

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**MULHERES TRANS EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E
ACESSO AOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

por

Amanda Laís Gonçalves Gama Pereira

Belo Horizonte

2023

DISSERTAÇÃO MSC-IRR

A.L.G.G. PEREIRA

2023

AMANDA LAÍS GONÇALVES GAMA PEREIRA

**MULHERES TRANS EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E
ACESSO AOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva- área de concentração Saúde Coletiva.

Orientação: Paula Dias Bevilacqua

Coorientação: Paloma Ferreira Coelho Silva

Belo Horizonte

2023

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

P43m Pereira, Amanda Laís Gonçalves Gama.
2023

Mulheres trans em situação de rua: estratégias de cuidado e acesso aos serviços da atenção primária à saúde / Amanda Laís Gonçalves Gama Pereira. - Belo Horizonte, 2023.

94 f. : il. color.

Orientadora: Paula Dias Bevilacqua.

Coorientadora: Paloma Ferreira Coelho Silva

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva), Belo Horizonte, 2023.

Bibliografia: f. 81- 88.

1. Violência de Gênero/etnologia. 2. Determinantes Sociais da Saúde/etnologia. 3. Atenção Primária à Saúde/métodos. 4. Modelos de Assistência à Saúde. I. Título.

CDD 362.8

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica:

Segemar Oliveira Magalhães – CRB/6 1975 FIOCRUZ. Instituto René Rachou.

Biblioteca de Ciências da Saúde Prof. Zigman Brener

AMANDA LAÍS GONÇALVES GAMA PEREIRA

**MULHERES TRANS EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E
ACESSO AOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva- área de concentração Saúde Coletiva.

Banca Examinadora:

Profa. Dra Paula Dias Bevilacqua (Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas) Presidente

Profa. Dra. Paloma Ferreira Coelho Silva (Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas) Titular

Profa Dra. Juliana Gonzaga Jayme (PUC Minas) Titular

Prof. Dr. Marcelo Pedra Martins Machado (FIOCRUZ Brasília) Titular

Profa. Dra. Laís Barbosa Patrocínio (UEMG) Suplente

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 03/10/2023.

Dedico essa pesquisa a todas as mulheres trans em situação de rua da regional Noroeste, que com tanto carinho, atenção e cuidado compartilharam comigo suas histórias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, Cinthia Gama, que despertou em mim o desejo de cuidar de pessoas vulnerabilizadas. Que com toda resiliência e força construída em sua trajetória de vida, esteve presente em todos os momentos dessa jornada, reforçando a minha confiança.

Agradeço ao meu pai, João Batista, sua calma e serenidade fizeram parte de cada dia difícil e, mesmo que eu não te procurasse todas as vezes, o pensamento em você já me fazia tranquila. Agradeço pela escuta sensível e pela compreensão.

Agradeço às minhas alegres irmãs: Bruna, Maria e Malu. À alegria, o carinho, a comemoração por cada detalhe conquistado nesse caminho. Obrigada pelo alto astral e por sempre me lembrarem de comemorar a vida e as conquistas.

À minha companheira Betinha, agradeço com todo meu amor pela parceria. Agradeço pela presença, pelo abraço, pelo beijo e pelo carinho que se fizeram diários durante toda essa jornada. Obrigada por me lembrar sempre que dias bons e ruins sempre existirão e que cada um deles é importante a sua maneira. Obrigada por me alimentar o corpo- com lanchinhos quando eu esquecia de comer- e a alma- com seu amor.

Agradeço à equipe do Consultório na Rua Noroeste e do Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), que se fizeram tão presentes e contribuíram de forma ativa nessa pesquisa.

Também, agradeço a minha orientadora Paula, que abraçou meu desejo de estudar sobre a vida de mulheres trans em situação de rua. Sua firmeza e disciplina foram fundamentais para o desenvolvimento da minha pesquisa. À minha coorientadora Paloma, obrigada pelo acompanhamento próximo e por me ensinar tão de perto sobre a importância da pesquisa social. Agradeço às duas por me orientarem com cuidado e sempre me impulsionarem a construir uma pesquisa bonita, sensível e fundamentada.

À todas as amigas presentes nesse trajeto compartilhando desejos, anseios e dificuldades, muito obrigada!

À Biblioteca do IRR, em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrando o rol de referências desta dissertação, também pela catalogação e normalização da mesma.

Por fim, agradeço a todas as mulheres trans entrevistadas nessa pesquisa. Muito obrigada por compartilharem um pouco da história de vida de vocês, de cederem momentos da vida de vocês comigo.

RESUMO

Este estudo objetiva compreender os limites e possibilidades encontradas no acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) e as estratégias de cuidado em saúde construídas por mulheres trans atendidas pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte. Para isso, foram realizadas entrevistas em profundidade com as mulheres trans em situação de rua atendidas pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte da regional Noroeste (CnaR NO). Ainda, foi elaborado um artigo de revisão integrativa com o objetivo de analisar como se dá o acesso à Atenção Primária à Saúde pela população trans após a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Os resultados evidenciam que as mulheres trans em situação de rua não estão inseridas nos serviços da APS por sofrerem violência institucional e por não se sentirem pertencentes a esses serviços. Por isso, elas acessam o Centro de Saúde da APS de forma pontual, não realizando acompanhamento longitudinal ou criando vínculo com o serviço de saúde. A busca por atendimento na APS se dá apenas em casos de urgência, por meio do apoio dos serviços que atendem pessoas em situação de rua que, para elas, conhecem suas especificidades e viabilizam o acesso aos serviços de saúde. O tempo grande de espera para o atendimento, o preconceito e a discriminação por serem pessoas em situação de rua e trans são as principais limitações encontradas no Centro de Saúde da APS. Como alternativa, elas buscam outras estratégias de cuidado, como se manterem sempre juntas para se protegerem da violência, ou buscar o CIAM e a equipe do CnaR NO para realização de autocuidado e encaminhamento/acompanhamento aos serviços de saúde e de assistência social. Esses resultados levam a refletir sobre o desenvolvimento de estratégias para diminuir a discriminação e o preconceito nos serviços da APS, e para que a inclusão dessa população nesses serviços aconteça de forma longitudinal e integral.

Palavras-chave: violência de gênero, determinantes sociais da saúde, Atenção Primária à Saúde, modelos de assistência à saúde.

ABSTRACT

This study aims to understand the limits and possibilities found in access to Primary Health Care (PHC) services and the health care strategies constructed by trans women served by the Consultório na Rua de Belo Horizonte. To this end, in-depth interviews were carried out with homeless trans women served by the Consultório na Rua de Belo Horizonte in the Noroeste region (CnaR NO). Furthermore, an integrative review article was prepared with the objective of analyzing how access to Primary Health Care is provided by the trans population after the implementation of the National LGBT Comprehensive Health Policy. The results show that homeless trans women are not included in PHC services because they suffer institutional violence and do not feel like they belong to these services. Therefore, they access the PHC Health Center on a punctual basis, without carrying out longitudinal monitoring or creating a link with the health service. The search for care in PHC only occurs in cases of urgency, through the support of services that serve homeless people who, for them, know their specificities and enable access to health services. The long waiting time for care, prejudice, and discrimination due to being homeless and trans people are the main limitations found in care at the PHC Health Center. As an alternative, they seek other care strategies, such as always staying together to protect themselves from violence or seeking out CIAM and the CnaR NO team for self-care and referral/monitoring to health and social assistance services. These results lead us to reflect on the development of strategies to reduce discrimination and prejudice in PHC services, and so that the inclusion of this population in these services occurs in a longitudinal and comprehensive manner.

Keywords: gender violence, social determinants of health, Primary Health Care, Health Care Models.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Imagem do Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM).....	42
Figura 2 - Imagens da Rua Comendador Nohmé Salomão.....	42
Figura 3 - Imagem da Rua Jaguarão.....	43
Figura 4 - Fluxograma da busca de estudos na plataforma BVS.....	48
Figura 5 - Fluxograma da busca de estudos na plataforma BDTD.....	49
Figura 6 - Trajeto da Praça da Boa Viagem ao CIAM.....	74
Figura 7 - Imagem do Viaduto Nansen.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos estudos selecionados quanto ao título, autor(es), ano de publicação, tipo e delineamento da pesquisa e objetivos.....	51
Tabela 2 - Caracterização dos estudos quanto a região, área de conhecimento e periódico/ programa de publicação.....	55
Tabela 3 - Caracterização das mulheres trans entrevistadas quanto a variáveis sociodemográficas, Belo Horizonte- MG, 2023.....	66

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo geral.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
4.1 Políticas de Saúde para a população em situação de rua.....	18
4.2 Gênero, Transgeneridade e violência de gênero.....	28
4.3 Políticas de saúde para a população trans.....	32
5 PROBLEMA DE PESQUISA.....	38
6 HIPÓTESES.....	38
7 METODOLOGIA.....	39
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
8.1 Artigo de Revisão Integrativa: o acesso à Atenção Primária à Saúde pela população trans após a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.....	44
8.2 Trans(ições): caracterização sociodemográfica das mulheres trans em situação de rua da regional Noroeste.....	64
8.3 “Primeiro o atendimento é pra população, depois é pros moradores de rua”: acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde.....	68
8.4 Uma questão de sobrevivência: estratégias de cuidado em saúde e proteção no contexto da rua.....	72
8.5 Análise integrada entre o artigo de revisão integrativa e o resultado das entrevistas.....	77
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES.....	79
REFERÊNCIAS.....	81
APÊNDICE A- Roteiro de entrevista individual: mulheres trans em situação de rua.....	89
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevistas individuais.....	92

1 INTRODUÇÃO

A trajetória de vida de mulheres trans¹ e o contexto social em que estão inseridas fazem com que essas pessoas sofram com a marginalização, com a violência de gênero e com a não garantia de vários direitos, como acesso à moradia, à segurança e à saúde.

A partir da minha experiência como enfermeira do Consultório na Rua de Belo Horizonte, na regional Noroeste, e durante os atendimentos à população trans em situação de rua, pude notar que, além da marginalização e das violências sofridas no contexto da rua, esse público sofre ainda com a falta de acesso aos serviços de saúde e de assistência social em decorrência de processos de discriminação, do medo de acessar os dispositivos e outros locais do território em que vivem, além da falta de recursos técnicos e de conhecimento sobre as especificidades dessa população por profissionais que a atendem.

As demandas da população trans não se restringem ao processo transexualizador. E, especificamente a população trans em situação de rua, possui particularidades devido às suas vulnerabilidades e ao contexto social em que estão inseridas. É preciso acolher, por meio da escuta qualificada, as demandas de saúde de cada mulher, entendendo saúde como um conceito amplo, que envolve bem-estar físico, psíquico e social.

A equipe de Consultório na Rua (eCR), equipamento da APS, atua principalmente articulando o cuidado das pessoas em situação de rua com os centros de saúde da APS, com o objetivo de vincular essa população a esse serviço e garantir o direito à saúde com igualdade, equidade e integralidade. Além disso, encaminhamentos para outros serviços, como os da Atenção Secundária à Saúde, são realizados a partir do acolhimento e atendimento sistemático na APS (SANTANA, 2014).

Nesse sentido, questiona-se: quais são os limites e possibilidades encontradas no acesso aos serviços da APS e as estratégias de cuidado em saúde construídas por mulheres trans atendidas pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte? Embora a eCR seja um serviço da APS, nesta pesquisa nos interessa o acesso aos demais serviços desse nível de atenção, já que, na maioria dos casos, o acesso da população trans em situação de rua se restringe ao atendimento do Consultório na Rua. Foi abordado o acesso à eCR, por se tratar de um serviço que encaminha e acompanha as pessoas em situação de rua ao centro de saúde da APS.

Nesse contexto, esta pesquisa se propôs a estudar o acesso aos serviços de saúde pela população trans em situação de rua atendida pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte, a fim de compreender os limites e possibilidades na oferta de cuidado a essa população na Atenção

¹ Nesta pesquisa, o termo trans é utilizado para se referir a mulheres travestis, transsexuais e transgêneros, o que não significa desconsiderar a diversidade e as especificidades que comportam cada identidade.

Primária à Saúde, nível de atenção previsto pelo SUS como porta de entrada para atendimento à saúde de forma territorializada e com grande potencial de tratamento e prevenção de doenças, bem como de promoção à saúde. Além disso, pretendeu-se identificar o perfil dessas mulheres, compreender como a violência institucional, de gênero e transfóbica limita o acesso aos serviços de APS e compreender a percepção das mulheres trans em situação de rua sobre esses serviços, além das estratégias de cuidado em saúde por elas utilizadas.

Para compreender todos esses aspectos, esta pesquisa abordou questões como o fenômeno da população em situação de rua, as desigualdades e os problemas por ela enfrentados, bem como as políticas de saúde voltadas para esse grupo, além dos conceitos de gênero, transgeneridade e violência de gênero como categorias fundamentais para a análise do universo estudado, e a construção das políticas de saúde para a população trans, discutindo seus principais avanços e desafios.

Apresento, inicialmente, a relevância e a justificativa da pesquisa, seguidas dos objetivos (geral e específicos), problema, hipótese, referencial teórico em que se baseia o estudo, metodologia, e resultados e discussão. Os resultados e discussão foram organizados em duas partes, sendo a primeira constituída por um artigo de revisão integrativa e a segunda pelos dados empíricos da pesquisa. Ainda, serão apresentadas as considerações finais e as recomendações.

2 RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA

O Brasil é o país com maior índice de homicídios de pessoas trans no mundo. De acordo com o relatório *Violência Contra Pessoas LGBTQI (2015)*, da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), a expectativa de vida de mulheres e de homens trans é de aproximadamente 30 a 35 anos, enquanto a média nacional é de 75,2 anos. Essa população está exposta a diversas formas de violência - física, psicológica, simbólica, institucional – sendo o homicídio a expressão final e irreversível de uma vida marcada por experiências variadas e recorrentes de violência.

Não há dados oficiais sobre o número de pessoas transexuais, transgêneros e travestis no país, pois essa população não é incluída no Censo Demográfico ou na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), uma vez que em nenhuma dessas pesquisas são abordadas questões relacionadas à transgeneridade e à transfobia. A ausência desses dados faz com que essa população seja ainda mais invisibilizada e prejudica a criação de políticas públicas específicas para esse público, tendo como consequências a falta, a inadequação e a insuficiência dos serviços de saúde para o atendimento dessas pessoas (BRASIL, 2016; NATALINO, 2016).

A população trans, historicamente, é invisibilizada pela sociedade civil e pelo Estado, tendo como consequência a falta de políticas/programas que abranjam as especificidades dessa população. Considerando as mulheres trans em situação de rua, as vulnerabilidades e os processos de violência são ainda mais presentes, tanto pela condição de gênero, mas também sobreposta ao fato de se encontrarem em situação de rua (PELÚCIO, 2009).

Durante minha trajetória como trabalhadora do Consultório na Rua, dentre as pessoas trans atendidas, a maioria era de mulheres trans, sendo possível identificar fragilidades nos atendimentos de saúde realizados na APS, causando distanciamento dessas mulheres dos cuidados ofertados. Tais fragilidades estavam ligadas, principalmente, à falta de preparo dos profissionais no acolhimento das demandas. Entretanto, também percebia que as mulheres atendidas sofriam com o medo da discriminação e da violência de gênero, além do desconhecimento de que o acesso à saúde é um direito.

Acredita-se que pesquisar e discutir sobre a população trans em situação de rua contribui para aumentar a sua visibilidade perante a sociedade, chamando a atenção para a necessidade de políticas e de ações que visem enfrentar a discriminação e a violência por ela sofrida nos espaços públicos. Além disso, quando se fala de direito à saúde com oferta de cuidados que abranjam as especificidades da população trans, amplia-se a disseminação de informações e de conhecimento sobre grupos ainda silenciados na maioria dos espaços, sejam eles institucionais ou familiares.

A APS é a principal porta de entrada das pessoas para o acesso à saúde e a outros serviços de maior complexidade. Ela não substitui o atendimento na Atenção Secundária ou Terciária, no entanto, tem maior potencial de articular ofertas de cuidado em saúde entre outros serviços da rede de atenção à saúde, além de ofertar cuidados que abranjam questões físicas, psíquicas e sociais de forma a promover saúde, tratar e prevenir doenças. Ou seja, para que sejam realizadas consultas especializadas, em outros níveis de atenção, é preciso que o usuário acesse os centros de saúde da APS para orientações e encaminhamentos. Além disso, por se localizarem no território em que os sujeitos residem, os Centros de Saúde da APS são mais acessados e a maioria das demandas de saúde pode ser resolvida no acolhimento e no atendimento nesse serviço (SILVA, FRAZÃO E LINHARES, 2014).

É fundamental que os trabalhadores da APS conheçam as demandas específicas da população trans em situação de rua e que essa população reconheça esse serviço como um espaço de acolhimento onde não existam discriminação e violação de seus direitos. Para que isso aconteça, é preciso entender as demandas dessas pessoas e não as estigmatizar, compreendendo que o acesso à saúde dessa população não diz respeito apenas ao processo

transexualizador e às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). O cuidado em saúde de forma integral deve ser feito a partir da escuta qualificada e do atendimento sem discriminação e violência.

Por isso, pesquisar o acesso aos serviços da APS pela população trans em situação de rua é de grande importância para que haja ainda mais investimentos e visibilidade para essa população e para que esse nível de atenção à saúde do SUS consiga responder efetivamente às suas demandas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender os limites e possibilidades no acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde e as estratégias de cuidado em saúde construídas por mulheres trans com foco em uma equipe de Consultório na Rua do município de Belo Horizonte.

3.2 Objetivos Específicos

- Elaborar revisão integrativa sobre o acesso de pessoas trans aos serviços da APS.
- Identificar o perfil das mulheres trans atendidas pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte.
- Compreender como a violência institucional, de gênero e transfóbica limita o acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde por mulheres trans atendidas pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte.
- Compreender a percepção das mulheres trans em situação de rua, atendidas pela equipe do Consultório na Rua da Regional Noroeste, sobre os serviços da APS.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Políticas de Saúde para a população em situação de rua

O fenômeno da população em situação de rua está ligado a fatores estruturais como o desemprego e a pobreza extrema, gerando, como consequência, a falta de renda e de moradia. Existem também fatores biográficos que compreendem a história de vida do sujeito, como o rompimento de vínculos familiares, o sofrimento mental e o uso de substâncias psicoativas. Essas pessoas são invisibilizadas, marginalizadas, sofrem com a discriminação e com os preconceitos sociais, além de serem responsabilizadas pela sua situação e tratadas como um perigo para a sociedade (SILVA, 2009).

O número de pessoas vivendo nas ruas, vulnerabilizadas, expostas a riscos e com violação de seus direitos, quase triplicou em menos de uma década. Um estudo recente, realizado pelo IPEA, retratou que, em 2012, existiam 101.854 pessoas vivendo em situação de rua no Brasil, chegando a 281 mil pessoas em 2022 (IPEA, 2022).

Para Argiles (2012) e Silva (2015), o número de pessoas em situação de rua vem aumentando devido à precarização das relações de trabalho, ao desemprego e à desigualdade econômica. Por outro lado, Tondin et al. (2013) compreendem que os sentimentos de exclusão e sofrimento, produto dos processos econômicos e políticos baseados na injustiça social, culminam na situação de rua, sendo que o uso de substâncias psicoativas se configura como alternativa para resistir às adversidades da rua e minimizar o sofrimento físico e psíquico.

Em 2008, foi publicada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada em 71 municípios², a fim de compreender o perfil da população em situação de rua no Brasil e viabilizar a construção e implementação de políticas públicas específicas (BRASIL, 2008). Embora tenha sido realizada apenas com pessoas acima de 18 anos, o que não reflete em sua totalidade o perfil dessa população, a pesquisa contribuiu para reduzir a invisibilidade da população em situação de rua, fornecendo dados para subsidiar políticas públicas mais condizentes com a realidade desse grupo (BRASIL, 2008; MACHADO, 2020).

Foram identificadas 31.922 pessoas vivendo em situação de rua, em sua maioria homens negros. A pesquisa questionou os motivos que levaram as pessoas a viver nas ruas e os participantes podiam elencar mais de um fator: 35,5% apontaram como causa o uso de substâncias psicoativas; 29,8% citaram o desemprego e 29,1% os conflitos familiares como

² Os municípios Belo Horizonte, Recife, São Paulo e Porto Alegre não foram incluídos na pesquisa, uma vez que já havia dados recentes sobre a população em situação de rua dessas cidades, sendo incorporados ao estudo posteriormente.

principais motivos, enquanto 20,4% citaram a perda de moradia e 16,1% associaram a ida para as ruas à separação ou decepção amorosa (BRASIL, 2008). Esses dados mostram o caráter multifatorial da motivação dessas pessoas para viver nas ruas, o que contradiz a pressuposição do senso comum de que elas morariam nas ruas porque desejam (MACHADO, 2020).

Citado como o motivo mais frequente para a vida nas ruas, o uso de substâncias psicoativas estaria atrelado, na visão de alguns autores, a aspectos sociais, como a ausência de vínculo familiar ou a constituição de vínculos familiares desprovidos de diálogo e afeto, e a aspectos econômicos, como a baixa renda e o desemprego (ALLES, 2010; MORERA, 2013); ou, ainda, estariam relacionados a fatores diversos, como doença mental, migração e busca pela liberdade (BARATA et al., 2015). Além disso, o uso de substâncias psicoativas (SPAs), quando relacionado à trajetória de vida nas ruas, gera intolerância social, o que contribui para o desemprego, para a perda de vínculos familiares e da autoestima (PRATES, PRATES e MACHADO, 2011). A exclusão social, atrelada a fatores como uso de substâncias psicoativas, perda de vínculos familiares, a impossibilidade de conseguir recursos financeiros, as dificuldades de se vincular a um trabalho formal, associados ao preconceito e a estigmatizações, contribui para a permanência das pessoas nas ruas, dificultando a mudança de trajetória.

Em Belo Horizonte, local onde foi realizada esta pesquisa, de acordo com a nota técnica publicada pelo Programa Polos de Cidadania³, existiam, em junho de 2021, 8.374 pessoas em situação de rua, em sua maioria homens (90%). Desses, 83% eram pretos ou pardos, a maior parte com ensino fundamental incompleto (52%), com renda entre zero e R\$ 89 reais (90%) e beneficiária do Programa Bolsa Família (entre 75% e 83%). A pesquisa verificou, ainda, que aproximadamente 70% dessas pessoas não conviviam com seus familiares (DIAS et al., 2021).

