresentam como estratégias da ABS dentro do SUS.

Ao compreendermos a ABS como um conjunto de estratégias, as quais permeiam o universo coletivo e individual, representando a porta de entrada prioritária do sistema público de saúde em articulação com os demais, esquematizando os serviços de manutenção, prevenção de riscos e agravos, promoção de saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, deparamos com a relevância do Programa da Saúde da Família implementado pelo Ministério de Saúde (MS) como um plano de ofertas da ABS de maneira mais humanizada e resolutiva em contrapartida ao modelo médico-hegemônico existente. Assim, ao compactuar com os objetivos da ABS, o PSF traz em seu cerne os princípios da universalidade, integralidade e equidade dispostos no SUS, voltando sua atenção para a família, comunidade e planejamento em acordo com a realidade.

O funcionamento do PSF é conduzido por equipes multidisciplinares responsáveis por seiscentas a mil famílias em um local de abrangência definido, compostas por seis agentes comunitários (ACSs), dois auxiliares de enfermagem, um médico e um enfermeiro alocados como referência em uma unidade básica de saúde (UBS). É importante frisar que esta equipe deve conhecer o território de abrangência, as famílias, os problemas e ricos de saúde, prestando assistência integral na atenção básica ao propor estratégias e atividades em prol da comunidade e família (Brasil, 2006a).

O número de famílias assistidas pelo PSF cresceu substantivamente em poucos anos depois de sua implantação, representando uma transformação crucial nas práticas de saúde ao colocar entre seus objetivos o rompimento das estratégias curativas e hospitalocêntricas (Souza & Merchán-Hamann, 2009). Em apenas um ano, em 1995, o PSF ganha destaque no cenário do governo federal, sendo adotado como o projeto prioritário do governo devido ao seu caráter de inovação e nos anos posteriores passa a ser enfatizado pelo MS como “a principal estratégia para a estruturação dos sistemas municipais de saúde a partir da atenção primária, visando a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde” (Castro & Fausto, 2012, pág. 178).

No ano de 1996, o significado de programa desapareceu nas nomenclaturas oficiais, pois programa condiz com um tempo determinado para seu fim, sendo realocado no sistema como estratégia reorganizativa dos serviços de saúde pública. Dessa forma, o PSF passa a ser conhecido como Estratégia de Saúde da Família, pois passa a ter um caráter permanente e de continuidade, agregando outros programas e reformulando a ABS no Brasil (Bonet, 2013).

2.4.1 A Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A partir da ESF é iniciado um processo de ampliação da estrutura que a compõe, sendo prioritária para a consolidação de um novo modelo de assistência à saúde partindo da ABS. A tentativa da busca de um serviço mais qualificado, tirando de cena a doença do indivíduo pautado no modelo médico-hegemônico.

Em 2006, a ESF é organizada pela portaria nº 648/GM, de 28 de março, do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, reforçando o enfoque da saúde da família para a ABS, considerando a expansão e acúmulo das experiências do PSF em território nacional, a necessidade de revisão das normas do país em relação ao

desenvolvimento da atenção básica e as diretrizes dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão (Brasil, 2006). Além da descentralização do financiamento da ABS, alguns estudos evidenciam a positividade dos resultados acerca dos indicadores de saúde ao reduzir os gastos, melhoria do acesso aos serviços públicos, ações de prevenção e promoção de saúde ao detectar e evitar doenças iniciais, redução de gastos e cuidados desnecessários em níveis de atenção secundário e terciário (Starfield, 2002).

Concomitantemente ao destaque sobre a saúde da família, outra reforma é instaurada pelo governo em prol da ABS, fortalecendo a promoção e universalidade de acesso dos serviços, o Pacto da Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria GM/MS nº399, também foi implementado enquanto reforma institucional junto ao objetivo de consolidação do SUS. Consiste em três perspectivas: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão, no qual o primeiro possui entre seus objetivos o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica e atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência (Brasil, 2006a). Ou seja, a ABS continua sendo priorizada no que tange as mudanças nas ações de saúde pública.

Ao se falar na operacionalização das equipes de saúde, com a mudança de programa para estratégia, estas continuaram sendo alocadas em territórios de abrangência tendo a UBS como referência, no entanto outros projetos são lançados pelo governo a fim de dar mais estrutura para elas, a exemplo do Pacto da Saúde e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2011, este último possui o objetivo de atuação integral junto às equipes de SF. No mesmo ano é lançada a portaria nº 2.488, de 21 de outubro, na qual é reafirmada a Política Nacional de Atenção Básica, reafirmando uma ABS mais acolhedora e resolutiva (Pnab, 2011).

O que podemos observar é a relevância das equipes multiprofissionais nesse processo, pois são responsáveis por um determinado número de famílias procurando a manutenção de uma média adequada de saúde nas comunidades. Para este fim, os agentes comunitários de saúde (ACSs) são reafirmados como profissionais primordiais na interlocução da comunidade com os demais profissionais alocados nas UBSs.

2.4.2 A importância da ABS no Brasil e suas implicações políticas no SUS

Apesar dos vários projetos como o PACS, PSF/ESF, NASF, Pacto pela vida e portarias acerca da ABS se apresentarem de maneira organizada e bem fundamentada, verificamos a necessidade de ampliar os estudos acerca da real exequibilidade e eficiência para a população, alguns estudos demonstram de maneira positivas a organização da ESF (Starfield, 2002; Turci, 2008), mas há outros demonstrando os desafios inerentes à estratégia, como as mudanças poucas significativas ocorridas em alguns locais do Brasil (Roncalli & Lima, 2006), o que torna a ampliação de mais pesquisas e articulações com as demais redes de atenção, segundo Pestana (2009, pág. 42) no caso das redes de atenção à saúde de Minas Gerais:

O centro de comunicação das redes de atenção à saúde está localizado na atenção primária que funciona como elemento de ordenamento dos fluxos e contra-fluxos de pessoas, produtos e informações nas redes. Os pontos de atenção secundários e terciários constituem os nós das redes e prestam serviços de atenção especializadas.

Esta proposta da intersecção entre as redes de atenção contrapõe as críticas em relação à verticalização dos serviços ao colocar a ABS como porta prioritária de entrada dos serviços de saúde pública, pois este acesso pode se dar através de outros níveis, ações de prevenção e promoção de caráter programático e campanhista (Fausto & Matta, 2007).

Outra discussão bastante presente é a aplicabilidade de um modelo de reorganização assistencial do SUS através da saúde da família em um território tão amplo, complexo e heterogêneo como o Brasil, o que poderia implicar na negação dos princípios do SUS. Algumas questões relativas às condições locais são pouco ou nenhuma vez consideradas ao obedecer a normas gerais nacionais impressas nas diversas portarias do Ministério Público. Muitos profissionais ainda têm dificuldades de entender as suas atribuições no espaço da ABS (Turci, 2008), o que revela carência de cursos de atualização permanente e periódica, além disso, há as dificuldades em relação à falta de estrutura nas UBS e às condições precárias de trabalho. O princípio da integralidade fica à mercê dos demais serviços de atenção da rede de saúde pública e a ABS não tem como garantir apenas com as equipes de SF. Além desses pontos mencionados acima, paradoxalmente, há a discussão em torno das intervenções focalizadas ou seletivas, as quais estariam negando a ideia do princípio da universalização e ao mesmo tempo sendo necessárias para suprir a falta de acesso das diversidades encontradas (Souza & Mércán-Hamann, 2009).

Diante do exposto, o que podemos verificar na construção histórica e social inerente a todos os processos de inserção da ABS na agenda do SUS com o cenário atual são os vários desafios a serem superados. À priori, a ABS foi implementada partindo de análises, influências e características indicativas de focalização e seletividade de ações e critérios direcionados para a população mais pobre do país, essa interpretação errônea fez com que alguns entendessem como uma estratégia de equidade ao mesmo tempo oposta ao princípio da universalização do acesso à saúde.

De acordo com Fausto & Castro (2007), a maioria desses problemas se relaciona diretamente com a vulnerabilidade do SUS, ainda apresentando uma fragmentação herdada dos sistemas políticos do passado e refletindo diretamente não apenas na ABS assim como nos demais níveis de atenção à saúde.

2.5 Uma breve contextualização da Atenção Básica à Saúde na cidade de Belo Horizonte

A experiência em ABS no Estado de Minas Gerais tem sido forte junto à implementação do Projeto Montes Claros (PMC), já citado como uma das principais iniciativas da ABS no Brasil.

Ao citar a atual capital de Minas Gerais, a cidade de Belo Horizonte, também podemos verificar as experiências implementadas concomitantemente com as políticas públicas de saúde brasileira com foco na ABS, alguns desafios e sucessos semelhantes a outras cidades brasileiras. Principalmente ao comparar com outros grandes centros urbanos e as dificuldades de aplicabilidade dos serviços de saúde. Para uma melhor organização administrativa, a cidade está dividida em nove regiões: Barreiro, Oeste, Centro-Sul, Leste, Noroeste, Nordeste, Norte, Pampulha e Venda Nova.

De acordo com Turci (2008), a organização territorial, de acordo com a Secretaria municipal de saúde da prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/ PBH), é realizada da seguinte maneira a fim de possibilitar e facilitar as práticas de intervenções: município, distrito sanitário, área de abrangência do centro de saúde, área de equipe ESF, microárea e a moradia. Todas essas subdivisões são realizadas a partir de dados inseridos no Censo BH Social, ou seja, o balanço total dos agravos e riscos dos municípios é inserido neste instrumento baseado

em cadastros atualizados mensalmente pelos agentes comunitários de saúde, partindo de suas visitas às moradias.

A partir destes dados do Censo BH Social, as ações e serviços podem ser reformuladas e construídas em acordo com o contexto de cada região da cidade. É importante destacar a relevância dos ACSs, pois são elas que possibilitam esse panorama acerca da saúde na cidade através do preenchimento dos dados para a vigilância em saúde no novo SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica). Neste, as profissionais podem atualizar os dados referentes à saúde com aspectos sobre orientação sexual e identidade de gênero. Neste ínterim, é constituído pelas indagações:

DESEJA INFORMAR A SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL/IDENTIDADE DE GÊNERO? – marcar com um X na opção “Sim” caso deseje informar ou “Não” caso contrário. SE SIM, QUAL? – caso a pessoa queira se autodeclarar em uma das possibilidades de orientação sexual ou de identidade de gênero, podendo ser: • Heterossexual: indivíduo que se declara heterossexual. • Gay: indivíduo do sexo masculino que se declara gay ou homossexual. • Lésbica: indivíduo do sexo feminino que se declara lésbica ou homossexual. • Bissexual: indivíduo que se declara bissexual. • Travesti: indivíduo que se declara travesti. • Transexual: indivíduo que se declara transexual. • Outro: indivíduo que não se identifique em nenhum dos gêneros mencionados (Sisab, 2013, p. 23).

As perguntas são encontradas nos preenchimentos das fichas nos cadastros da ABS, o atual sistema foi lançado em 2014. No entanto, durante as entrevistas com as ACSs, nenhuma mencionou a atualização do sistema, ao contrário, Daianara questionou o porquê de não ter espaços nas fichas dos cadastros para colocar a identidade de gênero e a orientação sexual das usuárias e usuários do SUS na comunidade, inclusive, nas linhas destinadas à DSTs/AIDS

Destacamos, no município de Belo Horizonte, lançado no ano 2000, o *Programa BH de mãos dadas contra a AIDS* com o objetivo de criar estratégias em torno da educação continuada realizada pelos pares. Ao longo da pesquisa “Direitos e Violência na Experiência de Travestis e Transexuais na cidade de Belo Horizonte”, a presente autora conheceu uma das travestis atuante como uma agente de prevenção nesse programa, mas nos dados apresentados da pesquisa citada, tais agentes poucos são citados como referência de prevenção à AIDS a partir da distribuição de preservativos. O *Programa BH de mãos dadas contra a AIDS* atua com a interlocução da UBS e o CTA (Centro de testagem e Aconselhamento).

Os diagnósticos de DSTs são disponibilizados nas UBS, assim como o tratamento, e no CTA. No entanto, as travestis entrevistadas relatam preferir fazer as testagens no CTA ao invés de realizar na UBS, sendo esta última muito mais próxima à residência delas, por já tido experiências de constrangimentos revelação de diagnósticos dentro da unidade. As ACSs disseram que no CTA o pessoal é mais preparado para receber as travestis por ter tido uma preparação e orientação acerca das demandas principais delas. Isso demonstra que a ABS no campo da promoção de saúde e prevenção relacionadas à AIDS e DSTs ainda é negada em parte para as travestis e precisam ser repensadas outras estratégias mais concernentes à realidade delas.

Dito isto, a relação da AIDS, travestis e a construção da ABS em Belo Horizonte, não foge do cenário nacional, pois as travestis são inseridas no movimento social e no âmbito da saúde a partir da luta contra a AIDS (Carrara, 2013; Duque, 2014).

No que tange à implementação da estratégia de saúde da família, ao revisarmos a história da ESF na cidade, podemos entender alguns pressupostos bastante atuais que coincidem com o desconhecimento das agentes por pares no *Programa BH de mãos dadas contra a AIDS*.³⁵ Por exemplo, o modo de inserção das profissionais nas equipes de saúde tem implicação direta nos serviços das UBSs. Algumas profissionais especialistas não aderiram às equipes de saúde da família em 2002, então a SMSA implementa as chamadas equipes ampliadas, deixando estes profissionais alocados nas UBSs os agregando à equipe básica, em outros casos havia uma equipe de apoio atuando a partir do trabalho dos ESF. Para incentivar esses profissionais médicos, a carga horária antiga foi mantida e recebiam um *plus* PSF salarial. No entanto, algumas UBSs não conseguiram agregar essas profissionais, mantendo a lógica de demanda espontânea e consultas agendadas (Turci, 2008).

Em 2003 é implantado pelo SMSA o *BH Vida*, um programa de expansão e reafirmação dos princípios dos SUS, fazendo com que um ano depois fosse realocado como o programa *BH Vida Saúde Integral* (Rocha & Tierling, 2009). Esse projeto agregou os diversos atores alocados no município, fazendo com que algumas ações fossem repensadas, como a mudança das equipes ampliadas em apoio referencial às ESF e a ampliação do chamado *plus* salarial para todos os profissionais da rede (Turci, 2008).

³⁵ O *Programa BH de mãos dadas contra a AIDS* se assemelha ao *Projeto Tudo de Bom!* da Secretaria Municipal e agenda DST/AIDS, Cidade de São Paulo. Para saber mais, ver Pelúcio, 2009.

Atualmente, são apresentados desafios próprios da implementação histórica da ABS no Brasil e em grandes centros urbanos, como a lentidão da implementação e a ampliação das equipes de saúde da família para a toda a população. O modelo hegemônico-hospitalocêntrico-sanitário, o qual possibilita a instalação de grandes hospitais com aparatos tecnológicos, favorecendo as regalias e status das especialidades médicas; a corporação profissional e empresarial médica, as quais preferem instalações em grandes centros urbanos concentrando serviços focalizados na doença com recuperação imediatista (Souza, 2002).

Esta breve contextualização nos permite verificar o quanto de lacunas ainda existe na implementação dos serviços da ABS na cidade de Belo Horizonte, como a forte relação como modelo hospitalocêntrico vigente, a infraestrutura ainda precária e insuficiente e a falta de profissionais com formação na área da ABS (Rocha & Tierling).

3. AS AGENTES COMUNITÁRIAS E AS TRAVESTIS NA SAÚDE

3.1. As Agentes Comunitárias de Saúde e seu histórico no Brasil

Com o objetivo de entender como as travestis acessam a atenção básica de saúde, entendemos que a profissional agente comunitária de saúde, inserida na equipe de SF, é a intermediadora entre a comunidade e a UBS, ainda que sua posição esteja intrinsecamente interligada por relações de poderes institucionais.

O trabalho das ACSs requer bastante flexibilidade e criatividade para lidar com os desafios, conflitos e obstáculos surgidos no âmbito da comunidade e da UBS. Ainda não é possível um trabalho interdisciplinar e dialógico entre os profissionais de saúde porque a ACS é vista como àquela que faz visita e cadastros das usuárias do bairro. É necessário o estabelecimento de uma relação de trabalho menos hierarquizada ao pensar as equipes de saúde, pois ao conceber o princípio da integralidade do SUS nos traz à tona os vários tipos de condutas e cuidados necessários ao falarmos sobre saúde.

Existe uma grande e significativa distância entre o dever e o fazer das ACSs. Na concepção da ESF muitas das ações devem ser realizadas de forma multidisciplinar, se isso não ocorre o trabalho das agentes não será realizado de forma eficaz. É o que ocorre nas

experiências de trabalho relatadas por nossas entrevistadas ACSs e a forma de acolhimento na UBS interpretada pelas travestis. De acordo com Moysés (2011, p. 32):

os discursos dos gerentes e profissionais de saúde de nível superior demonstram tendência de que a informação do ACS se devesse ater a questões administrativas e à organização dos serviços, mediada e decidida pelos profissionais de saúde, evitando informação sobre patologias ou agravos à saúde.

Apesar de a presente pesquisa não contemplar a fala da equipe de saúde em sua totalidade, é importante destacar esta apreensão sobre o trabalho em equipe, pois nos relatos fica claro a inferiorização das ações das ACSs na UBS e os entraves nos atendimentos das travestis.

No início da inserção do campo, havia uma greve municipal das agentes comunitárias no município. Mas, segundo Cláudia, *“não teve força porque poucas categorias aderiram à greve e não temos voz, eu não participei porque estava de férias, sei que foi importante, mas sabia que ia dar em nada”*. Afirmar essa não importância na rede da ABS pela própria equipe nos mostra a quantidade de desafios que este profissional visto como o elo da comunidade e dos serviços públicos de saúde enfrenta. Percebemos, dessa maneira, o quanto as ações das ACSs poderiam ser impactantes e benéficas para a comunidade.

O histórico das ACS no Brasil é documentado a partir da década de 1987 no Estado do Ceará, quando 6.113 pessoas foram contratadas em áreas carentes para efetuar atividades promotoras de saúde em um contexto de seca extrema na região. Após o período de estiagem, foram contratadas mais ACSs a fim de melhorar a autonomia sobre o cuidado e prevenção de riscos e agravos à saúde, especificamente, aumentar o índice de aleitamento materno para reduzir o número de óbitos de recém-nascidos e decorrência da desidratação (Sakata, 2009).

Ao resgatamos a trajetória das ACS no Brasil, algumas propostas estatais possibilitaram a constituição desses profissionais, já possuindo funções semelhantes ao que conhecemos atualmente como ações direcionadas a população sem cobertura de serviços assistenciais (Fausto & Matta, 2005). Além do Programa de Agentes Comunitários no Ceará, houve o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) iniciando na região nordeste e depois do Vale do Ribeira em São Paulo o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e mais recentemente o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e o

Programa de Saúde da Família (hoje considerado uma estratégia e não mais programa) (Silva & Dalmaso, 2002).

A princípio, as ACSs surgem no intuito de alocar profissionais de saúde locais em regiões em situação de pobreza e de difícil localização. Logo, a relevância dessas pessoas serem residentes destes lugares parte da praticidade da lógica e viabilidade territorial para a atuação na comunidade. As três ACSs - Suzana, Dainara e Cláudia - trabalham como agentes há mais de dez anos. Todas elas participaram de seleções realizadas no bairro. Ainda, todas as três moram também há mais de dez anos na comunidade e viram o bairro se desenvolver, como afirma Suzane:

Por exemplo, hoje mesmo nós temos um prédio, antigamente não tinha. As ruas nem eram asfaltadas, depois que vem às vezes asfalto, as dificuldades com ônibus também, o transporte coletivo era assim muito difícil. Você conseguir pegar um ônibus demorava passar, e quando passava lotava, sabe, então assim, muita coisa está modificando mesmo, até o lugar onde não tinha rua assim, passaram ruas, então assim, hoje em dia tem casa, todo lote tem sua casa, difícil um lote que não tenha aqui, mas não era tão valorizado igual é hoje, aqui o imóvel é muito valorizado.

Notamos no relato de Suzane, o quanto o bairro cresceu ao longo do tempo e a intensidade da relação que ela tem com ele. No caso de Dainara, moradora desde que nasceu a relação é ainda mais intensificada:

Faço compra, feira, roupa, sapato, tudo, cultura, aqui mesmo [...] Mora aqui também, meus irmãos, são seis irmãos, comigo seis, minha mãe, meu pai morreu, tem dois sobrinhos que moram com a gente.

Ou seja, toda a sua história é intrínseca ao bairro. Isso demonstra o quanto esta relação com o território e as pessoas que vivem nele é percebida pelas ACSs - profissionais e residentes do Rio Branco. A história do bairro também é permeada de encontros das ACSs com as travestis, no entanto são sempre contadas com cenas de violência e em torno da prostituição: brigas em ônibus, pontos de prostituição em rotas movimentadas com roupas evidenciando o contorno de seus corpos, brigas nas ruas com outras travestis e olhares constrangedores dos vizinhos ao verem grupos de travestis transitando nas ruas.

Esses relatos podem nos indicar transfobia de uma parte da comunidade sobre a circulação das travestis em outros espaços, como nos supermercados, padarias e lojas. Pois, de acordo com as travestis, elas frequentam muito esses outros espaços, por isso o bairro foi o

lugar escolhido por elas para morar ao longo de mais de dez anos, como nos diz Diana: *“Tudo aqui, compro roupa aqui, faço feira aqui, ando o bairro inteiro”*.

O reconhecimento do movimento do bairro é relevante ao entender como se processam os acessos aos serviços de saúde, pois, lazer, valores culturais compartilhados e as possíveis estratégias dos itinerários terapêuticos alocados no bairro indicam que tipo de saúde é possível para as travestis.

