

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DULCE ZARA GENTIL DO NASCIMENTO

PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E TRAVESTIS
RESIDENTES NO TERRITÓRIO: COMPREENDENDO DISTANCIAMENTOS E
BUSCANDO POSSIBILIDADES DE APROXIMAÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA

Maringá

2017

DULCE ZARA GENTIL DO NASCIMENTO

PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E TRAVESTIS
RESIDENTES NO TERRITÓRIO: COMPREENDENDO DISTANCIAMENTOS E
BUSCANDO POSSIBILIDADES DE APROXIMAÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientador: Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta

Maringá

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

N244p Nascimento, Dulce Zara Gentil do
Profissionais de uma unidade básica de saúde e
travestis residentes no território: compreendendo
distanciamentos e buscando possibilidades de
aproximações na atenção básica / Dulce Zara Gentil do
Nascimento. -- Maringá, PR, 2018.
131 f.

Orientador: Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes,
Departamento de Psicologia, Programa de Pós-
Graduação em Psicologia, 2018.

1. Saúde pública - Maringá (PR). 2. Profissionais
da saúde. 3. Travestis. 4. Política Nacional de
Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais,
Travestis e Transexuais. I. Moscheta, Murilo dos
Santos, orient. II. Universidade Estadual de
Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.
Departamento de Psicologia. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 23.ed. 614.098162

Márcia Regina Paiva de Brito - CRB-9/1267

DULCE ZARA GENTIL DO NASCIMENTO

PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E TRAVESTIS
RESIDENTES NO TERRITÓRIO: COMPREENDENDO DISTANCIAMENTOS E
BUSCANDO POSSIBILIDADES DE APROXIMAÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia do Centro de Ciências
Humanas, Letras e Artes da Universidade
Estadual de Maringá, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 19.01.2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta
PPI - Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Prof.^a Dr.^a Daniele de Andrade Ferrazza
PPI - Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera
Universidade Federal de Uberlândia

**Dedico às travestis, que nos ensinam a expandir as possibilidades
de compreensão sobre pessoas.**

AGRADECIMENTOS

Como agradecer a tanta gente, quando concluo um mestrado aos cinquenta e três anos de idade e tantas foram as pessoas que estiveram e estão comigo nesse momento, mesmo que algumas a muitos e muitos quilômetros de distância? Nomearei aqui algumas pessoas mais próximas, mas estou agradecendo a muitas outras, pois muitos e diversos foram os abraços, carinhos e caminhos trilhados até chegar, literalmente, aqui.

Agradeço aos meus filhos, Ulisses e Tainá, e ao meu marido, Adilson, por compreenderem as muitas vezes em que precisei me isolar para estudar, e por todas as vezes que foram a minha recarga de energia. Amo demais vocês.

À minha sogra, Aracy, que nunca recusou um pedido de ajuda que eu lhe fizera, para que eu continuasse trancada no quarto estudando. E à minha nora, Flávia, que acrescentou leveza a esses últimos meses, com seu sorriso e carinho, e com a preciosidade da primeira neta.

Aos meus pais, irmãos, cunhada, cunhados e sobrinhos que mesmo a maioria estando longe desse processo que vivi, me apoiam e ficam felizes com essa conquista.

Ao futuro doutor Jeferson “Jeh” Garcia, que me mostrou, com seu exemplo, que é possível fazer um mestrado mesmo com tantas adversidades. Admiro demais você!

Aos “mores” do grupo de pesquisa DeVerso, Paulo Vitor Navasconi, Bárbara Anzolin, Rodrigo Ramires, Daniele Fébole, Cristiano Viana, vocês me incomodaram muito, me tiraram do meu lugar. Valeu demais tantos aprendizados provocados por vocês.

Aos amigos de muitos anos que dividem comigo as delícias de morar hoje nesta Cidade Canção, pela torcida de que eu fosse bem no mestrado, mas que voltasse logo aos encontros dos vinhos.