Como a pesquisa mencionada utilizou a base de dados do Cadastro Único (CadÚnico), acredita-se que o número de pessoas em situação de rua em Belo Horizonte seja ainda maior, uma vez que grande parcela dessa população não acessa os serviços da assistência social. Esse fator também contribui para um viés no perfil geral dos entrevistados, o que pode ser visto, por exemplo, pelo número de pessoas que recebem o auxílio do Programa Bolsa Família. A maioria das pessoas cadastradas no CadÚnico tem acesso ao programa, o que justifica o alto percentual de beneficiários, bem como a renda mensal apontada pela pesquisa.

³ Programa Polos da Cidadania é um programa transdisciplinar de extensão, ensino e pesquisa social aplicada, realizado na Faculdade de Direito, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com foco na efetivação dos direitos humanos de pessoas, famílias e comunidades vulnerabilizadas e em trajetória de risco social e ambiental e, também, na construção de conhecimento a partir do diálogo entre diferentes saberes.

Outro dado relevante dessa pesquisa é o número de homens em situação de rua, expressivamente maior do que o número de mulheres. Entretanto, apesar da maior presença masculina nas ruas, para algumas autoras, as mulheres em situação de rua estariam mais expostas a riscos de violências e de processos de subalternação no trabalho e nas relações com os companheiros, em decorrência da banalização da violência de gênero. Ademais, para essas autoras, na maioria das vezes, as mulheres saíam de suas casas em decorrência da violência de gênero ou doméstica, violência que se reproduziria nas ruas, por ser um local majoritariamente masculino, tornando-as ainda mais vulnerabilizadas (CEZIMBRA, 2001; SPOSATI, 2009). A fragilidade do vínculo familiar é um aspecto que também chama a atenção no estudo, já que o convívio com a família é frequente para poucas pessoas em situação de rua, dificultando ainda mais a saída e reduzindo as possibilidades de criação de redes de apoio que ofereçam afeto, moradia, alimentação e proteção (BALIEIRO, SOARES e VIEIRA, 2017).

Os dados acerca do perfil da população em situação de rua são de grande relevância para a criação de políticas públicas, pois se observa um crescente de pessoas vivendo nas ruas no Brasil, em condições precárias de pobreza, de alimentação e de higiene, bem como expostas a riscos, principalmente de violência e de doenças. No entanto, apesar dos dados apresentados, eles ainda são insuficientes para a compreensão da realidade da população em situação de rua, o que aponta para a necessidade de realização de pesquisas mais abrangentes sobre esse público. É fundamental, por exemplo, que esse grupo seja incluído no censo do IBGE para que sejam realizadas discussões acerca da população em situação de rua e, conseqüentemente, subsidiar a criação de políticas públicas considerando suas especificidades, assim como o monitoramento e a avaliação das políticas existentes de acordo com o contexto atual, conferindo maior visibilidade a esse fenômeno e, assim, ofertar um cuidado integral às pessoas em situação de rua.

Em 2003, após a eleição do ex-Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e a criação do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), inicia-se um momento no país onde a proteção social, o combate à fome e a diminuição da miséria, eram preocupações concretas do governo federal (MACHADO, 2020). No entanto, o surgimento das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua está atrelado à trajetória de movimentos sociais que buscaram o reconhecimento e a efetivação de direitos para esses sujeitos. Antes disso, o que havia para essa população eram iniciativas religiosas cujo objetivo não era a reivindicação de direitos, dado o cunho caridoso e assistencialista das ações (LIBERATO, 2020). Dentre esses movimentos sociais, destaca-se o Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), que surge em 2004 motivado pelo “Massacre da Praça da Sé”, em São Paulo:

A formação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) foi fruto da crescente indignação com a violência e a negação de direitos a que esse público está submetido. Seu surgimento ocorreu no início dos anos 2000 como resposta a diversos episódios de violência contra a População em Situação de Rua. Dentre eles, destaca-se o “Massacre da Sé” que aconteceu nos dias 19 a 22 de agosto de 2004 quando 16 pessoas em situação de rua foram agredidas e sete foram assassinadas na cidade de São Paulo. Esses episódios geraram diversas manifestações na busca de justiça. Dentre essas manifestações, ressalta-se o “1º Ato pela Vida” que ocorreu no centro da cidade de São Paulo no dia 22 de agosto de 2004, e o “III Festival Lixo e Cidadania” que aconteceu em Belo Horizonte em setembro de 2004. Esses acontecimentos fizeram a População em Situação de Rua se unir e lançar as sementes do MNPR. Foi criada a bandeira e definidos os seus princípios (BRASIL, 2014 p.19).

O MNPR, assim, surgiu com o objetivo de enfrentar os riscos de viver nas ruas e de lutar contra o preconceito, a discriminação e a violação de direitos humanos. Além disso, objetivava reivindicar a criação de políticas públicas que atendessem às necessidades específicas dessa população (MNPR,2010).

Após o “Massacre da Sé”, a população em situação de rua recebeu um significativo apoio de parte da sociedade civil, de instituições filantrópicas, organizações não governamentais (ONGs) e, principalmente, do governo federal. Foi a primeira vez que essa temática foi incluída com tanta relevância na agenda governamental do país (FERRO, 2012; MACHADO, 2020). Segundo Melo (2016), a reação ao massacre tornou-se um grande marco para a fundação e identidade do MNPR, pois criou um contexto favorável à organização do movimento devido à grande repercussão e envolvimento de organizações e militâncias, intensificando a mobilização e a necessidade de ações concretas.

O “massacre da Sé”, que teve repercussão internacional, refletiu os processos higienistas e violentos que visavam omitir ou exterminar a população em situação de rua, excluindo-a da sociedade. Esse acontecimento foi muito importante, pois mostrou a necessidade de elaboração de políticas públicas intersetoriais para essa população (SILVA, 2009).

As ações higienistas ainda fazem parte da vida nas ruas, quando malocas⁴ são regularmente destruídas por ações dos municípios, e itens pessoais são recolhidos para serem descartados, como se não tivessem valor social e afetivo para a população em situação de rua. Além disso, são recorrentes os episódios ostensivos de intervenção policial, que colocam em risco a integridade das pessoas em situação de rua, mostrando, assim, como elas ainda são marginalizadas, vistas como um perigo, e invisibilizadas pela sociedade e por agentes públicos. Essas condutas do Estado refletem a cultura de culpabilização e de criminalização dos sujeitos por estarem nas ruas (FERRO, 2012).

⁴ Nome dado pela PSR às moradias feitas na rua, como as barracas.

O I Censo e Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua, realizado em 2008 pelo extinto Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) após mobilizações de órgãos governamentais, ONGs, movimentos sociais e associações, também deu visibilidade às vulnerabilidades decorrentes da trajetória de vida nas ruas, contribuindo para criação da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR). A identificação do perfil da população em situação de rua, pautada desde o I Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua, em 2005, forneceu dados sobre os diversos problemas enfrentados por esse grupo, evidenciando a necessidade de criação de políticas públicas e de novas estratégias de cuidado (MACHADO, 2020).

O cenário político da época contribuiu significativamente para o fortalecimento dessa temática no âmbito social e para a consolidação da PNPSR. O Decreto Federal nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, instituiu a PNPSR com o objetivo de assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que fazem parte das políticas públicas dos órgãos do Governo Federal. Ademais, também por meio desse decreto, foi instituído o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP-Rua), que demandou ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a inclusão dessa população no Censo de 2020 (BRASIL, 2009).

O CIAMP-Rua era coordenado pela extinta Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e composto por organizações sociais, associações e movimentos sociais da população em situação de rua e por representantes do Governo Federal. A criação desse comitê foi uma importante conquista, pois propiciou a continuidade da participação social nos processos de construção de políticas nacionais para a população em situação de rua (FERRO, 2012). A partir de junho de 2019, o CIAMP- Rua foi reinstituído pelo Decreto nº 9.894 como órgão consultivo do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BRASIL, 2019).

O reconhecimento dos direitos da população em situação de rua pelos órgãos governamentais e pela sociedade civil é recente e tem se dado de forma muito lenta, motivado, principalmente, pelos eventos violentos sofridos por esses sujeitos e pelo apoio do governo do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em um momento histórico específico, como já mencionado. Assim, até os dias atuais, a história da população em situação de rua é marcada por violências e pela ausência ou fragilidade das políticas públicas (MACHADO, 2020).

A construção de ações intersetoriais, prevista na PNPSR, é um desafio para a sua efetivação. A intersetorialidade é compreendida como as estratégias de cuidado que articulam saberes e fazeres de serviços diferentes em todas as dimensões da gestão: planejamento,

implementação e avaliação das políticas públicas (DANTAS, 2007; SERAFINO e LUZ, 2015). De acordo com Andrade (2004), a participação social dos municípios em decorrência da descentralização da gestão é um desafio para a implementação de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua, pois os governos municipais atuam de forma fragmentada nos serviços da assistência social e da saúde, fazendo com que os serviços também atuem dessa maneira, prejudicando o acesso igualitário aos serviços públicos.

A dificuldade no acesso aos dispositivos de saúde está presente no cotidiano dessa população, que sofre com a discriminação, com a marginalização e com a falta de articulação entre os serviços e a gestão municipal, estadual e federal. Uma pesquisa realizada em 2008, intitulada “Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua”, verificou que 18,4% dessa população havia sofrido impedimento ao acessar algum serviço de saúde da rede (BRASIL, 2008).

A população em situação de rua sofre preconceitos e estigmatizações ao acessar os serviços de saúde (devido às condições de higiene em que vivem e à falta de documentação para registro e identificação) o que, conseqüentemente, retarda ou impede a procura desse cuidado. Além disso, questões como o longo período de espera, o despreparo e a falta de habilidade dos profissionais no atendimento dificultam o atendimento integral desses sujeitos (BORDIGNON et al., 2011; SERAFINO e LUZ, 2015; PAIVA et al., 2016).

Outro desafio para a construção de políticas públicas é o perfil das pessoas que vivem em situação de rua, desconsiderado pela maioria das políticas já existentes, que não abrangem as suas especificidades, como o modo de vida, a maneira como ocupam a cidade e realizam as suas atividades (DANTAS, 2007). Atentar para esses fatores é fundamental para a qualidade do atendimento ofertado nos serviços de saúde.

Além disso, os serviços de atendimento à saúde, atualmente, são em sua maioria protocolares, rígidos e regidos por saberes técnicos específicos. Essas características dificultam o atendimento e a permanência dos usuários nos serviços, em função das especificidades da população em situação de rua, como a dificuldade de manter e de aderir a um tratamento medicamentoso – uma vez que os remédios podem sumir em caso de chuva ou roubo –, as condições precárias de higiene para manter uma ferida limpa, dentre outros fatores que interferem na adesão, na prevenção e no tratamento de doenças (MENDES, 2018).

Para Aguiar e Iriart (2011), as pessoas que vivem em situação de rua associam a saúde à capacidade de resistir às adversidades encontradas na vivência na rua, e a doença é concebida como um fator que compromete a sobrevivência e dificulta a realização de atividades

cotidianas, deixando-as mais vulneráveis aos riscos que a rua oferece. O cuidado em saúde favoreceria, assim, a diminuição dos riscos associados à vivência nas ruas.

A chegada e a permanência das pessoas em situação de rua nos serviços de saúde sempre foram marcadas por impedimentos, discriminação, exclusão e falta de assistência. Esses fatores fazem com que a maior parte desse público não procure assistência nos dispositivos quando estão doentes ou com a finalidade de prevenção de doenças e/ou de promoção da saúde. Além disso, por muito tempo, o cuidado dessas pessoas se deu de maneira fragmentada, vinculado apenas ao consumo de SPAs, embasado em estigmatizações.

Por isso, com o intuito de promover o acesso aos serviços de saúde para a população em situação de rua, alcançando os usuários e promovendo o cuidado em saúde, o Ministério da Saúde implementou, em 2009, o Consultório de Rua, uma proposta do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – PEAD. Nesse ano, é instituída, também, a Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009, que implementou o Consultório de Rua em todo Brasil. Em 2010, esse serviço passou a fazer parte também do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, visando integrar ainda mais o atendimento à saúde pelo SUS às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas (BRASIL, 2010). Até então, as políticas de saúde para população em situação de rua eram direcionadas apenas às questões relacionadas ao uso de SPAs.

Em 2011, o governo federal determinou, em todo o país, a inclusão das equipes do Consultório na Rua na Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. A partir desse momento, a nomeação do dispositivo muda de Consultório *de* Rua para Consultório *na* Rua. Cabe ressaltar que essa alteração também trouxe mudanças na forma de realizar a assistência. O consultório de Rua é focado em ações relacionadas ao uso de SPAs e de saúde mental, coordenado pela secretaria de saúde mental. Já o Consultório na Rua, engloba, também, intervenções clínicas, como atendimento à gestante e à puérpera, tratamento de problemas respiratórios, de feridas, de ISTs, diabetes, hipertensão e outras questões que também são alvo da APS. Essas equipes foram criadas no intuito de aumentar a oferta em saúde na rua para a população em situação de rua (SANTANA, 2014).

Essa mudança potencializou o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços da APS, ofertando no espaço da rua cuidados oferecidos nos centros de saúde. É importante dizer que essa mudança de oferta de cuidado pelas equipes de Consultório na Rua não excluiu o acesso dessa população aos centros de saúde. Por isso, é necessário que a oferta de cuidado a essa população seja pautada na intersetorialidade, onde todos os serviços de saúde de cada nível

de atenção e de outros setores, como assistência social, estejam capacitados para o atendimento a essa população e não fiquem restritos apenas ao Consultório na Rua.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica:

As equipes deverão realizar suas atividades, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL, 2011 p.15).

A existência da articulação entre atenção básica e saúde mental é fundamental no cuidado da população em situação de rua, pois diversifica o atendimento, sendo importante que as pessoas em situação de rua se apropriem dos serviços de saúde existentes no território em que se encontram (FERREIRA, ROZENDO e MELO, 2016).

Apesar da mudança, o município de Belo Horizonte manteve o nome Consultório de Rua até 2021 e, a partir de 2022, mudou para Consultório na Rua. O serviço foi instituído na cidade em 2011 e, atualmente, conta com oito equipes divididas entre as regionais Centro-Sul, Leste, Noroeste, Norte, Nordeste, Oeste/Barreiro, Venda Nova/ Pampulha. Os atendimentos e ações são fundamentados na Política de Redução de Danos e, para cada pessoa, é ofertado um cuidado de acordo com sua singularidade. A equipe é composta por enfermeira/o, assistente social, psicóloga/o, redutor/a de danos, médico, arte educador/a e motorista (GARCIA et al., 2021).

Os profissionais do Consultório na Rua chegam às cenas e/ou malocas primeiramente com a oferta de insumos, como água, doces, biscoitos, produtos de higiene, soro fisiológico, preservativos e máscara. Após esse cuidado, algumas demandas surgem à medida que os atendimentos individuais acontecem. Dentre elas, a escuta, a avaliação do profissional de enfermagem e do médico, o atendimento à gestante e puérpera, a realização de curativos, a testagem rápida para ISTs, a coleta de material para exames laboratoriais, a articulação de atendimentos em serviços de saúde e da assistência social e a realização de oficinas de arte educação (GARCIA et al., 2021).

O número de equipes e de profissionais do Consultório na Rua em Belo Horizonte é muito pequeno para o atendimento de toda a população em situação de rua, dada a sua complexidade e a especificidade do cuidado dessa população. Complexidade que requer articulação constante com os serviços de assistência social, de segurança e de saúde, visando desconstruir visões preconceituosas e que afastam essa população dos serviços. Esse dispositivo aproxima e promove discussões diárias com os serviços acerca dessa população

vulnerabilizada, visibilizando-a e contribuindo para garantir alguns de seus direitos fundamentais. Entretanto, garantir o cuidado a toda população que vive nas ruas requereria a ampliação das equipes de Consultório na Rua do município.

A oferta de cuidado do Consultório na Rua vai além do cuidado com o corpo físico. Dentre as intervenções realizadas, há atividades que envolvem passeios em locais que as pessoas em situação de rua não acessam, seja por falta de conhecimento ou pelo receio de discriminação, como clubes e cinemas. Sendo assim, para cada cena de uso e para cada usuário atendido é ofertado um cuidado singular de acordo com o território acessado e com as redes de apoio existentes (GARCIA et al., 2021).

O trabalho do Consultório na Rua, equipamento da APS, é de extrema importância, mas é necessário que as pessoas em situação de rua acessem também os centros de saúde da APS, Secundária e Terciária, e que os profissionais de saúde de todos os dispositivos estejam capacitados para a realização do cuidado em saúde da população em situação de rua. Para que isso seja possível, é preciso reorganizar o processo de trabalho na atenção à saúde dessa população para a garantia da equidade no cuidado, através de políticas públicas e serviços que conheçam e reconheçam a população em situação de rua (CARNEIRO, JESUS e CREVELIN, 2010).

As equipes do Consultório na Rua, bem como as pessoas que são atendidas por elas, também presenciam dificuldades ao acompanhar e discutir casos com outros serviços de saúde. Os profissionais do Consultório na Rua e os usuários, ao chegarem aos serviços para a articulação do atendimento, encontram barreiras desde a recepção até o atendimento médico e de enfermagem. Entre os dificultadores estão a insistência na comprovação de residência fixa no território, a apresentação de documentos que comprovem a identidade, a impossibilidade de realização de exames devido ao horário da coleta ou ao jejum exigido, a recusa e o preconceito dos profissionais e dos centros de saúde em atender essa população, principalmente se estiver desacompanhada de algum profissional do Consultório na Rua.

Silva, Frazão e Linhares (2014) compreendem a assistência prestada pelo Consultório na Rua como determinante na construção de vínculo para o cuidado integral dessa população, articulado ao Centro de Saúde da APS e à rede intersetorial. Dessa forma, é imprescindível a articulação dos serviços de saúde, integrando os serviços da assistência social para a garantia do cuidado dessa população em toda sua complexidade, considerando os aspectos físicos, psíquicos, sociais e econômicos.

Ademais, as pessoas que vivem nas ruas são diferentes entre si e precisam de uma assistência específica, respeitando a sua singularidade. É preciso compreender a complexidade

e dimensão do cuidado, considerando as necessidades que surgem no contexto da rua, superando o preconceito social e, conseqüentemente, o distanciamento dos serviços de saúde em decorrência da discriminação (HALLAIS e BARROS, 2015).

E, considerando as diferenças existentes entre as pessoas em situação de rua em uma perspectiva de gênero, há, ainda, uma maior vulnerabilidade entre as mulheres travestis, transgêneros e transexuais que, além de serem mulheres em situação de rua, também sofrem com a transfobia. Dentre as diversas formas de exclusão que esse tipo de violência produz, está a restrição de acesso ao mercado de trabalho para essas mulheres, fazendo com que a prostituição seja, em muitos casos, uma das poucas alternativas de sobrevivência, e nem sempre uma escolha, como defende o senso comum (PELÚCIO, 2009).

O trabalho sexual exercido por essas mulheres, em função da precariedade das condições de trabalho, por não se tratar de uma profissão regulamentada, pode acentuar a sua situação de vulnerabilidade, aumentando, por exemplo, o risco de ISTs e de sofrer diversas e múltiplas formas de violência. Nesse contexto, é importante a realização de intervenções de saúde que compreendam a dimensão desse cuidado para a população trans em situação de rua, focadas em informar sobre a prevenção e o tratamento de ISTs, além de orientações acerca de condutas em caso de violências, e da necessidade de articulação entre os serviços de saúde e os serviços da assistência social, oferecendo, por exemplo, oportunidades de trabalho e moradia (BENEDETTI, 2005).

O Consultório na Rua atende a população travesti, transgênero e transexual com regularidade, respeitando as demandas individuais e ofertando cuidados com a saúde em geral, articulados, principalmente, com a APS, com os serviços de urgência psiquiátrica (CERSAM) e com a Atenção Secundária à Saúde – que inclui, por exemplo, os ambulatórios transexualizadores e os serviços especializados em saúde sexual. Além disso, promove o cuidado em saúde nas cenas de uso, como as ações de redução de danos, a oferta de insumos, a realização de testes rápidos para diagnóstico de ISTs, orientações diversas, escuta e acolhimento. Realiza, ainda, articulações com os serviços de assistência social, como, por exemplo, o encaminhamento para a emissão de documentos e para a inserção em programas sociais, como o Bolsa Moradia.

Acredita-se que ser mulher trans e viver em situação de rua, faz com que essas pessoas estejam ainda mais vulnerabilizadas e expostas a riscos de variadas e múltiplas formas de violência, como institucional, física, psicológica, patrimonial e/ou de gênero. Além disso, a oferta de cuidado às mulheres trans não pode estar relacionada apenas ao processo transexualizador, mas também precisa abarcar outras dimensões de atenção à saúde. É

importante que se discutam e sejam implementadas políticas públicas intersetoriais mais específicas para esse grupo populacional, garantindo a oferta do cuidado integral à saúde, baseada numa lógica intersetorial e interinstitucional, conforme previsto na PNPSR. Considerar as especificidades da população trans em situação de rua no âmbito da saúde envolve atentar para dimensões que perpassam a sua experiência, como gênero, transgeneridade e violência de gênero, temas que serão discutidos a seguir.

4.2 Gênero, transgeneridade e violência de gênero

Quando falamos sobre a população trans (travestis, transexuais e transgêneros), é preciso questionar sobre o que são os corpos trans na sociedade brasileira e qual lugar ocupam.

De acordo com Butler:

Supor que gênero sempre e exclusivamente significa as matrizes “masculinas” e “femininas” é perder de vista o ponto crítico de que essa produção coerente e binária é contingente, que ela teve um custo e que as permutações de gênero que não se encaixam no binarismo, também são gênero (BUTLER, 2014, p. 253).

Dessa forma, pensar na definição binária de gênero a partir do sexo (masculino e feminino) é condicionar a realidade à existência de apenas dois corpos passíveis de leitura social. Tal processo resulta na padronização do binarismo, instituindo, assim, uma verdade “natural” baseada na anatomia. Para Butler (2014), esse processo de naturalização do gênero pode ser entendido a partir do conceito de performatividade, que corresponde à reiteração das normas de gênero por meio da repetição de gestos, atos, ritos e comportamentos no âmbito social e no cotidiano das relações (BUTLER, 2014).

A partir dos anos 90, o conceito de gênero como uma categoria construída culturalmente a partir do sexo é questionado. Então, passa-se a afirmar que o gênero constitui o sexo, devendo esse também ser lido culturalmente. Assim como o gênero, o sexo também é construído por meio do discurso e, também, se associa a fatores como classe, raça, etnia e geração (MAIA, 2018).