Dessa forma, a necessidade do reconhecimento deste território pelas ACSs está presente desde o surgimento desta categoria, instituída e oficializada enquanto profissão no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1991 com o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tido como estratégia fundamental para a consolidação do PSF na década de 1990. O reconhecimento do território teve como objetivo de atuação a provocação de mudanças efetivas nos indicadores de saúde, principalmente, com aqueles associados às famílias mais carentes de recursos. As principais estratégias são ofertadas pelos ACSs:

[...] pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população. O ACS deve atender entre 400 e 750 pessoas, dependendo das necessidades locais, e desenvolverá atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob a supervisão competente (PACS, 1997).

Dentro destas ações, não há nenhuma menção relacionada à identidade de gênero e a maioria delas é voltada para o planejamento familiar e saúde materno-infantil. O único ponto elencado que chama a atenção, devido ao contexto histórico do movimento social travesti, (Carvalho, 2011) é em relação à orientação sobre a prevenção da AIDS, mas não enfatiza nenhum público-alvo.

Diante do exposto, apesar de passados 18 anos da instituição desta categoria enquanto profissão, podemos notar o quanto a estruturação do PACS ainda é engessada na atuação, hoje, das ACSs, pouco foi modificado em relação aos objetivos das ACSs na comunidade, apesar das mudanças ocorridas ao longo desses anos, como os novos desafios apresentados.

A introjeção desses agentes nos grandes centros urbanos e a relação com questões relativas à identidade de gênero (Souza, 2002; Romano, 2008) e as principais tarefas podem ser vistas como desafios ainda em debate: cadastramento/diagnóstico – consiste no primeiro

procedimento realizado junto à comunidade; mapeamento – as ACS identificam as áreas das residências; identificação das microáreas de riscos; realização de visitas domiciliares – tendo estas como o principal instrumento de trabalho; ações coletivas e intersetoriais. Esta última dá à ACS o espaço de atuação em outras áreas como a educação, cidadania e direitos humanos (PACS, 1997). Muitas dessas tarefas realizadas pelas ACSs deveriam ser avaliadas com mais afinco de acordo com as mudanças culturais, sociais e econômicas de cada comunidade.

Apesar da crítica de poucas mudanças efetivas, na Política Nacional de Atenção Básica de 2012, as tarefas relativas ao trabalho das ACSs estão mais detalhadas e o enfoque da saúde materno-infantil é retirado para dar espaço para a nova estratégia de reorientação do modelo de saúde da atenção básica pautado na família, o trabalho da ACS passa a ser:

I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês; VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima (Pnab, 2011, pá 48-49).

A partir deste detalhamento da sua função, as ACSs passam a ser tidas como profissionais atuantes e intervencionistas, ligando ainda mais a comunidade e a UBS.

3.2. A relevância do trabalho das ACSs para a ABS/ESF

O contexto cultural compartilhado pelas ACSs na comunidade com a população no bairro foi, desde o início da atuação destas profissionais, a principal característica para a sua inserção na política pública de saúde do SUS, configurando como o elo entre a UBS/governo e a comunidade (Nunes *et al.*, 2002; Azevedo & Dalmaso, 2002; Pupin & Cardoso, 2008).

Ao redirecionar o nosso olhar para a atuação das ACSs no espaço da ESF, podemos perceber que muitos dos princípios gerais da atenção básica convergem diretamente com o trabalho das ACSs na comunidade e no serviço público de saúde: o acesso de primeiro contato dos sujeitos com o sistema público de saúde; a continuidade da atenção; a integralidade da atenção; a coordenação da atenção dentro do sistema e os atributos essenciais como a orientação familiar, comunitária e competência cultural (Startfield, 2002; Pnab, 2011). Todos esses pontos se equacionam no trabalho das ACSs de forma a conduzir o trabalho dentro da ESF e da comunidade, colocando-se como a portadora do convite para a principal porta de entrada dos serviços públicos de saúde: a atenção básica.

De acordo com o estudo de Pupin e Cardoso (2008), na cidade de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, sobre os sentidos de “ser agente”, as ações das ACSs se misturam com funções variadas, podendo ser entendido pelas próprias agentes como: anjos da guarda; aquele com quem as pessoas da comunidade podem conversar sobre vários problemas; como um quebra-galho; agente particular para encaminhamentos. Em outra pesquisa produzida na Bahia por Nunes *et al.* (2002), a ACS é entendida como um “personagem híbrido e polifônico”, podendo ser o intermediário com as ações de saúde e em algumas situações um empecilho porque não compactua com os desejos/necessidades cobradas pelos usuários e nem os profissionais da equipe de saúde da família.

O problema é que a ACS toma um lugar no qual não possuem espaço e instrumentos necessários para esses objetivos. As condições de trabalho, às vezes, sofrem um processo de precarização e a hierarquização de poder na equipe e as tornam as profissionais de menor qualificação, a iniciar pelo salário que recebem (Nunes *et al.*, 2002). Outras questões também estão atreladas à problemática das variabilidades e inferiorização da função das ACSs, como a não definição clara sobre até onde vai o valor do conhecimento biomédico e cultural transmitidos para comunidade e UBS.

Ao serem questionadas sobre o que seria ABS para elas, as ACSs participantes da presente pesquisa demonstram pactuar com a ideia de porta de entrada, no entanto não foi explicado que existem outras portas de entrada no SUS e que a ABS é a principal e não a única. Isso demonstra que os princípios da integralidade não condizem com as noções das ações desenvolvidas:

O que você poderia me dizer sobre atenção básica à saúde, baseada na sua experiência, nos seus anos de profissão?

Que eu percebo que é a porta de entrada de cada indivíduo, o primeiro lugar que a pessoa do bairro procura é o centro de saúde, às vezes, pela proximidade, fica mais perto da casa dela, como também, às vezes, pelos números que a gente passa, mesmo aquela pessoa que nunca procurou ela passa, às vezes, acompanhar, entendeu? Para mim o centro de saúde é nosso principal, assim, o que está na frente (Suzana).

A atenção básica é a porta de entrada para o posto de saúde, lá as pessoas podem evitar doenças, tomar vacina entre outros serviços (Cláudia).

Atenção básica é o básico daquilo que é necessário para uma pessoa. Atenção básica o que quer dizer? O primeiro tratamento, como fala, primário, é o pré, faz o primeiro atendimento, são os primeiros atendimentos, uma pessoa que é hipertensa, faz prevenção e promoção, eu acho que é o básico do básico mesmo, secundária já é outras coisas que tem para fazer, é diferente, eu acho que são os primeiros atendimentos, atenção básica (Dainara).

No relato de Dainara, ainda podemos notar o quanto a palavra *básico* pode significar nas ações das ACSs, no sentido de algo simples, primário e de pouca complexidade tecnológica. Esta é uma discussão que permeia o cenário da ABS desde o início da formalização do conceito (Starfield, 2002). Ainda pode ser considerada como um conjunto de ações voltadas para pobres (Azevedo & Dalmaso, 2002). Essa ideia ainda é compartilhada pelas travestis e ampliada para o SUS, não apenas por inserir a categorização de básico e simples, mas também direcionado para as pessoas sem condições de pagar por outros serviços e ao mesmo tempo tendo que atender de forma singular, o que na maioria dos casos não acontece:

O SUS para mim é uma... Não tenho nada que falar do sistema único de saúde, não. Primeiro que é sistema do povão, não é único de saúde, é sistema do povão, para mim sistema único de saúde você chega lá e você é única, não fala que é sistema único? Então você tem que ser a única, chega lá e fica falando assim, não vai ser atendida hoje não. (Diana).

A diretriz da hierarquização dos serviços do SUS nos conduz a pensar uma pirâmide vertical organizada em graus crescentes de assistência à saúde, na qual a ABS como o primeiro nível de atenção fica sendo reconhecida como serviços simplificados e desta maneira pouco valorizados em comparação aos níveis secundários e terciários, este último reconhecido como os mais resolutivos devido à complexidade tecnológica e pautado em torno aos enfrentamentos das patologias (Silva Júnior & Alves, 2005). No entanto, de acordo com a complexidade em torno do processo saúde e doença devemos pensar em uma lógica de horizontalidade, pois as demandas são inúmeras. De acordo com Merhy (2014, p. 49), as tecnologias do trabalho em saúde e a produção de cuidado podem ser divididas em leves, leves-duras e duras, sendo esta última considerada o saber tecnológico mais importante nos discursos médicos:

As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas e organizacionais).

Se a ABS é considerada a porta de entrada preferencial para os serviços públicos de saúde, como pensar tecnologias voltadas para a dinâmica da vida das travestis, dotada de violações de direitos sociais básicos, representando corpos não representados pela divisão dual e hegemônica que divide classificando os corpos em femininos e masculinos? (Louro, 2003) As próprias travestis trazem as respostas, ao menos para iniciar a proposta e atitudes a partir da construção dos vínculos, pois quando perguntado o que seria a ABS para elas, Diana que anteriormente havia situado o SUS como algo para o povão diz que a:

Atenção básica é ir lá conversar, saber o que está acontecendo, como você está, se está bom para você, se não está bom para você. Isso para mim é atenção básica, se você gosta, se você não gosta, se você concorda, se você não concorda, isso para mim é atenção.

O relato de Diana demonstra o quanto que as tecnologias leves, partindo das práticas de acolhimento e voltadas para a produção dos vínculos são importantes nesse campo.

3.2.1. Como atuam as ACS

Na Política Nacional de Atenção Básica (2011), alguns objetivos na atuação das agentes comunitárias de saúde foram mais detalhados desde a instauração do PACS, nos anos 1990, com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, na qual estão descritas a revisão das diretrizes e normas, tanto da ABS quanto do PACS.

Apesar de se saber que este profissional aparece em outros programas antes da instauração do PACS, como no projeto de Montes Claros através do Piass (Abrahão & Lagrange, 2007), apenas na década de 1990 será oficializada pelo Ministério da Saúde as suas atribuições.

Atualmente, a agente comunitária de saúde deve atender no máximo 750 pessoas ou 150 famílias, buscando compreender o contexto de cada família adscrita em sua microárea de atuação. Ao identificar os riscos e agravos à saúde mais comuns, que a comunidade está exposta, a ACS deve comunicar à equipe de saúde a qual pertence. Ainda, a ACS com o apoio do enfermeiro responsável pela equipe de saúde à qual participa. Cada equipe de saúde deve ser multiprofissional e ser a referência aos cuidados de saúde de no máximo 4.000 pessoas da sua área responsável, possui no máximo 12 ACSs, um médico da família e comunidade, um enfermeiro generalista e um auxiliar ou técnico de enfermeiro (PNAB, 2011).

Apesar de a equipe de saúde ser multiprofissional e se ter a tentativa da interdisciplinaridade, o trabalho das ACSs requer muita flexibilidade, pois nas ações em saúde pública, o contexto de atuação desses profissionais muitas vezes pode ser amplo e complexo, a depender de cada realidade das áreas geográficas definidas, estas reconhecidas como microáreas, com as famílias adscritas pela ACS. Ainda, os cadastros das famílias devem ser da responsabilidade das agentes e devem ser mantidos atualizados para que os serviços estejam sempre disponíveis e conhecidos pelos usuários daquela determinada microárea.

A questão do preenchimento dos cadastros foi algo bastante citado durante as entrevistas com as ACS, sendo mencionado como o principal instrumento norteador de sua atuação. Sem o cadastro não há meios para a sua função ser eficaz e reconhecida pelo SUS através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), pois todas as pessoas adscritas em sua microárea somente podem ser atendidas na UBS se estiverem cadastradas. Se for realizada alguma ação que não precisem necessariamente do cadastro da Unidade, uma

orientação durante a visita domiciliar, por exemplo, não tem como entrar no sistema de dados. Logo, ainda que seu trabalho seja eficaz não será registrado no sistema. Esta é uma das várias problemáticas que norteiam as características na práxis em torno da ABS, as ações apenas devem ser referidas oficialmente se for de competência ligada diretamente à UBS.

Ainda é de competência da ACS realizar visitas domiciliares e acompanhar as usuárias residentes em sua microárea responsável. Para àquelas em risco de maior vulnerabilidade, estas visitas devem ser em maior frequência, sendo escolhidas a critério da equipe de saúde com uma média de uma visita/família/mês (Pnab, 2011).

Outras práticas estão delineadas como atuação das ACSs, como ações com o objetivo de integralização entre a equipe de saúde e as usuárias adscritas na UBS; ações de promoção de saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde através das visitas domiciliares; ações educativas no âmbito coletivo e individual, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco (Pnab, 2011).

Todas essas atuações são possíveis a depender do contexto de cada população, para isso a ACS deve ter bastante criatividade para se aproximar dessas ações prescritas na Política Nacional de Atenção Básica. Para dar continuidade às ações, são necessários contato e educação continuada com essas usuárias atendidas. No caso das travestis, isso se torna difícil na maioria dos casos devido à rotatividade delas nas residências, o que ocorre, principalmente, pelas situações de trabalho. De acordo com a ACS Suzana, quando perguntado sobre a média das travestis que ela esteve acompanhando durante a sua profissão no bairro, ela não sabia como responder isso com um número aproximado, e apenas relatou sobre a rotatividade e a questão dos cadastros:

é porque assim, tem aqueles que pegam acolhimento assim, ah, eu estou precisando marcar uma consulta, pronto, você conversava com a pessoa naquele dia, na próxima semana aquela pessoa não estava ali mais, já tinha mudado e tal, então cadastro mesmo, eu já cansei de fazer cadastro, numa outro ter que cortar, tirar, porque a pessoa não está morando mais, então assim foram vários.

Nas visitas realizadas pelas ACSs, foram levantados alguns sinais de flexibilidade nas entrevistas realizadas com as travestis. Além da questão da rotatividade, o entendimento sobre a dinâmica da vida delas também foi levantado como questionamento, mas não uma problemática que impedia o trabalho delas junto a essas travestis. No entanto, a relação com o

cadastro é algo que permeia constantemente a atuação delas, relacionar cadastro e rotatividade implica em mais tempo gasto e menos ações efetivas.

Duas das ACSs entrevistadas, Suzana e Cláudia me disseram não compreender o porquê de tantas delas morarem apenas em uma casa, “*é como se fosse uma grande família, mas a maioria vão embora muito rápido*” relata Cláudia. A noção de família é pouco questionada ao longo das entrevistas, mas a casa é oficializada enquanto tal ao partir das intervenções realizadas com as travestis. Aqui, se faz outro nó acerca das possíveis atuações das ACSs com as travestis, porque ora há uma noção de família presente enquanto pessoas que compartilham o mesmo espaço e ora a casa das travestis não se assemelham a uma noção de família reconhecida pelas ACSs.

Das flexibilidades de atuação das ACSs apontadas na ação com as travestis, além da questão dos vários cadastros inseridos e excluídos por causa da rotatividade, há o cuidado na formação dos vínculos quando perguntado se há diferença na continuidade das visitas domiciliares com outras casas:

Não, eu não acho não, eu só acho, às vezes, a dificuldade assim por eles, às vezes, não ter uma residência que fixem ali, só essa que é dificuldade, quanto tempo a pessoa mora. Mas, tem você para poder conversar com ela para ir construindo esse vínculo, mas isso acontece com as pessoas que moram de aluguel, não só os travestis. (Suzana)

A relação com o vínculo e a rotatividade foi levantada muitas vezes, apesar da comparação com as pessoas que moram de aluguel. Elas reforçam para as travestis a necessidade de precaução com os preservativos presentes em suas bolsas, sempre na realização das visitas domiciliares, pois não sabem por quanto tempo elas ficariam naquela residência.

Além desta questão, os preservativos vinham como uma ação de prevenção em relação à atividade da prostituição. Esta foi apontada diversas vezes como justificativa de processos de adoecimento, mas reconhecida como o único meio de renda das travestis. Inclusive, vinculando a prostituição das travestis com as drogas:

Eu acho assim, existe muito uso de álcool e outras drogas entre as travestis. Acho que é pra aguentar o número de clientes e para ficar acordado durante a noite. (Cláudia)

Outra flexibilização do trabalho delas junto às travestis é a relação com o horário. As visitas ocorrem no horário vespertino porque as ACSs sabem que no horário da manhã a maioria delas dorme porque trabalharam na madrugada. Além das visitas domiciliares, quando marcado um horário para consulta na UBS, tentam encaixá-las à tarde devido a esse motivo citado e porque há pouco movimento na unidade, evitando constrangimentos e olhares inoportunos. O que não foi nomeado pelas ACSs é o fato de essa flexibilização ser uma marca da transfobia ainda muito presente na UBS, nem tão pouco ser questionada ou refletida em ações conjuntas com os demais profissionais para resolver os constrangimentos como a questão do nome social, destacado, inclusive, nas falas das ACSs durante as entrevistas.

Essas flexibilizações, da atuação das ACSs com o público das travestis, nos fazem entender o quanto o aprimoramento do conhecimento das temáticas de gênero, sexualidade e saúde no contexto da ABS ainda é escassa. Estudos apontam que essa capacitação a partir dessas temáticas é pouco elucidada no que concerne os profissionais de saúde no SUS (Muller & Knauth, 2007). As três ACSs relatam que ouviram falar sobre as travestis em um curso que fizeram sobre DST/AIDS, talvez, por isso a sensibilidade em torno da prevenção levando as caixas do preservativo nas bolsas para entregá-las nas visitas e a relação direta que fazem das travestis com a prostituição e o uso de álcool e outras drogas.

É nesse aspecto que entra a relevância da educação permanente das ACS. Ao entender o seu contexto de trabalho e as flexibilizações possíveis em torno de atuação com as travesti, podemos pensar outros tipos de ações ainda não questionadas junto a elas pelas ACS no cenário da ABS.

3.2.2 Formação profissional e recursos financeiros das ACSs na UBS-BH

É importante notar o quanto a educação profissionalizante e continuada das ACSs ainda é insuficiente para dar conta de tamanhas demandas colocadas em sua atuação. Ainda é preciso aprimorar os conhecimentos na rede de serviço.

Desde a sua inserção no PSF em 1994, a ACS passou a ter um aumento de responsabilização e de trabalho significativo, além do salário não ser aumentado, ainda houve a irregularização da educação recebida para munir essas profissionais de conhecimentos básicos e satisfatórios no manejo e conduta com as necessidades da população (Nunes *et al.*, 2002). No item 4.1 da Política Nacional da Atenção Básica (2012) está explícita a necessidade

de uma educação permanente nas equipes de saúde da ABS, tendo como proposta várias maneiras de intervenção, desde a troca de experiências entre os trabalhadores a cursos pré-formatados a depender do contexto de cada equipe:

Além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (pp. 38-39).

Apesar de que a nossa intenção nesta pesquisa não seja aprofundar a compreensão das minúcias do trabalho das ACS, esse aspecto se faz importante quando pensamos no tipo de treinamento e educação permanente e contínua destas profissionais no cotidiano do bairro, pois como compreender as questões e demandas trazidas pelas travestis se não há um espaço de discussão e orientação para esta população que efetivamente possibilite um manejo equitativo. Dessa forma, as dificuldades poderiam ser diminuídas e as ações teriam mais resolubilidades ao contextualizar o que poderia ser o universo trans (Benedetti, 2005) daquele bairro.

Em relação ao processo de introdução à educação no trabalho, de início, as ACSs relataram ter passado por cursos introdutórios gerais em relação à saúde e as três fizeram curso na Universidade Federal de Minas Gerais em 2008 sobre:

o conflito em família e para essa pessoa que fica em casa sozinha, orientar o que o serviço tem, o que o serviço não tem. A gente fez o curso lá na UFMG, só que eram três módulos, fizemos só um. (Suzana)

O que era para ser um curso contínuo ficou por menos da metade e ainda foi ofertado por profissionais das quais não contemplam necessariamente a especificidade do trabalho das agentes, de acordo com Dainara:

Quem deu o curso para nós teve que ser os enfermeiros, foi até um rapaz da vigilância sanitária, ele era, como é que chama gente, aí eu esqueci, tem tanto tempo que a gente fez esse curso, que a prefeitura ela ficou de abrir para gente o segundo e terceiro módulo, mas atrás disso tem montanhas e montanhas.

Além desse curso, a prefeitura ofertou cursos de cuidador de idosos e, ainda, com relação ao álcool e outras drogas, mas a maioria das atividades oferecidas é de oficinas sobre assuntos gerais para todos os profissionais da equipe de saúde:

Mas eu acho assim, falta um pouco mais de incentivo, de algum curso, coisas para a gente poder fazer, que assim, quanto tempo a gente não faz um curso? Os últimos foi oficinas, mas isso já tem um tempo, e mesmo assim as oficinas não eram cursos, eram mais... Era o quê? Avaliar mesmo a atenção primária, então eu esqueci o nome, que tem que passar a seguir, uma orientação mesmo sobre o trabalho, orientar conforme este trabalho, como equipe, esse tipo de coisa, agora, com relação a doenças mesmo essas coisas não tinha tanto. (Suzana)

A necessidade que estas profissionais sentem por mais cursos de capacitação é destacada como uma lacuna a ser preenchida em outros contextos de atuação dessas profissionais. Segundo a pesquisa de Sakata (2009), em um município do Estado de São Paulo, sobre a inserção das agentes comunitárias na equipe de saúde da família, a duração do curso introdutório dessas profissionais foi de uma semana, com temáticas versadas sobre o SUS, sobre ética e sobre trabalho das ACSs e da equipe, preferencialmente, no mesmo bairro. Esses dados sobre a preparação teórica das ACSs demonstram que ela é muito pequena frente às demandas e funções inerentes a atuação delas na comunidade. Ainda, a necessidade por cursos sobre doenças é notada na fala de Suzana como uma das críticas à ABS. Percebemos o quanto a atuação das ACSs ainda é voltada fortemente para questões, apenas, de doenças e cuidados ambulatoriais.

Sobre cursos relacionados à sexualidade e à identidade de gênero, as ACS relataram ter passado por um curso rápido sobre DST/AIDS há muito tempo. Segundo Cláudia, quem ofertou este curso foi uma Organizações não governamentais que trabalha com a temática, mas foi há tanto tempo que ela nem lembrava o nome. Mas, este curso, de acordo com Cláudia, lhe deu um norte para entender as questões relativas aos processos de adoecimento nas comunidades LGBTs e lhe proporcionou pela primeira vez um contato mais elaborado sobre as travestis e as transexuais.