Bento (2008) faz uma crítica à visão hegemônica de que o sexo está associado à identidade de gênero. Segundo a autora, a heterossexualidade é constituída como norma em um regime de poder que incide sobre os corpos. Sendo assim, a heteronormatividade seria a capacidade de a heterossexualidade se impor como reguladora do que é estabelecido como normal e como patológico.

Então, entender o gênero a partir da concepção do masculino e do feminino como categorias opostas e complementares é considerar o binarismo como única forma de construção

de identidades, criando mecanismos de coerção e de submissão a padrões definidos por normas sociais, produzindo um campo de violência de gênero (BENTO, 2008). Scott (1995) afirma que a visão de gênero, quando definida por meio de normas ou referências, responde a uma organização concreta e simbólica das relações sociais, estabelecendo relações de poder.

A estrutura binária que define o gênero como biológico reduz a uma percepção essencialista, normativa e classificadora as pessoas que reivindicam o direito à mudança de gênero. Bento (2008) acredita que as pessoas transexuais, transgêneros e travestis constroem e reconstróem suas identidades constantemente, vivendo a dualidade dos sexos e mostrando que existe uma complexidade na construção desses conceitos (BENTO, 2006).

Benedetti (2005), em sua pesquisa sobre travestis no Rio Grande do Sul, objetivou compreender o cotidiano desse grupo para além dos estereótipos, explorando questões relacionadas ao trabalho e às relações sociais. O autor afirma que a realização da cirurgia de redesignação de sexo era a principal diferença apontada entre a transexualidade e a travestilidade, mas que essa realidade mudou à medida que pessoas transexuais reivindicavam o reconhecimento da mudança de gênero sem necessariamente realizar a cirurgia.

Kulick (2008), em estudo semelhante ao de Benedetti, porém realizado na Bahia, identificou a existência de uma subjetividade na forma de viver e na construção da identidade de travestis relacionada à autopercepção, às relações sociais e à estética. O gênero, assim, estaria relacionado a processos, práticas e subjetividades que podem não estar ligados a órgãos reprodutivos, sendo que o momento histórico e cultural influenciaria nos comportamentos ditos adequados para homens e para mulheres. Dessa forma, transexualidade, travestilidade e transgeneridade são experiências identitárias relacionadas à construção de novos sentidos para os gêneros masculino e feminino (BENTO, 2008).

Kulick (2008) entende que se autoidentificar como transexual, travesti e transgênero diz respeito principalmente ao modo de vida. O autor define esse universo como trans, que abrange as possibilidades de transformação de gênero, estendendo-se a todas as personificações de gênero modificado ou transformado.

A definição de transgênero e transexual não é consensual. Bento (2006) conceitua as mulheres transgêneros como aquelas que se sentem mulheres e que não demandam a cirurgia de redesignação, sendo a hormonização suficiente para afirmar o sentido de sua identidade de gênero. E Benedetti (2005) caracteriza mulheres transexuais como aquelas que precisam realizar a cirurgia para mudança da genitália para fazer uma correção em seu corpo e se identificar como mulher.

O universo trans possui complexidades e enfrenta a violência de gênero em seu cotidiano, além de ser invisibilizado. Ainda não há informações acerca de gênero nas pesquisas nacionais oficiais, como o Censo Demográfico e a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD). Acredita-se que a ausência de pesquisas nacionais acerca de gênero e violência de gênero invisibiliza ainda mais essa população e prejudica a criação de políticas públicas.

A violência é definida como um processo social e multifatorial associado a relações de poder, onde existe intolerância na convivência e seres humanos são tratados como desprovidos de razão, tirando-lhes a autonomia com ações que as desumanizam. Tais ações são praticadas por grupos que, independentemente do tipo de violência, têm visões semelhantes acerca do modo de viver. A violência pode ser exercida de várias formas e definida como estrutural, identitária, institucional, simbólica, física e totalitária (CAPUTO, 2018).

A população trans vivencia cotidianamente todos esses tipos de violência. Define-se transfobia como a negação social do ser travesti, transexual ou transgênero, estando presente a discriminação e a intolerância. Dentre essas violências, destacam-se quatro devido à sua amplitude e presença constante na vida de pessoas trans: estrutural, identitária, totalitária e institucional (CAPUTO, 2018).

A violência estrutural sofrida pela população trans advém de uma estrutura social que dificulta ou impede que essas pessoas existam ou exerçam seus direitos básicos à vida. A população trans, muitas vezes, tem sua identidade de gênero vista como uma escolha que pode ser evitada, o que contribui para a sua invisibilização civil e política, fazendo com que seja ainda mais exposta a violências interpessoais e a violências do Estado, que não as protege por meio de políticas; e, por vezes, a culpabiliza pelos atos de violência sofridos (CRETTEZ, 2011; CAPUTO, 2018).

Outra violência sofrida pela população trans é a identitária. Esse tipo de violência acontece quando um grupo social se reúne contra outro para cometer atos violentos, fazendo com que os indivíduos agressores se reafirmem enquanto grupo. A população trans é diariamente acometida pela violência identitária, uma vez que faz parte de um grupo social vulnerabilizado social e historicamente, contribuindo para que essa violência se perpetue (CAPUTO, 2018).

Já a violência totalitária é definida como “aquela disseminada para atingir um modelo idealizado de sociedade e o principal agente agressor é o Estado” (CAPUTO, 2018, p. 9); a população trans brasileira sofre violência por parte do Estado por ser omissa aos atos de

violência contra pessoas LGBT e, quando há alguma medida de proteção, ainda assim é insuficiente.

A violência institucional se relaciona à violência estrutural, quando, por exemplo, nas instituições se impede ou se nega o direito a um atendimento que atenda às especificidades de um grupo, violando seus direitos básicos (CAPUTO, 2018). No âmbito dos serviços da APS, a violência institucional se caracteriza, principalmente, pela rigidez no cuidado imposta pelas instituições de saúde, que propõe adequar os corpos e suas subjetividades às normas e aos procedimentos técnicos desses serviços, desconsiderando as especificidades da população trans e/ou não incorporando suas demandas ou as orientações das políticas públicas voltadas para a população trans no processo de trabalho (AZEREDO, 2017; CAPUTO, 2018).

Dessa forma, quando as pessoas trans procuram atendimento na APS, se deparam com profissionais despreparados, que não conhecem as políticas públicas direcionadas a esse público, reproduzindo a discriminação, o desrespeito ao uso do nome social, a negação do processo transexualizador e a oferta de cuidados e atendimentos clínicos que considerem suas necessidades (AZEREDO, 2017; CAPUTO, 2018).

Em relação à violência sofrida nos serviços de saúde, Silva et al. (2014), ao realizarem uma pesquisa com enfermeiros da APS no interior do Rio Grande do Norte, concluíram que esses profissionais não possuíam habilidades ou, quando possuíam, eram insuficientes para o atendimento à população trans. Essa lacuna resulta em formas de violência derivadas do não reconhecimento das identidades de gênero, quando, por exemplo, as pessoas trans são chamadas por seu nome de registro ou quando são tratadas como homossexuais, sem diferenciação entre orientação sexual, identidade de gênero e sexo biológico. Tais condutas se configuram como violência institucional e prejudicam o vínculo entre paciente e profissional, comprometendo a efetividade do cuidado em saúde.

A transfobia é multifacetada e abrange todas essas violências, ocorrendo nos mais diversos locais, como nas instituições de saúde, no convívio familiar e nas ruas. Nas ruas, a violência é cometida pela invisibilização social dessas pessoas, enquanto nos serviços de saúde a violência institucional é exercida por meio de preconceitos, discriminação e despreparo dos profissionais.

Quando as pessoas trans se encontram em situação de rua, entende-se que elas são ainda mais vulnerabilizadas, pois, além de sofrerem com a violência nas ruas, ainda são vítimas de violência institucional. Acredita-se que a falta de políticas públicas voltadas para a população trans em situação de rua contribua para o aumento da invisibilidade e da violação de direitos da população trans pelo Estado, pelas demais instituições e pela sociedade.

4.3 Políticas de saúde para a população trans

A discussão e a mobilização para a criação de políticas públicas no Brasil para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais cresceram nos últimos anos, dando visibilidade, principalmente, à assistência a pessoas travestis, transexuais e transgêneros. Isso se deu devido à implementação de programas governamentais com pautas referentes à identidade de gênero e à homossexualidade. Porém, pessoas trans ainda encontram muitas dificuldades ao acessar os serviços de saúde do SUS e, mesmo quando acessam, encontram, muitas vezes, posturas constrangedoras e despreparo de profissionais, estigma e discriminação. Isso faz com que o cuidado em saúde não garanta integralidade, equidade e universalidade (FACHINI, 2009).

A luta pela criação e implementação de políticas públicas para a população LGBT tem origem em diversos movimentos sociais que iniciaram na década de 70 e que até os dias atuais vêm buscando dar visibilidade e garantir seus direitos políticos, humanos e sociais. No Brasil, o primeiro movimento surgiu com o Grupo Somos, em 1978, que incluía gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis. Logo em seguida, nos anos 80, outros movimentos foram se formando, como o Triângulo Rosa e o Grupo Gay do Atobá, no Rio de Janeiro, além do Grupo Gay da Bahia. A partir da década de 90, os movimentos que reivindicavam especificamente direitos para a população travesti começam a surgir, como a Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro (Astral) (BRASIL, 2004).

Segundo Fachini (2009), a epidemia de HIV/AIDS, a partir de 1990, mobilizou mais ativistas e trouxe diversidade e especificidade às categorias identitárias, expressando uma diversidade de siglas nos encontros nacionais. Ou seja, os encontros ocorridos no período entre 1982 e 1992 eram nomeados como Encontro Brasileiro de Homossexuais; já em 1993, foi nomeado Encontro Brasileiro de ‘Lésbicas e Homossexuais’; em 1997, foi chamado de Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Travestis e, em 2005, como Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros. Cabe ressaltar que, a partir dos anos 1990, inicia-se um período de maior mobilização e avanço no campo do reconhecimento de gênero e no campo das políticas públicas no Brasil (RAMOS; CARRARA, 2006).

Em 2004, o governo federal junto à Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) instituiu o “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB) e de Promoção da Cidadania Homossexual”. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde criou o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB, com objetivo de construir políticas públicas de saúde para esse público (BRASIL, 2004).

A população LGBT então ganha representatividade no SUS, sendo pauta da 13ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 2007, quando a orientação sexual e a identidade de gênero passam a ser tratadas como parte da determinação social da saúde. Dentre as recomendações realizadas nessa conferência, destaca-se “a inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde e o aprimoramento do Processo Transexualizador” (BRASIL, 2008).

Em 2008, o Brasil realiza a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pelo governo federal e pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Estiveram presentes 6.000 delegados, além do presidente da república, dos representantes dos movimentos e dos ministros. Esse evento demonstra a importância dada naquele momento à promoção dos direitos da população LGBT no país, que culminaria na criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Ainda em 2008, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.707/2008, instituiu o Processo Transexualizador do SUS (PTSUS), ofertando a cirurgia de redesignação e hormonização para mulheres trans. Em 2013, é instituída a Portaria nº 2.803/2013, que garante esses procedimentos para mulheres travestis e homens trans, antes não assistidos por esses serviços. Tais portarias se configuram como avanços na garantia da integralidade e universalidade dos cuidados em saúde da população trans (BRASIL, 2008; BRASIL, 2013; ROCON et al., 2019).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi instituída pela Portaria n.º 2.836, de 1º de dezembro de 2011, considerando a saúde como um direito e com o objetivo geral de “promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2011).

A criação de políticas públicas, principalmente para a população trans, ainda é recente e, apesar de ter ganhado visibilidade na última década, traz consigo desafios para que sejam colocadas em prática. No acesso aos serviços de saúde, por exemplo, algumas dificuldades são encontradas e descritas pela população trans, como a discriminação, o acolhimento inadequado e falta de preparo dos profissionais de saúde, gerando sentimentos de tristeza, angústia e, conseqüentemente, abandono de tratamento ou resistência a procurar os serviços de saúde quando necessário, expondo-as, assim, a piores condições de saúde (ROCON et al., 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, em seu inciso 3º, proíbe qualquer exclusão referente a gênero e reforça o princípio da equidade na criação de estratégias de cuidado que contribuam para diminuir a estigmatização e discriminação dessa população no acesso aos serviços da APS, de forma a não prejudicar sua saúde. No entanto, a política não trata das especificidades da população trans e de suas demandas no âmbito da APS.

Outro desafio é a insuficiência da política de APS que não trata especificamente das demandas de saúde da população trans. Assim, algumas demandas, que poderiam ser resolvidas nesse nível, são encaminhadas aos serviços de média e alta complexidade devido à falta de articulação entre os serviços da APS e da Atenção Secundária à Saúde, aumentando cada vez mais as filas de espera dos ambulatórios e hospitais para processos transexualizadores. Tal fragilidade demonstra que o cuidado em saúde da população trans é visto, principalmente, como responsabilidade da Atenção Secundária à Saúde e, conseqüentemente, relacionado apenas ao processo transexualizador, excluindo, assim, outros cuidados que são importantes e necessários a qualquer pessoa, como atendimento odontológico, avaliação clínica, nutricional e ações de prevenção de doenças e promoção da saúde realizadas no âmbito da APS (LIMA e CRUZ, 2016).

A falta de articulação entre os serviços também contribui para o despreparo dos profissionais da APS, uma vez que não há diálogo acerca do cuidado da pessoa trans entre os trabalhadores da APS e os dos serviços especializados, fragmentando o cuidado e o reduzindo ao processo de hormonização e às cirurgias de redesignação. A APS é a porta de entrada para qualquer pessoa e é através dela que outros serviços são acionados para a atuação no cuidado integral. Quando uma pessoa trans acessa um serviço da APS e não é acolhida de forma adequada, além de prejudicar o vínculo com o serviço e com o atendimento, outras ofertas de cuidado e outros encaminhamentos são reduzidos, ferindo o princípio da igualdade proposto pelo SUS (GEISLER, REIS e SPERLIN, 2013).

O atendimento à população trans pelo profissional da APS deve ser realizado de forma integral, observando o sujeito em suas diversas dimensões, biopsicossociais, já que, na maioria das vezes, a demanda dessa população é direcionada a questões clínicas que não envolvem a transexualidade. Para isso, é preciso que as ações, programas e políticas de saúde não restrinjam o cuidado em saúde da população trans aos processos de hormonização e à prevenção/tratamento de ISTs (PEREIRA E CHAZAN, 2019).

A patologização da transexualidade é um fator que contribui para o afastamento de pessoas trans dos serviços de saúde, dificultando o avanço das políticas públicas de saúde. Isso

ocorre devido à concepção heteronormativa de gênero e médico-centrada que objetiva regular os corpos em sua dimensão biológica. Nesse sentido, ser homem estaria condicionado a ter pênis e, conseqüentemente – como uma derivação do sexo biológico, adotar comportamentos considerados como masculinos; assim como ser mulher estaria associado à vagina e à performance de comportamentos sociais femininos. Essa concepção heteronormativa interfere no processo de encaminhamento para os serviços transexualizadores, uma vez que os trabalhadores da saúde tendem a encaminhar apenas as pessoas trans que performam comportamentos sociais esperados para o gênero feminino e/ou masculino, como uma espécie de “adequação” à identidade de gênero reivindicada. As mulheres travestis sofrem ainda mais com a patologização, pois não demandam modificações físicas em seus corpos, o que as afasta ainda mais dos serviços de saúde. Além disso, a patologização contribui para a marginalização e exclusão social, além de afetar a saúde mental de pessoas trans ao serem tratadas como doentes (BENTO, 2006; ROCON et al., 2020).

No tocante às políticas de saúde, é fundamental demarcar dois objetivos específicos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT: “reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais” e “definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis” (BRASIL, 2011). Isso porque o acesso aos serviços de saúde, livre de preconceitos e com atendimento qualificado para a população travesti, transexual e transgênero reduz os riscos de adoecimento e favorece a promoção, prevenção e proteção à saúde. Além disso, as mulheres travestis, transgêneros e transexuais possuem mais dificuldades e sofrem com o despreparo dos serviços e dos profissionais de saúde, além de vivenciarem situações de transfobia institucional. Essas vulnerabilidades afastam a população trans dos serviços de saúde, fazendo com que ocorra com maior frequência a automedicação e aumentem os riscos de morbidade e mortalidade (MELO et al., 2019).

Os preconceitos, a discriminação e a estigmatização presentes na vida dessa população são determinantes do processo de saúde e doença. A garantia do direito à saúde para a população Travesti, Transexual e Transgênero (TTT) se inicia com o atendimento humanizado e livre de discriminação, além do entendimento do sujeito como singular e com demandas específicas, distintas da padronização heterossexual. Para a consolidação desse direito, é imprescindível que os processos de violência institucional sejam rompidos (LIONÇO, 2008).

Os serviços de saúde precisam atribuir novos significados e abranger necessidades específicas dessa população, criando vínculos com ela e promovendo a sua autonomia. Para que isso ocorra, é importante que os usuários não apenas cheguem aos serviços de saúde, mas

também que, ao chegarem, sejam utilizados recursos técnicos apropriados e realizada a qualificação dos profissionais para a oferta de cuidado de acordo com a complexidade das demandas de saúde da população TTT (CECÍLIO, 2001; BRASIL, 2010).

O cuidado em saúde da população trans traz muitos desafios devido a sua singularidade. Porém, ao fazer um recorte dessa população no contexto da rua, considera-se que essa é uma população ainda mais vulnerável, com maior necessidade de proteção estatal, de criação e de implementação de políticas públicas que garantam não somente os direitos civis e humanos desses indivíduos marginalizados há muito tempo, mas também que os entendam em sua vulnerabilidade social e os reconheçam como corpos de direito, ofertando-lhes cuidado físico, psíquico e social (PRADOS, BRANDÃO e PERICCHI, 2018).

Nesse sentido, em 2018, foi realizada uma pesquisa qualitativa com a população transexual e travesti em situação de rua em Belo Horizonte com o objetivo de identificar como se davam a proteção social e a produção de cuidado nas políticas públicas de saúde e de assistência social no município. Esse estudo constatou que mulheres travestis e transexuais conhecem e acessam os serviços de saúde, porém passam por processos de violência de gênero institucional e sofrem discriminação. De acordo com o relato de mulheres ouvidas nesse estudo, em algumas instituições, o nome social não foi respeitado e o atendimento em hospitais exigia a permanência em enfermarias separadas conforme o sexo biológico (MENDES, JORGE e PILECCO, 2019).

O uso do nome social no SUS é um direito garantido pela Portaria 1.820/2009 e favorece o acolhimento de profissionais e a criação de vínculo, além de influenciar no acesso aos serviços de saúde e na adesão a assistência à saúde de mulheres trans. No entanto, essa população ainda vivencia situações constrangedoras quando são chamadas por seu nome de registro (BRASIL, 2016).

Sobre o acesso de mulheres travestis e transexuais aos serviços de saúde do SUS, Mendes, Jorge e Pilecco (2019) apontam para a importância do uso do nome social nos serviços mais acessados, sendo que o respeito dos profissionais em chamá-las pelo nome social é considerado por elas como um bom atendimento. Porém, são frequentes os atendimentos onde os profissionais as chamam por seu nome de registro, deixando-as constrangidas.

Mendes, Jorge e Pilecco (2019) afirmam que os serviços de saúde da APS são acessados apenas para demandas pontuais, como em caso de doença, de necessidade de atendimento odontológico ou de aquisição de medicações. Em sua pesquisa, não houve relatos de atendimento de promoção ou proteção à saúde, princípios da política de atenção básica. As autoras sugerem a necessidade de melhorias na organização dos serviços e no atendimento dos

profissionais de saúde, enfatizando a importância da representatividade de profissionais de saúde travestis, transexuais e transgêneros nos serviços de saúde, além do respeito ao nome social e da escuta qualificada durante os atendimentos (MENDES, JORGE e PILECCO, 2019).

O Consultório na Rua, serviço que faz parte da APS, atende as mulheres trans em situação de rua em sua singularidade e a partir de suas demandas. Ou seja, ao acontecer o encontro do serviço com a usuária, é realizada uma escuta/acolhimento pelos profissionais e, assim, realizados os encaminhamentos ou acompanhamentos nos serviços de saúde, de assistência social e de segurança. Além disso, os atendimentos na rua envolvem orientações quanto ao autocuidado, à distribuição de insumos e à oferta de cuidado em geral, como realização de curativos, escuta, realização de testes rápidos para diagnóstico de ISTs, dentre outros. Cabe ressaltar que o Consultório na Rua atende mulheres trans com foco na individualidade e na integralidade, ofertando cuidados relacionados às necessidades humanas para garantia de direitos.

Ainda assim, a maior parte das mulheres trans acompanhadas pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte realiza o processo de hormonização sem orientação e acompanhamento do ambulatório transexualizador. Nesses casos, o Consultório na Rua oferta acompanhamento ao Centro de Saúde de referência para acolhimento e encaminhamento à Atenção Secundária à Saúde. Entretanto, essas mulheres, em sua maioria, permanecem fazendo uso de hormônios sem orientação médica, uma vez que os encaminhamentos para o ambulatório transexualizador demandam um longo tempo de espera e esse cuidado não é realizado na APS.

O Consultório na Rua acompanha as mulheres trans em situação de rua nas consultas aos ambulatórios transexualizadores e presencia alguns dificultadores para que esse processo seja realizado. Um desses fatores diz respeito ao tempo de espera e aos atrasos para o atendimento no dia da consulta, deixando as usuárias ansiosas e impacientes. Outro dificultador é a prescrição de medicações que não são padronizadas pelo SUS, o que causa angústia nas mulheres devido à falta de recursos para a sua aquisição. Tais fatores contribuem ainda mais para o distanciamento da população trans em situação de rua dos serviços de saúde, favorecendo a automedicação, aumentando os riscos à saúde e a marginalização desse grupo.

Desse modo, acredita-se que as políticas públicas e a oferta de cuidados para a população TTT, apesar de terem tido avanços durante as duas últimas décadas, ainda precisam ser aprimoradas e repensadas a partir do contexto social em que estão inseridas, visando à garantia de direitos, como o efetivo acesso aos serviços de saúde, de educação e de assistência social. Ressalta-se, assim, a relevância de estudos sobre essa população para que as suas

demandas e particularidades ganhem cada vez mais visibilidade, gerando reflexões e proposições que contribuam para a oferta de cuidados de forma integral.

5 PROBLEMA DE PESQUISA

Quais são os limites e possibilidades encontradas no acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde, bem como as estratégias de cuidado em saúde construídas por mulheres trans atendidas pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte?