Diante do exposto, acredita-se na necessidade de mais investimentos na formação das ACSs, buscando uma educação permanente e continuada para desenvolverem a função da qual estão incumbidas, o elo entre a comunidade e a UBS (Pnab, 2011). Dados específicos sobre a população travestis são renegados pelo sistema, pois não há uma padronização e sistematização desses para uso dessas profissionais. Ainda, as ACSs não tem um programa de recompensa de carga horária para o aprimoramento de seus conhecimentos e, tão pouco, recursos financeiros para tais investimentos, ficando à espera de cursos aleatórios dados de qualquer jeito ofertados pelo município. Ao longo dos nossos encontros durante a pesquisa de

campo, várias perguntas foram feitas sobre o “universo trans” (Benedetti, 2005), principalmente acerca da cirurgia de redesignação sexual ofertada pelo SUS:

Uma coisa que eu tenho dúvida que eu não consegui sanar a minha dúvida, uma das travestis queria fazer mudança de sexo, ele me perguntou se podia fazer pelo SUS, na época eu fui na gerente e perguntei para ela, ela disse que não, daí ele bateu na tecla que ele viu que tinha uma coisa falando que o SUS fazia, aí eu voltei com essa dúvida e ninguém soube informar, se existe ou não. (Dainara)

O desconhecimento sobre esse público e como as travestis estão inseridas no SUS é bastante notório. Ainda, não foi comentado em nenhum momento sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. No retorno breve sobre os resultados primeiros das análises dos dados, foram entregues algumas cartilhas da Política, todas as ACSs aceitaram com bastante curiosidade e comentaram nunca terem visto e tão pouco comentado por outro profissional da equipe de saúde.

A necessidade de se ter mais instrumentos para lidar com algumas questões dentro da comunidade é grande, se antes, nas primeiras atuações em ampla escala dessas profissionais no Ceará, o primeiro Estado a implantar a estratégia dessa profissional de saúde, era necessário apenas saber ler e escrever, hoje as demandas requerem outros conhecimentos mais intensificados, ainda que os cursos preparatórios continuem sendo rápidos treinamentos (Pereira & Ramos, 2006; Abrahão & Lagrange, 2007; Sakata, 2009).

É preciso garantir às ACSs a continuidade da educação para o desenvolvimento e estímulos de suas práticas em prol de um trabalho reflexivo e transformador, assim, públicos como o das travestis podem ter suas demandas localizadas e ofertadas ações para uma promoção de saúde de boa qualidade e prevenção a risco e agravos de doenças.

3.2.3. Sobre a inserção das ACSs na Equipe de Saúde da Família

As ações das ACSs se relacionam diretamente com as orientações da ESF que fazem parte, todas as suas intervenções devem ser compartilhadas e dialogadas com as demais profissionais da equipe. Pois, parte da lógica da multidisciplinaridade das equipes atuando de forma dialogada, minimamente, com o médico generalista, a enfermeira, o auxiliar de enfermagem e no máximo cinco ACSs – o número destas últimas a depender da quantidade de pessoas adscritas (Pnab, 2011).

Sob o olhar desta equipe multidisciplinar e na tentativa de um trabalho interdisciplinar as ACSs atuam na investida de desconstrução da ideia de fragmentação de conhecimentos. Desta forma, constitui como uma prática de integralização entre saberes e fazeres não unilaterais no trabalho em saúde (Matos, Pires, & Campos, 2009), embora na prática possa haver algumas divergências gritantes como a não igualitariedade acerca do prestígio salarial e dos saberes entre os membros da equipe, mormente, a ACS (Nunes *et al.*, 2002).

Podemos descrever a atuação interdisciplinar em saúde como um projeto em comum baseado em dois pontos: a articulação e a interação. A primeira refere-se às ações evidenciadas nos saberes e fazeres das profissionais de forma consciente, já a segunda é uma prática de comunicação na qual a horizontalidade das relações possa ser efetivada nos diversos encontros da equipe (Matos, Pires, & Campos, 2009). No entanto, esse horizonte é constituído enquanto um projeto, uma tentativa de buscar a integralidade através das redes sociais e nos cuidados sugeridos pela ABS.

Neste aspecto, a atuação das ACSs, tenta garantir o trânsito das informações entre a comunidade e a equipe, principalmente, a enfermagem a qual se vincula ao propósito de referência das ACSs. Todas as três ACSs entrevistadas afirmaram ter reuniões semanais com a equipe, no entanto, a ausência do médico generalista era comum e diante deste fato a enfermeira era sempre a profissional referenciada nas dúvidas e autorizações das ações e serviços. No que se refere aos conhecimentos sobre as dinâmicas da vida das travestis, não foi possível localizar o que a equipe sugere nas ações com esse público. O que notamos, ao longo das entrevistas, foi a não citação dessa equipe como um lugar de reflexão sobre os serviços ofertados às travestis da comunidade.

Nas falas das ACSs, a equipe aparece apenas como um lugar de tirar dúvidas sobre doenças e alguns encaminhamentos, mas nada específico ao que tange às travestis. A enfermeira da equipe e o gerente da unidade foram os únicos citados como referências para encaminhamentos, não contemplando a troca de experiências e saberes entre elas e as demais ACSs alocadas na comunidade. Um dos pressupostos para uma equipe multidisciplinar com trabalho interdisciplinar funcionar é a valorização do trabalho um do outro, o que é contradito pela hierarquização de poder entre as profissionais da equipe.

O item 4 sobre o funcionamento da atenção básica da PNAB (2012, p. 37), afirma que a equipe multiprofissional também pode ter outros profissionais atuantes a depender da categorização de cada ESF:

Equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.

Embora esta equipe seja configurada com o objetivo da integralidade do atendimento às usuárias, ainda se torna ineficiente frente às demandas variadas de populações específicas, como as travestis. O excesso de funções dadas às equipes, principalmente as ACSs, a baixa qualificação profissional, a verticalização entre as profissionais e o não transito das informações não favorece o olhar da equipe sobre contextos específicos.

No caso da dinâmica das travestis, segundo as entrevistadas, pouco se discutia na equipe sobre as situações encontradas, apenas, as situações consideradas “diferentes” apareciam nas reuniões, como a relação com o corpo nu das travestis e a dualidade de gênero considerada bizarra entre algumas das integrantes da equipe, isso foi notado durante a inserção de campo, não pelas entrevistadas desta pesquisa, mas pelas profissionais que se recusaram participar. As dúvidas acerca das travestis também não eram sanadas nem entre elas e nem com as próprias travestis.

Logo, ao considerarmos que a produção em saúde se dá através da equipe e não do profissional agindo solitariamente apenas no sujeito, a prática proposta da saúde da família se contradiz, podemos perceber o quanto a complementariedade dos serviços e saberes é fundamental e requer um esforço contínuo a ser iniciado pela comunicação entre os profissionais da equipe de saúde (Sakata, 2009).

Ainda, de acordo com Sakata (2009), podemos afirmar que a priori o trabalho em equipe não quer dizer algo sem conflitos, mas enquanto a prática se deter em uma fragmentação de saberes e cuidados, será difícil atingir o objetivo proposto pela atenção básica à saúde, principalmente acerca da possibilidade de integralização da atenção à saúde.

3.3 Quem são as travestis para as ACSs em BH?

Entre as prioridades da Atenção Básica à Saúde, a atuação das ACSs se torna fundamental na medida em que elas reorganizam o fluxo e apresentam os serviços ofertados por este nível de atenção para a comunidade em geral, assim como as ações programáticas a partir das fases dos ciclos de vida dos sujeitos, sem excluir a abordagem integral e cultural. E neste ponto se encontra uns dos principais problemas da Estratégia de Saúde da Família quando pensamos nas relações com as dinâmicas na vida das travestis.

Ao desconsiderar a dinâmica da construção das experiências travestis, também se joga fora as nuances dos ditos ciclos de vida³⁶ correspondendo ao que a ABS considera como os mais relevantes para a vigilância em saúde: Criança, Mulher *Cis*³⁷ e Idoso. Ora, as travestis possuem um histórico marcado por violências físicas e psicológicas desde a sua infância e na maioria de suas histórias são marcadas por abandono e expulsão de casa, tendo que amadurecer nas ruas, ficando dependente da solidariedade de outras pessoas. Geralmente, estes outréns são travestis mais velhas que as acolhem e as inserem no mundo trans. Assim como ser idosa no contexto da travestilidade passa por outras formas de comparação do que as prescritas nos documentos, a maioria delas não consegue chegar aos 60 anos³⁸ devido à exclusão e marginalização as quais são submetidas ao longo da vida (Silva, 2007; Kulick, 2007; Pelúcio, 2009).

No entanto, o que percebemos são as políticas públicas voltadas para a infância e velhice desconsiderando a autonomia destas pessoas e não colocando em voga os diversos contextos em que essas pessoas são obrigadas a passar para sobreviver. A relação com as políticas de saúde voltadas para a mulher também é outra discussão a ser pensada, pois as travestis não entram no debate por não serem consideradas como mais uma outra vivência de ser mulher.

³⁶ Aqui, estamos considerando como ciclos da vida o que é proposto pela política de saúde brasileira tendo como referência a Organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja, ao falarmos sobre infância optamos por considerar o seu significado proposto nos documentos oficiais, considerando as pessoas com idade cronológica de 0 a 10 anos. Dessa forma, a comparação direta com a dinâmica da vida das travestis marca a diferenciação e as desigualdades.

³⁷ A agregação do *cis* é realizada para caracterizar aquelas pessoas que vivem com a identidade de gênero designada a partir do nascimento. O termo vem sendo utilizado por algumas militantes trans com o intuito destacar a normatização inerente na sociedade sobre a ordem compulsória, a qual introduz uma linha entre sexo-gênero-desejo e práticas sexuais (Butler, 2010a). Logo, as pessoas *cis* são aquelas que seguem esta ordem compulsória.

³⁸ Idade considerada como a terceira fase do ciclo da vida pela OMS.

Assim, ao recortar os principais públicos-alvo, como a criança, idoso ou a mulher, a política de saúde exclui essas experiências mais de uma vez, repetindo a perversidade fruto da normatização da dualidade dos corpos e de gênero: masculino e feminino, tendo o sexo como o principal norteador da gramática normativa de gênero (Butler, 2010a).

A concepção sobre quem são as travestis para as agentes comunitárias de saúde também não escapa das normas duais de gênero, isto ficou claro tanto nas conversas iniciais da pesquisa quanto nas falas durante as entrevistas ao ser perguntado quem eram as travestis para elas:

Para mim é a mudança de sexo deles do masculino para o feminino que ele tem, cada um tem uma visão diferente do outro, é uma questão mudança de sexo deles, se tem vontade de ser mulher... Muito! Hoje em dia tem travestis e tem homossexuais, então assim, qual que é a diferença? Você entendeu? Porque assim, porque ele quer se transformar em mulher, e aquele não, por que aquele vive como um homem, mas ele tem que pôr cabelo, ele tem que pôr bunda, tem que pôr peitos. Tenho curiosidade na mudança de sexo deles, o que atrai a pessoa ter essa mudança tão de repente. (Dainara)

Apesar da ambivalência na explicação de Dainara, a relação com a sexualidade e identidade de gênero se imbrica, não ficando claro quem é travesti e quem é homossexual para ela, mas há uma dimensão evidente da gramática normativa de gênero junto com o desejo sexual ao mesmo tempo. De acordo com Dainara, ser travesti passa diretamente com a transformação do corpo, do contrário é homossexual, pois não precisaria necessariamente se transformar para se relacionar com o outro homem. A nomenclatura durante a entrevista ao referenciar às travestis perpassa a partir do masculino na fala de Dainara.

Para as travestis a indicação no corpo é algo que perpassa por um período de transformação, o corpo é o lugar de definição primordial para elas, apesar de não se configurar como o único ponto de configuração das experiências travestis, ele tece uma rede de significações materializando a identidade de gênero delas (Benedetti, 2005; Silva, 2007; Kulick, 2008; Pelúcio, 2009).

O exagero também é destacado pelas ACSs como o indicativo do que é ser travesti. Segundo Butler (2010a, p. 33), o gênero pode ser entendido como uma sequência de atos repetitivos, uma “estilização do corpo” dentro de parâmetros regulados. Logo, para as ACSs o corpo também é algo indicativo das experiências travestis:

É complicado, como é que vê a mulher, porque eles veem a mulher num absurdo tão, e a gente não é assim. Normalmente, quando a gente conversa e a dúvida chega, ficamos bem perto... A voz, o rosto, pelos, mesmo que às vezes alguma coisa passa, mas alguma coisa sempre fica. A voz assim costuma determinar muito (Dainara).

A relação com o corpo da travesti é bastante relatada entre as ACSs não apenas para a questão da identidade delas, mas também é através dele que a abjeção (Butler, 2010a) é denotada:

Inclusive ela, a travesti tinha peito, era prótese de silicone, inclusive ele falou [o marido], mostra para ela como que ficou, ela levantou a blusa e mostrou como que ficou, e falou, falam abertamente, eles falam (Suzana).

O desprendimento com o corpo é algo que choca as agentes, concomitantemente é através desta materialidade que se traduz o início do tipo de vínculo que será estabelecido.

3.4. Os impasses dos cadastros e a produção dos vínculos entre as ACSs e as travestis: O que dizer sobre essa tal visita domiciliar?

Uma das principais funções e primeira ação das ACSs no bairro é o cadastramento das famílias residentes nas microáreas em que elas atuam. O cadastro é considerado uma continuação do Cadastro Nacional do SUS (CadSUS), podendo ser incluídas as pessoas em situação de rua.

Esse trabalho é parte do mapeamento das necessidades encontradas nas famílias, contribuindo para o abastecimento das informações no sistema da atenção básica (SIAB), a localização das instituições alocadas no bairro, as quais fazem parte da realidade local, estas poderiam fazer diferença no contexto de saúde das pessoas se fossem mais utilizadas nos trabalhos propostos pela ABS. No entanto, segundo os relatos das ACSs e das travestis estes espaços poucos são usados, salvo em reuniões por falta de espaços na UBS.

As travestis entrevistadas afirmaram ter participado de alguns eventos em uma igreja evangélica situada nos arredores do bairro, mas estes não tinham conexão com ações inerentes à UBS. A presente autora teve a oportunidade de presenciar uma reunião desta “célula de

oração”³⁹ em uma das casas de Diana. Se as ações da UBS tivessem uma rede com outros grupos do bairro, este seria um elo possível e próximo entre o trabalho das ACSs e as travestis.

A atualização desses cadastros é realizada com bastante afinco, tomando conta de boa parte do tempo tanto das ACSs quanto das visitas domiciliares no bairro. No entanto, é notório que são nestes momentos dos cadastros que os vínculos começam a ser construídos:

No dia que eu fui fazer cadastro foi muito engraçado porque, assim, tinham muitos e todos queriam fazer cadastro, porque a gente precisa, às vezes tem necessidade e tal. Todo mundo queria fazer cadastro, aí vinha um sentava, conversava e tal: ‘eu não vou poder te responder tudo porque eu tenho que trabalhar’, aí o outro falava assim: ‘não, eu vou ficar aqui sentado, mas eu quero te mostrar um negócio, eu não tenho doença nenhuma, eu não tenho AIDS, que a conversa deles lá é só isso, que eles acham que a vida deles por ser transexual é a doença que eles têm mais risco de pegar e a doença transmissível. (Dainara)

Além da questão da AIDS e outras DSTs, há na relação o trabalho na prostituição:

Ah sim, sim, às vezes, por exemplo, estão fazendo cadastro, aí, qual a sua profissão a gente pergunta, alguns falam, sou cabeleireiro, agora outros falam, eu sou profissional do sexo, e falam abertamente. Mas tem aquele também, ah, eu sou autônoma, dá uma risadinha para a colega, sabe? E não quer se expor, mas algumas falam sim, que fazem programa, que às vezes usam preservativo, que tem que comprar, custa um real cada, eu inclusive fui fazer um cadastro há pouco tempo e uma estava conversando com a outra falando que eles fazem programa pela manhã, de oito até as quatro, numa boate, trabalham em boate e depois do horário, vai para casa, faz o que tiver que fazer, as coisas que tem que fazer dentro de casa, e tem que estar inteiro, um deles falou que trabalha numa zona, que na zona tinham muitas mulheres e tiraram todas as mulheres para colocar travestis, então à vezes falam assim. (Suzana)⁴⁰

Essa abertura de diálogo a partir do cadastro possibilita o início dos vínculos, ou seja, nas relações de confiança entre as ACSs e as travestis, ainda que não reconhecidos pela agente entrevistada, mas já traz uma associação com a dinâmica da vida das travestis, por exemplo, na relação com a AIDS e as outras DSTs.

³⁹ Esta é a forma como esses grupos são nomeados. Diana já tinha me relatado em outra oportunidade que frequentava essa igreja evangélica.

⁴⁰ Este trecho também demonstra como as referências à feminilidade e à masculinidade nos pronomes são utilizadas. Não há uma linieralidade no modo com as ACSs referenciam as travestis, mas em todas as entrevistas a chamavam pelo nome dado pelas as travestis, ou seja, o nome social foi respeitado em suas falas, apesar das inconsistências dos artigos\gênero.

Os cadastros também são vistos como a única tarefa reconhecida das ACSs pelas travestis e dessa forma o caminho unilateral para conseguir uma consulta na UBS, quando perguntado sobre:

É porque eu conversei com umas dessas meninas que vem aqui. Aí, eu expliquei a minha situação, ela explicou para ela, para a médica, aí marcou uma consulta para mim. (Alicia)

Quando perguntado sobre a relação com as travestis sobre a construção dos vínculos:

Ah, começa à medida que você vai na casa, conversar, explica o que o centro de saúde pode oferecer, e partir dali você vai criando vínculo com aquela pessoa, às vezes perguntando a respeito da necessidade deles, o que você precisa, você tem algum problema de saúde? É assim, eu vejo que muitos não procuram porque às vezes não tem muito tempo, não sente nada, entendeu? Então eu acho que não sente necessidade de procurar, recorre à farmácia, acha que às vezes vai ter dificuldade aqui, vai ter dificuldade de vir, por exemplo, pela manhã para agendar uma consulta. (Dainara)

A consulta é sempre tida como o ápice do que o serviço público de saúde pode oferecer para as travestis, com exceção dos exames de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, isso porque é na consulta que elas efetivamente estão inseridas na lógica do cuidado pautado pelos saberes biomédicos e, de acordo com as agentes, elas só vão à UBS quando o estado de doença está crítico e visível aos olhos de seus pares. A maioria dessas percepções é elaborada através das visitas domiciliares.

Nos momentos dos cadastros as ACSs conseguem perceber as dinâmicas de trabalho das travestis como a questão da rotatividade nas residências, os horários mais confortáveis para as travestis, como visto no relato de Dainara sobre a prostituição. Os preservativos são entregues durante as visitas domiciliares, geralmente durante o horário vespertino “*porque elas trabalham de noite*”, nos relata Cláudia. As ACSs relatam que sempre levam uma caixa às casas que tem muitas travestis e isso é visto como algo a ser questionado e controlado por algumas funcionárias da UBS porque na bolsa de trabalho das agentes fica clara a caixa das camisinhas, daí “*as meninas já sabem que a gente vai visitar as travestis*” me diz Cláudia associando a questão do horário.

Ainda que uma caixa seja insuficiente para o trabalho e os incômodos sobre as falas das demais funcionárias da UBS sejam relatados com frequência em relação às visitas, as

agentes têm clareza de que o sustento da maioria das travestis se dá por via da prostituição. Isto fica claro nas observações delas tanto enquanto residentes do bairro, como nos relatos escutados como agentes comunitárias de saúde nas visitas.

Das três travestis entrevistadas, todas já trabalharam na prostituição e apenas Diana relatou ainda fazer *pista*⁴¹ para ganhar um *aque*⁴², as demais pararam por “*motivos de saúde, porque não aguento com a depressão*” me diz Alicia. Já Kalinda, disse porque trabalha com carteira assinada em um restaurante. No entanto, é notório o quanto a relação com a prostituição permeia o universo e linguagem das três travestis.

De acordo com alguns estudos (Benedetti, 2005; Silva, 2007; Kulick, 2008; Pelúcio, 2009), a prostituição está intrinsicamente ligada à dinâmica das experiências travestis, “*fazer pista*” condiz não apenas com o ganhar dinheiro, como também é neste espaço que as travestis são inseridas no mundo, no qual será aprendido o *bajubá*,⁴³ o modo de relacionamento com as pessoas, as transformações corporais, os valores morais compartilhados na noite e entre as travestis, os possíveis itinerários terapêuticos para elas e as diversas formas de violência sofridas e enfrentadas por elas, enfim a dinâmica da rua é percebida nesses espaços (Kulick, 2008). Ou seja, ali se dá uma das formas de construção das experiências travestis (Pelúcio, 2009).

Essas nuances da dinâmica da rua não têm como serem percebidas apenas nas visitas domiciliares pelas ACSs e como não se tem uma educação continuada de formação e tão pouco uma comunicação além dos cadastros e marcação das consultas, fica difícil notar o quanto a relação com a rua está no itinerário terapêutico e de vida das travestis.

Desta forma, o trabalho para promoção de saúde fica bastante limitado às agentes, porque a prostituição é vista como algo ruim e depreciativo para as normas da sociedade, a atuação das ACSs, no que tange a ABS, fica restrito apenas à prevenção de riscos e agravos, bastante específicos, na distribuição dos preservativos.

⁴¹ Pista é o nome dado para a área de prostituição pelas travestis.

⁴² Termo êmico para dinheiro.

⁴³ O Bajubá ou Pajubá advém de vários dialetos africanos misturados com o português, é utilizado como uma linguagem popular pelas travestis e reconhecido como parte da construção da identidade pela maioria das entrevistadas.

Segundo Abrahão e Lagrange (2005) as visitas domiciliares podem ser consideradas como instrumento de controle e vigilância da população. Se analisarmos a forma como são realizadas, assim como os cadastros, esse controle nas visitas se faz lógico ao pensarmos como dispositivo de poder (Foucault, 1976) na vida dessas pessoas. Pois é nesse momento que se dá as orientações sobre cuidados, doenças e as marcações das consultas na UBS.

No entanto, ainda que as visitas domiciliares sejam entendidas como ações de vigilância, podemos considerá-las, para as travestis, como o único espaço que elas têm para iniciar o seu acesso à UBS e este se dá através do principal instrumento de ação das ACS – a visita domiciliar. Logo, podem ser consideradas como “otimização de vínculos” (Abrahão e Lagrange, 2005, p. 169). As visitas são obrigatórias no trabalho das agentes e devem ser realizadas uma vez por mês em cada residência, dentro da microárea sob a sua responsabilidade. No caso das entrevistadas, essa frequência aumenta de acordo com a necessidade de cada moradia, como afirma Alicia: *“Ela vem, tem vez que ela vem três vezes na semana, tem vez que vem uma semana sim, uma semana não. Depende, né? Ela vai em todas as casas aqui”*.

Este “depende” fica suspenso nas falas tanto das ACSs quanto das travestis quando perguntado qual ou quais objetivos das visitas, exceto na relação com os cadastros. Algumas orientações podem ser notadas ao relatarmos como acontecem as visitas, ainda que não seja um objetivo tão destacado como os cadastros. Elas permitem que as agentes consigam conhecer o tipo de moradia das travestis e dessa forma pode-se elaborar alguns cuidados com as casas como nos afirma Cláudia ao orientar sobre os perigos da tuberculose para uma das travestis *“a casa tinha muita gente e vivia com a janela sempre fechada quando eu chegava, acho que pelo uso de drogas e porque eles acordam muito tarde. Se tiver alguém com tuberculose já era, tem que abrir as janelas”*.

Apesar da ambivalência das visitas domiciliares, no sentido de controle e otimização dos vínculos, são ações importantes na construção da integralidade da saúde no SUS. O que deveria ser intensificado é a comunicação entre as travestis e as agentes, não apenas no cuidado com os cadastros e encaminhamentos das consultas.

De acordo com o exposto, podemos classificar as ACSs como agentes produtoras de serviços de saúde, pois são elas que realizam os cadastros, marcam as consultas e ofertam um caminho para as travestis terem acesso aos serviços da UBS. São elas que sustentam o

reconhecimento mínimo e necessário das travestis na equipe da ESF. Na relação de complementariedade entre os conhecimentos adquiridos dos saberes populares e os científicos pautados na medicina, as ACSs conseguem fornecer os caminhos para o direito à saúde das travestis, ainda que isso pouco contemple o que é proposta a ABS, tendo como requisitos: o acolhimento através das visitas domiciliares, a promoção à saúde e a prevenção à risco e os agravos.

Infelizmente, ainda há muito a ser feito para superar essa dualidade característica da visita domiciliar, restrita aos cadastramentos e marcação de consultas, pois talvez ela seja o único processo de construção de vínculos entre as agentes e as travestis.

3.5. A visão de família para as ACSs e as travestis

As agentes de saúde da ESF estão envolvidas diretamente com as estratégias de cuidados das famílias brasileiras, desse modo, elas são as responsáveis por acolher as demandas surgidas nesses espaços tidos como lugares privados.

Ao longo da história das políticas sociais no Brasil, a partir da década de 70, a família é fortemente associada às estratégias estatais como um lugar único e universal dotado de uma ordenação de cuidados os quais não deveriam escapar destas intervenções. A mulher cis foi como a principal referência de como gerir bem a economia doméstica e 20 anos depois como o principal norte protetivo incidindo sobre as crianças, por ter a imagem fortemente associada à primeira socialização do sujeito. Deste modo, a família emerge nos últimos anos como o ponto principal das políticas de proteção social no Brasil (Carvalho, 2003).

Essa percepção inerente às políticas públicas de saúde acontece devido à concepção naturalizada que se tem sobre a configuração familiar, formada por pai, mãe e filhos, contemplando-a como um lugar privilegiado, onde as práticas e significados incidem diretamente sobre a saúde. Apesar dos documentos orientadores dos serviços públicos de saúde operarem sobre a família como um lugar mais pragmático do que utilizarem e questionarem o que seria a noção de família, podemos referenciá-la como o “principal dispositivo de vigilância” no que tange a ESF (Campos & Matta, 2007, p. 107).

Aqui, partilhamos da prerrogativa de que família é uma construção histórica determinada por vários tipos de sentidos, dinâmicas, funções e relações, às quais nem sempre

se relacionam à unidade doméstica, podendo ser inclusas as referências de várias redes as quais coadunam os mesmos valores. No entanto, é necessário ter a clareza de que há grupos que podem ser considerados família e outros não, porque o reconhecimento dos tipos de laços e significados que se tem acerca de famílias é heterogêneo. Ao destacar a família como alvo principal das políticas de saúde, o risco que se tem é o trabalho baseado em uma configuração idealizada de família, o que pode não ser o caso da dinâmica familiar das travestis.

Para o enfrentamento da pobreza e das diversas exclusões sociais que as travestis vivem diariamente, os arranjos familiares perpassam por outros tipos de configurações. A maioria delas é expulsa de suas casas logo na infância, colocadas à própria sorte nas ruas, onde muitas delas encontram outras travestis mais velhas, as quais as alocam em suas casas de pensões ou as agenciam na prostituição e as incluem na rede de travestilidade composta muitas vezes por outras travestis em situações semelhantes (Silva, 2007; Kulick, 2008; Pelúcio, 2009). Deixamos o nosso posicionamento de que as experiências das travestis são diversas e não é nosso intuito homogeneizar essas relações familiares. Algumas delas possuem contato com seus pais, geralmente residentes em cidades menores, sem possibilidade de fonte de renda. Mas, essas relações passam por trocas de interesses, dentre as quais a aceitação está inclusa como uma moeda de troca por um conforto financeiro possibilitado pela prostituição.

Dentre as entrevistadas, esta não é a realidade de Alicia, no auge de seus trinta e poucos anos conta com a sorte e a solidariedade dos vínculos formados nas ruas entre as travestis colegas de *pista* e de suas “afilhadas”. De acordo com Alicia, são elas e seus animais criados em seu quintal que a fazem comer nos momentos de depressão e isolamento. Quando perguntado sobre a qualidade da sua saúde, Alicia nos diz que não está bem e ao contar sobre o seu histórico de adoecimento, diz que quem a auxiliou no início dos problemas foram as outras travestis e seu marido na época. Ela relatou já ter passado por quatro Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), sofrer com depressão e tomar medicamentos controlados até hoje. O seu primeiro AVC foi na *pista* enquanto trabalhava durante a noite. Segundo ela, foram as suas próprias colegas de trabalho que a socorreu e a acompanhou na ambulância:

Aí o SAMU me levou, já me levou ruim, eu estava toda torta, aí ele viu o que era, até então, até o SAMU achou que eu estava drogada, porque eu toda torta lá, aí as bichas tudo falou, não ela não usa nada, ela não bebe, ela não usa droga, nada, só fuma só cigarro, e bebe muito café, a droga dela. (Alicia)

Esse foi o seu primeiro episódio de AVC, seguidos por outros três e houve também a intensificação de sua depressão. Ela foi acolhida pelas suas “afilhadas” de pensão. É nesta teia de relações reconfiguradas em nomeações referentes aos papéis clássicos do que é família que as travestis realocam em suas dinâmicas de vida.

Apesar de sabermos que as experiências das travestis são heterogêneas e que algumas ainda possuem contato com seus pais, podemos perceber alguns pontos no que se considera atualmente como família moderna pelo Estado (Campos & Matta, 2007). As relações construídas entre elas, para algumas, não poderiam se encaixar como família. Outras consideram essa rede como a única possibilidade protetiva na sociedade. Um dos pontos convergentes é a simbolização através das nomeações utilizadas nas casas de pensões. Segundo Pelúcio (2009, p.203), “a casa/pensão é um lugar de disciplinamento, com todos os rigores que regulam a observação das regras, da noção de respeito, da atenção às hierarquias e dos intensos cuidados de si”, o que pode configurar como a noção de família pautada nos referenciais das políticas públicas sociais, ainda que contradiga o que para elas é considerada o oposto das casas de seus pais.

Ao sair das suas casas de origem, as travestis realocam os discursos sobre a parentalidade. Ainda que mantenham relações com seus pais, geralmente residentes em outras cidades, ao sair da casa para a rua/casa/pensão as nomeações parentais são reconfiguradas na rede das travestilidades. Novas configurações são postas como a relação entre mães e filhas ou madrinhas e afilhadas. Algumas pesquisas apontam essas novas configurações como um meio de sobrevivência e construção de si entre as travestis (Silva, 2007; Kulick, 2008; Pelúcio, 2009).

Apesar de essas dinâmicas serem reconhecidas no universo trans (Benedetti, 2005), o conhecimento técnico que as ACSs carregam pode não ser baseado nessas diversas dinâmicas e arranjos de enfrentamento da exclusão social e pode não abarcar, por exemplo, as reais necessidades das unidades residenciais ou famílias configuradas pelas travestis.

Descrevemos unidades residenciais como essas casas/pensões, as quais não necessariamente reconfiguram a noção de família, mas possuem uma dinâmica própria, vínculos e rede de enfrentamentos e cuidados não percebidos pelas ACSs:

Você disse que têm várias morando juntas?

Têm.

Quando você coloca no cadastro você põe como se fosse apenas uma casa?

E uma casa só, na hora que a gente preenche a gente preenche o nome de todos, só que aí, aqui como tem um questionário, que a gente preenche essa ficha, aqui a situação familiar, não é, como é que eles vivem, outros parentes ou agregados, a gente 1,2,3, 4,5,6,7,8, 9,10, aí aqui o agregado entra 8, eles são todos agregados, não tem vínculo, não tem vínculo um com o outro não, e eles vem muito de longe, o pessoal vem da Paraíba, Ceará, da Bahia, São Paulo.

De vários lugares?

De vários lugares. Tentar a vida mesmo, trabalhar aqui. (Suzana)

Ainda, a família idealizada é valorizada como foco de atenção fundamental para as ações estatais e a maioria das profissionais de saúde se utiliza de alianças para efetivar o seu trabalho. De acordo com Carvalho (2003 p. 274), essa associação com a família e a eficácia das políticas públicas de saúde pode causar vários equívocos, no entanto a

sua importância na esfera pública ainda suscita desconfianças, mas é fato que a família, em sua condição de esfera íntima, lugar de encontro humano, de construção de história de vida, de reposição de valores e exercício de poder moral sobre o imediato, é interface necessária na esfera pública.

O ponto principal a ser pensado é que tipos de famílias podem ser consideradas nessas políticas públicas de saúde. Ao organizarmos a estrutura das unidades residenciais das travestis, podemos dizer que são configurações legítimas e passíveis de intervenções de cuidado. No entanto, essas dinâmicas apenas são percebidas pelas ACSs, ainda que cause estranhamento, porque a nomeação de família idealizada pautada pelas políticas não tem encaixe para as travestis. São as agentes de saúde que fazem as visitas domiciliares, daí a percepção da rotatividade, dos horários, das interações entre as travestis. O problema é que esta percepção atinge apenas as ACSs e, conseqüentemente, não há o cuidado contínuo e integral à saúde das travestis.

É de suma importância considerar que a produção de saúde e o cuidado podem ser feitos por mais de uma profissional e não somente por um indivíduo, neste sentido, as equipes

que atendem o coletivo ou famílias ou unidades residenciais são responsáveis, como um todo, pela promoção da saúde. Para proporcionar saúde, o que a equipe deve contemplar são os determinantes sociais no processo saúde e doença que cada grupo ou grupos convocam, sejam sujeitos que moram sozinhos, famílias, grupos ou comunidade. Deve ser pensado em um trabalho coletivo que proporciona a autonomia nos cuidados em saúde e convida constantemente para um trabalho contínuo.

4. AS TRAVESTIS E A RELAÇÃO ENTREABERTA COM AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE

4.1. As travestis no Brasil e a Identidade de gênero

Porque querendo ou não eles não tratam a gente bem, não trata, trata a gente como se fosse animal, talvez tipo assim, você entra numa loja, eles te tratam como se fosse um bicho que entrou dentro da loja, com aquele olhos assustados. A gente entra dentro do supermercado eles ficam vigiando, como se a gente fosse roubar, entendeu? Acaba que a gente fica numa situação que você não pode, bem dizer não vive. Nós vivemos, mas por isso que a maioria das travestis dorme o dia inteiro e acorda só na hora de trabalhar porque não pode conviver no meio da população porque é discriminada. Eu mesmo ando o Rio Branco inteiro, aqui faço tudo sozinha, ninguém mexe comigo porque todo mundo me conhece. (Alicia)

O relato de Alicia nos indica um tipo de condição de sofrimento vivenciada pela maioria das travestis na faixa etária das entrevistadas. No entanto, a referência do bairro como um lugar possível de existência aparece como uma estratégia viável de vida. Por isso, a compreensão das relações estabelecidas nesse espaço se torna relevante na modulação de propostas de promoção de saúde.

Não foi incomum ouvir histórias sobre o cotidiano das travestis parecidas com o que nos traz Alicia ao longo da pesquisa “Direitos e Violência na Experiência de Travestis e Transexuais na cidade de Belo Horizonte”. A identidade delas é construída através da negação da sua possibilidade de existência, o que configura na exclusão dos direitos humanos, os quais deveriam ser inerentes a qualquer pessoa. De acordo com Butler (2011, p. 58):

Vivimos com normas de reconocimiento muy limitadas y cuando nos confrontamos con la alteridade que no se parece a nosotros, tenemos que cambiar las normas de reconocimiento que utilizamos para reconocer esas otras vidas. Em la situación actual, topamos com los limites de nuestras ideas sobre quién es reconocible como ser humano y quién no.

Para as travestis, a humanidade acerca de sua existência possível perpassa pelo fato de não se encaixarem na matriz dual de gênero, a qual divide os corpos em atos ditos femininos ou masculinos. Não há lugar na humanidade para quem não se encaixa nessa dualidade

essencialista que aponta a identidade do gênero a partir do biológico. As pessoas reconhecidas como discrepantes das normas de gêneros e que vivem um gênero não normativo são convertidas em objetos de violência (Butler, 2011, p. 72). Tais atos de violências são vivenciados constantemente pelas travestis e isso não escapa das experiências com os serviços públicos de saúde. Neste texto, não partimos do conceito de gênero entendido como biológico e desprovido de cultura, mas como algo construído, reiterado por atos repetitivos, forjados e praticados no cotidiano dos sujeitos, ou seja, a noção de gênero é entendida como ato performativo (Butler, 2010a).

Dessa maneira, as identidades não podem ser consideradas fixas, elas são sem substâncias, movidas por um caráter relacional (Butler, 2010a; Butler, 2006; Laclau, 2001). A concepção de sujeito, aqui, faz parte do princípio de que os discursos perpassam e constroem experiências, no sentido de sujeição, de tornar-se sujeito (Butler, 2002), ao mesmo tempo em que somos sujeitados pelos micropoderes (Foucault, 1989) que permeiam as esferas da sociedade constituindo uma teia de relações. Não entendemos o sujeito como pré-discursivo, é uma experiência, formado por articulações de discursos.

Logo, as experiências são entendidas aqui como uma constante construção, na qual os sujeitos estão sempre num processo de devir sem fim (Salih, 2012, p.11). Ou seja, eles não preexistem, não têm uma essência que possa valer como um ponto de origem. Ao se discutir experiências travestis, estamos nos enveredando por uma temática inserida em uma normativa de gênero, na qual a matriz da heterossexualidade é imposta pela ordem compulsória do sexo-gênero-desejo (Butler, 2010a). O corpo das travestis é considerado fora desta normativa, relacionando-se como corpos cuja materialidade construída não é considerada importante e sim abjeta, ainda que viva excluída. A abjeção é entendida como zona “inabitável” de vida na sociedade, não sendo colocada como lugar de sujeitos. (Butler, 2000). Logo, podemos entender que é a partir do corpo que se dá o nosso reconhecimento na sociedade e ao ultrapassar os códigos estabelecidos pela norma de gênero, as travestis indicam outras formas de vivências através de seus corpos e ao fazê-las denunciam a norma perversa e violenta, as quais se esquivam cotidianamente. De acordo com Butler:

El cuerpo es un buen punto de partida, porque como cuerpo somos vulnerables y dependientes. Èsta es nuestra condición. Incluso diría que sí, como cuerpo, quedamos completamente aislados, no sobrevivimos ni como niños, obviamente, ni como adultos (p. 59, 2011).

Imputar aos corpos uma identidade limite de gênero é considerá-los inaptos a atravessar as fronteiras e quando os fazem são jogados a uma lógica perversa que deslegitima estas experiências e não as reconhece como vidas possíveis de serem vividas, partindo da prerrogativa das normas. Estas normas de reconhecimento são tão limitadas que ao visualizarmos a alteridade, a qual não se parece com a nossa, trocamos por outras numa tentativa de reconhecimento desse outro e dado a limitação desse processo, nos deparamos com a ideia de quem pode ser considerado humano e quem não pode (Butler, 2011). É o que fazem as travestilidades ao romper com a matriz heteronormativa. Também é partida e desfeita a inclusão dessas pessoas do lugar de humano ou de alguém que não pode ser considerado com *status* de humano.

A construção das identidades de gênero, a partir das travestilidades, traz esse debate de quem pode alcançar o humano e daí pode tornar legítima a extinção de grupos considerados fora dos limites e ininteligíveis para alçar tal *status* (Butler, 2011) pela via da exclusão, “aquella que no se considera vida, o uma sentencia de muerte sostenida” (Butler, 2008, p.24). Ao bagunçar a coerência da norma de gênero, podemos pensar que efeitos esses corpos produzem? E ao pensarmos as políticas de saúde na atenção básica, como relacioná-las e inseri-las em uma proposta que concomitantemente tenta abarcar os diversos contextos de comunidades e universalizar as experiências? Quais as estratégias possíveis para a diminuição da transfobia nos espaços públicos de saúde?

Colocamos as travestilidades como tônica deste trabalho devido à pluralidade de experiências que estas pessoas trazem, bem como as vivências singulares do que é ser travesti. Essa heterogeneidade de vidas é um dos nós implicados nos princípios norteadores do SUS, mormente, em relação à universalidade e à equidade.

O corpo e experiências das travestis embaralham a norma de gênero hegemônica da sociedade ocidental, constituindo um lugar marcado pela violação de direitos. Seriam as travestis consideradas dentro do humano? Que atenção essas pessoas possuem quando pensamos em políticas públicas de saúde? As travestilidades marcam lugares, dentre os quais a norma de gênero hegemônica não dá conta devido às limitações impostas pelas normas de reconhecimentos de vidas possíveis de serem vividas (Butler, 2011).

Tive que esperar a segunda-feira para ouvir o Dr. Vinícius dizer que naquele interim, a ferida tinha infeccionado. Tirou a prótese

e meu peito ficou com um sorriso desdentado. Olhar no espelho virou um esforço, aquela cicatriz contorcia meus pensamentos. (Albuquerque & Jannelli, 1995, p. 86)

A frase acima é um trecho retirado dos primeiros livros escritos sobre a realidade das travestis brasileiras e conta a história de Fernanda, presa na Itália, nos anos 80. Desde esta época, as travestis eram vistas como homens vestidos de mulheres. De acordo Albuquerque e Jannelli, a travesti “fabrica para si um corpo de mulher com hormônios e silicone” (2005, p. 10). A experiência de transformar o corpo denota a lógica de construção de si (Áran, 2006; Benedetti, 2005, Pelúcio 2007). Pela materialidade dos seus corpos produzidos pelos discursos, as travestis constroem e desconstroem em atos repetitivos e reiterados a identidade de gênero (Butler, 2010a).

A questão é que todas as pessoas que vivem dentro da normativa de gênero passam o tempo inteiro por isso. No entanto, as travestis ao serem acusadas de desviar da dualidade essencialista de gênero, imposta a todos nós no ato do nascimento, são penalizadas e excluídas cotidianamente do mundo considerado humano. Os seus corpos denunciam a ordem social que hierarquiza as identidades de gênero e estes são disciplinados e controlados ininterruptamente por vários dispositivos. No caso das travestilidades, a medicina e as ciências psi tornam essas experiências patologizadas, as incluindo nos aparatos de doença e de aberração (Foucault, 1978; Foucault, 1889). Então, como pensar uma proposta de atenção à saúde eficaz para as travestis?

Ao tentar compreender como se constitui a experiência travesti ao longo da história, percebemos o quanto esta experiência está atrelada com a relação dos poderes biomédicos e médico-jurídicos (Teixeira, 2013). A palavra travesti faz parte de um conceito mais amplo, reutilizada recentemente por alguns estudiosos, fazendo parte dos chamados universos trans (Benedetti, 2005), transexualidades e até as/os transexuais, este último cunhado pela biomedicina para aquelas pessoas que desejariam fazer uma cirurgia de readequação sexual (Bento, 2006). Percebemos que o discurso médico tem desenvolvido estas nomenclaturas a fim de obter controle sobre os corpos para inseri-los na norma do gênero binária, que divide os corpos em apenas duas formas de vidas possíveis, os moldes femininos e masculinos, como se estas categorias, se assim podemos chamar, existissem rigidamente sem borrões na existência. Segundo Louro (2013):

A concepção binária do sexo, tomado como um “dado” que independe da cultura, impõe, portanto, limites à concepção de gênero e torna a heterossexualidade o destino inexorável, a forma compulsória de sexualidade. As descontinuidades, as transgressões e as subversões que essas três categorias (sexo – gênero – sexualidade) podem experimentar são empurradas para o terreno do incompreensível ou do patológico.