6 HIPÓTESES

Acredita-se que as mulheres trans em situação de rua vivenciam processos de violência institucional ao acessar os serviços da APS. Nos locais de atendimento, comumente são praticadas diversas formas de discriminação, como chamarem-nas pelo nome de registro e não pelo nome social, e, até mesmo, olhares ou qualquer outro tratamento constrangedor. Além disso, supõe-se que a falta de conhecimento dos profissionais acerca do cuidado em saúde dessa população impede que ela acesse o cuidado de forma integral e que atenda às especificidades de suas demandas.

Outro complicador seria o desconhecimento dos profissionais da APS acerca do fluxo de encaminhamento para atendimentos nos ambulatórios especializados, resultando em não encaminhamento ou encaminhamentos inadequados. Tal fragilidade ocasiona longo tempo de espera e, conseqüentemente, a desistência de inserção nesse serviço, levando muitas mulheres a usarem hormônios sem orientação médica, expondo-se a efeitos colaterais de medicações e prescrições inadequadas.

Há, também, a prescrição de medicações por médicos da Atenção Primária e Secundária à Saúde que não são padronizadas pelo município de Belo Horizonte. Medicações padronizadas são aquelas disponíveis no SUS para retirada gratuita nos centros de saúde ou serviços ambulatoriais. Sendo assim, a prescrição de produtos não padronizados impede o acesso gratuito às medicações, o que gera ainda mais angústia nas mulheres trans em situação de rua, sem condições financeiras para adquiri-las.

Supõe-se, também, que as limitações no acesso aos serviços de saúde da APS à Saúde estariam relacionadas ao perfil da população em situação de rua, em sua maioria mulheres, negras e em situação de vulnerabilidade social. Observa-se que ser mulher trans e negra expõe ainda mais essa população à violência, dado que, historicamente, esse público é vítima do racismo, da discriminação, da opressão e da objetificação de seus corpos, reforçando ainda mais a marginalização e o distanciando dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a marginalização e o distanciamento de mulheres trans dos serviços da APS limitariam sua circulação pelo território e o acesso a outros serviços de maior complexidade, como os da Atenção Secundária e Terciária, uma vez que a APS é a porta de entrada do SUS. Essa situação distanciaria as mulheres trans do acesso aos serviços de saúde pelo receio de encontrar barreiras e de se deparar com a violência no atendimento. Além disso, acredita-se que essa população não tem a compreensão de que o acesso à saúde é um direito e desconheça os serviços de saúde ofertados pelo SUS, dificultando ainda mais a construção do cuidado.

Diante desses desafios, parte-se do pressuposto de que as mulheres trans em situação de rua adotariam estratégias para a construção de cuidado em saúde, especialmente aquelas relacionadas às redes de apoio e solidariedade construídas na rua. Um exemplo são as parcerias estabelecidas com outras mulheres trans, também em situação de rua, que em momentos de adoecimento se ajudam com medicações e orientações sobre o acesso a serviços de saúde ou até mesmo de cuidado.

Por fim, acredita-se que a vinculação aos serviços de atendimento específico para a população em situação de rua, como o Consultório na Rua e o Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), bem como os serviços de atendimento à população LGBT, como o Centro de Referência LGBT (CRLGBT), também se configuram como estratégias de cuidado em saúde. Nesses ambientes, há maior conhecimento das demandas das mulheres trans em situação de rua, o que faz diminuir nelas o receio de sofrer com a discriminação, além de serem espaços com menor ocorrência de situações concretas de discriminação.

7 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa no âmbito das ciências sociais, tipo de investigação que explora a subjetividade dos sujeitos de estudo. Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa aborda o universo dos significados, das motivações, crenças, atitudes e valores que caracterizam as ações e relações humanas, também considerando o contexto em que ocorrem (MINAYO, 2016).

Entende-se que para compreender as limitações e possibilidades encontradas por mulheres trans em situação de rua no acesso e atendimento nos serviços de saúde da APS bem como as especificidades desse público, é preciso estudar em profundidade os significados e complexidades dos problemas apresentados por ele.

Participaram desta pesquisa mulheres trans em situação de rua, atendidas pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte da Regional Noroeste, que tiveram interesse e disponibilidade e que assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Antes de iniciar o campo, foi realizado um encontro com os profissionais do Consultório na Rua Noroeste para identificar a população trans em situação de rua acompanhada por esse serviço. O encontro foi programado previamente com os trabalhadores da eCR da Regional Noroeste e aconteceu por cerca de 30 minutos, no dia 13 de janeiro de 2023, no período da tarde, durante a reunião semanal da equipe que é realizada para organizar os atendimentos da semana seguinte e discutir os casos acompanhados e atendidos na semana.

Após breve apresentação da pesquisa pela pesquisadora, os profissionais listaram 14 mulheres trans atendidas eventualmente pela equipe no último ano ou acompanhadas de forma mais frequente e regular. Cabe ressaltar que a pesquisadora atuou como enfermeira dessa equipe no período entre 2019 e 2023 e, também, contribuiu para a identificação do público-alvo a ser entrevistado. Durante a coleta de dados, descobrimos que, três mulheres das 14 listadas, haviam se mudado para outro estado, não sendo possível entrevistá-las.

A técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista em profundidade (semiestruturada). De acordo com Flick (2002), a entrevista possibilita reconhecer o valor do discurso e dos significados construídos pelos sujeitos sociais nas relações humanas e busca compreender a realidade em que estão inseridas. A entrevista foi o instrumento mais adequado para compreender o objeto de estudo e responder o problema proposto por esta pesquisa.

O convite para participação da pesquisa aconteceu pessoalmente na porta do CIAM, serviço acessado por todas as mulheres trans em situação de rua listadas pela eCR da regional Noroeste, após apresentação da pesquisa.

As entrevistas foram conduzidas no período da manhã e início da tarde, foram integralmente gravadas e tiveram duração mínima de 11 minutos, máxima de 47 minutos e média de 25 minutos. As entrevistas foram realizadas nas terças, quartas e quintas-feiras, nos demais dias da semana, as mulheres não tinham disponibilidade. Nas segundas-feiras, há maior número de intercorrências clínicas e demandas por atendimentos, já que nos finais de semana, como parte dos equipamentos de saúde e assistenciais não funcionam, as mulheres trans em situação de rua sofrem ainda mais com o desgaste físico e mental, além de haver maior uso de SPAs e de se intensificar a violência no território por onde circulam. A segunda-feira também é um dia de descanso para elas, já a sexta-feira é um dia em que as mulheres estão se programando e se preparando para não terem a retaguarda dos serviços de apoio e assistenciais no final de semana.

O roteiro de entrevistas explorou questões relativas à caracterização das participantes do estudo, como idade, origem, cor/raça, escolaridade, o tempo em que se encontra em situação de rua, processo transexualizador, filhos, renda, inserção em programas sociais, acesso a serviços de saúde e acesso a outros serviços públicos do município. Além disso, explorou as dificuldades encontradas no acesso a serviços de saúde, possíveis violências sofridas nesses locais e estratégias alternativas de cuidado em saúde por elas construídas.

O local de realização das entrevistas foram as ruas do território Noroeste onde existe atuação sistemática do Consultório na Rua Noroeste e onde se encontram os pontos de fixação de mulheres trans em situação de rua. Os locais eram conhecidos previamente pela pesquisadora.

A rua Comendador Nohmé Salomão, localizada no bairro São Cristóvão, é onde fica o Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM), dispositivo acessado por todas as mulheres trans identificadas pela equipe. A rua possui uma cena de uso de crack, por isso, em dois dias de coleta de dados, a Polícia Militar abordou pessoas que estavam no local. Em outro dia, a pesquisadora presenciou uma comerciante local desferindo xingamentos e golpes com um cabo de vassoura nas pessoas em situação de rua que estavam sentadas na calçada.

Todas as entrevistas foram realizadas na porta do CIAM (n=9). Nesses dias, presenciei também conflitos entre mulheres que acessam o dispositivo. Na primeira vez, um furto seguido de agressão, em que a guarda municipal foi acionada pelos profissionais do CIAM. Mesmo com a temperatura atingindo 31°C (o calor estava intenso nos dias da coleta), várias mulheres foram proibidas de entrar no equipamento até que o problema fosse resolvido. As outras brigas rapidamente foram apartadas por pessoas que se encontravam no local e por profissionais do CIAM. Uma delas foi durante uma entrevista, que precisou ser interrompida, tendo sido retomada depois que a entrevistada foi acalmada.

Os profissionais do CIAM e as mulheres que estavam no território, por me conhecerem como trabalhadora do Consultório na Rua Noroeste, estiveram muito presentes nos dias de campo. Os profissionais me acionaram para discutir casos acompanhados em conjunto e para fazer avaliações clínicas de mulheres que estavam ali. As mulheres que acessaram o equipamento naqueles dias me procuraram para demandas de saúde e para conversar um pouco sobre assuntos cotidianos. O CIAM, por todos esses dias, foi também minha retaguarda. Lá eu pegava água para me hidratar, fazia minhas refeições, descansava e me protegia do calor.



Fonte: Cedido por Ingrid Cristina Brum das Graças - CIAM (2023).
Figura 1 – Imagem do Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM).



Fonte: Cedido por Ingrid Cristina Brum das Graças – CIAM (2023).
Figura 2 - Imagens da Rua Comendador Nohmé Salomão.



Fonte: Arquivo pessoal (2023).

Figura 3 - Imagem da Rua Jaguarão.

Também tentei entrevistar uma mulher trans que frequenta e trabalha na rua Jaguarão, localizada no bairro Bonfim, porém ela estava indisponível naquele momento. Essa rua, que fica próxima à avenida Pedro II, é cena de uso e de comercialização de SPAs. Ali ainda há um motel frequentado por pessoas em situação de rua e conhecido por ser um ponto de prostituição.

Ainda, ao iniciar a análise dos dados da população entrevistada, percebi que a maioria das mulheres trans mantinha um ponto de fixação na regional Centro Sul de Belo Horizonte, no entanto ficavam a maior parte do dia na Regional Noroeste. Sendo assim, em conversa com uma das entrevistadas, solicitei uma visita em sua maloca e propus um grupo com essas mulheres, realizado no dia 26 de junho de 2023, no viaduto Nansen Araújo, a fim de discutir e investigar o porquê da circulação entre os territórios.

Foi realizada a transcrição das entrevistas pela pesquisadora e, posteriormente, foi realizada a análise de conteúdo, definida por Bardin (1995) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 1995:42).

A análise de conteúdo consiste em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferências e interpretação das mensagens (BARDIN, 2016). Os resultados da análise de conteúdo foram articulados com a literatura estudada.

Os áudios e as transcrições das entrevistas foram armazenados em arquivos digitais nos servidores do IRR/Fiocruz Minas, com o acesso restrito à equipe de pesquisa, e sob responsabilidade da pesquisadora principal. Após o período de 5 anos, o material será descartado, conforme Resolução CNS nº 466/12 e orientações do CEP/IRR.

Além da análise das entrevistas, foi elaborado um artigo de revisão de literatura integrativa com o objetivo de analisar como se dá o acesso à APS pela população trans após a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, contribuindo para aprofundar o referencial teórico e a discussão dos dados empíricos.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 Artigo de revisão integrativa: o acesso à Atenção Primária à Saúde pela população trans após a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT

INTRODUÇÃO

A discussão e a mobilização para a criação de políticas públicas no Brasil para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais cresceram nos últimos anos, dando visibilidade, principalmente, à assistência a pessoas travestis, transexuais e transgêneros. Isso se deu devido à implementação de programas governamentais com pautas referentes à identidade de gênero e à homossexualidade. Porém, pessoas trans ainda encontram muitas dificuldades para acessar os serviços de saúde do SUS e, mesmo quando acessam, encontram, muitas vezes, posturas constrangedoras e despreparo de profissionais, estigma e discriminação. Isso faz com que o cuidado em saúde não garanta integralidade, equidade e universalidade (FACHINI, 2009).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi instituída pela Portaria n.º 2.836, de 1º de dezembro de 2011, considerando a saúde como um direito e com o objetivo geral de “promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2011).

É fundamental demarcar dois objetivos específicos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT: “reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais” e

“definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis” (BRASIL, 2011). Isso porque o acesso aos serviços de saúde, livre de preconceitos e com atendimento qualificado para a população travesti, transexual e transgênero reduz os riscos de adoecimento e favorece a promoção, prevenção e proteção à saúde. Além disso, essas pessoas possuem mais dificuldades e sofrem com o despreparo dos serviços e dos profissionais de saúde, além de vivenciarem situações de transfobia institucional. Essas vulnerabilidades afastam a população trans dos serviços de saúde, fazendo com que ocorra com maior frequência a automedicação e aumentem os riscos de morbidade e mortalidade (MELO et al., 2019).

A criação de políticas públicas, principalmente para a população trans, apesar de ter ganhado visibilidade na última década, traz consigo desafios para que sejam colocadas em prática. No acesso aos serviços de saúde, por exemplo, algumas dificuldades são encontradas e descritas pela população trans, como a discriminação, o acolhimento inadequado e a falta de preparo dos profissionais de saúde, gerando sentimentos de tristeza, angústia e, conseqüentemente, abandono de tratamento ou resistência a procurar os serviços de saúde quando necessário, expondo-as, assim, a piores condições de saúde (ROCON, et al. 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, em seu inciso 3º, proíbe qualquer exclusão referente a gênero e reforça no princípio da equidade sobre a criação de estratégias de cuidado que contribuam para diminuir a estigmatização e discriminação dessa população no acesso aos serviços da APS, de forma a não prejudicar sua saúde.

Assim, algumas demandas, que poderiam ser resolvidas nesse nível, são encaminhadas aos serviços de média e alta complexidade devido à falta de articulação entre os serviços da APS e da Atenção Secundária à Saúde, aumentando as filas de espera dos ambulatórios e hospitais para processos transexualizadores. Tal fragilidade demonstra que o cuidado em saúde da população trans é visto, principalmente, como responsabilidade da Atenção Secundária à Saúde e, conseqüentemente, relacionado apenas ao processo transexualizador, excluindo, assim, outros cuidados que são importantes e necessários a qualquer pessoa, como atendimento odontológico, avaliação clínica, nutricional e ações de prevenção de doenças e promoção da saúde realizadas no âmbito da APS (LIMA e CRUZ, 2016).

A falta de articulação entre os serviços também contribui para o despreparo dos profissionais da APS, uma vez que não há diálogo acerca do cuidado da pessoa trans entre os trabalhadores da APS e os dos serviços especializados, fragmentando o cuidado e o reduzindo ao processo de hormonização e às cirurgias de redesignação (GEISLER, REIS e SPERLIN, 2013).

Ainda, a APS é a principal porta de entrada para qualquer pessoa e é através dela que outros serviços são acionados para a atuação no cuidado integral. Quando uma pessoa trans acessa um serviço da APS e não é acolhida de forma adequada, além de prejudicar o vínculo com o serviço e com o atendimento, outras ofertas de cuidado e outros encaminhamentos são reduzidos, ferindo o princípio da equidade proposto pelo SUS (GEISLER, REIS e SPERLIN, 2013).

A criação da Política Nacional de Saúde integral LGBT foi uma grande conquista para garantia de direitos da população trans. Pensar sua implementação nos serviços da APS é importante para que o cuidado em saúde direcionado a essa população seja realizado de acordo com suas especificidades e demandas de saúde, ampliando assim as ofertas de cuidado em saúde de forma integral e territorializada.

Faz-se necessário investigar a operacionalização da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no acesso de pessoas trans aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), visto que essa política foi instituída há mais de uma década com objetivo de promover saúde de forma integral, equitativa e universal dessa população. Nesse sentido, questiona-se: como se dá o acesso à APS pela população trans após a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT? Como objetivo geral, esse artigo buscou responder a essa questão, por meio de uma revisão de literatura integrativa.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, com objetivo de reconhecer de forma detalhada o tema pesquisado e realizado a partir da identificação, análise e síntese de estudos semelhantes sobre o mesmo assunto, se apoiando na Prática Baseada em Evidência (PBE) (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

O estudo foi realizado com base nas fases propostas por Ganong, a saber: formulação do problema, busca de dados, avaliação dos dados coletados, análise crítica e interpretação dos estudos incluídos, apresentação e discussão dos resultados (GANONG, 1987).

Os dados foram coletados entre março e abril de 2023 na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), plataforma que agrega bases de dados bibliográficos e outros tipos de fontes de informação em saúde. As bases consultadas para essa revisão foram LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Base de Dados da Enfermagem (BDENF), Index Psicologia e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

Nas plataformas de busca, os seguintes descritores foram selecionados a partir da definição do problema e do tema da pesquisa: “população trans”, “transgênero”, “travestis”, “transexual”, “atenção primária à saúde”, “atenção básica à saúde”, “acesso à saúde”, “acesso a serviços de saúde” e “Política Nacional de Saúde Integral LGBT”, nos idiomas português, inglês e espanhol. Ainda, foram utilizados os boleadores “and” e “or” para cruzamentos dos descritores.

Os critérios definidos para a seleção das publicações foram: texto completo, documentos em forma de artigo, teses e dissertações de acesso livre, em idioma português, inglês e espanhol, e publicados entre os anos 2012 e 2022. Pesquisas de revisão integrativa, bibliográfica, teóricas, empíricas – com dados primários ou secundários, foram selecionadas em um primeiro momento. O recorte temporal para seleção dos documentos foi definido como o período após 2011, uma vez que esse foi o ano de publicação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Para a pesquisa na BVS, a princípio, foi realizada uma busca ampla associando os descritores e boleadores “população trans or travesti or transgenero or transexual and acesso à saúde”, encontrando 478 publicações. Para refinar a busca, foi realizado o cruzamento dos descritores “população trans or travesti or transgenero or transexual and atenção primária à saúde or atenção básica à saúde and acesso à saúde or acesso a serviços de saúde”, encontrando 150 estudos. Ao somar esses resultados aos da primeira busca, foram excluídos 40 estudos que estavam em duplicidade, totalizando 588 documentos.

Ainda na BVS, foi realizada a busca “população trans OR travesti OR transgenero OR transexual AND política nacional de saúde integral LGBT” e “População trans OR travesti OR transgenero OR transexual AND Política Nacional de Saúde Integral LGBT and atenção primária à saúde OR atenção básica à saúde”, localizando o mesmo número de estudos nas duas buscas. Os artigos foram conferidos e todos estavam em duplicidade, totalizando 32 documentos. Desse total, verificou-se que 29 estudos já haviam sido selecionados nas duas primeiras buscas, assim, na plataforma BVS foram selecionadas 591 publicações para leitura do título e resumo. Então, a soma total de artigos selecionados na plataforma BVS foi de 591 publicações para leitura do título e resumo.

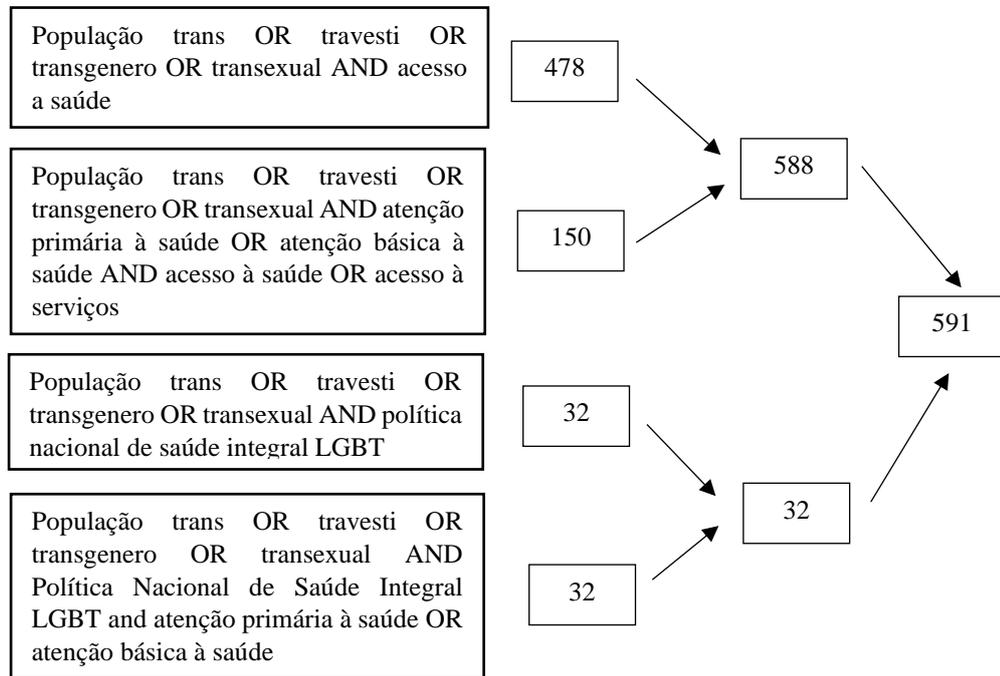


Figura 4 - Fluxograma da busca de estudos na plataforma BVS

Na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), foi realizada a busca “população trans and travesti and transexual and transgenero and acesso à saúde” encontrando cinco estudos. Em seguida, foi feita a busca “população trans or travesti or transexual or transgenero and atenção primária à saúde”, encontrando uma pesquisa, sendo que essa já estava incluída no primeiro resultado.

Ainda na BDTD, foi realizada a busca “população trans or travesti or transexual or transgenero and política nacional de saúde integral LGBT”, localizando 26 pesquisas. Em seguida, realizou-se a busca “população trans or travesti or transexual or transgenero and política nacional de saúde integral LGBT and atenção básica à saúde or atenção primária à saúde”, encontrando quatro estudos em duplicidade. Por fim, nessa plataforma, foi selecionado o total de 31 estudos para leitura dos títulos e resumos.