Este empurrão para a lógica da patologia é uma forma de atuação do “biopoder”, como chamou Foucault (1978) é a medicina atuando, e outras ciências que utilizam o biológico e seus saberes, exercendo certo controle sobre a vida e regulando as práticas humanas e políticas, controlando as formas de viver dos sujeitos, circulando e produzindo os discursos de verdade (Foucault, 1978; Foucault, 1889).

O termo travesti surgiu a partir desses discursos de verdade, cunhado a princípio por um sexologista alemão, Magnus Hirschfeld, em seu trabalho *Die Transvestiten*, em 1910. Ainda que seu conceito para a palavra tenha sofrido algumas alterações ao longo do tempo, seus estudos entendiam que eram pessoas que se vestiam voluntariamente como do gênero não identificado socialmente (Hill, 2005). Atualmente no contexto brasileiro, o termo travesti é considerado uma marca de luta política por demandas ainda negadas para essas pessoas. Marca uma passagem e tem conquistado visibilidade pública e política, iniciado primeiramente pelo movimento social, conhecido atualmente como LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais) e o movimento feminista. Esses foram de suma importância para a consolidação das travestis no cenário político no Brasil, o primeiro iniciado com a criação do grupo de afirmação homossexual em São Paulo, entre os anos de 1978 a 1983 (SOMOS) e o segundo pelo grupo SOS Mulher. (Facchini, 2005, p. 27).

Esses movimentos surgem em um cenário brasileiro pós ditatorial, uma década depois da ditadura militar, marcado por mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais. Devido às consequências desses acontecimentos, o ano de 1978 parecia ser um ano mágico para o Brasil (Green, 2000, p. 03). Mesmo com esse cenário de esperança para a luta e inserção social, as travestis vão aparecer com mais visibilidade em maio de 1993, quando a Associação de Travestis Liberados realizou seu primeiro encontro nacional no Rio de Janeiro, com a participação de mais de 100 pessoas desse estado e, também, de São Paulo e outros estados (Green, 2000; Carvalho, 2011).

No movimento social das travestis e transexuais ainda há uma discussão sobre o que seria mais visível e considerado mais fácil de ser legitimado no campo social e enfrentamento das violências, se seria o termo travestis ou transgêneros ou transexualidades. Visto isto, o caráter político que o significado do termo travesti carrega, demarca uma relação, ainda que estreita, com os aparatos estatais e sociais. Outro aspecto as quais as travestis são inseridas no cenário público no campo da saúde é o movimento contra a luta da AIDS iniciado na década de 80.

Ainda assim, tendo um marco de luta política, no âmbito dos saberes científicos nacionais e internacionais, a identidade dessas pessoas ainda está inserida em um debate fortemente marcado pelo viés médico, a partir de dois manuais de diagnóstico de transtornos mentais: o Código Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) da Associação de Psiquiatria Americana (APA). Respectivamente, as identidades travestis estão sendo nomeadas nestes discursos médicos como transtornos de identidade sexual (F64.0) e transtornos sexuais da identidade de gênero. Ainda que o termo travesti não esteja explícito nesses manuais, é através deles que o discurso médico e psiquiátrico, incluindo aqui algumas vertentes da Psicologia, se pauta para se referir a essas pessoas.

Diante de nossas pesquisas, as experiências das travestis não cabem nesses discursos, o escrito nesses manuais não condiz com a subjetividade e a realidade dessas pessoas. As travestis existem e não será em manuais psiquiátricos que vamos encontrar respostas para responder: quem são as travestis? Podemos descrever e analisar a dinâmica e o modo de vida partindo de experiências semelhantes e de discursos promovidos por elas, mas apenas elas podem nos responder quem são, ou ainda, o que elas demandam.

4.2. Os documentos internacionais e nacionais sobre saúde e travestilidade

A criação do SUS no Brasil possibilitou um passo fundamental na construção do acesso à saúde da população, essa luta possibilitou marcos importantes não apenas do âmbito nacional, como também do internacional. Assim como o SUS, as políticas públicas de saúde voltadas para as travestilidades no Brasil também participaram dos debates internacionais ao longo do tempo.

Apesar das experiências das travestis terem bases políticas implicadas diretamente com a saúde (Pelúcio, 2009; Carvalho, 2011; Duarte, 2014), ao partir da hierarquização de poder na sociedade, as travestis são marginalizadas em vários setores da sociedade como na educação (Peres, 2010), segurança pública (Carrara & Vianna, 2004) e, inclusive, na saúde (Pelúcio, 2009). Esta última esfera é a que as travestis possuem **mais acesso**⁴⁴ às políticas públicas, no cenário nacional, pois ao serem categorizadas e inseridas no âmbito da patologia, através dos discursos científicos médicos e psiquiátricos, também são inclusas em duas lógicas nos documentos de saúde: a partir da transformação corporal e em programas de prevenção à AIDS e DSTs (Pelúcio, 2009; Carvalho, 2011; Tagliamento, 2012;).

O movimento social LGBT vinculado à luta contra a AIDS é tido como o marco principal da entrada das travestis nas estratégias das políticas públicas de saúde (Lionço, 2007; Carvalho, 2011). De acordo com Moscheta (2011), a década de 80 é considerada um marco na construção dessas identidades, na organização do movimento social e no retorno dos embates relativos às questões de saúde junto ao movimento LGBT.

A AIDS surgiu na década de 80, era conhecida como pneumonia ou cancro homossexual, a partir dos primeiros casos encontrados. Desde as primeiras especulações do que seria essa nova doença, foi relacionada à homossexualidade. O primeiro caso de pneumonia, como até então era conhecida a doença, acontece em 1977, daí por diante se alastram os casos em diversos países. Dessa forma, as investigações científicas são iniciadas acerca dessa nova doença que estava se tornando uma epidemia mundial.

Acreditavam ser uma doença apenas vinculada às pessoas homossexuais, pois os primeiros casos diagnosticados e publicados eram de pessoas autodeclaradas homossexuais. Começa em grandes centros de pesquisas a junção de vários profissionais para tentar elucidar a causa dessa nova doença.

Em resposta aos preconceitos que só aumentaram com o surgimento da doença, os homossexuais começam a se organizar em protesto aos estigmas imputados a eles, como sujeitos pervertidos que por praticarem uma sexualidade periférica (Foucault, 1989),

⁴⁴ Colocamos as duas palavras grifadas para destacar a questão do acesso, afirmar que se tem mais acesso não é o mesmo que acionar os aparatos disponíveis no campo da saúde. Acesso e acessibilidade pressupõe significados diferentes, como discutido no capítulo 1, a acessibilidade implica outras categorias. No caso das travestis a relação com a territorialidade, corpo, outras experiências acionadas em diversos contextos como a relação com a violência, itinerário terapêutico e moradia implicam diretamente na procura e acessibilidade delas.

poderiam colocar em risco suas vidas. A ideia promovida pelas instâncias científicas da época era de que adquiriam a AIDS como se fosse algo que por vontade própria tivessem buscado através de sua sexualidade, ditada como anormal pelos discursos científicos. Dessa forma, a orientação sexual dessas pessoas passa a ser a justificativa sobre a falta de investimentos para pesquisas sobre a AIDS. A construção social da doença, sempre remetia aos homossexuais, a culpa e o motivo da proliferação da doença e a mídia fazendo sensacionalismo reportava a AIDS como a peste gay (Green, 2000). Seria uma espécie de castigo a estas pessoas que não seguiam a heteronormatividade. Logo, a AIDS foi tida como uma punição moral. Os preconceitos sofridos pelos homossexuais vinham de vários feixes sociais. Com o passar do tempo, algumas pesquisas começam a demonstrar que a doença não se restringia apenas aos homossexuais, surgiram casos em mulheres, crianças e idosos (Santos & Assis, 2013).

As travestis entram neste cenário também, pois são consideradas desviantes da norma de gênero e seu estilo de vida representa, para muitos cientistas, um meio vulnerável para adquirir a AIDS. Dito isto, é importante ressaltar que:

O impacto destas experiências sobre a vida de cada indivíduo também varia segundo uma série de fatores. No entanto, é necessário reconhecer que é virtualmente impossível que um indivíduo LGBT não tenha sua trajetória marcada pelo signo da minoria sexual e da diferença em relação à norma (Moscheta, 2011, p. 46).

As travestis estão inseridas no grupo LGBT, como também, nos chamados grupos de risco: travestis, mulheres prostitutas, gays, homens que se engajam em práticas homossexuais, usuários de drogas injetáveis, entre outros. São reveladas as injunções moralizantes da doença, mobilizando as preocupações das respostas oficiais para evitar a expansão da epidemia (Sabatine, 2012, p. 25).

Com a consolidação dos movimentos sociais e a emergência de frentes governamentais para enfrentar a epidemia da AIDS na década de 80, inicia-se um processo de diferenciação em relação ao público LGBT (Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis). No Brasil, as estratégias de saúde pública ligadas a esse público é vinculada ao

Programa Nacional de DST/AIDS⁴⁵, lançado em 1999 pelo Ministério da Saúde, a partir dos princípios e diretrizes do SUS são orientadas nesse programa:

As ações do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito da promoção à saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/AIDS; da prevenção da transmissão das DST, do HIV/AIDS e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/AIDS; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área. (1999, p. 05)

Desde então, a AIDS vem sendo fortemente associada ao público travesti, marcando essas pessoas no âmbito da saúde, nas demandas atendidas pelo governo através do movimento social LGBT e na própria dinâmica da vida delas. A AIDS as coloca em um lugar de possibilidade de inclusão nas ações em saúde e por meio das estratégias institucionais de enfrentamento da epidemia, foi possível uma entrada mais consolidada e reconhecida das travestis no âmbito do movimento social (Pelúcio, 2009; Moscheta, 2011; Carvalho, 2011; Carrara, 2013; Duarte, 2014). Essa entrada ocorreu na década de 90 com movimentos de travestis, iniciados na cidade do Rio de Janeiro, como a Associação das Travestis e Liberados do RJ (ASTRAL), atuando em prol de demandas específicas para este público e no combate à AIDS (Brasil, 2010i).

O movimento social LGBT, a priori, era constituído majoritariamente por homens e aos poucos outras identidades foram se juntando, as lésbicas e as travestis especificamente (Brasil, 2010i). Assim, sinalizamos a entrada dessas pessoas em um lugar possível de serem escutadas, novamente, por via da patologia. De acordo com Moscheta (2011, p. 40), podemos pontuar na história, acerca da saúde LGBT, três pontos de intervenções sobre os problemas dessas pessoas:

No primeiro momento, que se inicia nas primeiras classificações da sexualidade, a perspectiva se definia pela patologização de “sexualidades desviantes” manifestadas em um sujeito enfermo. A proposta terapêutica é corretiva e busca eliminar, ou minimizar o problema, focando sua ação sobre o indivíduo. No segundo momento, delimitado pela desconstrução das patologias e pela emergência da Aids, é organizada por uma preocupação epidemiológica, que propunha sobretudo uma estratégia de ação preventiva tomando como

⁴⁵ Atualmente, vinculada a Coordenação Nacional de DST-AIDS.

foco da intervenção o estilo de vida de um grupo social. O terceiro momento, que se consolida a partir do fortalecimento das ONGs e sua articulação com políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos humanos, contempla a promessa de uma perspectiva em saúde destinada a promover uma transformação social, cujas estratégias terapêuticas incluem o combate à discriminação e ao preconceito e que expandem seu foco de ação para toda a sociedade. Assim, na história das mudanças de nossos discursos, passamos do indivíduo doente, para o grupo de risco e chegamos à sociedade desigual. Saímos (pelo menos conceitualmente) das práticas corretivas, passamos às ações preventivas e chegamos ao combate à discriminação.

O autor destaca, ainda, que essas mudanças não devem ser entendidas como questões evolutivas e superações de erros. Em 2001, é lançado no país o Conselho Nacional de Combate à discriminação, em um dos grupos de trabalho foi discutida a necessidade da edificação de um programa de enfrentamento à discriminação à população LGBT.

Produto da discussão realizada no Conselho Nacional de Combate à discriminação, a marca do ano 2004 é frisada como o início do processo de mudanças no cenário das políticas públicas de saúde para a população LGBT. Ainda assim, as travestis não são inseridas por suas demandas específicas. O fruto das discussões sobre violências LGBTs é o *Programa Brasil Sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual* lançado pelo governo federal. A partir dele, foram criados programas e políticas com o objetivo de reduzir as iniquidades sociais voltadas para este público. No que se refere à saúde, à identidade de gênero e à orientação sexual, elas são reconhecidas como determinantes no processo saúde-doença, a marca desse reconhecimento dá o tom do início para as estratégias futuras em prol de uma boa qualidade de vida para o público LGBT.

Ainda no mesmo ano, foi criado o Comitê Técnico de Saúde da população LGBT⁴⁶ através da portaria nº 2.227, de 14 de outubro. Este comitê tinha o objetivo de coadunar as demandas das representações sociais do movimento LGBT, sendo considerado um “espaço de articulação, debate e escuta de demandas de representações do movimento social, envolvendo todas as áreas atinentes do Ministério da Saúde, no sentido de promover a inserção das especificidades de saúde desse contingente populacional nas políticas e ações do SUS” (SEGEP\MS, 2008, p. 02).

⁴⁶ A sigla ainda era GLBT, mas preferimos manter a atual seguindo a orientação política atual do movimento social LGBT.

Ainda que o Comitê tenha trazido importantes visibilidades e ações em torno da saúde, devido a algumas mudanças institucionais no Ministério da saúde ao longo de um ano, ele demorou a efetivar seus objetivos impedindo os encaminhamentos governamentais necessários (Lionço, 2007). Apesar desses percalços com a equipe técnica e entraves burocráticos, foram realizados: o Seminário Nacional de Saúde da População GLBT na Construção do SUS e a XIII Conferência Nacional de Saúde. O primeiro pautando uma discussão mais enfática acerca de estratégias articuladas com as demais redes do SUS, colocando a identidade de gênero e orientação sexual como determinantes no processo de saúde e doença. Ambos os eventos ocorreram em 2007, esse último foi possível devido à representação da população LGBT no Conselho Nacional de Saúde (SEGEP/MS, 2008). No entanto, segundo Mello *et al.* (2011), nos documentos deste conselho não há menção explícita a transexuais e travesti.

Ainda no que concerne ao SUS, em 2006 é lançada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, nesta é consolidado os direitos e deveres das usuárias do sistema. Pela primeira vez o respeito ao nome social é tocado no âmbito do SUS (Duarte, 2012). Neste mesmo ano, no âmbito internacional é lançado os *Princípios de Yogyakarta* na Indonésia com uma comissão de jurista de diversos países e o Serviço Internacional de Direitos Humanos (Tagliamento, 2012), tais princípios versam sobre a “aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero” (Princípios de Yogyakarta, 2006, p. 03).

Dando destaque ao princípio de nº 17: “Toda pessoa tem o direito ao padrão mais alto alcançável de saúde física e mental, sem discriminação por motivo de orientação sexual ou identidade de gênero. A saúde sexual e reprodutiva é um aspecto fundamental desse direito” (Princípios de Yogyakarta, 2006, p. 25). Destaque, os pontos da necessidade de programas e estratégias em saúde sem discriminação à orientação sexual e identidade de gênero, o empoderamento das decisões dessas pessoas sobre o próprio processo de saúde e doença, sigilo dos registros médicos e a capacitação dos profissionais de saúde que atendem este público.

No cenário nacional, quatro anos depois do *Programa Brasil Sem Homofobia* e do lançamento dos *Princípios de Yogyakarta* é realizada a I Conferência Nacional LGBT e das 555 propostas de ações voltadas para o público LGBT do Relatório Final, 167 são referentes à

temática da saúde (Duarte, 2012). Ainda, é lançada a Portaria 1.707, de 18 de agosto, regulamentando o acesso e assistência integral das pessoas trans, as quais recorrem ao SUS com o objetivo da realização da cirurgia de redesignação sexual.

Ainda em 2008, a Secretaria de Atenção à Saúde aprova a Portaria de nº 457 de 19 de agosto, na qual é disposta a regulamentação e atribuições do Processo Transexualizador do SUS. Nesta Portaria, as travestis não são incluídas. Apenas depois de longos debates a Portaria é atualizada com o nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 e as inserem nominalmente no Processo Transexualizador do SUS constituído cinco anos antes. Ainda é destaque a inclusão da linha de cuidado da atenção básica e a relevância do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar no Processo Transexualizador do SUS:

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS: I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas; II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional; III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção. Parágrafo único. Compreende-se como usuário(a) com demanda para o Processo Transexualizador os transexuais e travestis (Brasil, 2013j).

Colocar a atenção básica como um eixo norteador da linha de cuidado à saúde é ter a compreensão da importância do acolhimento, do vínculo, da prevenção de risco e agravos e da promoção da saúde em um processo que apenas mensurava as tecnologias duras (Merhy, 2014) e a inclusão das demandas específicas das travestis. Até então, apenas as transexuais femininas e os homens trans⁴⁷ eram incluídos nessa estratégia. Apesar disso, algumas dessas pessoas trans autoidentificadas como travesti conseguiram acessar esses serviços como transexuais⁴⁸, pois a relação da experiência também está incluída no processo de significação

⁴⁷ Colocamos a nomenclatura homens trans, mas ainda há um debate político em torno do que seria mais efetivo no que tange às lutas pelas demandas dessas pessoas no cenário estatal. Há outras terminologias para nomear essas experiências como trans homens e transexualidade masculina.

⁴⁸ Deixamos claro que essas categorizações são fluidas e partem das experiências dessas pessoas, o termo transexualidade é criado e pautado pelos discursos científicos, mormente, as ciências médicas e psiquiátricas, ainda que estas nomeações tenham mudado de perspectivas ao longo da história (Leite Jr, 2008; Carvalho, 2011) é importante sinalizar que a palavra transexual é utilizada, geralmente, a partir dos moldes biomédicos. Logo, para estas pessoas terem acesso a alguns procedimentos da política de saúde a partir do Processo

(Bento, 2006). Logo, à medida que essas pessoas trans entendem a viabilidade do acesso aos procedimentos colocados no Processo Transexualizador do SUS, elas tentam se moldar às expectativas desses serviços (Bento, 2006; Teixeira, 2013). No caso do Processo Transexualizador do SUS segundo Teixeira (2013, p. 151):

Ser travesti assume conotação depreciativa no conjunto dos processos, evidenciando o receio das mulheres (transexuais) de serem nomeadas travestis pelos especialistas e assim serem ‘desligadas’ do Programa, mas evidencia também que essas/es (transexuais) possuem uma percepção das travestis como uma categoria de menos valia em relação às (transexuais).

No final, concomitantemente à inclusão no SUS a partir dessa estratégia de saúde, também há a exclusão, as colocando na margem da ação que deveria incluir essas experiências de forma a abarcar a diversidade das transexualidades. Dessa forma, o Processo Transexualizador do SUS é mais um sistema perverso de controle dessas pessoas e ao ratificar a lógica do discurso biomédico acaba hierarquizando ainda mais a relação de poder das próprias pessoas trans, colocando as travestis ainda mais no lugar de abjeção (Butler, 2011).

Outras categorias em relação à saúde ficam de fora, inclusive as quais implicam diretamente na vida da maioria das travestis como a moradia e os aspectos relativos a transformação corporal (Benedetti, 2005). Assim como, a discussão que não se tem sobre o conceito saúde para este público, negando acessos as possíveis ações e serviços ao referenciar as travestis pelos aspectos biopsicossociais, de uma forma universal, como entende a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Ao relacionarmos o termo travesti com o caráter político nos movimentos sociais em termos de estratégias de saúde para esta população, precisamos pensar na sua inserção por outros vieses, pois muitas vezes nos documentos oficiais, fichas e cadastros do SUS colocam as necessidades em saúde como homogêneas, contempladas com a universalização de estratégias. É importante sinalizar que não é a nossa intenção descaracterizar o movimento político e social LGBT, o que estamos destacando é que ao desconsiderar as especificidades,

transexualizador do SUS é preciso que passem por uma bateria de exames e procedimentos a fim de que suas identidades sejam afirmadas pelo discurso da verdade dos saberes médicos e mesmo que elas sejam auto identificadas como travestis, precisam utilizar tais discursos e se identificarem como transexuais para serem inseridas nos trâmites médicos e quando não o são, ficam excluídas de acessar algumas intervenções como a questão da hormonoterapia. (Bento, 2006; Santos, 2012; Teixeira, 2013) já vista no presente texto como uma das principais intervenções corporais para a construção da pessoa travesti (Silva, 2007; Kulick, 2008; Pelúcio, 2009).

novamente, as ações e estratégias em saúde marginalizam e excluem algumas necessidades específicas de um determinado público e sujeitos (Mocheta, 2011). No caso, as demandas das pessoas que se autoidentificam como travestis.

A universalização das demandas do público LGBT é algo destacado desde o início das discussões sobre saúde para as travestilidades, no que tange ao cenário internacional, apesar da proposta não ter sido aprovada, a vinculação do termo sobre a discriminação das orientações sexuais foi citado pela primeira vez em Pequim no ano de 1995, na Conferência Mundial. O termo foi retomado seis anos depois na preparação para a Conferência Mundial contra o racismo, xenofobia e formas conexas de intolerância na África do Sul (Tagliamento, 2012). Ao longo dos debates nacionais, também é sugerido nas propostas de combate às iniquidades em saúde.

O uso dos termos *identidade sexual* vai de encontro à diversidade de formas de vidas por essas pessoas, logo é crucial nos atentarmos sobre quais necessidades de saúde (Mocheta, 2011) estão sendo pautadas pelos movimentos sociais, aqui destacamos as demandas das travestis.