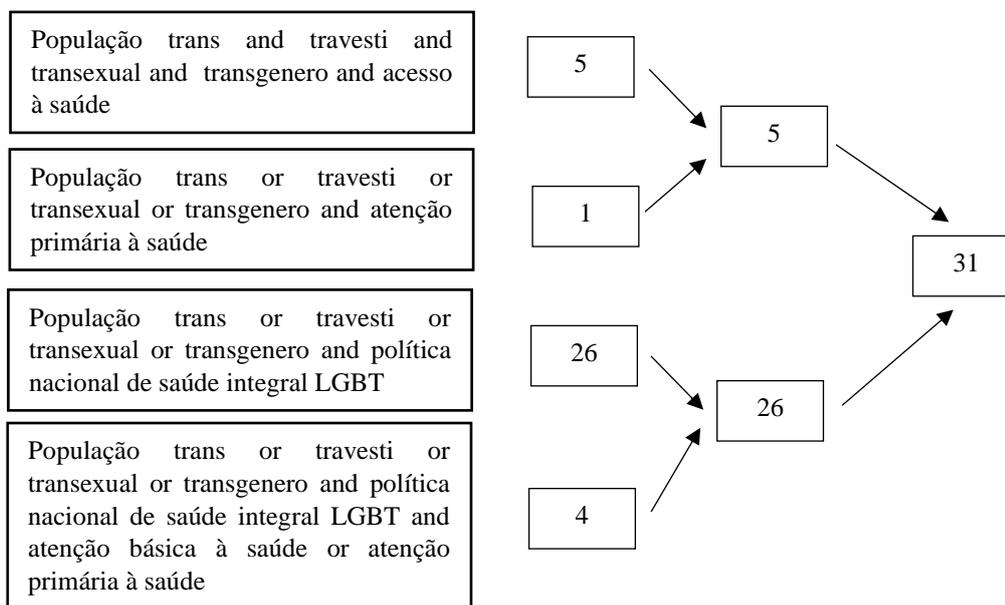


Figura 5 - Fluxograma da busca de estudos na plataforma BDTD

Na etapa seguinte, foi feita a leitura do título e do resumo dos artigos selecionados nas duas plataformas. Foram utilizados os seguintes critérios para a seleção dos documentos que seriam lidos na íntegra: pesquisas realizadas no Brasil, que tratassem do acesso à saúde da população trans na Atenção Primária à Saúde e discutissem a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito da APS.

Ao final dessa etapa, foram selecionadas 23 publicações, que foram lidas integralmente e selecionadas para a análise. Os dados foram sistematizados por título, autor(es), ano de publicação, região do país em que foi realizada a pesquisa, área de conhecimento, periódico de publicação dos artigos ou programa de pós-graduação em que foram realizadas as dissertações e teses, além do tipo e objetivo do estudo, cujos resultados serão apresentados na próxima seção.

RESULTADOS

Foram selecionadas treze publicações na LILACS, uma no banco de dados da Scielo, três artigos na Base de dados da Enfermagem (BDENF) e seis estudos na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, perfazendo o total de 23 estudos publicados em português entre 2015 e 2022.

Não foram encontradas pesquisas no idioma espanhol e inglês que contemplassem o tema e os critérios de inclusão utilizados para a seleção final dos textos. Acredita-se que o

número reduzido de publicações em idioma inglês e espanhol se deva ao fato de a Política Nacional de Saúde Integral LGBT ser pouco pesquisada em outros países e pouco publicada em revistas internacionais.

Dentre os artigos selecionados, sete tinham autores principais com formação na área de enfermagem, um em psicologia, um em medicina e um em farmácia. Os outros 13 estudos não mencionaram a área de formação dos autores.

Durante a leitura do título e resumo dos estudos, foi observado que entre as 23 publicações selecionadas, 11 pesquisas estudavam a população LGBT e não se limitavam à população trans. Nas Tabelas 1 e 2, são apresentadas as características dos estudos analisados:

Tabela 1: Caracterização dos estudos selecionados quanto ao título, autor(es), ano de publicação, tipo e delineamento da pesquisa e objetivos (continua...)

Título	Autor(es)	Ano de publicação	Tipo e delineamento da pesquisa	Objetivo
Pessoas Trans na Atenção Primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015	João Rogers et al.	2015	Artigo de dados primários/qualitativo	<p>Analisar as experiências no acesso à APS sob o olhar da população transgênero, levando em consideração o contexto de vulnerabilidade social à qual estão submetidas.</p> <p>Discorrer no campo teórico sobre a formação de estigma para a diversidade sexual, heteronormatividade e homofobia, bem como sobre a ação desses fatores sobre a saúde da população LGBT, as reações de enfrentamento dos movimentos sociais e suas influências sobre elaboração de políticas públicas.</p>
Acesso e qualidade da atenção à saúde para a população lgbt: a visão dos médicos de uma capital do nordeste brasileiro	Edson Oliveira Pereira	2015	Dissertação de dados primários/qualitativo	<p>Analisar a temática da acessibilidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais - LGBT aos serviços da Atenção Básica a Saúde após a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, dialogando essa temática com a bioética da proteção.</p>
Bioética da proteção na acessibilidade à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais	Thainara Araujo Franklin et al.	2016	Artigo de dados secundários/qualitativo	<p>Conhecer a assistência em saúde às travestis, sob a ótica dos enfermeiros, na atenção primária.</p>
Assistência em saúde às travestis na atenção primária: do acesso ao atendimento	Graciela Dutra Sehnem et al.	2017	Artigo de dados primários/qualitativo	<p>Discutir o atendimento das suas necessidades nos serviços de saúde da Atenção Primária.</p>
Atendimento das necessidades em saúde das travestis na atenção primária	Juliana de Freitas Amorim e Éneas Rangel Teixeira	2017	Artigo de dados primários/qualitativo	<p>Evidenciar a forma como os profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família em uma cidade da região central do Rio Grande do Sul percebem a homossexualidade no seu cotidiano de trabalho. Além de verificar se conhecem e utilizam-se dos princípios das políticas públicas referentes ao tema, busca analisar o modo como os funcionários concebem as questões de sexualidade e gênero no serviço de saúde e problematizá-las.</p>
Universalidade? O acesso de lésbicas, gays, bissexuais e pessoas com identidade de gênero trans aos serviços públicos de Atenção Básica em Saúde	Diana Soldera	2018	Dissertação de dados primários/qualitativo	
Barreiras de acesso na Atenção Primária à Saúde à travestis e transexuais na região Central de São Paulo	Luiza Gomes Magalhães	2018	Dissertação de dados primários/qualitativo	<p>Elaborar um manual de acolhimento à população travesti e transexual para APS.</p>

Tabela 1: Caracterização dos estudos selecionados quanto ao título, autor(es), ano de publicação, tipo e delineamento da pesquisa e objetivos

(continua...)

Título	Autor(es)	Ano de publicação	Tipo e delineamento da pesquisa	Objetivo
Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na estratégia saúde da família	Jameson Moreira Belém et al.	2018	Artigo de dados primários/qualitativo	Analisar a atenção à saúde prestada à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde da Família.
Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil	Andréia Carvalho Jambeiro de Souza	2018	Tese de dados primários/ quanti-qualitativo	Analisar o acesso e a qualidade da Atenção Integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, mulheres transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde, na cidade do Recife.
Estigma e Diversidade Sexual nos Discursos dos (as) profissionais do SUS Desafios para a saúde da população LGBT	Rita de Cássia Passos Guimarães	2018	Tese de dados primários/qualitativo	Investigar a percepção de médicos(as) e enfermeiros(as) sobre a atenção à saúde ofertada à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) na Atenção Básica.
Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: Relato de caso	Átila Mourão Lima; Rodrigo Torres do Nascimento; Carla Moura Cazelli; Thais Gonçalves Ferrão de Carvalho	2019	Artigo de dados primários/qualitativo	Este trabalho objetiva apresentar o médico de família e comunidade como um importante profissional na área da saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais.
O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa	Lourenço Barros de Carvalho Pereira e Ana Cláudia Santos Chazan	2019	Artigo de dados secundários/qualitativo	Apresentar os resultados de uma revisão integrativa sobre o acesso das pessoas trans aos serviços de saúde da atenção básica
Percepções de usuários transexuais sobre o cuidado na estratégia de saúde da família: o desafio do reconhecimento e do rompimento da invisibilidade	Denildo de Freitas Gomes	2019	Dissertação de dados primários/qualitativo	Compreender a realidade vivida pelos transexuais a partir de suas percepções sobre o cuidado que lhes são prestados na Estratégia de Saúde Família.
Travesti e cuidado humanizado em saúde	Antonia N. D. Moraes e Geórgia S. N. Silva	2020	Artigo de dados primários/qualitativo	Identificar concepções, desejos, receios e sugestões quanto ao cuidado humanizado em saúde dirigido às pessoas travestis, no âmbito da atenção primária.

Tabela 1: Caracterização dos estudos selecionados quanto ao título, autor(es), ano de publicação, tipo e delineamento da pesquisa e objetivos
(continua...)

Título	Autor(es)	Ano de publicação	Tipo e delineamento da pesquisa	Objetivo
Cuidado à população LGBT: iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro	Bruno Alves Brandão	2020	Dissertação de dados primários/quanti-qualitativo	Analisar iniciativas desenvolvidas pelas Equipes da Atenção Primária em Saúde dirigidas à população LGBT no município do Rio de Janeiro e examinar como essas podem promover o cuidado à população.
Vários tons de não: relatos de profissionais da Atenção Básica à Saúde na assistência de lésbicas, gays bissexuais, travestis e transexuais (LGBTB)	Breno de Oliveira Ferreira e Claudia Bonan	2021	Artigo de dados primários/qualitativo	Analisar relatos de profissionais na assistência dessas populações na Estratégia Saúde da Família (ESF).
Transfobia velada: sentidos produzidos por enfermeiros (as) sobre o acolhimento de travestis e transexuais	Pamela Suelen de Oliveira Reis et al.	2021	Artigo de dados primários/Qualitativo	Compreender os sentidos produzidos por enfermeiros (as) sobre o acolhimento de pessoas travestis e transexuais na atenção básica.
Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária	Alana Alves da Cruz Silva et al.	2021	Artigo de dados primários/qualitativo	Descrever a produção do cuidado em Enfermagem à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Pessoas Trans Queers Intersexos, Assexuais e outras identidades sexuais e de gênero, a partir das reflexões acerca do trabalho da enfermeira.
Acolhimento de travestis e transexuais na atenção primária à saúde: uma revisão bibliográfica	Pedro Henrique Lima Veras et al.	2021	Artigo de dados secundários/qualitativo	Analisar, conhecer sobre o acolhimento de Travestis e Transexuais na Atenção Primária à Saúde
Restrição de políticas públicas de saúde: um desafio dos transexuais na atenção básica	Denildo de Freitas Gomes et al.	2022	Artigo de dados primários/qualitativo	Identificar e discutir os motivos que dificultam ou restringem a acessibilidade dos transexuais aos serviços básicos de saúde.

Tabela 1: Caracterização dos estudos selecionados quanto ao título, autor(es), ano de publicação, tipo e delineamento da pesquisa e objetivos (conclusão)

Título	Autor(es)	Ano de publicação	Tipo e delineamento da pesquisa	Objetivo
Serviços de atendimento integral à saúde de transexuais e travestis no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa	Marcelle Medeiros Lucena; Guilherme Gomes Ferreira; Mayara Floss; Diego Azevedo Conte de Melo	2022	Artigo de dados secundários/qualitativo	Analisar como se vêm constituindo os serviços de atendimento integral à saúde de pessoas transexuais e travestis no Brasil com base em uma revisão integrativa da literatura sobre o tema.
População LGBT na Atenção Primária à Saúde em uma área programática do Município do Rio de Janeiro: a perspectiva do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica	Patrícia Trápaga Ferreira	2022	Dissertação de dados primários/qualitativo	Analisar a atenção prestada às pessoas LGBT, em uma área programática na atenção primária no município do Rio de Janeiro sob a perspectiva de profissionais do NASF.
Para além do processo transexualizador: concepção e implementação de um serviço despatologizador e integral à saúde trans e travesti no contexto da atenção primária à saúde na cidade de Porto Alegre (RS)	Marcelle Medeiros Lucena et al.	2022	Artigo de dados primários/qualitativo	Relatar a experiência da criação do serviço do Ambulatório de Identidade de Gênero (AMIG) do Grupo Hospitalar Conceição, um serviço integral e despatologizador de atendimento à saúde trans e travesti no contexto da Atenção Primária à Saúde no SUS.

Tabela 2: Caracterização dos estudos quanto à região, área de conhecimento e periódico/ programa de publicação

(continua...)

Título	Região	Área de conhecimento	Periódico/Programa de Pós-graduação de realização da pesquisa
Pessoas Trans na Atenção Primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015	Sul	Saúde coletiva	Revista Saúde e Transformação Social
Acesso e qualidade da atenção à saúde para a população lgbt: a visão dos médicos de uma capital do nordeste brasileiro	Nordeste	Saúde Coletiva	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília
Bioética da proteção na acessibilidade à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais	Nordeste	Enfermagem	Revista de enfermagem- UFPE
Assistência em saúde às travestis na atenção primária: do acesso ao atendimento	Sul	Saúde Coletiva	Revista de Enfermagem UFPE
Atendimento das necessidades em saúde das travestis na atenção primária	Sudeste	Saúde Coletiva	Revista Baiana de Saúde Pública
Universalidade? O acesso de lésbicas, gays, bissexuais e pessoas com identidade de gênero trans aos serviços públicos de Atenção Básica em Saúde	Sul	Psicologia	Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS)
Barreiras de acesso na Atenção Primária à Saúde à travestis e transexuais na região Central de São Paulo	Sudeste	Saúde Coletiva	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/ Mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde
Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na estratégia saúde da família	Nordeste	Enfermagem	Revista Baiana de Enfermagem

Tabela 2: Caracterização dos estudos quanto à região, área de conhecimento e periódico/ programa de publicação

(continua...)

Título	Região	Área de conhecimento	Periódico/Programa de Pós-graduação de realização da pesquisa
Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil	Nordeste	Saúde Coletiva	Curso de Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
Estigma e Diversidade Sexual nos Discursos dos (as) profissionais do SUS Desafios para a saúde da população LGBT	Centro Oeste e Nordeste	Saúde Coletiva	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília
Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: Relato de caso	Sudeste	Saúde Coletiva	Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade
O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa	Sudeste	Saúde Coletiva	Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade
Percepções de usuários transexuais sobre o cuidado na estratégia de saúde da família: o desafio do reconhecimento e do rompimento da invisibilidade	Sudeste	Ciências Sociais	Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense
Travesti e cuidado humanizado em saúde	Nordeste	Psicologia	Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica
Cuidado à população LGBT: iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro	Sudeste	Saúde Coletiva	Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz
Vários tons de não: relatos de profissionais da Atenção Básica à Saúde na assistência de lésbicas, gays bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT)	Nordeste	Saúde Coletiva	Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade

Tabela 2: Caracterização dos estudos quanto à região, área de conhecimento e periódico/ programa de publicação

(conclusão)

Título	Região	Área de conhecimento	Periódico/Programa de Pós-graduação de realização da pesquisa
Transfobia velada: sentidos produzidos por enfermeiros (as) sobre o acolhimento de travestis e transexuais	Norte	Saúde Coletiva	Revista Cuidado é Fundamental
Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária	Nordeste	Saúde Coletiva	REVISA
Acolhimento de travestis e transexuais na atenção primária à saúde: uma revisão bibliográfica	Brasil	Saúde Coletiva	Revista Enfermagem Atual
Restrição de políticas públicas de saúde: um desafio dos transexuais na atenção básica	Sudeste	Saúde Coletiva	Revista Escola Anna Nery
Serviços de atendimento integral à saúde de transexuais e travestis no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa	Sul	Saúde coletiva	Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade
População LGBT na Atenção Primária à Saúde em uma área programática do Município do Rio de Janeiro: a perspectiva do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica	Sudeste	Saúde Coletiva	Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz
Para além do processo transexualizador: concepção e implementação de um serviço despatologizador e integral à saúde trans e travesti no contexto da atenção primária à saúde na cidade de Porto Alegre (RS)	Sul	Saúde Coletiva	Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade

Observa-se que, a partir de 2017, as publicações sobre o acesso à saúde da população trans aumentaram significativamente, sendo 20 pesquisas publicadas a partir desse ano. Cabe ressaltar que, em 2016, foi publicado o Decreto nº 8.727/2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. E, em 2018, foi instituído o Provimento nº 73/2018, que garante a mudança do nome social e do sexo no registro civil a todas as pessoas trans, independentemente da realização do processo transexualizador. Essa mudança pode ser realizada diretamente no cartório, sem intervenção de processos jurídicos. Acredita-se que o aumento do número de pesquisas realizadas a partir do ano de 2017 esteja relacionado à criação de políticas públicas voltadas especificamente para a população trans, despertando o interesse em investigações sobre a efetivação de direitos garantidos em documentos legais, em especial o acesso à saúde e seus serviços.

Além disso, observou-se que 17 estudos estão no campo da Saúde Coletiva. Esse dado sugere que a produção de conhecimento sobre o acesso da população trans aos serviços da APS tem sido realizada majoritariamente por pesquisadores da área da saúde.

Considerando as regiões brasileiras onde as pesquisas foram realizadas, oito foram no Sudeste, oito no Nordeste, cinco no Sul, uma no Norte, uma no Centro Oeste e um estudo foi feito em todo o país. O maior número de estudos realizados no Sudeste e Nordeste possivelmente está associado aos movimentos sociais e às lutas que aconteceram nessas regiões nas últimas décadas, como o Grupo Somos, criado em 1978, em São Paulo; o Triângulo Rosa, o Grupo Gay do Atobá e a Associação das Travestis e Liberados (Astral), no Rio de Janeiro, e o Grupo Gay da Bahia. Os movimentos sociais, ao reivindicarem a garantia de direitos para essa população, contribuem também para a visibilidade e realização de pesquisas sobre o tema.

Além disso, foi na região Sudeste que aconteceu a implementação pioneira de estratégias de cuidado em saúde para a população trans, como a criação do primeiro ambulatório multidisciplinar trans e a realização da primeira cirurgia de redesignação sexual no estado de São Paulo. Inferindo ainda que, historicamente, o investimento nos serviços de saúde, bem como na produção de ciência e tecnologia, é maior nessa região.

As pesquisas de revisão bibliográfica e integrativa selecionadas utilizaram documentos do tipo artigos científicos (n=3) e textos de políticas públicas (n=1). E, nas pesquisas com dados primários, os pesquisadores entrevistaram a população LGBT (n= 1), pessoas travestis, transgêneros ou transexuais (n=7) e profissionais de saúde e/ou gestores (n=10). Sobre a população entrevistada, é preciso refletir quando essa é composta por profissionais dos serviços de saúde, uma vez que eles, em sua maioria, não conhecem as especificidades da população

trans por não realizarem atendimentos a elas, conforme relatam os estudos. Os profissionais afirmam que o motivo pelo qual não atendem essa população se deva a pouca frequência ou não chegada dessas pessoas nos serviços, bem como a demanda frequente de realização do processo transexualizador, justificando que não é um procedimento realizado no âmbito da APS.

A caracterização dos estudos selecionados aponta para o crescimento da produção científica sobre a população trans e o acesso aos serviços de saúde no âmbito da APS, após a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. O tema tem sido tratado, em sua maioria, por pesquisadores da área da saúde e em todo país, apesar da concentração de estudos em duas regiões já mencionadas. Ainda, mostram que os profissionais de saúde têm sido perguntados sobre o atendimento quando eles acontecem, e a população trans tem retratado sua vivência na busca por cuidado em saúde no âmbito da APS.

DISCUSSÃO

O acesso aos centros de saúde da APS por pessoas trans

Ao buscarem atendimento nos centros de saúde, as pessoas trans comumente são vítimas de discriminação, preconceito e falta de qualificação dos profissionais que realizam o acolhimento e o atendimento nesses serviços, configurando barreiras de acesso e restringindo a oferta de cuidados a essa população.

Quando sofrem transfobia no acesso aos serviços da APS, sentem medo de retornar e só o procuram quando estão muito doentes, buscando muitas vezes o cuidado de seus pares e de maneira informal (MAGALHÃES, 2018; REIS et al., 2021).

Os estudos analisados sugerem que o acesso à APS não está sendo assegurado às pessoas trans, conforme prevê o inciso 3º da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o que requer a construção de estratégias para que elas consigam chegar aos serviços, sendo atendidas com respeito e em sua integralidade.

O atravessamento da concepção binária de gênero é discutido em 12 estudos, sugerindo que o modelo biomédico orienta o processo de trabalho e de ofertas de cuidado em saúde. O atendimento pautado na concepção binária de gênero compromete o acolhimento das demandas da população trans por considerar apenas o corpo biológico na oferta de cuidados. Isso acontece quando uma pessoa trans busca o serviço de saúde para uma consulta, e questões pautadas na singularidade do ser humano, como saúde mental, vacinação, saúde bucal, dentre outras questões físicas que não estejam associadas somente ao processo transexualizador e saúde sexual não são perguntadas durante o atendimento. É frequente a procura de pessoas trans pelos

serviços da APS com demandas sobre a inserção no processo transexualizador previsto no SUS. E, ao chegarem nos serviços de saúde, é importante que cada pessoa seja tratada em sua singularidade, considerando o sujeito enquanto ser biopsicossocial e não apenas um corpo biológico concebido pela lógica binária de gênero, feminino e masculino.

Dessa forma, sugere-se que desconstruir a binaridade e rever a teoria que orienta a oferta de cuidado da APS, de forma a reconhecer os corpos trans e suas especificidades, além de conhecer o seu modo de vida, é de extrema importância para garantia de direitos dessa população e para melhoria de sua saúde.

Apesar dos dificultadores de acesso serem maioria dos achados nos estudos selecionados, duas pesquisas chamam a atenção para experiências positivas de acesso aos centros de saúde da APS. A primeira relata sobre a experiência inovadora de um ambulatório trans no âmbito da APS no município de Florianópolis, onde pessoas trans contam sobre a integralidade do cuidado, sem focar no processo de gênero e, também, sobre se sentirem seguras ao procurarem atendimento (ROGERS et al., 2015).

A estratégia de construção de um lugar de atendimento que se propõe a cuidar de pessoas trans em sua integralidade no âmbito da APS, visando atender suas singularidades com a segurança de um atendimento com menor possibilidade de discriminação e preconceito, é inovadora e faz com que o vínculo entre usuário do SUS e profissional da saúde seja construído. Além disso, um serviço que atende apenas esse público propicia a sociabilidade e a troca de experiências entre pessoas trans, compartilhando angústias, realizações, vivências e estratégias de cuidado.

Outra experiência diz respeito à criação de uma oficina na sala de espera de um centro de saúde da APS, que conta com a participação de profissionais do Centro de Saúde, pessoas que estão ali aguardando atendimento, ativistas LGBT e pesquisadores. Nessa experiência é possível que a população do território, bem como os profissionais, entenda o modo de vida de pessoas trans e suas demandas, reconhecendo a sua existência (BRANDÃO, 2020).