4.2.1 A Política Nacional de Saúde Integral LGBT do SUS.

Ao longo de todo o processo da inserção da saúde no cenário político brasileiro, as travestis são inseridas aos poucos na lógica a partir do movimento LGBT, entrando na agenda do Sistema Único de Saúde apenas em 2004, no que se refere ao contexto de política pública de saúde, passando a participar das propostas lançadas do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), a partir do lançamento do programa *Brasil sem Homofobia - Programa de combate à violência e à Discriminação contra LGBT e a promoção da cidadania homossexual*. Com essas propostas, fica inaugurada a responsabilização do Estado com a efetivação de políticas públicas para esse grupo da população brasileira.

Depois de todo um processo histórico de debates e disputas para definir quais seriam as propostas mais urgentes para o público LGBT, no ano de 2010 é lançada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, nesta é condensada as diretrizes e demandas da população LGBT, resultado da elaboração da I Conferência Nacional LGBT, em 2008 e sustentada pelo Programa Mais Saúde – Direito de Todos (Mochetta, 2011).

A Política LGBT é um dos primeiros documentos que reconhece os efeitos da discriminação e da exclusão nos processos de saúde e doença desta população com o objetivo de reduzir as desigualdades emergentes no contexto à saúde reafirmando a responsabilidade das estratégias e ações a serem pautadas nos princípios da universalidade, equidade e participação social do SUS (Brasil, 2010i).

No texto, na parte que se refere às travestis são apontadas algumas nuances na dinâmica de vida delas, como a relação com a prostituição, a rua como espaço de construção de si, o uso dos hormônios e silícones industrial, a relação da saúde mental com a depressão (Benedetti, 2005; Pelúcio, 2009), a violência em grande fluxo destinadas a essas pessoas e a necessidade de respeito ao uso do nome social. O texto destaca a dificuldade de enfrentamento ao preconceito e discriminação dessas pessoas incidindo diretamente como determinante social no processo saúde-doença (Brasil, 2010i).

Alguns dos objetivos específicos desta Política não são efetivados nas práticas de saúde até hoje, como a garantia de respeito às pessoas e acolhimento de qualidade, assim como a resolução das demandas e necessidades; a coleta e o monitoramento de dados específicos desta população no sistema de dados; a inclusão ao do conteúdo da Política na educação permanente dos gestores e trabalhadores de saúde e a garantia do uso do nome social das travestis de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Esses três objetivos são claramente relacionados como uma prática não realizada, no que tange ao contexto desta pesquisa.

Em relação às ACSs, o uso do nome social é respeitado, no entanto, durante as entrevistas, as referências a estas pessoas eram mescladas entre os artigos ditos femininos e masculinos da língua portuguesa. A educação permanente, como já vista no capítulo 3, não é algo corriqueiro entre as agentes, pois não são ofertados pela gestão e as condições financeiras as impedem de se capacitarem. Em relação aos dados do cadastramento, não se tem espaço para o nome social e tão pouco às demandas específicas de saúde para este público. Salvo, o novo sistema não implantado ao longo da execução desta pesquisa.

Como podemos assinalar, ainda há muito que desenvolver e construir a partir dos objetivos dessa Política. Para iniciar as ações e estratégias a fim de obter resultados positivos do objetivo geral e específico desta Política, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Plano Operativo Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

– LGBT, através da Resolução CIT nº 02, de 06 de dezembro de 2011, consistindo em reponsabilidades a partir das três esferas: federal, estadual e municipal.

O Plano Operativo LGBT foi fomentado em quatro eixos: 1. Acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; 2. Ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT; 3. Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT e 4. Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

No que tange as ações específicas na atenção básica à saúde, o eixo 2 destaca o SUS, o sistema utilizado pelos trabalhadores da ABS, incluindo as equipes de saúde da família e nova versão da Ficha de Cadastro Individual (versão 1.3.0) lançada no 2º semestre do ano de 2014 (DAGEP/SGEP, 2014). Esta ficha foi mostrada pela ACS Dainara ao explicar a relação com os cadastros, ela destacou que a ficha não continha espaço para o nome social das travestis e isso esbarrava diretamente na ida delas à UBS. Até o momento das últimas entrevistas esta ficha ainda não era de conhecimento entre as ACSs, assim como o SISAB que iria substituir o antigo sistema da atenção básica, o SIAB. Ainda no eixo 2 está prevista uma parceria entre o DAGEP/SGEP com o DAB/SAS para a elaboração de um material no qual destina-se a qualificação dos profissionais de saúde da atenção básica sobre a população LGBT.⁴⁹

No eixo 3 do Plano Operativo, também está descrita a produção de outros materiais cujo objetivo consiste em disponibilizar estratégias educativas em prol da promoção, proteção e recuperação da saúde da população LGBT. Assim como é destacada a produção e distribuição de cartazes com a divulgação do direito ao nome social para as travestis nos serviços de saúde e no cartão nacional do SUS (DAGEP/SGEP, 2014). Neste eixo ainda é enfatizada a necessidade de pesquisas voltadas para a saúde e população LGBT, principalmente, no que tange a linha de cuidado na atenção básica. É importante destacar que nenhum dos eixos possui planejamento delineado e prazos para a concretude de propostas.

No final do ano de 2013 foi realizado o I Seminário Nacional de Saúde LGBT, no qual foram debatidos temas referentes aos determinantes sociais de saúde para essa

⁴⁹ Durante a finalização desta pesquisa, foi lançado pelo MS um curso à distância e gratuito “Política Nacional de Saúde Integral LGBT”, com o objetivo de maximizar a melhorias das ações de cuidado em saúde para esta população, cujo público alvo são as profissionais de saúde do SUS, principalmente para àquelas voltadas à ABS. No entanto, não há garantias para que as equipes façam o curso.

população, as dificuldades das implementações dos eixos do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e ações em prol do acesso mais humanizado para essa população.

Destacamos as expectativas no cenário nacional voltadas à Política de Saúde Integral LGBT. No entanto, a análise dos dados demonstra que ainda há um desconhecimento sobre as ações e serviços existentes em torno das profissionais da saúde com exceção dos aspectos voltados para a prevenção da AIDS e DSTs. Isto denota que os eixos do Plano Operativo ainda precisam ser consolidados nas práticas de saúde destas profissionais para efetivar o acesso universal, equânime e integral das travestis.

4.2.2 O Cartão Nacional do SUS e o uso do Nome Social das travestis na ABS

A relação do nome social é crucial na construção do acesso das travestis às instituições de saúde. O não uso deste é destacado como um dos principais motivadores de constrangimentos dessas pessoas na utilização dos serviços públicos de saúde (Pelúcio, 2009; Muller & Knauth, 2008; Santos *et al*, 2010).

Este não respeito ao uso do nome social das travestis implica, também, outras questões vinculadas aos Direitos Humanos negados a essas pessoas. O direito ao uso do nome é uma das questões básicas de reconhecimento e identificação de qualquer pessoa. Com relação às travestis, essa questão ainda é discutida e negada em várias instâncias e instituições, inclusive, ao que remete aos serviços de saúde.

Atualmente, ainda não há uma lei que especifica o reconhecimento nos registros civis acerca do nome social escolhido pelas travestis. O que existem são algumas experiências em nível municipal e estadual que consolidam o direito ao nome das travestis e transexuais (Hogemann, 2014) em algumas instâncias governamentais como escolas e universidades, para as Transexuais que fizeram a cirurgia de redesignação sexual, proposta a partir do Processo Transexualizador do SUS, a qual o órgão genital é posto como condição crucial para a troca do nome nos registros oficiais e alguns pedidos jurídicos para retificação do nome, esse

processo é demorado e coloca para a requerente uma série de “provas”⁵⁰ para a comprovação, segundo o sistema jurídico, da identidade de gênero⁵¹.

No âmbito da saúde, alguns movimentos foram executados na tentativa de consolidar esse direito nos espaços públicos que ofertam ações de saúde. Estratégias como a produção e distribuição de cartazes e o Cartão Nacional de Saúde com o nome social. Este último é o principal instrumento para validar a utilização dos procedimentos alocados no SUS.

O uso ao nome social foi citado pela primeira vez nos documentos oficiais do SUS na Carta de Direitos aos Usuários do SUS em 2006, no seu 3º princípio é versado sobre o direito ao uso do nome social no âmbito do SUS. Deve ter um campo para registrar o nome dessas pessoas quando for utilizar o os serviços, assim evitaria constrangimentos e situações vexatórias nos atendimentos a partir do nome. E relacionado como uma ação estratégica na saúde foi lançada em 2014 a Nota técnica do Ministério da Saúde e DATASUS (Departamento de Informática do SUS) 18/2014 do Núcleo Técnico do Cartão Nacional de Saúde com orientações para o preenchimento do Cartão do SUS com o nome social. Este preenchimento pode ser realizado desde junho de 2013, no entanto o sistema ainda não foi nacionalizado e é pouco conhecido entre as usuárias e as próprias profissionais de saúde.⁵² Esta nota técnica destaca que o nome social vem impresso no cartão junto com o seu número do cadastro, data de nascimento e o código de barras, no entanto o nome de registro civil é registrado no sistema a fim de garantir a validade da usuária.

Essas estratégias, apesar do cunho de redução das iniquidades no acesso aos serviços públicos de saúde, nem sempre são colocadas em prática e às vezes não são reconhecidas

⁵⁰ Tais provas foram caracterizadas a partir de relatos de travestis e transexuais durante a execução do Projeto “Direitos”. Consistem em laudos psicológicos, fotos de tempos e lugares variados frequentados pela requerente e, ainda, submetidas a entrevistas com longa duração a fim de afirmar o desejo da requerente, estas últimas, muitas vezes foram caracterizadas como sessões de tortura psicológica. Além desses itens descritos, testemunhos de pessoas da família, vizinhos e amigos sobre a identidade de gênero da requerente são anexados ao pedido de retificação do nome, indicando que o relato e desejo dessas pessoas não são suficientes e legítimos o bastante para a mudança do nome.

⁵¹ Há em tramitação o Projeto de Lei 5002/2013 sobre o direito de retificação do nome e direito à identidade de gênero, sem a obrigação de tramites jurídicos ou administrativos. Este PL ficou conhecido como a Lei João W. Nery devido à homenagem ao primeiro homem trans operado do Brasil.

⁵² Em um evento realizado pelo Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos LGBT (Nuh/UFGM) na cidade de Belo Horizonte em agosto de 2013 foi levantada a discussão sobre a utilização do sistema antigo de dados do SUS. Até aquele momento, não havia equipamentos atualizados no município a fim de gerar Cartões Nacionais com o nome social. O presente evento contou com a participação de gestores municipais de saúde, travestis, sociedade civil, academia e técnicos do DATASUS a fim de imprimir cartões para travestis e transexuais presentes.

pelos trabalhadores de saúde. É o caso das ACSs participantes da presente pesquisa. Ao tocar nessa questão do nome social elas fazem a associação direta com a questão dos cadastros no sistema o que pode implicar em confusão e duplicação de identidades:

Que o cadastro está lá no sistema e pode dar muita confusão depois. Com certeza, às vezes o dono daquele documento vai bater aquelas doenças tudo lá e ele não tem nada disso, pode dar processo. (Dainara)

Suzana relata um caso de uma travesti que se consultava com dois nomes, ia à UBS para fazer curativos em uma ferida na perna e ao Hospital Eduardo de Menezes, especializado em infectologia e dermatologia sanitária, para fazer o tratamento contra o vírus da AIDS:

ele não ia, aí falava que estava precisando de fazer, ele tinha uma ferida quando ele chegou, ele chegou sem documentos, eu falei assim: o sistema não aceita você fazer um cadastro sem documento, aí eu pedi para ele o documento. Passados alguns meses ele me apresentou um documento e depois um amigo dele lá veio me falar que aquele documento não era documento dele. Foi um documento que tinha sido roubado, era o primeiro nome, porém o sobrenome era de outra pessoa, e daí a assistente social conversou com ele e ele não sabia informar nem qual era o município dele, e aí ficou nesse ponto, e no Eduardo de Menezes ele passou outro nome, então acabou que aqui ficaram sabendo que tinha dois nomes, tinha o nome do Eduardo de Menezes mas que era a mesma pessoa, e ficou confuso, ele foi embora daqui e ficou desse jeito (Suzana).

A relação com o cadastro é mais relevante do que o próprio atendimento das usuárias, na fala da agente de saúde não fica clara a realidade de algumas travestis que não possuem documento e nada é feito para solucionar isso porque não há diálogo com as demais redes do SUS e da Assistência social.

Além desses hiatos contidos nas falas sobre a relação com o nome social das travestis, não encontramos nenhum cartaz referenciado o direito ao uso do nome e não foi questionada esta lacuna no serviço.

4.3 “*Umas meninas boazinhas que visitam a gente*” Quem são as ACSs para as travestis em BH?

A imagem das agentes comunitárias de saúde para as usuárias é construída em acordo com o contexto de cada bairro e realidade dos moradores, por isso estas, podem ser reconhecidas como uma personagem *híbrido e polifônico* (Nunes *et al.*, 2002) no sentido de convergir vários significados em torno de suas atividades.

Dentre as várias funções implicadas as ACS, a possibilidade de acesso universal e contínuo a partir da atenção básica à saúde, para as travestis do bairro Rio Branco, se dá através dessas pessoas, ainda que de forma precária. Pois, a figura dessas profissionais é margeada por um idealismo de bondade e solidariedade.

Quando perguntado para as travestis sobre as ACSs, elas não sabiam nomeá-las, mas as associavam como àquelas que marcam as consultas e possibilitam a sua entrada na UBS através dos cadastros, ainda que os serviços ofertados pela unidade sejam acionados por poucas travestis:

Diana, qual o profissional que trata bem?

Que trata bem? Que visita a casa da gente, as meninas boazinhas que visitam a casa da gente, são umas mulheres que trabalham no posto, elas tratam a gente bem. Fora isso, eu não gosto de ir no posto.

No mesmo enfoque, Kalinda também coloca as agentes comunitárias de saúde como as profissionais do posto que lhe dão atenção, ainda que seja apenas para cadastro e consultas:

É um amor de pessoa, pega o nome para fazer cadastro, para fazer o cartão família, se tiver algum negócio assim, se eu perdi alguma consulta, aí está meu nome lá. Elas ligam para mim, elas ligam lá para casa, ligam para o meu celular falando que eu tenho uma consulta tal dia, se vai dar para ir, se não der para ir, para remarcar.

O mesmo ocorre com o relato de Alicia sobre as ACS, as colocando em um lugar daquelas que, apenas, fazem os cadastramentos e consultas, as direcionando para os serviços ambulatoriais disponíveis para a comunidade:

***Mas você sabe o que é uma agente comunitária de saúde?
Essa pessoa que vem aqui, você sabe qual a função dela?***

Mais ou menos, eu sei que ela tem que vir aqui e marcar consulta, não é? Encaminhar a gente para uma consulta, para um psicólogo, para um dentista, para uma coisa assim, não é?

Ao analisar a categorização de quem seriam as ACSs, percebemos o quanto a solidariedade e o único caminho possível à UBS e está associado às atividades delas. De acordo com Sakata (2009), o trabalho das agentes comunitárias é permeado de cunho assistencialista e pouco é referendado no que tange as atividades políticas e de empoderamento das usuárias atendidas por elas. As travestis nada relatam sobre as ACSs serem uma fonte de informação para outras questões no processo saúde e doença, mesmo que seguindo apenas a lógica biomédica. Ora, como saber se a dinâmica da vida das travestis fica fora do diálogo entre elas e as ACSs?

Ainda, notamos na fala de Alicia que os encaminhamentos são realizados apenas para as especialidades, não há outras questões em caráter de promoção à saúde, por exemplo. Indagações sobre medicamentos ou possíveis tratamentos são, geralmente, recorridos à farmácia ou às experiências de travestis mais velhas, mormente sobre as questões da hormonização. As ACSs para as travestis não correspondem a uma fonte confiável total de acesso e segurança sobre outras demandas que concernem a sua realidade e contextos, com exceção, da busca de medicações e consultas na UBS.

Apesar desse norte tão limitado, ao conviver em um mundo dotado de violências físicas, subjetivas, estatais e sociais (Carrara & Vianna, 2006; Kullik, 2008; Pelúcio, 2009), as travestis confiam na possibilidade da atenção à saúde e acesso dessas profissionais de saúde vinculadas à UBS, uma das instâncias de serviço público que está ao mesmo tempo próxima e longe de suas residências. Os convites para os cadastros no posto são considerados como uma linha de cuidado e preocupação para as travestis “*essa preocupa com a gente, ela se preocupa em marcar a consulta para a gente, entendeu, ela se preocupa com a gente, essa menina que vem*”. As ACSs são apresentadas pelas travestis como uma das poucas possibilidades de acessar o posto de saúde, ainda que as experiências dentro dele não possuam um caráter eficaz e positivo, dotado de constrangimentos. Logo, montar uma imagem cercada de bondade e solidariedade não parece ser tão inesperado. Aqui, fica evidenciada a relação de poder do saber que há entre as ACSs e as travestis. Uma pesquisa realizada por Bonet (2013), sobre as ACSs, aponta que o caráter de gratidão é corriqueiro entre as usuárias e as profissionais,

alguns dispositivos são colocados estrategicamente para mantê-los como o uso de palavras no diminutivo ao se referirem as usuárias.

Pensar na imagem das ACSs como alguém de bondade e preocupada com a realidade das travestis, também, pode ser associada a algumas explicações sobre as escolhas dessas profissionais, em diversos contextos. As imagens permeadas sobre essas profissionais são variadas e comumente associadas a: Possibilidades de ajudar pessoas, algumas ACSs entram nessa profissão baseadas em caráter religioso, optam por trabalhar com algo motivado pela solidariedade para com o outro; São associadas como aquelas que escutam os problemas; Trabalham perto dos filhos facilitando a organização das atividades do seu lar, pela flexibilidade territorial e de horários que as ações permitem; Concepção de gênero muito marcada— mulher cis - bastante presente nos discursos e associações diretas com o trabalho. Sakata (2009) e Mocheta (2011) chamam atenção em suas pesquisas para este último tópico citado, convergindo o trabalho como algo associado ao papel de cuidado à imagem da mulher.

Para as travestis a associação com a UBS no bairro é restrita à imagem das agentes como “*àquelas que visitam a gente*” e a ida ao posto margeada por esta relação.

Diante do exposto, a noção quem são as agentes comunitárias para as travestis está associada como a única possibilidade confiável de acessibilidade e acolhimento ao partir da atenção básica à saúde. Todos os problemas inerentes a UBS são colocados às ACSs, as quais, muitas vezes não sabem ou são impossibilitadas de resolver, inclusive, pela relação de poder imposta das demais com curso superior e a própria gestão.

As dinâmicas inerentes ao trabalho das ACSs não chegam às travestis porque não são explicadas para elas, ficando restritas apenas na relação das consultas e cadastros. A divisão das microáreas, seus horários de acolhimento e triagem na UBS, as possíveis articulações com as equipes de saúde, as impossibilidades de atendimento e as intervenções realizadas em conjunto ficam invisíveis nos encontros entre as ACSs e as travestis.

Dessa forma, fica em destaque a necessidade de uma lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde na atenção básica que permita a acessibilidade dessas pessoas. A função norteadora de acolhimento deve ser gerida com muita responsabilidade e abrangendo as contextualidades das travestis, assim os danos e riscos à saúde poderiam ser evitados.

Apesar de toda restrição, a ACS poderia ser mais que aquela *menina boazinha* que visita as travestis, pois isso acabaria implicando diretamente no modo como as travestis buscam os cuidados relativos a sua saúde e como essas ações poderiam ser acessadas por elas.

Torna-se urgente um trabalho mais eficaz, não apenas das ACSs, como de toda equipe da UBS, tendo o enfoque nos diálogos (Mocheta, 2011) entre as ACSs e as travestis, a princípio, como algo a ser investido. Pois, como visto no contexto do bairro Rio Branco, isso pode ser possível se caso houvesse uma reorientação nas visitas domiciliares com as travestis porque existe uma abertura para isso, ainda que pautada na imagem de solidariedade e bondade das ACSs na visão das travestis.

Segundo Sakata (2009, p. 37), “a dimensão mais política e de poder de transformação ainda são aspectos pouco atribuídos aos ACS apesar de serem também propostas destinadas a estes trabalhadores”. Assim, fica evidente a necessidade de uma maior articulação para este fim no que tange na preparação dessas agentes para o empoderamento às usuárias da comunidade.

4.4 Os itinerários terapêuticos das travestis: “Elas adoram a farmácia”

Dentre as alternativas encontradas pelas travestis no cuidado acerca da saúde, a farmácia foi elucidada como o lugar estrutural mais acessível no bairro por elas, isso já nos indica as dificuldades na busca de cuidado.

Este caminho também se destacou nas falas das ACSs ao se referirem as travestis, no entanto este itinerário e os cuidados orientados, geralmente, por uma farmacêutica de referência não foi questionado pelas agentes como um trajeto construído pelas impossibilidades de acesso à UBS. Além disso, é importante destacar a relação com a automedicação das travestis, justificada pelo conforto da ida até a farmácia.

Dito isso, tais alternativas elucidadas pelas travestis na busca de uma saúde baseada em justificativas sindrômicas e raramente com o objetivo de prevenção, salvo às DSTs, são tratamentos alternativos que as pessoas utilizam antes de serem nomeados por alguma autoridade científica nos círculos da biomedicina, considerados itinerários terapêuticos. Além disso, é importante destacar a relação com o significado de saúde que as pessoas possuem

antes de assinalar o porquê dos trajetos percorridos, cujo objetivo pode ou não ser considerado cuidado de si, a depender do contexto.

De forma geral, as pessoas resolvem seus problemas de saúde de diversas maneiras, dependendo de como elas interpretam o seu processo de adoecimento e cuidados, tais diferentes modos de avaliação, escolha, aderência ou não a determinados tipos de tratamentos e cuidados, podem ser entendidos como itinerários terapêuticos de acordo com a literatura socioantropológica (Alves & Souza, 1999).

Os itinerários terapêuticos, aqui, são entendidos como a trajetória de cuidados em relação à saúde, esse processo se inicia desde o início da busca até a continuidade/finalização do tratamento/proteção. Ou seja, são os caminhos seguidos na procura de resoluções dos problemas de saúde identificados pelas sujeitas. É importante deixar claro que o contexto vivido implica diretamente em várias maneiras de cuidado e tomadas de decisões. (Souza MHT *et al.*, 2014).

Ao citar o verbo “*adorar*” relacionando à farmácia, título que ilustra o presente tópico, a ACS Suzane demonstra a sua percepção de quanto as travestis estimam este lugar, o qual pode ser considerado o mais acessível de tratamento por se tratar de algo diretamente pago e diferente das clínicas particulares, o cuidado via medicação não requer contato com muitas pessoas, tendo como referência um/uma farmacêutico/a.

No entanto, há uma lógica inerente nesse itinerário confirmado pelas travestis na procura pelas farmácias ao gerir o autocuidado. Logo, é importante relacionar esta procura da farmácia com a dinâmica de vida das travestis para associar o processo da busca da restauração de saúde, inclusive, na compreensão de beleza como significado de saúde no processo de transformação corporal através dos hormônios. Diana ao comparar com o atendimento médico e o farmacêutico diz que a recepção é melhor porque há menos constrangimento e mais rápida:

Farmacêutico é melhor que médico, eles que falam assim, você está com isso, você fala assim, está acontecendo isso e isso comigo. Ai, eles falam, você está com isso, toma isso. Pronto, acabou, você toma e já era. (Diana)

A vagarosidade dos atendimentos foi algo apontado constantemente pelas travestis ao relacionar a não ida à UBS, pois a demora condiz com mais constrangimentos. Ao contrário da farmácia, onde os atendimentos podem ser construídos com caráter fidedigno do serviço de compra e venda dos medicamentos.

No entanto, apesar da maioria dos trajetos realizados pelas travestis se basearem em um discurso biomédico, o qual é relacionado, geralmente, no diagnóstico e tratamento. Há outras perspectivas de saúde e tratamentos na busca dos cuidados para as travestis. A relação com a beleza é associada como um aspecto de saúde entre elas, estar bem cuidada no sentido de “estar bonita” é apontado por Diana aos cuidados com a aparência ao demonstrar a beleza como um aspecto importante nessa busca, “*não falo doença, digo que tô indisposta*”.

Além disso, há o saber popular inerente nas justificativas de Alice ao afirmar que não gosta de tanta medicação no corpo por já ter tomado muitos hormônios, quando mais nova e atualmente devido ao AVC:

Às vezes, eu prefiro ficar com a febre do que tomar um remédio, eu não gosto de tomar remédio, às vezes eu estou queimando na febre e eu tomo banho gelado, ou tomo banho quente, eu tomo banho de álcool para abafar a febre, mas não tomo remédio.

Por quê?

Porque eu tenho pavor de remédio, que eu já tomo muito remédio, entendeu?

Diante do exposto, as justificativas acerca das construções subjetivas e culturais incididas no processo de busca e explicações sobre o diagnóstico, adoecimento e tratamento dessas pessoas, no caso das travestis, podemos pensar em três percursos altamente acionados por elas: A trajetória através dos saberes populares como os cuidados caseiros repassados entre as gerações e pessoas da comunidade; Os caminhos e cuidados ofertados pelo mundo mítico através das religiões e a trilha dos sistemas formais baseados na biomedicina através das medicações e orientações das farmacêuticas.

O segundo tipo de itinerário terapêutico fica claro nas travestis da cidade de São Paulo, na pesquisa realizada por Larissa Pelúcio (2009), o Candomblé e a Ubanda perpassam diretamente sobre o direcionamento da cura, há uma interligação intensa entre o sagrado e o

cuidar, apesar das falas não ter tido uma relação direta com esta esfera, percebemos o quanto que o bem estar é convergido com o aspecto de espiritualidade por elas. Ainda é apontada a relação com a rua e as casas de pensão, o que para as travestis podem ser consideradas lugares de aprendizagem de como se cuidar repassado das travestis mais velhas às mais jovens. Nesse caso, o cuidado não visto apenas como solucionar algo que já está instalado, mas serve como um meio de prevenção de outras formas de problemas e determinantes dos processos de saúde e doença. As casas de pensão são espaços que as travestis se articulam não apenas aos problemas causados ao processo de feminilização, como também são as primeiras referências de prevenção à riscos e agravos à saúde: “*Se a bicha ficar doente, quem vai no hospital com ela sou eu... Ou, vou na farmácia e compro um remédio*”, afirma Diana.

Dentre estas três práticas de cuidado, de acordo com as entrevistas, a última é a mais acessada pelas travestis devido à confiança e ao cuidado rápido que as medicações se propõem a agir. Novamente, o discurso biomédico é acionado como um dos itinerários mais escolhidos. Além da farmácia, outro lugar relatado pelas travestis é a clínica particular, mas a relação com esta continua sendo o pagamento por um serviço rápido e sem muitos constrangimentos.

Ao ser indagada sobre quais os serviços de saúde que mais acessa, o primeiro lugar buscado para fins de cuidado, Diana relata ir à farmácia ou, em último caso, para fins de prevenção, a clínica particular se mostra mais eficaz e acessível mas isso é apenas quando se tem o dinheiro para pagar a primeira consulta, o que não acontece sempre:

Você voltou lá (na clínica particular)? Eu não. Eu fui na farmácia e o farmacêutico me falou o que era, ou é depressão ou estresse, um dos dois. Tomei os remédios que ele me falou.

Você tomou o remédio e melhorou?

Ele me deu remédio e eu fui tomando, tomo até hoje.

Esta escolha ao ser associada às dinâmicas de vida e a construção da dinâmica travesti permite entender algumas questões que incidem diretamente sobre o corpo delas. Fica claro que a promoção à saúde e a prevenção a risco e agravos, pautada pela ABS e imbuída nos instrumentos e objetivos de trabalho das agentes comunitárias de saúde, escapa da lógica dos

SUS no que tange à práxis. Pois, a maneira como são vinculadas não incidem em uma relação de convergência entre a prática e dinâmica da vida das travestis. A relação com a prevenção a risco e agravos à saúde quando aparece nos discursos das ACSs é bastante voltada na associação com a AIDS:

Porque se eu não estou sentindo nada eu não vou procurar, eu não vou fazer um exame de rotina se eu não estou sentindo nada. Eu percebo isso muito nos homens, os homens são muito assim, eu não estou sentindo nada, então eu não preciso procurar, eu não preciso fazer exame de rotina, acontece muito. O que eles tem muita preocupação é com relação ao exame de HIV, que eles sempre estão fazendo, eu não sei se é porque estão mais expostos para sempre saber que não tem problema nenhum no exame, eles sempre falam muito a respeito de exame, mas sempre falam em exame de HIV. Agora, o grupo de doenças sexualmente transmissíveis eles não se preocupam muito não.
(Dainara)

A relação com a masculinidade também é referenciada ao falar sobre cuidados, ora, “Eles só procuram o posto quando o negócio tá feio”, a ACS Cláudia faz uma relação direta com os pressupostos nos cuidados à saúde do homem.

Todos os aspectos subjacentes aos itinerários terapêuticos das travestis escapam nas falas das ACSs - a relação com a beleza, cuidados com a espiritualidade e saberes populares não são sugeridos como caminhos acessados por elas, apenas o caminho da farmácia junto à automedicação. No entanto, isso é de se esperar ao visualizarmos um trabalho sempre incidindo em cadastros, marcações de consultas e no acesso aos medicamentos da UBS. Este é um traço da discussão que ainda se tem sobre o que, realmente, nós temos ao falarmos sobre a ABS no Brasil. Que tipo de prevenção é voltada apenas para exames de DSTs e restrita a prevenção do HIV? Que reorientação do modelo de cuidados da atenção à saúde se quer, se os ambulatórios e especialidades médicas são sempre bem quistos pelos profissionais de saúde da ABS?

Logo, não podemos falar sobre uma atenção básica à saúde voltada para a prevenção de riscos e agravos à saúde e de promoção, nem tão pouco como uma porta prioritária para os cuidados e serviços do SUS. A promoção de saúde, por exemplo, nem sequer foi tocada nas falas das ACSs, pois os recursos não permitem que sejam realizadas atividades as quais contemplem tais objetivos.

No entanto, o que concerne na associação das ACSs com o trajeto constante à farmácia das travestis pode nos indicar um processo de mudança sobre o olhar dessas agentes sobre os cuidados possíveis para as travestis. Ou seja, se “adorar” algo é relatado com ênfase e preocupação, indica que há algo de errado.

4.5 Sobre a Unidade Básica de Saúde: “O posto é *uó*... Não, ele é o *z*, *uó* só no truque, Deus me livre!”

Um dos pressupostos mais citados no Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT na concretização da Política Nacional de Saúde Integral LGBT é a necessidade da atenção básica à saúde no ínterim dos cuidados relativos a este público.

Ao dispor sobre a ampliação e garantia de acesso das pessoas às estratégias e ações de saúde, a ABS através da ESF torna o compromisso de atingir o princípio finalístico da equidade e universalidade mais próximos na assistência e a garantia de um cuidado mais humanizado, fazendo das ações algo mais direcionado às especificidades de determinado público, no caso aqui, as travestis residentes do bairro Rio Branco, no município de Belo Horizonte, através do trabalho das ACSs.

Diante do exposto, as ACSs são tidas pelas travestis como o único elo possível e favorável para acessar alguns serviços da UBS no bairro. Os encontros entre as travestis e as ACSs durante as visitas domiciliares são condizentes com as prerrogativas principais da ESF, apesar de ter hiatos de informações, existe um diálogo inicial que pode ser produtor no fazer saúde proposto pela ABS. Esta insuficiência de serviços é destacada pela ênfase nos cadastros e consultas ambulatoriais destinadas a UBS, as travestis possuem a abertura, através das ACSs, para os serviços ofertados na unidade, no entanto, o nó se dá no próprio espaço da UBS. Segundo as travestis, a UBS, nomeada como posto de saúde, não as acolhe como deveriam, as desrespeitando em diversos aspectos. No caso, o último dado produzido é saúde para as travestis.

Em alguns casos de emergência, por exemplo, como as visitas domiciliares ficam muito direcionadas aos cadastros e consultas, as orientações sobre quais os serviços reais a UBS pode ofertar ficam inexistentes nesses encontros domiciliares, assim como a articulação do trabalho delas com as estratégias da UBS, como a própria divisão por microáreas entre as

ACSs. Dessa maneira, as histórias de negação de atendimento se repetem como nos relata Diana:

Quando eu fui levar a bicha no médico que ela estava com AIDS lembra? Eu era inimiga da bicha, fui dentro da casa da bicha, peguei a bicha, levei a bicha no hospital. Há, não pode atender ela agora não, tem que ser no horário dela, ela tem que fazer o cartãozinho que ela não tem o cartãozinho. Primeiro tem que ir fazer, ela voltou para casa, voltou uma hora com o papel da casa, teve que fazer o cartãozinho para depois. Eu não gostei.

Então, essas coisas que a gente ver de primeira para a gente, a bicha não estava aguentando nem andar, eu fui carregando a bicha lá, chegou lá, eles falam que tem que voltar uma hora da tarde, isso era nove horas da manhã! Eu vou sair da minha casa, pegar a outra lá no cafundó dos judas, pra pegar ela e para levar no médico. Há! Só tem vaga uma hora da tarde. Mirela⁵³ foi a mesma coisa, saiu lá de casa e chegou lá sete horas da manhã. Tem que voltar em uma semana, tem que voltar uma hora da tarde que agora eu não posso atender, tem que atender no seu horário. Então, tem coisas que acontece de um lado e que acontece do outro, do lado dela lá pode ser bem, do nosso lado já não presta porque a nossa consulta é uma hora da tarde. Do lado de cá é uma hora da tarde, do lado de lá eu não sei que hora que é. Pois é, então a parte dela é sete horas da manhã, a nossa uma hora da tarde.

As questões inerentes à organização das ações das ACSs junto a UBS não são explicadas para as travestis, fazendo com que os encontros fiquem encarcerados às consultas, cadastros e informações vagas. No relato de Diana, percebemos a UBS como a porta de entrada inicial para resolver o problema de Mirela, o qual não acolhido por falta de horário e do *cartãozinho*. Em outro caso, Diana e Alicia relatam que o posto de saúde as restringe aos cuidados com a AIDS e a prevenção de DSTs com os preservativos:

Que às vezes, a gente chega num posto de saúde e já falam: Hi, está com AIDS, a bicha pegou AIDS, só fala assim, a bicha está com AIDS (Diana).

É um problema para pegar camisinha no posto, tem que chegar lá, no meio daquele povão todo, aí você vai pedir camisinha eles

⁵³ Nome fictício

falam assim, tem que fazer cadastro para receber camisinha, grita bem alto.

A agente comunitária de saúde não traz?

Agora ela traz para mim. Quando eu peço ela traz, ela pega pra mim, porque ela sabe que eu não gosto de ir lá. Outro dia ela até trouxe uma caixa para mim (Alicia).

A relação com o nome social também é colocada como um aspecto não respeitado no posto de saúde por Alicia:

No dia que eu estava lá, gritou Thomás⁵⁴, tinha uns três rapazinhos assim, eles ficaram olhando estranho. Eu de vestido longo, aí ficaram olhando, assim, estranho. Eu entrar lá no consultório, Thomás, sabe, aí eu fiquei toda sem graça quando sai. Aí, é com isso que fico constrangida, aí tipo assim, tem um menino do lado, aí o menino vai gritando pelo o meu nome de homem, eu de peito, como que vai ficar. Vou falar o que, uai, mas por que está chamando ele por nome de homem, tem peito, se é mulher, na cabeça do menino é uma mulher. Aí é isso que é o problema do posto de saúde que nós temos.

Para melhorar a acessibilidade das travestis à UBS, o acolhimento dado pelas ACSs nas visitas domiciliares, ainda que focado nos cadastros e consultas, deveria ser ampliado aos demais trabalhadores da UBS, pois não há integralidade sem continuidade das ações. A distribuição das medicações também diverge nesse sentido, Alicia relata passar por dificuldades na busca por medicação do tratamento das sequelas do AVC:

E tinha remédio lá, ela não deu à moça? Por que tinha para a moça e não tinha para mim, só porque eu era um travesti? E aí tem a discriminação por aí, até para entregar um remédio para a gente, por isso que muitas vezes travesti procura um particular porque é tratada bem no particular porque a gente está pagando, entendeu? E eles acham porque lá eles trabalham para o governo eles podem fazer o que eles quiserem, podem tratar a gente mal, podem fazer o que eles quiserem lá dentro, que eles que estão trabalhando lá, eu acho errado.

⁵⁴ Nome fictício.

Os relatos trazidos por Diana e Alicia, divergem da fala de Kalinda, a qual nos diz que foi e é respeitada em todas as suas idas à UBS, mas toma cuidado com as vestimentas e o modo de falar, de acordo com ela: “*na humildade e mais educada*”. Ainda, nos diz sobre o nome social que:

As meninas também me chamam, elas me chamam de José, mas só que eu não ligo.

Você se sente constrangida?

Não.

Os olhares das pessoas que está lá?

Não, eu não ligo, eu não ligo mais.

Kalinda argumenta ter se acostumado com essa situação, tanto que ao referir sobre a pergunta de uma recepcionista sobre qual nome gostaria de ser chamada, em outra instituição pública, um hospital, achou estranho, principalmente, pela continuidade do tratamento.

Os relatos apresentados pelas travestis nos indicam formas de atendimentos desiguais em torno da identidade de gênero das travestis, elas evitam a UBS ao relacioná-la como espaços institucionalizados de saúde produtores de transfobia. Com exceção de Kalinda, a qual consegue transitar na UBS com estratégias que escodem alguns aspectos que a denunciem ser travesti.

Com esses aspectos levantados, a UBS não é um lugar de acolhimento e confiança das travestis, apertando ainda mais o nó da continuidade e resolutividade das ações e estratégias em prol da saúde no âmbito da ABS. Dessa forma, as travestis ficam de acordo com Alicia “*por conta própria, porque posto de saúde não ajuda, então...*”.

A necessidade de ampliar o olhar sobre a UBS se faz presente nesse sentido, não apenas as ACSs, mas as outras profissionais atuantes dentro da unidade, bem como a gestão local e as demais redes de saúde. Dessa forma, poderemos reconhecer o posto de saúde para além de vacinas, cadastros, curativos e consultas médicas.

4.6 As contradições entre o que é preconizado no escrito e as práticas das ACSs: Os cuidados ambulatoriais na atenção básica à saúde – Que integralidade é essa?

As contradições entre o escrito e a prática nas ações das ACSs reafirmam a urgência de repensar as lacunas na produção de saúde e a reorientação do modelo assistencial da ABS.

A Estratégia de Saúde da Família foi elucidada com o objetivo de reorientar à atenção básica no SUS. O modelo assistencial de saúde preconizado pela ABS através da ESF busca ultrapassar os limites das abordagens médico-centradas, as quais enfatizam as queixas sindrômicas e estratégias curativas das pessoas que buscam o sistema, se baseando em uma ciência, a qual afirma o que não é quantificável se torna irrelevante. Algumas ações e instrumentos foram inclusos com este fim para adotar uma nova postura diante dos processos saúde e doença. As tecnologias leves produzidas em trabalho vivo em ato (Merhy, 2014) como a escuta, o vínculo, acolhimento e o diálogo são alguns dos instrumentos que baseiam as ações dos profissionais da ESF. Quando não consideradas, tais tecnologias leves se tornam ineficazes e produtoras de iniquidades ao excluir a amplitude dos processos saúde e doença da população (Sakata, 2009).

A prática clínica centrada na doença é a continuidade do paradigma da atenção biomédica, que coadunam conhecimentos baseados na biologia e fisiologia. Dessa maneira, compõe uma racionalidade focada em discursos universalizantes, caráter mecanicista e isolamento das partes para caráter analítico (Camargo Jr., 2005). A fragmentação do conhecimento do corpo é constitutivo para os saberes/fazeres da medicina hegemônica da sociedade ocidental, tal divisão facilitou o exercício de poder sobre as especificidades dos corpos/pessoas e da sociedade, mormente, principalmente, através da medicina social. Ao se pensar em termos históricos, os conhecimentos biomédicos aplicados e geridos pela medicina ocidental ganham nuances de controle sobre o individual e coletivo, em alguns episódios tomando uma conduta de polícia.

Foucault (1997), ao descrever sobre os agentes da política do corpo, demonstra como alguns mecanismos de controle sobre os corpos através das ações em saúde são complexos e partindo do exemplo da filantropia do início do século XIX nos indica o quanto:

Naturalmente, a medicina desempenhou o papel de denominador comum... Seu discurso passava de um a outro. Era em nome da medicina que se vinha ver como eram instaladas as casas, mas era também em seu nome que se catalogavam um louco, um criminoso, um doente... Mas existe, de fato, um mosaico bastante variado de todos esses ‘trabalhadores sociais’ a partir de uma matriz confusa como a filantropia[...]. (p. 243).

Apesar de a indicação ser do início do século XIX, poderíamos realocar tais “trabalhadores sociais” como as agentes comunitárias de saúde atualmente, apesar do uso das tecnologias leves por essas profissionais serem eficazes, as ações delas são avaliadas em caráter de catalogação pelo sistema e as condutas emergenciais são voltadas, prioritariamente, para as pessoas com algum desequilíbrio biológico instalado. Ou seja, àquelas nomeadas como doentes, salvo as crianças e grávidas, pois não são inclusas nessa categoria. Também, por esta relação com a enfermidade/doença, as travestis são associadas constantemente à AIDS e às DSTs pelas ACSs e mesmo ao se falar sobre doenças, estas outras ficam restritas aos diálogos entre elas:

Essas doenças mais comuns como a diabetes e hipertensão, há dúvidas?

Muito difícil, tinha um travesti até que morreu que ele falava muito que se preocupava que a mãe dele tinha diabetes, porém ele se preocupava mas não queria vir não, não vinha, não procurava não, ele conversava comigo, mas... (Cláudia).

Como exposto nos primeiros capítulos, a relação da identidade de gênero como determinante no processo saúde e doença não são colocadas como base nas ações dessas profissionais porque não há orientação e educação continuada na rede de saúde. A produção de cuidado em saúde é iniciada durante as visitas, mas barra ao adentrar no sistema e tais diálogos produzidos nas residências entre as ACSs e as travestis não são colocadas nos sistemas de bases a fim de gerar dados legítimos para programas futuros. Logo, a produção do diálogo entre as travestis e as ACSs fica circulando apenas entre elas, não acessando as avaliações no que tange à atenção básica de saúde.

A produção de cuidados em saúde realizada pelas ACSs para as travestis é bastante centrada no discurso biomédico. Em uma sociedade ocidental, a qual privilegia a instituição hospitalar como o ápice do cuidado, cujo objetivo único é o tratamento curativo com enfoque

nas doenças, não é de se estranhar que este conhecimento é continuado por outros vieses.⁵⁵ Aqui, representado pelas ações das ACSs, podemos inserir a ênfase nos cadastros e marcação de consultas, o direcionamento para os cuidados ambulatoriais são tidos como uma das principais estratégias de encaminhamento para o uso dos espaços da UBS.

Entre os profissionais de saúde esta percepção decorre, em grande medida, de uma formação profissional centrada no espaço hospitalar e no modelo da biomedicina. Isto tem dificultado a compreensão de que a atenção básica tem uma grande complexidade, demandando conhecimentos e práticas diferentes da atenção produzida em outros locais (Rede HumanisaSUS, 2009, p. 11).

Destacamos que não estamos desconsiderando os conhecimentos da biomedicina, mas ao focar apenas a doença, são excluídas as outras esferas concernentes do humano e determinante do processo saúde e doença, colocando a distância da resolução dos problemas cada vez mais longe das pessoas diretamente envolvidas.