A mobilização social, descrita no estudo acima, possui grande relevância, pois aproxima profissionais de saúde e comunidade de pessoas trans, podendo gerar empatia e minimizar processos de discriminação e preconceito, como olhares constrangedores na sala de espera para o atendimento, o respeito ao uso do nome social, além de contribuir para que os profissionais de saúde conheçam as pessoas trans que vivem no território e possam ser sensibilizados para criação de estratégias e ofertas de cuidado direcionadas a essa população.

As duas experiências, apesar de serem diferentes em sua metodologia, possuem em comum a inserção da população trans nesses serviços e contribuem para sua visibilidade e para que o cuidado seja reconhecido de forma igualitária e equânime.

Ainda que o acesso aos serviços da APS por pessoas trans seja marcado por barreiras objetivas (processos de trabalho, falta de qualificação profissional e ofertas de cuidado) e subjetivas (discriminação, preconceito e invisibilidade), é possível perceber iniciativas municipais no âmbito da APS e sua divulgação pode subsidiar outras ações em saúde para outros municípios do país. Além disso, a publicação de estudos científicos pode contribuir para minimizar as barreiras de acesso subjetivas encontradas por pessoas trans através da produção de conhecimento sobre essa parcela da população, bem como de suas demandas de saúde.

Perspectivas para melhoria do cuidado da população trans na APS

Para iniciar a discussão desta seção, é preciso problematizar o número reduzido de publicações que associam a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT na APS (n=11). Acredita-se que esse processo aconteça devido a pouca visibilidade dessa população nos serviços da APS, focando o cuidado em saúde na atenção especializada e isso faz com que a população trans não seja atendida em sua integralidade e seja privada do acesso a saúde no território.

Dos 11 estudos que discutem sobre a PNSILGBT na APS, dois falam da falta de conhecimento dos profissionais da APS sobre essa política, sete estudos apontam para a dificuldade de implementação da PNSILGBT na APS, um estudo aposta que seja estratégico utilizar a PNSILGBT para aproximar a população trans dos serviços da APS e conhecer suas especificidades, e uma pesquisa afirma que após a criação da PNSILGBT houve um aumento da oferta de cuidados em saúde para população trans.

Com esses dados infere-se que, mesmo após quase uma década após sua implementação, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT ainda é pouco discutida, também, nos serviços da APS. Ainda, parece haver uma falta de incentivo a essas discussões no cotidiano, uma vez que diversos autores pontuam sobre a necessidade de ações de educação permanente que abordem o cuidado em saúde da população trans.

Os autores sugerem que é preciso a qualificação dos profissionais da APS por meio da educação permanente (n=7) e da abordagem dos temas diversidade de gênero e cuidado em saúde a população LGBT nos cursos de graduação, pós-graduação e residência. A qualificação possibilitaria a aproximação do tema e a sensibilização para o cuidado em saúde desse grupo.

É importante salientar que a PNSILGBT já prevê em um dos seus objetivos específicos a educação permanente de gestores, trabalhadores de saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde para tratar do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça/cor e território. No entanto, os estudos selecionados nessa pesquisa evidenciam que, na prática, esse movimento não acontece nos serviços da APS (BRASIL, 2011).

A mudança de concepções e práticas dos profissionais de saúde em relação a gênero e sexualidade, bem como a escuta qualificada, são duas propostas citadas pelos autores para a melhoria do atendimento que poderiam ser resolvidas com a implementação de educação permanente nos serviços da APS. Isso porque a Política de Educação Permanente envolve a qualificação técnica e tem potencial para inovar a prática cotidiana dos profissionais de saúde de modo a substituir os modelos já existentes por alternativas de cuidado que respeitem a diversidade e singularidade do público atendido (BRASIL, 2009).

Apenas um estudo aponta a representatividade LGBT nos serviços da APS para melhoria do atendimento à população trans. Acredita-se que a presença de pessoas trans que trabalhem nos serviços de saúde contribuiria para a sensibilização dos trabalhadores e, conseqüentemente, para a vinculação entre profissionais e a população trans que acessa os serviços. Ainda, poderia promover a ida de pessoas trans aos serviços de saúde, considerando que a representatividade trans contribuiria para que essa população se sentisse mais protegida da violência institucional e com maior possibilidade de atendimento de suas demandas.

A qualificação profissional, seja ela durante a graduação, especialização ou na educação permanente, é a grande aposta dos autores. A qualificação que haja é vista como um meio de sensibilização para o cuidado, para a vinculação da população trans aos serviços da APS e para a formação de profissionais como agentes transformadores sociais, contribuindo para o cuidado integral, para a diminuição da discriminação e da violência institucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo de revisão integrativa foi possível responder a pergunta “como se dá o acesso à APS pela população trans após a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT?” Afirma-se que, ainda que os estudos sejam recentes e em número reduzido, discutem ações que estão sendo realizadas com objetivo de melhorar a experiência da população trans no acesso a APS e de contribuir para o cuidado integral e livre de violência institucional.

A violência institucional e a discriminação ainda estão presentes no acesso da população trans aos serviços de saúde da APS, fazendo com que essa parcela da população não esteja vinculada à APS e não tenha seu direito a saúde garantido de forma integral. No entanto

observa-se que, após a implementação da PNSILGBT, o tema vem sendo estudado e pensado no sentido de refletir os processos de trabalho da APS e as estratégias para qualificar o atendimento da população trans, como a formação de graduandos e de profissionais já formados com educação permanente.

Espera-se com este estudo contribuir para a síntese e discussão de pesquisas científicas que tratem do acesso à saúde da população trans no âmbito da APS, bem como chamar a atenção para que outros estudos sejam realizados, visto a relevância do tema e da realização de pesquisas de revisão integrativa de literatura, contribuindo para direcionar a prática nos serviços de saúde e subsidiar estudos futuros.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Bruno Alves. **Cuidado à população LGBT: iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro**. 2020. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 128 p.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília: SENAD, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de outubro de 2011. Seção 1, nº 204, p. 48-55. Brasília, 2011.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2836**, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

FACCHINI, Regina. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a arena do movimento LGBT brasileiro. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v.3, n.4, p-131-158. 2009

GANONG, Laurence. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. v 10, n 1, p. 1-11. 1987.

GEISLER, Adriana Ribeiro Rice; REIS, Valéria Lagrange Moutinho; SPERLIN, Stephan. Cidadania e democracia sanitária: refletindo sobre o direito à saúde da população “trans” numa perspectiva de integralidade. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit**. v.2, n.2. 2013.

LIMA, Fátima; CRUZ, Kathleen Tereza da. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. **Sex Salud Soc**. v 23, p. 162-86. 2016.

MAGALHÃES, Luiza Gomes. **Barreiras de acesso na Atenção Primária à Saúde à travestis e transexuais na região central de São Paulo**. Dissertação (mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 134 p. 2018.

MELLO, Luiz; BRITO, Walderes; MAROJA, Daniela. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cad Pagu [internet]**. v.39, n 1, p. 403-29. 2012.

SOUZA, Andréia Carvalho Jambreiro de. **Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil**. 2018. 200f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

NATALINO, M.A.C. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil(2002-2022)**. [internet]. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica; 2016.

REIS, Pamela Suellen de Oliveira et al. Transfobia velada: sentidos produzidos por enfermeiros (as) sobre o acolhimento de travestis e transexuais. **Rev Fund Care Online**. v.13, p. 80-85. 2021.

ROCON, Pablo Cardoso et al. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface (Botucatu)**. 2019; v 23, p. 1-14. 2019.

ROGERS, João; TESSER-JÚNIOR, Zeno Carlos; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; KOVALESKI, Douglas Francisco. Pessoas Trans na Atenção Primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. **Sau. & Transf. Soc.** v 7, n 3, p.49-58. 2016.

SILVA, Feliciale Pereira da; FRAZÃO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Health practices by teams from Street Outreach Offices. **Cad Saúde Pública**. v 30, n 4, p. 805-14. 2014.

SOUZA, Andréia Carvalho Jambreiro de. **Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil**. 2018. 200f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

8.2 Trans(ições): caracterização sociodemográfica das mulheres trans em situação de rua da Regional Noroeste

Foram entrevistadas nove mulheres, com idade entre 25 e 37 anos. A Tabela 1 apresenta a caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres trans entrevistadas. Ao iniciar a entrevista com a primeira mulher e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ressaltando que sua identidade não seria revelada, ela questionou e pediu que seu nome

fosse exposto no trabalho. Então, solicitei que ela escolhesse um nome e justificasse a escolha. A partir daí, esse procedimento foi adotado em todas as entrevistas.

Gabrielly e Mila afirmaram que a escolha do nome fictício foi por acharem o nome bonito. Já Catarina, se inspirou em uma bruxa famosa, enquanto Senhora Bracho faz referência a uma personagem da novela “A usurpadora”. Mãe afirma que escolheu o nome por sentir muita falta de sua mãe e por se sentir mãe de outras pessoas que também vivem em situação de rua. Priscila contou que esse era o nome que ela usava quando era trabalhadora sexual, e Loh e Lorys, que são amigas, afirmaram que acham o nome fofo e carinhoso. Lady Butterfly disse que a escolha foi por se sentir uma borboleta livre e por gostar de borboletas.

Tabela 3 - Caracterização das mulheres trans entrevistadas quanto a variáveis sociodemográficas, Belo Horizonte - MG, 2023

IDENTIFICAÇÃO	GÊNERO	IDADE (ANOS)	NATURALIDADE	RAÇA/COR	TEMPO DE VIDA NAS RUAS (ANOS)	PONTO DE FIXAÇÃO	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	RENDA	BENEFÍCIO SOCIAL	ACESSO À ASSISTÊNCIA SOCIAL
Gabrielly	Transexual	27	Cruzeiro-SP	Parda	4	Centro de BH/Abrigo São Paulo/CIAM	Fundamental completo	Não possui	sem renda	Não possui	Não acessa
Catarina	Mulher trans	28	Capão Redondo-SP	Branca	2	Igreja Boa Viagem/CIAM	Fundamental completo	Não possui	R\$ 600,00	Bolsa Família	Serviço de Abordagem Social
Lorys	Travesti	27	Belo Horizonte-MG	Parda	1,5	Igreja Boa Viagem/CIAM	Ensino médio incompleto	Não possui	R\$ 600,00	Bolsa Família	Não acessa
Mila	Transgênero	31	Caravelas-BA	Preta	3	Igreja Boa Viagem/CIAM	Superior incompleto (ed. física)	Não possui	R\$ 710,00	Bolsa Família e Vale gás	Não acessa
Priscila	Travesti	37	Belo Horizonte-MG	Preta	10	Abrigo São Paulo/CIAM	Fundamental completo	Não possui	R\$ 600,00	Bolsa Família	Abrigo São Paulo
Loh	Travesti	25	Paranaguá-PR	Branca	2	Igreja Boa Viagem/CIAM	Fundamental incompleto	Não possui	R\$ 600,00	Bolsa Família	Não acessa
Mãe	Mulher trans	36	Arataca-BA	Parda	10	Abrigo Tia Branca	Fundamental incompleto	Não possui	R\$ 600,00	Bolsa Família	CRLGBT/Abrigo Tia Branca
Senhora Bracho	Garota trans	36	Belo Horizonte-MG	Amarela	10	Santo Antônio/Gutierrez	Fundamental completo	Vendedora ambulante	R\$ 1.000,00	Bolsa Família	Serviço de Abordagem Social
Lady Butterfly	Travesti	31	Camacá-BA	Preta	20	Praça Boa Viagem/CIAM	Fundamental completo	Não possui	R\$ 600,00	Bolsa Família	Abrigo São Paulo/CRLGBT

Com relação à identidade de gênero, por ser autorreferida, foram consideradas todas as denominações trazidas pelas mulheres: transexual (n=1), transgênero (n=1), garota trans (n=1), mulher trans (n=2) e travesti (n=4). Apesar de a entrevista não abordar especificamente as diferenças entre as identidades de gênero, Lady Butterfly aborda essa questão ao ser perguntada sobre o processo de transição de gênero:

Eu já nasci assim. Com 14 anos eu descobri que eu gostava era de homem. Só nunca quis ser transitada, sempre travesti. Porque tem diferença de trans pra travesti. Trans porque já é transitada. E eu sou travesti. Eu me traveco. Tem diferença, né?! Travesti pra trans. A diferença é que trans botou peito e botou bunda, eu não. Se eu tirar a roupa eu vou ficar um homem. Aí eu sou travesti, eu me traveco (Lady Butterfly).

A variável raça/cor também é autodeclarada, tendo sido entrevistadas três mulheres pretas, três mulheres pardas, duas mulheres brancas e uma mulher amarela. De acordo com Jesus (2017), em sua escrivência sobre invisibilidade trans e interseccionalidades, mulheres trans pretas são mais acometidas pelo transfeminicídio:

E, quando se analisa a transgeneridade junto com raça/etnia, pode-se perceber outras produções de violência. Eu costumo a pensar que as violências direcionadas às mulheres trans negras não são somadas, mas, sim, multiplicadas. Nós sofremos muito mais opressões que as mulheres trans não-negras, principalmente, as brancas. Tanto a transfobia, quanto o racismo e o machismo vão nos atingir de forma muito mais perversa e violenta (JESUS, 2017: 131p).

Assim, infere-se que ser mulher trans, preta e em situação de rua faz com que essas pessoas estejam ainda mais expostas aos processos de violência de gênero e transfobia, prejudicando sua saúde e bem-estar físico, psíquico e social, e colocando ainda mais suas vidas em risco.

Três das entrevistadas são de Belo Horizonte e seis de municípios de três outros estados (Bahia, São Paulo e Paraná). Essas saem de sua cidade natal para buscar oportunidades em outro estado, como conta Catarina:

Porque eu já tinha vindo várias vezes antes. E eu vi que aqui é maravilhoso, assim, pelo lado da pessoa conseguir tudo que quer. Quando eu cheguei aqui, não foi nem um mês que eu tava aqui em BH, eu consegui meu RG, meu CPF, minhas coisas tudo, entendeu? Eu consegui tudo que eu precisava (Catarina).

O tempo de vida nas ruas varia entre 1 ano e 6 meses e 20 anos (média de 7 anos). O ponto de fixação é o local onde as mulheres ficam a maior parte do tempo e/ou possuem suas malocas. Nenhuma mulher entrevistada afirmou ter maloca ou dormir na Regional Noroeste; algumas permanecem no CIAM durante o dia, quando são atendidas pela equipe de

Consultório na Rua (n=6). A maioria, ao sair do CIAM, vai para o seu ponto de fixação à noite, localizado na Regional Centro Sul ou na Regional Norte (n=8).

Três entrevistadas possuem ensino fundamental incompleto, cinco, ensino fundamental completo e uma, ensino superior incompleto. A renda variou entre R\$ 0,00 e R\$ 1.000,00, sendo a média R\$ 590,00. Apenas uma mulher afirmou ter vínculo informal de trabalho como vendedora ambulante, as demais afirmaram não ter nenhum trabalho ou ocupação no momento da entrevista. De acordo com a literatura, a baixa escolaridade das mulheres trans está associada à saída precoce da escola em decorrência do preconceito e da discriminação (SILVA et al., 2015).

As entrevistadas relataram que a dificuldade de conseguir um emprego formal impede a aquisição de recursos para alugar uma casa e sair do contexto da rua. Afirmam que procuram incessantemente por trabalho, no entanto atribuem a discriminação e o preconceito à dificuldade de conseguir um emprego formal. Apontam, ainda, para a importância de políticas públicas voltadas para a capacitação e inclusão de pessoas trans no mercado de trabalho. Assim, como discutido por Caputo (2018), a violência mais comum enfrentada no trabalho pelas entrevistadas é a discriminação durante a procura por um emprego ou para a sua permanência.

Todas as mulheres entrevistadas acessam o CIAM, sendo que oito delas possuem o benefício Bolsa Família. Apesar disso, apenas cinco mulheres referiram acessar algum tipo de serviço específico da assistência social, como abrigos e o Serviço de Abordagem Social, sugerindo que o acesso ao benefício também pode ter sido obtido a partir do apoio do CIAM, serviço que conta com profissionais da área da assistência social.

Observa-se que a população trans em situação de rua, além de ser vulnerabilizada pela identidade de gênero, ainda é vulnerabilizada pelo contexto social em que está inserida, em função do racismo, da falta de oportunidade de trabalho e de capacitação, da falta de moradia e de acesso aos serviços públicos.

8.3 “Primeiro o atendimento é pra população, depois é pros moradores de rua”: acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde

As mulheres trans entrevistadas acessam o centro de saúde da APS, em geral, quando estão muito doentes, para realização de testes rápidos de ISTs, encaminhamentos para serviços da atenção secundária ou para atendimento odontológico pontual, não realizando

acompanhamento longitudinal ou criando vínculo com o serviço de saúde. Loh conta sobre o bom atendimento odontológico no Centro de Saúde:

E o dentista lá é legal. Ele é gente boa e o atendimento é rapidinho (Loh).

A população trans, ainda que não esteja em situação de rua, encontra barreiras para acessar os serviços de saúde da APS, o que faz com que procurem o serviço eventualmente. Barreiras como o preconceito e a discriminação em decorrência da identidade de gênero e a falta de conhecimento sobre o atendimento específico dessa população as afastam dos serviços da APS (ROGERS et al., 2015; AMORIM E TEIXEIRA, 2017; MAGALHÃES, 2018; MORAES E SILVA, 2020).

As entrevistadas relataram que o tempo grande de espera para o atendimento, o preconceito e a discriminação por serem pessoas em situação de rua e trans são as principais dificuldades encontradas no atendimento do centro de saúde:

Ah, tem hora que é bom e tem hora que não é bom não. Tem hora que eles fazem muita hora, demora demais com as coisas, entendeu?! Não sei se é porque a gente é morador de rua né?! Ah amiga, não sei. Talvez por causa de ser discriminação por ver que a gente mora na rua, que a gente é trans (Loh).

Ah, porque a gente chega no horário que eles pedem e a gente fica mais duas horas esperando, sendo que é uma coisa super básica. Igual eu fui consultar e não pude pegar meus remédios no mesmo dia, eu tive que pegar no outro dia. Em alguns lugares os médicos fazem descaso com a gente. Ainda mais a gente que já mora na rua, eles fazem descaso com a gente, entende?! Eles só olham quando tá nas últimas mesmo (Lorys).

Lá eles olham a gente estranho, fora que eles não gostam de morador de rua... Olhares e o modo de tratar. Tipo falaram assim “sente longe porque aqui não pode, não pode transitar aqui fora. Sente ali até te chamar.” Isso acontece por preconceito e falta de profissionalidade deles por ser morador de rua (Senhora Bracho).

É preciso que os processos de trabalho nos serviços da APS sejam adequados para o atendimento a essa população e os profissionais sejam capacitados. A capacitação dos profissionais de saúde sobre identidade de gênero, Política Nacional de Saúde Integral LGBT e cuidado dessa população no âmbito da APS deve ser realizada durante a graduação e na formação permanente, ao longo da atuação dos/as trabalhadores/as nos serviços. Ainda, alguns autores apontam que ter profissionais trans nos serviços faz com que essas pessoas se sintam mais acolhidas e tenham suas demandas compreendidas (SEHNEM et al., 2017; AMORIM E TEIXEIRA, 2017; BRANDÃO, 2020; FERREIRA, 2022).

Além disso, o sentimento de não pertencimento ao serviço de saúde e a invisibilidade estão presentes no cotidiano de acesso ao centro de saúde, como relata Lady Butterfly:

Deus é mais! Ali eles deixam a gente um ano esperando o atendimento. Primeiro o atendimento é pra população, depois é pros moradores de rua. Se tiver! (Lady Butterfly).

Esse sentimento está associado à dificuldade de atendimento das suas especificidades, bem como a discriminação por ser mulher trans e viver em situação de rua.

Vergueiro (2017) faz uma análise sobre o atendimento de saúde na atenção básica para população trans em que os profissionais de saúde se sentem autorizados a não ter competência ou interesse sobre o cuidado com corpos trans, conferindo esse cuidado apenas à atenção secundária e ao processo transexualizador. Para ela, essa concepção faz com que exista uma patologização da transexualidade e dificulta o cuidado em saúde integral dessa população, fazendo com que o acesso aos serviços da APS seja, muitas vezes, repleto de violência e constrangimento.

O desrespeito ao uso do nome social foi mencionado por Priscila, com os olhos marejados, como uma situação que causa constrangimento, tristeza e raiva.

É, porque lá no posto eu obrigo a me chamarem pelo nome social na portaria, preciso brigar! (Priscila).

O reconhecimento da identidade de gênero e o uso do nome social estão previstos no Decreto nº 8.727, instituído em abril de 2016. Além disso, o decreto proíbe o uso de termos pejorativos e discriminatórios associados a pessoas trans. No entanto, sete anos depois da publicação do decreto, as mulheres trans sofrem violência institucional e precisam brigar para que o seu direito seja reconhecido nos Centros de Saúde da APS.

A eCR Noroeste, que as mulheres trans encontram no CIAM ou nas ruas, foi referida por elas como apoio para o encaminhamento/acompanhamento a outros serviços da saúde – vacinação, realização de testes rápidos e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis – e da assistência social.

Elas relataram que os profissionais do Consultório na Rua perguntam sobre sua situação de saúde, fazem uma escuta acolhedora e pontuam sobre cuidados em saúde, além de ofertar insumos, como doces, soro fisiológico, preservativos e água:

Eles perguntam da nossa saúde, se a gente tá bem, dos exames de quem precisa se tá fazendo tudo bonitinho, eles ficam acompanhando. Se precisar de remédio eles fazem o corre junto com a pessoa e entregam o remédio. Vamos supor, se eu tô lá na minha barraca e eu tô precisando do

remédio. Se eles conseguem o remédio aqui, eles têm a capacidade de ir lá na minha barraca me entregar. Tem vez que eles andam o centro todo atrás da pessoa que tá precisando, eles acham e entregam o remédio. Isso é que é serviço bem-feito (Lorys).

Perguntam se eu tô bem, se tiver vacina eles dão, se eu tiver doente eles procuram me levar no posto, no hospital...enfim, o atendimento é nota 1000, só deveria expandir os profissionais (Senhora Bracho).

Eles falam de saúde, que tem que usar preservativo... é bem o atendimento deles, eu gosto. Dá encaminhamentos se a gente precisa, dá passe pra pagar passagem... é bem o acompanhamento deles. Eles me atendem na rua (Priscila).

Ah, eles fazem de tudo pra gente. Dá atenção, dá conselho, incentiva a gente a ir nas coisas pra cuidar da saúde da gente. Dá até uma pipquinha, um docinho... adoro! Igual, eles que me levaram lá em cima no posto da Pedreira pra tirar o sangue pra fazer exame de sangue... me levou e depois me trouxeram de volta. Eles são atenciosos demais com a gente (Loh).