Apesar de a integralidade significar a continuidade dos cuidados entre as várias redes de atenção, incluindo as de tecnologias duras como o hospital, as formas idealizadoras de saúde são desconsideradas. O significado de saúde como ausência de doença, atualmente desconsiderada e substituída pela OMS como aspecto biopsicossocial, ainda é tida como referência para muitas ações em saúde. A saúde como ordenação do mundo é substituída pelas estratégias focadas nas doenças, no sentido curativo. A mais atual explicação do que seria saúde proposta pela OMS possui um caráter muito ideológico, a qual nas palavras de Almeida Filho (2011):

Em 1946, talvez buscando alívio para o espírito depressivo do pós-guerra, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reinventou o nirvana e chamou-o de 'saúde': 'estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade (p. 08).

⁵⁵ Através disto, podemos indicar como a rede de cuidados é nomeada, ao considerar os cuidados hospitalocêntricos como de alta complexidade é direcionado um olhar de grande controle e poder pelas instituições dominantes dos saberes biomédicos. Desconsiderando, aqui, através desta nomeação a baixa complexidade representada pelos instrumentos das tecnologias leves.

Essa totalidade de recursos em três esferas ditas humanas desconsidera outras questões inerentes ao sentido da vida e sempre haverá uma parte sobrepondo a outra e quem ganha sempre nos discursos explicativos é o campo biológico.

A saúde, compreendida como direito universal ganha essa ênfase, no âmbito internacional, a partir de 1978 na Conferência de Alma Ata e apenas em 1988 é inserida na constituição brasileira como direito de todos e é nesse sentido que as políticas públicas de saúde devem ser direcionadas. O direito à saúde, de acordo com a constituição, deve ser considerado como universal e prioritário no âmbito do SUS, no entanto, a consideração dos vários vieses sobre saúde deve ser enfatizada. Por exemplo, a relação com os cuidados de beleza e a religiosidade das travestis não são colocados em pauta nos discursos das ACSs, dando continuidade a cuidados fragmentados, sem considerar as outras redes de atenção à saúde, voltando apenas para as especialidades médicas e posologias de medicamentos. O que nos indica Alicia:

Eles cortaram, agora eu não frequento o Cersam mais não, agora só no posto mesmo. Eu vou lá no posto pegar o remédio, pronto, só isso, eles dão remédio e pronto. Você vê que eles fazem pouco caso das travestis, não quer saber se a travesti é doída mesmo, entendeu? Eles dão o remédio e manda a gente tomar e pronto.

A cooresponsabilização para a saúde também deve ser enfatizada nas ações e serviços das ACSs, para isso o diálogo deve ser priorizado na construção dos vínculos com as travestis. No relato de Dainara, ela demonstra como a relação com a medicação é colocada no atendimento, além do corte de uma rede importante para ela do sistema como o Cersam (Centro de Referência em Saúde Mental).⁵⁶ O acompanhamento ao longo do tempo facilita a produção dos vínculos e a continuidade do cuidado dessas pessoas, além do conhecimento das expectativas geradas em torno das instituições de saúde. Ainda que, a rotatividade nas

⁵⁶ Colocando o princípio da integralidade em jogo, não houve nenhuma menção de articulação com os CRAS E CREAS durante as entrevistas.

residências das travestis seja colocada como um empecilho de trabalho, isto também pode gerar outras formas de cuidados e ações por meio de diversas maneiras de comunicações.

De acordo com as entrevistas, a prevenção é realizada de modo fragmentado, no caso das travestis, restringindo às orientações de AIDS/DSTs e relacionando a orientações sobre tuberculose, pois as ACSs ao verem as residências delas com muita gente e, geralmente, fechadas. A preocupação em torno da prevenção a tuberculose se tornou presente durante as visitas domiciliares. Quando perguntado as travestis o que as ACSs poderiam fazer a mais por elas, as respostas foram pautadas em torno de diagnósticos e caráter curativo. Isso demonstra que na construção do vínculo entre elas, o direcionamento médico-centrado também é transferido para os discursos das travestis:

Porque às vezes a pessoa até passa mal ou passou mal e não quer falar, entendeu? Ai elas, tipo assim, se elas veem que está passando mal elas indica, incentiva a pessoa a ir procurar o médico. Eu acho que ajuda, muito. Talvez elas não incentiva mais por medo, ou às vezes não sabe o que é. Que às vezes a pessoa está com a pressão alta porque pressão também mata. Aí, a pessoa não sabe, faz tudo ao contrário e acaba morrendo, que a travesti fica sozinha, travesti é isolada no mundo (Diana)

Ao ser considerada uma personagem “híbrida e polifônica” (Nunes *et al.*, 2002), devido às várias funções atribuídas a ela e por elas pela atenção básica assim como a falta de recursos para a sua atualização cotidiana, sua atuação junto às travestis acaba se tornando um misto de fazeres e saberes pautados em parte na qual seria a proposta prescritas para as ACSs: Fazer a intermediação entre os saberes populares e científicos e o elo entre a população e os serviços de saúde pública.

Sabemos que as ACSs são moradoras do bairro em que atuam, conhecem as pessoas que ali moram e a dinâmica do território. Ora, mas como compreender a dinâmica da vida das travestis e formular estratégias que ampliem o cenário de saúde delas se a construção dos vínculos é pautada em diálogos biomédicos? Como essas agentes comunitárias tomam conhecimento dos saberes científicos se os cursos de atualização são escassos? Como pensar em explicações interdisciplinares se as reuniões com a equipe de saúde se pautam, principalmente, na enfermagem e medicina? O que pensar sobre uma interlocução entre os saberes populares e científicos na atuação das ACSs? Estas são indagações que fizemos ao longo de todo o percurso da pesquisa de campo. De que maneira essas preposições poderiam

nortear o trabalho das ACSs, facilitando o acesso e acessibilidade das travestis nos serviços públicos de saúde na atenção básica.

Para entendermos o contexto das transformações da prática da atenção à saúde pela atenção básica, torna-se necessário o diálogo entre a práxis vigente e as concepções teóricas inerentes aos prescritos nos documentos do SUS, proporcionando uma reflexão coletiva em prol da reorganização dos serviços e ações no nível de atenção à saúde proposto.

Ao acompanhar o histórico da construção das políticas de saúde no Brasil, percebemos, além das problematizações econômicas e a relevância das direções e posicionamentos dos movimentos sociais, o quanto as questões biomédicas estiveram atreladas às justificativas dos projetos sanitaristas do país. Uma indústria de conhecimento norteado em procedimentos e equipamentos médicos tornou até hoje fundantes da prática e organização dos serviços da ABS, não esquecendo neste íterim do jogo financeiro das indústrias farmacêuticas.

A interlocução entre o saber popular e científico a partir das ACSs pode traçar um vínculo maior e mais efetivo com as travestis. As necessidades e expectativas das travestis em torno da atenção básica não devem ser restringidas à apenas a produção de consultas, distribuição de preservativos e discursos patologizantes. A própria existência delas é inserida nesse cenário de medicalização da vida e patologização da experiência.

Considerações finais

A presente pesquisa propôs uma linha de investigação através dos encontros estabelecidos entre as agentes comunitárias de saúde e as travestis, residentes do bairro Rio Branco, na cidade de Belo Horizonte, para compreender o acesso a partir dessas relações na atenção básica à saúde.

Apesar das conquistas recorrentes da luta do movimento social LGBT em prol da saúde dessa população, como a Política Nacional de Saúde Integral, ainda é necessário a concretude de estratégias mais eficazes para que os eixos do Plano Operativo e as demandas das travestis sejam atendidas. Os problemas estruturais também devem ser superados, pois isto implica diretamente nas ações ofertadas pelo serviço público de saúde como o não diálogo entre as redes de atenção à saúde. Como dito, por exemplo, não há diálogo entre a UBS e o CTA, apontando a dificuldade da intersetorialidade das ações.

Diante dos desafios, além da eficácia na prática do reconhecimento da identidade de gênero como um dos condicionantes e determinantes dos processos de saúde, o outro maior é pontar a ABS como um modelo de reorientação de assistência, visando a superação do modelo médico centrado. Ora, vimos nos relatos acima que a relação com o discurso biomédico ainda é fortemente presente nos cuidados e ações desenvolvidas. Ainda que as escutas, os vínculos e os acolhimentos sejam realizados pelas ACSs com as travestis, os saberes populares ficaram apagados e a força medicalizadora ainda possui um grande espaço na produção dos cuidados nos relatos das ACSs e as travestis na referência à ABS.

Como exposto nos capítulos do presente trabalho, os encontros entre as travestis e as ACSs possibilitam o início do acesso à atenção básica de saúde, apesar dos desafios inerentes do próprio trabalho e recursos disponíveis para essas profissionais. Apostamos que ao destacar a relevância e desafios da atenção básica, assim como a função das ACSs no cenário da saúde integral para as travestis pode assegurar o acolhimento humanizado, a universalidade de acesso e de direitos nos serviços públicos de saúde. Como exposto nos primeiros capítulos, a relação da identidade de gênero como determinante no processo saúde e doença não são colocadas como base nas ações dessas profissionais porque não há orientação e educação continuada na rede de saúde.

Acreditamos que a ABS ainda pode ser construída como uma força menos medicalizante, mais relacional e aberta aos diversos contextos de vidas. Assim, não será vista como uma porta de entrada entre aberta para o SUS e um modelo de assistência à saúde pautado “*no truque*”, como dizem as travestis ao se referirem a uma ação de disfarce. Dessa forma, ao serem investidos os objetivos gerais da ABS, a redução das iniquidades e a produção da autonomia das usuárias a partir das singularidades em saúde podem ser possíveis.

Diante disto, ficam outras questões a serem discutidas em outras investigações como as práticas de cuidados dentro das próprias UBSs, a transversalidade na produção de saúde na ABS e as novas estratégias de intervenções em prol das iniquidades em saúde frente aos diversos contextos desvelados pelas experiências das travestilidades.

Referências

- Abrahão, A. L., & Lagrange, V. (2005). A Visita Domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio. Em Morosi, M. V., Corbo A (Orgs.). D. *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Albuquerque, F. de F. & Janelli, M. (1995) *A Princesa — Depoimentos de um travesti brasileiro a um líder das Brigadas Vermelhas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Almeida Filho, N., (2011). *O que é saúde?*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Andrade, L.O.M., Barreto, I.V.H.C., & Bezerra, R.C. (2009). Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec. p. 783-836.
- Benedetti, M. R. (2005) *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro, ed. Garamound.
- Bento, B.(2006) *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro, ed. Garamond.
- Bento, B.; Pelúcio, L. (2012). Despatologização do Gênero: a politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 20(2): 256.
- Brasil (2011i). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1986j). Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1988g). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal.
- Brasil. (1990h). Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 18055.
- Brasil. (1994d). Portaria/MS nº 692, de 25 de março de 1994, a qual estabelece condições para ao Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF. Ministério Da Saúde.
- Brasil. (1996c). Portaria GM/MS no 2.203, de 05.11.1996. Norma Operacional Básica NOB-SUS no 01/96. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF.
- Brasil. (1997e). Portaria/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, a qual aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agente Comunitário de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF. Ministério Da Saúde.

Brasil. (1998m). SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (1999f). Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999, o qual estabelece diretrizes para o exercício das atividades dos agentes comunitários de saúde. Brasília, DF. Ministério Da Saúde.

Brasil. (2004b). Conselho Nacional de Combate à Discriminação - Brasil. Brasil sem Homofobia – Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Ministério da Saúde.

Brasil. (2006a). Lei n. 11.350 de 05 de outubro de 2006. Dispõe sobre o exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Brasília, DF. Ministério Da Saúde.

Brasil. (2006m). Portaria GM n. 675, de 30 de março de 2006. Aprova

Brasil. (2008n). Portaria n. 1.707/GM, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implementado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2011). Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF.

Brasil. (2013l). Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, a qual redefine e amplia o Processo Transexualizador do SUS, nesta é a primeira vez em que as travestis aparecem como um dos públicos-alvo do PTS.

Breakwell, G. M.; Hammond, S.; Fife-Schaw, C.; Smith, J. A. (2010). *Métodos de pesquisa em Psicologia*; tradução: Felipe Rangel. Ed. 3. Porto Alegre: Artmed.

Bonet, O. (2013). Discriminação, Violência Simbólica e a Estratégia Saúde da Família: reflexões a partir do texto de Richard Parker. Em S.M. Villela, *Estigma e Saúde* (p. 207). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Butler, J. (2000). Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Guacira Lopes Louro (Orgs). Belo Horizonte: Autêntica.

Butler, J. (1999/2010a). *Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Tradução Renato Aguiar. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2008). *El género em disputa. El feminismo y la subversión de la indentidad*. Traducción Ma. Antonia M. Barcelona: Paidós.

Butler, J. (2011) Violencia de Estado, guerra, resistência. Por uma nueva política de la izquierda + Las categorías nos dicen más sobre la necesidad de categorizar los cuerpos que

sobre los cuerpos mismos”. *Ditix, Centro de cultura Contemporánea de Barcelona Montalegre. Ed. Katz.*

Carrara, S., & Vianna, A. R. B. (2006). “Tá lá o corpo estendido no chão...”: a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 16, 233-249.

Carrara, S. (2013). Discriminação, Políticas e Direitos Sexuais no Brasil. Em S.M. Villela, *Estigma e Saúde* (p. 207). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Carvalho, F.L. (2011). *Que mulher é essa? Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Carvalho, M.B. (2003). Famílias e políticas públicas. Em Acosta A. R. & Vitale M. A. F. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE/ PUC.

Casemiro, L.C. (2010). “Tenho direito de ser Amapô: as trajetórias de travestis e transexuais face à implementação das políticas públicas de Assistência Social e Saúde”. Dissertação de Mestrado (Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social.

Castro, A.L.B.; & Machado, C.V. (2010). A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705.

Cellard, A. (2010). A análise documental. In.: Poupart, J. et al. (Orgs.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Cerqueira-Santos, E.; Calvetti, P. U.; Rocha, K. B.; Moura, A.; Barbosa, L. H.; Hermel, J. (2010). Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Interamerican Journal of Psychology*, p. 235-245.

Duarte, M. J. O. (2014). Diversidade Sexual, políticas públicas e Direitos Humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. *Revista Temporais*. Brasília (DF), ano 14, n. 27, p. 77-98.

Conill, E. M. (2008). Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(Suppl. 1), s7-s16.

DAGEP/MS (2008). Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/ Ministério da Saúde. *Revista Saúde Pública*; 42 (3): p. 570-573.

Escorel S., Nascimento D.R., & Edler F.C. (2005). As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 59-81.

Escorel, S., Teixeira, L. A. (2008). História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella, L., Escorel S, Lobato, L.V.C.,

Noronha J.C., Carvalho A.I., organizadores. 2ª Ed (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. (p. 333-384) Rio de Janeiro: Fiocruz.

Pereira I.B., & Ramos M.N. (2007). Educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Foucault, M. (1988) *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. 15 ed., Rio de Janeiro, Graal.

Foucault, M. (1979/2013). *Microfísica do poder*; organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal.

Galvão, J. (2000). *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Editora 34.

Galvão, M. A. M.(2009). Origem das políticas de saúde públicas no Brasil: do Brasil- colônia a 1930. In: *Cadernos de textos do departamento de Ciências Médicas da escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto*. Ouro Preto, p. 1-33.

Green, J. (2000) "Mais amor e mais tesão": a construção de um movimento brasileiro de gays, lésbicas e travestis. *Cadernos Pagu* (15), Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero-Pagu/Unicamp, pp.86-102.

Hill, D. B. (2005). Sexuality and Gender in Hirschfeld's Die Transvestiten : A Case of the "Elusive Evidence of the Ordinary. *Journal of the History of Sexuality*. V. 14, Number 3, July 2005 pp. 316-332.

HumanizaSUS: política nacional de humanização. (2003). Brasília: Ministério da Saúde.

Kulick, D. (2008). *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Laclau, E. (2001) Universalismo, particularismo e a questão da Identidade. In: Mendes, C. (coord.). *Pluralismo Cultural, Identidade e Globalização*. Rio de Janeiro: Record.

Lionço, T. (2007). Movimentos Sociais e participação social no SUS; considerações sobre a população GLBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais). *Séries Anis 50*, Brasília, LetrasLivres, 1-9.

Lionço, T. (2008). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 11-21. doi:10.1590/S0104-12902008000200003

Ferreira N., J. L.; Kind, L. (2011). Promoção da saúde: *Práticas grupais na estratégia saúde da família*. São Paulo: Hucitec.

Maia, C.; Guilhem, D.; Freitas, D.(2008). Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 2, Apr.

- Matta, G. C., Fausto, M. C. R. (2005). Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. Em Morosi, M. V., Corbo A (Orgs.). D. *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- May, T.(2004). *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Marsiglia, R. M.G. (2003). Famílias: Questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: Costa, A R. (org.). *Família: Redes, Laços e Políticas Públicas*. São Paulo, IE e PUC.
- Mello, L., Perilo, M., Braz, A. C. & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, n. 9, p. 7-28.
- Merhy, E. (2014). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec (4 ed.).
- Moraes, M., & Matta, G. (2005). A construção social da Família: elementos para o trabalho na atenção básica. Em Morosi, M. V., Corbo A (Orgs.). D. *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moysés, S. J.(2011). A saúde da família no Brasil e seus agentes. Em Mialhe, F. L.(org.), *O Agente comunitário de saúde: práticas educativas*. Campinas, SP: Unicamp.
- Muller, M. I., & Knauth, D.R. (Junho de 2008). Desigualdades no SUS: O caso do atendimento às travestis é ‘babado’! *Cadernos EPAPÉ.BR*, 6, 1-14.
- Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- Mutti, R.; Caregnato, R.C.A. (2006). Pesquisa qualitativa: Análise de discurso versus Análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.
- Moscheta, M.S. (2011). *RESPONSIVIDADE como recurso para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Tese de doutorado. Ribeirão Preto, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Oliveira, J.A. de A.; Teixeira, S.M.F. (1985). *(Im) previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis, Vozes, Abrasco.
- Paim, J. (2009). *O que é o SUS?*. Paim JS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *TheLancet.com*. p. 11 -31.
- Parker, R. (2013). Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. Em S.M. Villela, *Estigma e Saúde* (p. 207). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pestana, M. V. C. (2009). *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais* / Marques, A. J. S., & Vilaça, E. M. J. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

- Pelúcio, L. (2009). *Abjeção e Desejo - uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS*. 1. ed. São Paulo, SP: Editora Annablume; Fapesp.
- Peres, S. W.(2010). Travestis, escolas e processos de subjetivação. *Instrumento: R. Est. Pesq. Educ. Juiz de Fora*, v. 12, n. 2.
- Peres, W. S. (2010) “Travestis, Cuidado de Si e Serviços de Saúde: Algumas reflexões”. In: Costa, H. et. al. (Orgs) *Retratos do Brasil Homossexual: Fronteiras, Subjetividades e Desejos*. São Paulo: Edusp, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, p. 303–319.
- Prado, M. A. M.; Machado, F. V.(2008). *Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade*. São Paulo: Cortez.
- PNAB (2011). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Nogueira, R. P. (2002, Fevereiro). O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 6(10), 75-94.
- Nunes, M. O., Trad, L. B., Almeida, B. A., Homem, C. R & Melo, C. I. C. O. (2002, Novembro/Dezembro). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6), 1639-1646.
- Nunes, E. O. (agosto, 1998). Saúde Coletiva: história e paradigmas. *Interface-Comunic, Saúde, Educ.* p. 107-116.
- Paim, J.S. (2006). Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Revista Saúde e Sociedade*, v.15,n.2 p.34-46.
- Pupin, V. M. & Cardoso, C. L. (2008, Agosto). Agentes Comunitários de Saúde e os Sentidos de "ser agente". *Estudos de Psicologia*. Natal, 13(2), 157-163.
- Romano, V. F. (2008). As travestis no Programa de Saúde da família da Lapa. *Rev.Saúde Soc.* São Paulo, v.17, n.2, p.211-219.
- Roncalli, A.G.; & Lima, K.C. (2006). Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*. P.713-24.
- Sabatine, T. T.(2012). *Travestis, territórios e prevenção de aids numa cidade do interior de São Paulo. Dissertação de mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista/UNESP – Campus Marília.
- Sakata, K. N. (2009). A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família. Tese de doutorado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Santos, A. F. M.; Assis, M. (2013). Vulnerabilidade das idosas ao hiv/aids: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1.

Seffner, F. (2011). Composições (com) e resistências (à) norma: pensando corpo, saúde, políticas e direitos LGBT. In: Colling, L. (Org.) *Stonewall 40 + o que no Brasil?*. Salvador: EdUFBA, Coleção Cult (9), p. 57-78.

Silva, J. A. & Dalmaso, A. S. W. (2002). *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Silva Júnior, L.G. S., & Alves C. A. (2007). Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo (org). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. p 27-41.

Silva, H. R. S. (1993). *Travesti: a invenção do feminino*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ISER.

Starfield, B.(2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 726p.

Souza, G.C.A., & Costa, I.C.C. (2010). O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Rev. Saúde Soc.* São Paulo.v. 19,n.3 p. 509-517.

Souza, M. F. (2002). O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena?. Em Souza, M. F. *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec.

Souza, M.F., Merchán-Hamann, E. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde?. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 19 [3], p. 711-729.

Tagliamento, G. (2012). *(In) Visibilidades Caleidoscópicas: A perspectiva de Mulheres trans sobre os seu acesso à saúde integral*. Tese de doutorado. São Paulo, Instituto Psicologia da Universidade Federal de São Paulo.

Teixeira, F.B. (2013). Dispositivos de dor: saberes – poderes que conformam as transexualidades. São Paulo: Annablume; Fapesp.

Toneli, M. J. F. & Becker, S. (2010). A violência normativa e os processos de subjetivação: contribuições para o debate a partir de Judith Butler. *Fazendo Gênero 9. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. 23 a 26 de agosto de 2010

Victora, C. G; Knauth D.R. & Hassen M.N.A. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.