As mulheres referem que o atendimento dos profissionais do Consultório na Rua é livre de discriminação, como relatado por Gabrielly:

Olhá lá, eles sentam no meio de todo mundo, sentam no meio da rua, sentam na calçada no meio de todo mundo e não têm preconceito. Não tem essa com ninguém. Diferente de alguns lugares que a gente chega e o povo já se afasta. É totalmente diferente. Entende?! (Gabrielly).

Uma participante afirmou encontrar a equipe com pouca frequência, enquanto outra citou o número reduzido de trabalhadores como dificuldades enfrentadas no atendimento do Consultório na Rua. Apenas uma mulher afirmou receber atendimento regular e longitudinal da eCR, apesar de todas procurarem atendimento da equipe quando precisam de atendimento de saúde. O acompanhamento longitudinal é importante para continuidade do cuidado e está previsto nos objetivos da Política Nacional de Atenção Básica, bem como nos objetivos da Política de criação das equipes de Consultórios na Rua.

No entanto, alguns dificultadores podem ser impeditivos para que se concretize a longitudinalidade. A grande circulação da PSR pelo município é um dos dificultadores mencionados na literatura e pode dificultar o acompanhamento longitudinal, uma vez que os encontros podem ser menos frequentes devido a dinâmica da rua (MACHADO, 2021).

No que diz respeito ao processo de transição de gênero, nenhuma mulher afirmou ter buscado os serviços da APS ou outro serviço da saúde no início do processo e, quando fazem uso de hormônios, realizam automedicação e os compram sem receita médica. Uma das participantes contou que foi ao centro de saúde com encaminhamento do CIAM para “entrar

na fila da hormonização”, mas ainda não havia tido retorno e não conhecia o fluxo para o atendimento especializado.

Ainda sobre o processo de transição de gênero e hormonização, todas as mulheres referiram não saber sobre o fluxo de atendimento para chegada ao ambulatório trans do Hospital Eduardo de Menezes no município, equipamento do SUS que oferta o processo transexualizador no município de Belo Horizonte. O desconhecimento do fluxo de atendimento em rede para o processo transexualizador e o distanciamento dessas pessoas do centro de saúde da APS é o que provavelmente contribui para o elevado uso irregular de hormônios sem prescrição médica. De acordo com a literatura, pessoas trans que fazem uso de altas doses de hormônios sem acompanhamento multiprofissional possuem maior risco de serem acometidas por doenças do sistema cardiovascular, podendo levar a óbito (BRASIL, 2011).

Um dos objetivos específicos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT é o direito de acesso ao processo transexualizador, que se inicia na APS. Além do alto índice de hormonização sem acompanhamento médico, muitos profissionais da APS não conhecem o fluxo de atendimento para orientar a população trans. Assim, além de serem discriminadas e não terem suas especificidades atendidas, as pessoas trans também são privadas de receber orientação sobre o processo transexualizador, o que culmina na violação de direito à saúde de forma integral, igualitária e equânime, conforme previsto nos princípios do SUS (BRASIL, 2011; SOUZA, 2018).

Até mesmo o Consultório na Rua, que conhece e atende essas mulheres, não orienta ou trata do processo transexualizador, que faz parte da vida da maioria das mulheres entrevistadas. A eCR é o serviço da APS que está mais presente para essas mulheres e, ainda que a maioria delas não o encontre com regularidade, há a construção de vínculo e elas o têm como estratégia de atendimento à saúde. Por isso, é preciso que esse serviço também ofereça acompanhamento sistemático das mulheres trans, reconhecendo suas especificidades e as atendendo de forma integral.

8.4 Uma questão de sobrevivência: estratégias de cuidado em saúde e proteção no contexto da rua

A maioria das mulheres busca o CIAM para realização de autocuidado e para acompanhamento ao Centro de Saúde como forma de agilizar e convencer os demais profissionais da necessidade do atendimento. Além disso, relataram recorrer ao Consultório

na Rua para atendimento de saúde na rua ou para conversar sobre acontecimentos de suas vidas. As entrevistadas falaram sobre como se sentem e o que significa o apoio desses serviços:

Eu me sinto uma pessoa, como se diz, que tem casa, que é atendida na hora certa, que é tratado igual a sociedade toda trata todo mundo, me sinto grande (Lorys).

Pra mim é tudo, né gata?! Ainda mais eu que não tenho parente nenhum da família, não converso com ninguém. Eu me sinto feliz, né amiga?! Pelo menos a gente vê que ainda tem pessoas boas no mundo (Loh).

Me sinto bem, feliz. Tem alguém do seu lado, pra te ajudar... faz diferença porque atende mais rápido se você for com alguém daqui. Eu vejo bem, faz a diferença. Faz bem saber que tem onde recorrer, pra te ajudar (Priscila).

Eu me senti bem. A gente precisa né?! Por a gente tá em situação de rua, o que a gente mais precisa é cuidar da saúde. Então eu me senti bem de saber que tem pessoas ainda que sabem fazer pelo próximo, que tem pessoas ainda que tem o reconhecimento (Gabrielly).

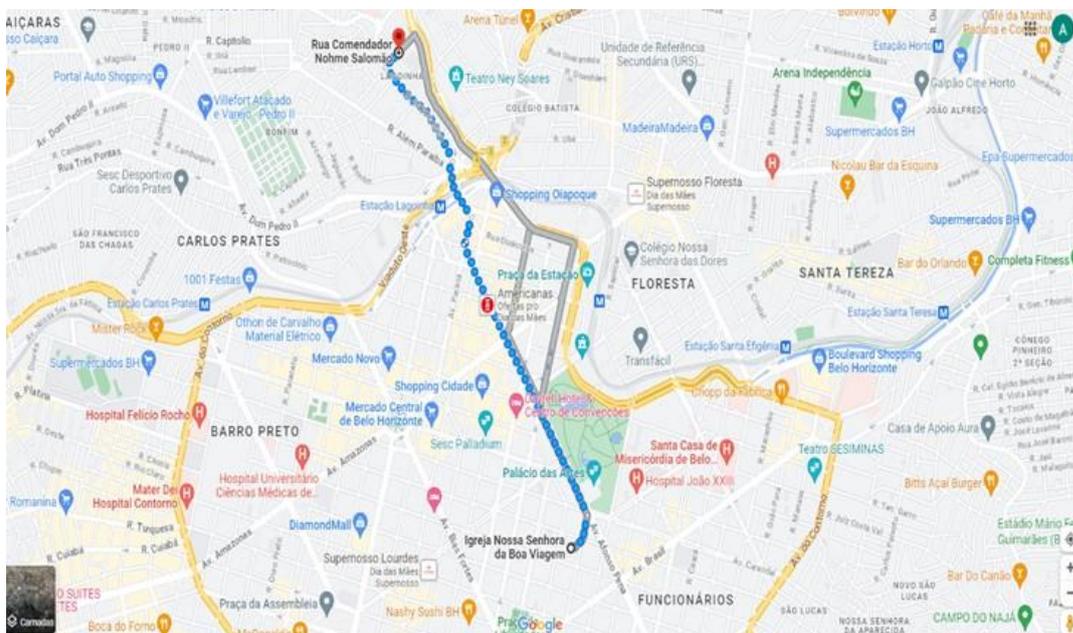
Só gratidão, carinho... porque se não fosse o CIAM e minha tia eu não sei o que seria de mim, não. Me sinto amada e alegre (Senhora Bracho).

Esses serviços são estratégias de cuidado não somente físico, mas, também, de saúde mental e de cidadania. Além de higiene pessoal, o CIAM oferece descanso, alimentação, hidratação, atendimento técnico, acompanhamento ao centro de saúde, articulação de cuidados com o Consultório na Rua e proteção contra violência. O Consultório na Rua é o serviço procurado por elas para o atendimento de saúde e para o acompanhamento ao Centro de Saúde da APS.

Duas mulheres relataram ter familiares na Lagoinha- região que possui bairros antigos e periféricos do município de Belo Horizonte com população de baixa renda e grande aglomerado de favelas- a quem procuram em situações emergenciais. Apenas uma mulher referiu ter boa relação e contato frequente com uma tia.

Uma mulher afirmou buscar o atendimento do Centro de Referência em Saúde Mental da Regional Centro Sul, onde encontra acolhimento e é encaminhada para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou para o centro de saúde. Outras duas afirmaram buscar abrigo para pernoite como estratégia de cuidado em saúde; outra disse ter boa relação com as assistentes sociais do abrigo, que é quem procura para conversar sobre acontecimentos da vida.

Apenas uma mulher trans afirmou ter apoio de uma amiga, também trans, que a acompanha há vários anos. Ao notar que o ponto de fixação é o mesmo para a maioria dessas mulheres, perguntei a uma delas se poderia visitá-las. O local é nas proximidades da Igreja Boa Viagem- há 2,9 km de distância do CIAM e 44 minutos no trajeto a pé- e ela afirma que, após uma discussão, todas haviam se mudado para o viaduto Nansen Araújo, na Regional Noroeste, um dos viadutos do complexo da Lagoinha, localizado na avenida Antônio Carlos.



Fonte: Google Maps

Figura 6- Trajeto da Praça da Boa Viagem ao CIAM

No dia da visita, encontrei Gabrielly, Catarina e Lorys em suas malocas, fazendo as unhas e alimentando dois filhotes de cachorro com uma mamadeira de leite. Elas me convidaram para conhecer as malocas e explicaram a organização: em uma maloca fica Lorys, em outra Gabrielly, ao lado fica Catarina e, na última, Lady Butterfly que, mesmo tendo conseguido recentemente uma vaga no abrigo Maria Maria, dorme ali algumas noites. O abrigo Maria Maria fica há aproximadamente dois minutos a pé do viaduto Nansen Araújo.

Lorys contou também que, após um ano e quatro meses vivendo em situação de rua nas proximidades da Praça da Boa Viagem, na região Central da cidade, havia um mês que tinha decidido se mudar para o complexo da Lagoinha devido à violência policial sofrida após denúncia de um padre da Igreja Boa Viagem. Desde quando foi morar lá, já aconteciam

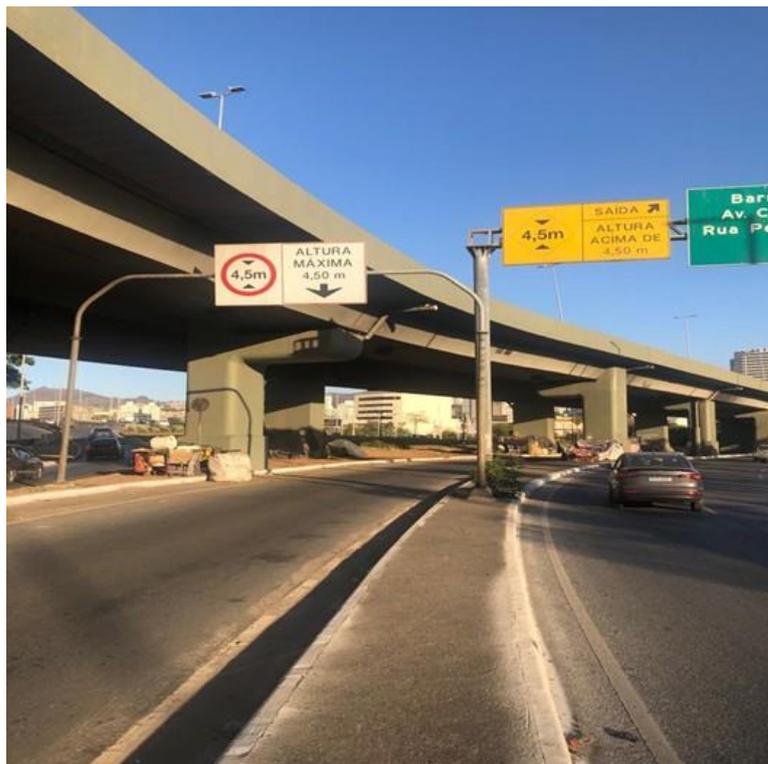
episódios como esse, no entanto moradores de prédios ao redor intervinham para que ela e as companheiras continuassem ali. Para Lorys, esse apoio se dava por elas protegerem o local e trazerem mais segurança para os moradores do prédio. Porém, as abordagens policiais aumentaram e ela, cansada, mudou-se para o local atual.

Já Catarina, além da violência policial, teve um conflito no local e, por isso, decidiu sair de lá. As três mulheres disseram que a Praça da Boa Viagem era o local de maior acesso à alimentação (por doação) e para manguear⁵ outros insumos e dinheiro. Além disso, os moradores do prédio eram acolhedores e tentavam protegê-las das abordagens policiais.

Quatro amigas de Lorys conseguiram o benefício bolsa moradia e, na época das entrevistas, esperavam que ela e outra amiga também conseguissem para alugarem uma casa e construir uma organização exclusiva de mulheres trans. Lorys disse que só estava tranquila no viaduto Nansen Araújo porque Gabrielly tinha grande influência por lá, o que as protegeria da violência. Ainda assim sente medo de ser atropelada enquanto dorme, uma vez que o viaduto fica na Avenida Antônio Carlos. As quatro mulheres afirmaram que sentem menos medo de ficar na rua por estarem juntas, estratégia que utilizam para se cuidar.

A experiência dessas mulheres evidencia a violência que elas sofrem por serem pessoas trans e estarem em situação de rua, o que requer a adoção de estratégias próprias de cuidado e proteção diante da insuficiência de políticas públicas de assistência social, saúde, segurança e moradia. Outro estudo realizado em Belo Horizonte também constatou que a população trans em situação de rua utiliza a estratégia de agrupamento entre os iguais para se proteger da violência e para suprir suas demandas (MENDES, 2018).

⁵ Termo utilizado para pedir algo a alguém.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 7 - Imagem do Viaduto Nansen Araújo

As estratégias de cuidado citadas pelas mulheres trans nessa pesquisa remetem ao conceito de Itinerários Terapêuticos, tidos como a construção de caminhos realizados por pessoas vulnerabilizadas para cuidar de sua saúde biopsicossocial. Esses caminhos estão para além dos trajetos tradicionalmente feitos pela população em geral e/ou previsto em políticas públicas, e estão diretamente ligados à história e experiência de vida do sujeito, o contexto em que está inserido e a condição socioeconômica (GERHARDT, 2006).

A população trans em situação de rua entrevistada nesta pesquisa constrói itinerários para o cuidado em saúde para além das políticas públicas existentes quando se agrupam entre si, buscando se protegerem da violência e para compartilhar suas histórias e vivências. Além disso, buscam o CIAM para encaminhamento ao CS e à eCR quando estão doentes, como forma de assegurarem que o atendimento irá acontecer e os profissionais irão acreditar na necessidade de suas demandas.

Em contrapartida, por viverem em situação de rua, em situação de pobreza, lidando cotidianamente com a discriminação e a exclusão social, outros caminhos para a construção de cuidado ficam mais difíceis de serem acessados, como a ajuda de familiares e outras pessoas do território.

Apesar dos relatos sobre as estratégias de cuidado virem acompanhados de violação de direitos humanos, a existência de serviços como o CIAM e as eCR, contribui para a chegada dessas pessoas ao centro de saúde, onde o atendimento acontece com a oferta de cuidados pontual. A eCR, ainda que não acompanhe de forma longitudinal todas as mulheres entrevistadas, é um serviço procurado por elas e que realiza ações de saúde no contexto da rua, além de acompanhá-las ao Centro de Saúde da APS para atendimento conjunto.

8.5 Análise integrada entre o artigo de revisão integrativa e o resultado das entrevistas

O artigo de revisão integrativa foi elaborado concomitantemente à coleta de dados e escrita da dissertação. Esse processo contribuiu para a análise dos dados das entrevistas e para associar a literatura encontrada com os relatos de cada mulher.

Apesar do recorte da pesquisa de revisão integrativa ser a população trans em geral, percebeu-se que as mulheres trans entrevistadas sofrem as mesmas violências ao acessarem os serviços da APS. No entanto, possuem o agravante de viverem em situação de rua, o que afasta ainda mais essas pessoas dos serviços da APS e faz com que elas vivam constantemente sob violação de seus direitos.

As interseccionalidades de gênero e classe estão presentes no cotidiano dessas pessoas e é um fator que dificulta a chegada aos serviços da APS, contribuindo para piores condições de saúde. Isso acontece porque pessoas trans que vivem nas ruas estão em situação de pobreza e enfrentam, diariamente, a exposição climática - como chuva, calor e frio intensos -, além da dificuldade de se alimentar, de realizar higiene pessoal e por estarem mais expostas à violência de gênero (ROGERS et al., 2016).

Nas entrevistas, observa-se que as adversidades citadas acima fazem parte do cotidiano dessas mulheres. O CIAM, reportado por várias participantes como um serviço que as apoia diretamente no autocuidado, na proteção contra as condições climáticas e na segurança em relação à violência nas ruas, caracteriza-se como uma estratégia para melhoria da saúde, além de contribuir para o acesso aos serviços da APS, por acionar a equipe do CnaR e acompanhar essas mulheres aos centros de saúde para atendimento.

Além disso, o Consultório na Rua, apesar de não acompanhar todas as mulheres de forma longitudinal, é um serviço presente para essas mulheres e seus profissionais possuem conhecimento e sensibilidade para prestar cuidado às pessoas sujeitas às singularidades do viver nas ruas. Dessa forma, acredita-se que o investimento em políticas públicas para o

atendimento das necessidades específicas de pessoas trans em situação de rua é fundamental para o acesso aos serviços da APS, incluindo as equipes de CnaR.

Outro ponto comum entre esta pesquisa e os estudos selecionados na revisão integrativa é como se dá o acesso aos centros de saúde da APS por mulheres trans. As mulheres trans em situação de rua entrevistadas relatam que sofrem discriminação e preconceito por serem mulheres trans - quando são chamadas pelo nome de registro - e os estudos de revisão integrativa apontam que essa situação também ocorre, gerando sentimentos de raiva, tristeza e indignação (PEREIRA e CHAZAN, 2019; REIS et al., 2021).

No entanto, em relação à população trans em situação de rua, não foi encontrada nenhuma pesquisa durante a revisão integrativa que abordasse especificamente o acesso desse grupo à APS, incluindo os centros de saúde e o Consultório na Rua. Esse fato reforça o ineditismo deste estudo e a contribuição para a visibilidade das especificidades de mulheres trans em situação de rua e para a necessidade de criação de políticas públicas para essa população.

Os processos de violência institucional vivenciados por mulheres trans em geral e por aquelas que estão em situação de rua dificultam o acesso aos centros de saúde da APS. As mulheres entrevistadas nesta pesquisa afirmam que a procura pelo centro de saúde é pontual, ocorrendo apenas quando estão muito doentes, para a realização de encaminhamento a serviços da atenção secundária e/ou para o atendimento direcionado a infecções sexualmente transmissíveis, corroborando com os achados dos estudos da revisão integrativa (SEHNEM et al., 2017; AMORIM E TEIXEIRA, 2017; GOMES, 2019).

Essa informação faz refletir sobre o modelo biomédico, que compreende o corpo trans apenas pela necessidade de realizar o processo transexualizador com o uso de hormônios e cirurgia de redesignação, além da visão estigmatizada de que essa população é mais propícia a ser contaminada por infecções sexualmente transmissíveis. Essa concepção prejudica o acesso aos serviços da APS, bem como o atendimento integral à saúde dessa população, pois desconsidera as necessidades sociais, de saúde mental, saúde bucal, dentre outras intervenções de promoção à saúde e prevenção a doenças (REIS et al., 2021).

Dessa forma, percebe-se que os achados da revisão integrativa corroboram com os relatos das mulheres trans entrevistadas neste estudo, apontando para a necessidade de melhorias nos atendimentos da população trans no âmbito da APS, bem como para ações que visem garantir o acesso a esses serviços de forma igualitária, equânime e universal, conforme previsto nas referências legais existentes.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES

A pesquisa realizada evidencia que as mulheres trans em situação de rua sofrem violência institucional nos serviços da APS. A discriminação, o preconceito, o desrespeito ao uso do nome social, o atendimento pontual sem vinculação com os profissionais e com o serviço, e o sentimento de não pertencimento aos centros de saúde da APS estão presentes no cotidiano dessa população.

Esses resultados levam a refletir sobre o desenvolvimento de estratégias para diminuir a discriminação e o preconceito nos serviços da APS, e para que a inclusão dessa população nesses serviços aconteça de forma longitudinal e integral, seja através das equipes do Consultório na Rua ou quando ela chega nos centros de saúde de forma espontânea. Para que isso aconteça, a formação de profissionais sobre temas como: identidade de gênero, Política Nacional de Saúde Integral LGBT e o cuidado de corpos que não se estabelecem a partir dos padrões heteronormativos e binários de gênero faz parte do caminho para a garantia do direito à saúde dessa população.

A partir desta pesquisa, como contribuição para o avanço do cuidado em saúde de mulheres trans em situação de rua no município de Belo Horizonte, no âmbito da APS, sugere-se pensar estratégias para construção de vínculo e inserção das mulheres trans nos centros de saúde. Dessa forma, acredita-se que investir na educação permanente pode contribuir para que os trabalhadores desse serviço conheçam as especificidades dessa população e ofereçam um cuidado que atenda suas demandas de forma mais adequada e respeitando suas especificidades.

Além disso, sugere-se que as eCR contribuam, através de reuniões regulares de matriciamento, para que os profissionais do centro de saúde compreendam as especificidades e demandas da população trans em situação de rua. Ainda, através da discussão dos casos nas reuniões de matriciamento, é possível construir, através da perspectiva multiprofissional, estratégias de cuidado pautadas na individualidade e integralidade do indivíduo.

As mulheres trans entrevistadas sabem da existência do Consultório na Rua Noroeste e buscam apoio quando precisam de atendimento de saúde, embora o cuidado longitudinal aconteça para a minoria delas. Recomenda-se refletir sobre o atendimento longitudinal e regular dessa população, reorganizando fluxos de atendimento e ofertas de cuidado no contexto da rua pela eCR, possibilitando que o cuidado seja pensado e construído de forma a prevenir doenças e promover saúde, não apenas de forma pontual.

A estratégia de cuidado em saúde que aparece com maior frequência na fala das entrevistadas é o apoio do CIAM. Esse serviço é muito importante no que se refere à proteção contra violência, acolhimento de suas necessidades, além de possibilidades de sociabilidade e de autocuidado. Mesmo se tratando de um serviço vinculado à segurança pública, o CIAM conta com a presença de profissionais da saúde e da assistência social.

Dessa forma, entende-se que, apesar da existência da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, é preciso pensar na sua implementação nos processos de trabalho dos serviços da APS e, assim, fortalecer as políticas públicas existentes, além de promover a criação de políticas específicas para a população trans.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith.; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. 108 p.

AMORIM, Juliana de Freitas; TEIXEIRA, Éneas Rangel. Atendimento das necessidades em saúde das travestis na atenção primária. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 759-773. 2017.

ANDRADE, Luís Aureliano Gomes de Andrade; SANTOS, Manoel Leonardo. O município na política brasileira: revisitando Coronelismo, enxada e voto. In: AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio (Org). **Sistema Político Brasileiro: uma introdução**. São Paulo: Editora Unesp; 2004. p. 205-218.

ARGILES, Mariglei dos Santos. **População adulta em situação de rua: da invisibilidade social ao direito a ter direitos**. 2012. Dissertação (mestrado em Política Social)- Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

AZEREDO, Yuri Nishijima. **Saúde Coletiva e Filosofia: contribuições de Hannah Arendt para o debate de humanização**. 2017. Dissertação (mestrado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BARATA, Rita Barradas et al. Health social inequality of the homeless in the city of São Paulo. **Saúde Soc**, v. 24, n. 1, p. 219-32. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Lisboa Edições, 2016. 230 p.

BASTOS, Fernando. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacionais e brasileira. In: BASTOS, Fernando; I.; KARAM Maria Lúcia;

MARTINS, Samir Moraes. **Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Redutores de Danos. 2003.105 p.

BENEDETTI, Marcos Renato. **Toda feita: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 144 p.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 254 p.

BENTO, Berenice. **O que é transexualidade**. São Paulo. Brasiliense, 2008. 111 p.

BORDIGNON, Juliana Silveira et al. Adultos em situação de rua: acesso aos serviços de saúde e constante busca pela ressocialização. **Rev Contexto Saúde**. v 10, n 20, p 629-34. 2011.

BRANDÃO, Bruno Alves. **Cuidado à população LGBT: iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro**. 2020. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 128 p.

BRASIL. 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação/Ministério da Saúde. **Brasil Sem Homofobia : Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual** / elaboração : André Luiz de Figueiredo Lázaro; organização e revisão de textos: Cláudio Nascimento Silva e Ivair Augusto Alves dos Santos.; Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação da Secretaria Especial de Direitos Humanos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **PORTARIA Nº 198/GM**, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.028**, de 1º DE JULHO DE 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua: relatório**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.707**, de 18 de Agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 18 de agosto de 2008.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília: SENAD, 2009.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a população em situação de Rua**. Secretária de

Avaliação e Gestão da Informação, Secretária Nacional de Assistência Social. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2836**, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 de outubro de 2011. Seção 1, nº 204, p. 48-55. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/ Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Brasília: 1. Ed., 1. Reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.803**, de 19 de Novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União, Brasília, DF, 19 de novembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2013**. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/RelatorioViolenciaHomofobicaBR2013.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. **DECRETO Nº 9.894**, de 27 de junho de 2019. Dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2019.

BRASÍLIA. **Guia do projeto consultório de rua** / organizadores: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério, Luiz Felipe Monteiro. – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011. 160p

CARNEIRO-JR, Nivaldo Carneiro; JESUS, Christiane Herold de.; CREVELIM, Maria Angélica. The family health strategy focused on access equity and targeted at the homeless population living in large urban centers. **Saúde Soc.** v 19, n 3, p. 709-16. 2010.

CAPUTO, Ubirajara de None. **Geni e os Direitos Humanos: um relato da violência das pessoas trans no Brasil do século XXI.** 2018. 115 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Programa de Pós Graduação em Psicologia Social)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

CEZIMBRA, L. **Mulheres em situação de rua.** 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

CECILIO, Luís Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p.113-126.

DANTAS, Mônica Lúcia Dantas. **Construção de Políticas Públicas para População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios.** 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

DENZIN Norman; K, Lincoln Yvona. **Handbook of qualitative research.** 2ª edição. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. 1143 p.

DIAS, André Luiz Freitas (org). **População em Situação de Rua: violações de direitos e (de) Dados Relacionados à Aplicação do CadÚnico em Belo Horizonte, Minas Gerais.** Programa Polos de Cidadania, Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, 2021. p. 88

FACCHINI, Regina. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a arena do movimento LGBT brasileiro. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades,** v.3, n.4, p-131-158. 2009.

FERREIRA, Cintia Priscila da Silva; ROZENDO, Célia Alves; MELO, Givânia Bezerra. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: O olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Saúde Pública,** v 32, n 8, p. 1-10. 2010.

FERREIRA, Patrícia Trápaga. **População LGBT na Atenção Primária à Saúde em uma área programática do Município do Rio de Janeiro: a perspectiva do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.** 2022. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

FERRO, Maria Carolina Tiraboschi. Política Nacional para a População em Situação de Rua: o protagonismo dos invisibilizados. **Revista Direitos Humanos**, Brasília (DF): Secretaria Nacional de Direitos Humanos da Presidência da República, n. 8, p 2- 75. 2012.

FRANCO, Túlio Batista; JÚNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 125-134.

FRANGELA, Simone. **Corpos Urbanos Errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo**. São Paulo: Fapesp, 2009.

GEISLER, A. R. R.; REIS, V. L. M.; SPERLIN, M. Cidadania e democracia sanitária: refletindo sobre o direito à saúde da população “trans” numa perspectiva de integralidade. **Cad. IberAmer Direito Sanitário**. v.2, n.2, p. 1-10. 2013.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**. v 22, n 11, p. 2449-2463. 2006.

GOMES, Denildo de Freitas. **Percepções de usuários transexuais sobre o cuidado na estratégia de saúde da família: o desafio do reconhecimento e do rompimento da invisibilidade**. 2019. 122 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde)- Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

HALLAIS, Janaina Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Street Outreach Offices: visibility, invisibility, and enhanced visibility. **Cad Saúde Pública**. v. 31, n 7, p. 497-504. 2015.

JESUS, Jaqueline Gomes de. Um pouco sobre interseccionalidade e invisibilidade trans. In: ARARUNA, Maria Léo. (Org.). **Nós Trans: escritórias de resistência**. 1ed. Atibaia: Editora Literatrans, 2016, p. 142-144.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. 2ª ed. Brasília, 2012. 42p.

KULICK, Don. **Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

LIBERATO, Karla Braga Lobo. **Política pública e cidadania: avaliação da política nacional para população em situação de rua a partir do centro pop do município de Fortaleza- CE**. Dissertação (mestrado em Avaliação de Políticas Públicas). Universidade Federal de Ceará. Fortaleza, 2020.

LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde & Sociedade**, v. 17, n.2, p. 11- 21, 2008.

MACHADO, Marcelo Pedra Martins. **As práticas do Consultório na Rua: perspectivas para o monitoramento e avaliação do campo**. 2021. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro.

MACHADO, Ricardo Willian Guimarães. A construção da política nacional para população em situação de rua. **Temporalis**. v. 20, n. 39, p. 102-118, 2020.

MAGALHÃES, Luiza Gomes. **Barreiras de acesso na Atenção Primária à Saúde à travestis e transexuais na região central de São Paulo**. Dissertação (mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 134 p. 2018.

MAIA, Mônica Bara. Gênero: um conceito em movimento. In: MAYORGA, Claudia; PRADO, Marco Aurélio Máximo (Orgs). **Psicologia social: Articulando saberes e fazeres**. Belo Horizonte: Autêntica. 2007.

MARTIN, BaueR; Gaskell, George (org). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 114-126.

MELLO, Luiz; BRITO, Walderes; MAROJA, Daniela. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cad Pagu [internet]**. v.39, n 1, p. 403-29. 2012.

MENDES, Lindalva Guimarães. **Proteção social e produção do cuidado a travestis e mulheres trans em situação de rua no município de Belo Horizonte/MG**. 2018. 109 f. Dissertação (mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção de Doença). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte.

MENDES, Lindalva Guimarães.; JORGE, Alzira Oliveira; PILECCO, Flávia Bulegon. Proteção social e produção do cuidado a travestis e a mulheres trans em situação de rua no município de Belo Horizonte (MG). **Saúde Debate**. v. 43, p. 107-119. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016. p.9-28.

MONTEIRO, Simone. BRIGEIRO, Mauro. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cad. Saúde Pública**. v 35, n 4, p. 1-12. 2019.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro; BARBOSA, Regina Maria. Saúde e direitos da população trans. **Cad. Saúde Pública**. v 35, n 4, p. 1-12. 2019.

MORAES, Antônia Natália Duarte de; SILVA, Georgia Sibebe Nogueira. Travestis e o cuidado humanizado em saúde. **Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica**. v 26, n 2, p.175-187. 2020.

NATALINO, M.A.C. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil(2002-2022)**. [internet]. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica; 2016.

O'HARE, P. Redução de Danos: alguns princípios e a ação prática. IN: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (Org). **Drogas e AIDS: estratégias de Redução de Danos**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 65-78.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento et al. Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. **Ciênc Saúde Colet**. v 21, n 8, p. 2595:606. 2016.

PELÚCIO, Larissa. **Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids**. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2009.

PEREIRA, Lourenço Barros de Carvalho; CHAZAN, Ana Claudia Santos. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v 14, n 41, p. 1795. 2019.

POPE Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PRADOS, Nathália Carneiro da Cunha; BRANDÃO, Brune Coelho; PERUCCHI, J. Por onde circulam os corpos invisíveis? Intersecções entre população em situação de rua e gêneros dissidentes no acesso institucional urbano. **Revistas Unilab**. v 2, n 1. 2018.

PRATES, Jane Cruz.; PRATES, Flávio Cruz.; MACHADO Simone. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. **Temporalis, Brasília**. v 11, n 22, p.191-215. 2011.

REIS, Pamela Suellen de Oliveira et al. Transfobia velada: sentidos produzidos por enfermeiros (as) sobre o acolhimento de travestis e transexuais. **Rev Fund Care Online**. v.13, p. 80-85. 2021.

ROCON, Pablo Cardoso et al. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface (Botucatu)**. 2019; v 23, p. 1-14. 2019.

RONCON, Pablo Cardoso et al. Acesso à Saúde pela População Trans no Brasil: Nas Entrelinhas da Revisão Integrativa. **Trab. Educ. Saúde**. v 18 n 1, p. 1-18. 2020.

ROGERS, João; TESSER-JÚNIOR, Zeno Carlos; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; KOVALESKI, Douglas Francisco. Pessoas Trans na Atenção Primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. **Sau. & Transf. Soc**. v 7, n 3, p.49-58. 2016.

SANTANA, Carmen. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**. v 30, n 8, p. 1798- 1800. 2014.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação & Realidade**. v 2, n 2, p. 71-99. 1995.

SEHNEM, Graciela Dutra et al. Assistência em saúde às travestis na atenção primária: do acesso ao atendimento. **Rev enferm UFPE on line**. v 11, n 4, p. 1676-84. 2017.

SERAFINO, Irene. LUZ, Lila Cristina Xavier. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **R. Katál**. v. 18, n. 1, p. 74-85. 2015.

SILVA, A. J. et al. **Os Serviços de Saúde e as Experiências de Travestis e Transexuais**. IV Seminário Enlaçando Sexualidades da UNEB, 2015. Anais eletrônicos. Salvador/BA. 2015.

SILVA, Felicia Pereira da; FRAZÃO, Iracema da Silva; LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Health practices by teams from Street Outreach Offices. **Cad Saúde Pública**. v 30, n 4, p. 805-14. 2014.

SILVA, Maria Lúcia Lopes. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, Rosimeire Aparecida da. **Reforma psiquiátrica e redução de danos [manuscrito]: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam**. 2015. 199f. Dissertação (Mestrado em Promoção à saúde e Prevenção da Violência,) -- Programa de Pós-Graduação em Promoção à saúde e Prevenção da Violência, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, Minas Gerais.

SILVA, Glauber Weder dos Santos et al. The said and the done: the nurse and the knowing/doing health for transvestites. **J Nurs UFPE Online**. v 8, n 10, p. 3347-57. 2014.

SOUZA, Andréia Carvalho Jambreiro de. **Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil**. 2018. 200f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

VERGUEIRO, Viviane. Despatologizar e descolonizar. In: ARARUNA, Maria Léo (Org.). **Nós Trans: escritórias de resistência**. 1ed. Atibaia: Editora Literatrans, 2016, p. 142-144.

Apêndice A - Roteiro de entrevista individual: mulheres trans em situação de rua**Título da Pesquisa: Acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde por mulheres trans em situação de rua em Belo Horizonte****1. Caracterização**

1.1. Qual o seu nome:

1.2. Onde fica o seu ponto de fixação?

—

1.3. Onde você nasceu? _____

1.4. Qual a sua idade? _____

1.5. Como você se declara:

() amarela () branca () indígena () parda () preta?

1.6. Qual a sua escolaridade?

() sem escolaridade () fundamental completo () fundamental incompleto () ensino médio completo () ensino médio incompleto () superior completo () superior incompleto

() outro: _____

1.7. Você trabalha ou possui alguma renda?

—

1.8. Possui algum benefício?

() Bolsa família () Auxílio Brasil () Benefício de Prestação Continuada (BPC) () Bolsa Moradia () Auxílio BH () Outro: _____

1.9. Qual a sua renda?

—

1.10. É acompanhada por algum serviço da Assistência Social? Pode dizer qual?

1.11. Você se declara: () Travesti () Transexual () Transgênero () Outro:

Iniciando a entrevista

Gostaria de saber um pouco sobre sua trajetória de vida nas ruas. Qual foi o motivo que te levou a viver nas ruas? Tem quanto tempo?

2. Acesso aos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e dificuldades

2.1. Quando você precisa de atendimento de saúde, qual(is) serviço(s) ou equipamento(s) de saúde você procura? Com qual frequência? (explorar em qual(is) situação/ões a pessoa procura os serviços/equipamentos)

2.2. Como você é atendida no serviço de saúde? (explorar o atendimento realizado no serviço de saúde mencionado na pergunta 2.1) Pode me contar um atendimento? Teve alguma dificuldade? Pode me contar o que aconteceu? O que você fez? No atendimento, você foi encaminhada para outro(s) serviço(s) de saúde? E outro serviço/equipamento que não o da saúde?

2.3. Em algum momento, mesmo você sabendo que precisaria de atendimento de saúde, já deixou de procurar o serviço ou equipamento de saúde? Por quê?

2.4. Sobre o consultório na rua, pode me contar como você é atendida? Onde acontece o atendimento? Com que frequência? Como os profissionais te atendem? Sobre o que eles/elas falam? Já teve alguma dificuldade no atendimento? Pode me contar o que aconteceu? O que você fez? Você foi/é encaminhada para outro(s) serviço(s) de saúde? E outro serviço/equipamento que não o da saúde?

3. Processo de transição (se a pessoa não passou/passa pelo processo de transição de gênero, ir para o bloco 4 de perguntas)

3.1. Você já passou ou passa pelo processo de transição de gênero? Antes de começar a transição, pensou em procurar algum tipo de ajuda ou serviço de saúde? Qual?

3.2. Pode me contar como foi seu processo de transição de gênero no serviço da Atenção Primária à Saúde (Centro de Saúde)? Pode me contar como foi(ram) o(s) atendimento(s) dos profissionais do Centro de Saúde?

3.3. Você foi encaminhada para outro/s serviço/s de saúde? Se sim, para qual(is) serviço(s)? E outro serviço/equipamento que não o da saúde? Pode me contar como foi(ram) os e o(s) encaminhamento(s)? (explorar se houve acompanhamento/vinculação com algum profissional de saúde da APS; se o profissional ofertou outros cuidados em saúde além do encaminhamento para o serviço especializado; se houve orientação sobre automedicação; se o encaminhamento é via sistema ou não; quanto tempo depois do atendimento ocorreu(ram)

o(s) encaminhamento(s); quanto tempo depois do encaminhamento ocorreu o atendimento no ambulatório especializado)

3.4. Para a transição de gênero, você fez ou faz uso de algum hormônio ou medicamento? Qual? Qual a forma de uso? Tempo de uso? Foi prescrito por algum médico? Como você conseguiu o medicamento? (explorar se conseguiu o hormônio ou medicamento pelo SUS ou se precisou comprar? Onde comprou? Explorar, ainda, se conseguiu o hormônio ou medicamento por doação, nesse caso de quem ou qual instituição?)

4. Estratégias de cuidado em saúde

4.2. Falando da sua experiência vivendo na rua, você encontra apoio em algum lugar ou com alguém ou grupo de pessoas que conhece? Pode me contar sobre esse apoio? Em quais situações você tem esse apoio? (explorar se a pessoa tem familiares em Belo Horizonte ou cidades próximas)

4.2. Em relação à sua saúde você já buscou ajuda ou apoio desses lugares/pessoas/grupos? Qual(is)? Em que situação? O que significa para você ter esse apoio? Pode me relatar uma situação em que você recebeu apoio?

4.3. Pode me falar como você se sentiu ao receber esse apoio?

4.4. Pode me contar sobre o que você faz para cuidar da sua saúde?

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevistas individuais



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevistas individuais

Título da Pesquisa: Acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde por mulheres trans em situação de rua em Belo Horizonte

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa desenvolvida por pesquisadoras do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas. Este documento tem o objetivo de explicar a pesquisa que será realizada, detalhando todos os procedimentos, benefícios e riscos envolvidos. Por favor, leia as informações com atenção e fique à vontade para fazer pergunta para responder suas dúvidas.

Informações sobre a Pesquisa

A pesquisa está sendo proposta e coordenada pelo Instituto René Rachou – Fiocruz Minas e tem como objetivo compreender as dificuldades encontradas no acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde e as estratégias de cuidado em saúde construídas por mulheres trans atendidas pelo Consultório na Rua de Belo Horizonte, da regional Noroeste. O local de realização do estudo será nas ruas da regional Noroeste, em Belo Horizonte. A pesquisa se justifica pela necessidade de compreender as dificuldades de mulheres trans em situação de rua no acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde.

Neste momento, o convite é para você participar de uma entrevista individual, que tem duração máxima prevista de uma hora, a ser realizada de forma presencial em dia e horário previamente combinado e de sua preferência. Na entrevista, será solicitado que você fale sobre as dificuldades que encontra ao acessar os serviços de Atenção Primária à Saúde, como os Centros de Saúde, e também sobre as estratégias de cuidado em saúde construídas por você. Caso aceite participar da pesquisa, a participante autoriza a gravação de áudio. As entrevistas serão transcritas e os áudios e as transcrições serão armazenados em arquivos digitais, nos servidores do IRR/ Fiocruz Minas, com o acesso restrito à pesquisadora de campo à pesquisadora principal. Após o período de 5 anos, o material será descartado, conforme Resolução CNS nº 466/12 e orientações do CEP/ IRR.

Riscos e Benefícios

Os riscos relacionados à pesquisa são mínimos pelo fato de haver exposição de informações pessoais e das mulheres poderem se sentir invadidas ou constrangidas de alguma forma durante a entrevista. Para minimizar os desconfortos, a entrevista será realizada em local reservado e você tem toda liberdade para não responder questões caso se sinta constrangida de qualquer forma. Caso, durante a entrevista, você se sinta desconfortável e necessite de atendimento, a pesquisadora de campo irá acompanhá-la ao Centro de Saúde de referência. A pesquisa trará como benefício a compreensão sobre as dificuldades encontradas por mulheres trans em situação de rua no acesso e no atendimento nos serviços da Atenção Primária à Saúde. Os resultados da pesquisa poderão colaborar com propostas para facilitar o acesso e melhorar o atendimento de mulheres trans em situação de rua nos serviços da Atenção Primária.

Direitos dos Participantes

Sua contribuição para a pesquisa é **voluntária** e, caso você queira retirar este consentimento, tem absoluta liberdade de fazê-lo a qualquer momento. É importante lembrar que todos os dados aqui coletados são confidenciais e, ao participar espontaneamente das entrevistas, sua identidade permanecerá no anonimato mesmo após a realização do relatório final deste estudo. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido quando os resultados forem divulgados em publicações e/ou eventos científicos, utilizando-se nomes fictícios nos escritos e/ou apresentações. Sons de vozes não serão publicizados de qualquer forma. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando ela for finalizada. Você tem direito de buscar indenização em caso de danos relacionados diretamente a sua participação na pesquisa.

Informações para contato

Você receberá uma via assinada deste termo onde consta o endereço e telefone da pesquisadora principal. Você poderá esclarecer todas as suas dúvidas agora ou a qualquer momento durante a pesquisa. Na sua via, você também encontrará o endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas. Este Comitê é o órgão responsável por garantir os interesses das participantes da pesquisa.

Endereço e telefone institucional da Pesquisadora Principal: Paula Dias Bevilacqua
Contato: Av. Augusto de Lima 1.715, Barro Preto, Belo Horizonte-MG, CEP: 30.190-002
Tel.: (31) 3349- 7893, email: paula.bevilacqua@fiocruz.br

Endereço institucional e telefone da Pesquisadora de campo: Amanda Laís Gonçalves G. Pereira
Contato: Av. Augusto de Lima 1.715, Barro Preto, Belo Horizonte-MG, CEP: 30.190-002
Tel.: (31) 99467-8791, email: alpereira@aluno.fiocruz.br

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fiocruz Minas

Secretária: Bernadete Patrícia Santos

Av. Augusto de Lima 1.715, Barro Preto, Belo Horizonte-MG, CEP: 30.190-002

Tel: (31) 3349 7825, E-mail: cepcoord.minas@fiocruz.br

Horário de Atendimento: 09:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira

Endereço e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMSA- BH

Coordenadora: Sandra Cristina Paulucci Cavalcanti de Andrade

Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 2, Padre Eustáquio, Belo Horizonte-MG,

CEP: 30.130-007. Tel: (31) 3277-5309, E-mail: coep@pbh.gov.br

Horário de Atendimento: 13:30h às 17:00h, de segunda a sexta-feira

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____ da _____ participante:

Local: _____ Data: ____/____/____

Eu, _____ (nome da pesquisadora principal), comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste Termo.

Assinatura _____ da _____ pesquisadora principal:

Local: _____ Data: ____/____/____

Eu, _____ (nome da pesquisadora de campo/entrevistadora), comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste Termo.

Assinatura _____ da _____ pesquisadora de campo/entrevistadora:

Local: _____ Data: ____/____/____

Observações: Todas as páginas do TCLE deverão ser rubricadas pelo/a participante do estudo e pelo/a pesquisador/a que conduziu a entrevista.