Aos meus colegas de trabalho da UBS Vila Vardelina, por acreditarem no meu projeto e embarcarem comigo nesses caminhos de aproximações. E às amigas da Secretaria de Saúde de Maringá, por todas as vezes que me diziam o quanto estudar esse tema era importante e torciam para que pudéssemos melhorar nossas práticas a partir desses novos conhecimentos.

Aos colegas da equipe de residência em saúde da família do curso de medicina da UEM, pela parceria no processo de investigação e por fazerem a diferença no cuidado ao (e com o) outro.

Às travestis que me receberam na pensão, especialmente a quem denominei como Âmbur, por ter aberto as portas para que eu pudesse entrar e conversar e, assim, pensar junto com as moradoras possibilidades de caminhos de idas e vindas.

À Wal, que mesmo com mil coisas para fazer o PPI, transforma breves encontros em alegres momentos de conversa.

Ao professor Guilherme Elias Silva, que possibilitou o início desse meu projeto acadêmico, quando nem me conhecia. Sou-lhe imensamente grata! Obrigada também por se disponibilizar a compor a banca, caso necessitássemos.

E por terem aceitado meu pedido de compor a banca, à professora Daniele Ferraza, que quando falou de SUS comigo na primeira vez, mostrou o brilho nos olhos ao acreditar que vale lutar pelo SUS que queremos – em dias atuais, mais do que nunca! E ao professor Emerson Rasesa, um autor que me propôs instigantes reflexões sobre a minha prática de trabalho no SUS, através de seus textos, principalmente o primeiro que li sobre atendimento às travestis, o qual escreveu junto com a Flávia Teixeira, a quem também agradeço a agradável noite de orientação na pizzaria, e Rita Rocha. Dani e Emerson, tê-los avaliando o meu trabalho, junto com o Murilo, me dá uma honra e uma responsabilidade muito grande. A contribuição de vocês no momento da qualificação foi de grande riqueza ao meu trabalho – e só não foi maior do que o carinho e o respeito com que pontuaram o que eu deveria reorientar na minha escrita. As mãos de vocês seguraram as minhas em muitos momentos dessa construção da dissertação.

Ao meu orientador, Murilo Moscheta, eu não encontro as palavras que poderiam dar conta da preciosidade que é essa relação com ele. Confiança, admiração, respeito, tudo é potencializado pelo cuidado com que ele conduz seus alunos na construção do conhecimento. Receber suas orientações é receber sempre uma aula de compromisso ético e de posicionamento crítico e político. E é sempre um convite a nos tornarmos pessoas melhores e mais conscientes de nosso papel nesse mundo social – que podemos e devemos transformar. Agradeço por ter acreditado nessa paraense petulante que disse: você vai me orientar na condução de um projeto na minha UBS, eu passando no mestrado ou não! Esse pedido

abusado só poderia ser feito a um professor que, de tão inquieto com a busca de novos conhecimentos, torna-se humilde para compartilhar e dividir potentes experiências. Muita gratidão a você!

Aos professores do PPI, dos quais tive o prazer de ser aluna e por levar deles ensinamentos que me ajudarão a construir a professora que quero ser.

Agradeço também a vários colegas de disciplinas que, ao dividirmos angústias, discussões, trabalhos e risos, dividimos também o peso das leituras e das exigências do mestrado, e assim tornou-se mais leve. Agradeço ainda a cada pessoa que cruzou meu caminho nestes dois anos, que foram intensos, cansativos e árduos, mas grandiosos em minha construção profissional e pessoal.

PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E TRAVESTIS RESIDENTES NO TERRITÓRIO: COMPREENDENDO DISTANCIAMENTOS E BUSCANDO POSSIBILIDADES DE APROXIMAÇÕES NA ATENÇÃO BÁSICA

RESUMO

Esta dissertação é a narrativa de um processo de investigação ocorrido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Maringá, no Paraná, que teve como objetivo compreender o que constituía a relação entre os profissionais de saúde da UBS e as travestis residentes no mesmo território quando, havendo alguns contatos, essa relação era construída de forma distanciada. A percepção desse distanciamento se dava pelas afirmativas dos profissionais de que as travestis não iam à unidade e, quando iam, era apenas para buscar preservativos masculinos, as camisinhas. No processo de investigação foram realizados encontros com grupos de três categorias de participantes: equipe da Estratégia Saúde da Família, da UBS; equipe de residência em saúde da família, do curso de medicina da Universidade Estadual de Maringá (UEM) que atendia na mesma unidade de saúde; e travestis residentes em pensão próxima à UBS. Na investigação ocorreram seis encontros sendo que cinco foram comigo e cada grupo separado e o último com os grupos juntos. O primeiro encontro com cada grupo foi mediado por uma entrevista semiestruturada, com questões abertas sobre o tema de saúde, cuidados em saúde e relação entre as pessoas; tinha como proposta favorecer a conversa no encontro final, com todos os participantes. No sexto encontro as travestis não compareceram. Os profissionais de saúde dos dois grupos conversaram então sobre o material sintetizado das transcrições dos encontros anteriores. Todos os encontros foram audiogravados e transcritos; com esse material foi construído um eixo de análise sobre as conversas ocorridas, em que categorizamos os elementos que construíam e constituíam aquela relação distanciada. As conversas foram segmentadas para apresentar cada elemento de análise, divididos em: atendimentos que seriam específicos às travestis, para os quais faltariam capacitações profissionais; os cuidados de doenças como sinônimo de cuidados em saúde; a presença das travestis na UBS resultando em impactos aos olhares dos profissionais de saúde; as conversas sobre um trânsito dificultado, quando se dizia que as travestis não recebiam a equipe ESF em visitas domiciliares e as travestis diziam que não encontravam na UBS o que buscavam; e as conversas repetidas de que as travestis não aderiam ao que a UBS propunha. A finalidade desse processo investigativo era de compreensão daquela relação, mas também de possibilidade de transformação para que os contatos pudessem resultar em aproximações, vínculo e mais acesso aos cuidados em saúde das travestis na UBS, em acordo com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito da Atenção Básica em Saúde. O referencial teórico que ampara as reflexões, discussões e análise do material é o Construcionismo Social, pela proposta de foco nas relações entre as pessoas e por considerar os participantes da investigação como coconstrutores das realidades que se quer transformar.

Palavras-chave: Travestis, profissionais de saúde, relação distanciada, Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

ABSTRACT

This dissertation is the narrative of a research process occurred in a Basic Health Unit (UBS), in the city of Maringá, Paraná, Brazil. The objective of this dissertation was to understand the relationship between UBS health professionals and resident transvestites in the same territory when, with some contacts, this relationship was constructed in a distanced form. The perception of this distancing was due to the professionals' assertions that the transvestites did not go to the unit, and when they went it was only to look for male condoms. In the research process, meetings were held with groups of three categories of participants: the Family Health Strategy team from UBS; family health residency team, the medical course of the State University of Maringá (UEM) that served in the same health unit, and transvestites residing in a pension near the UBS. In the investigation there were six meetings, five of which were with me and members of each group and the last with the proposal of all the participants being together. The first meetings with each group were mediated by a semi-structured interview, with open questions on health and health care, as a preparation to encourage discussion at the final meeting with all participants. In the last meeting, the transvestites did not show up. Health professionals then talked about the synthesized transcript material from previous meetings. All encounters were audiographed and transcribed, and with this material an axis of analysis was constructed in which I categorized the elements that constructed and constituted that distanced relation. The conversations were separated to present each element of analysis, divided in: the attendances that would be specific to the transvestites, for whom would lack professional qualifications; disease care as synonymous with health care; how the presence of transvestites in the UBS resulted in impacts before the eyes of health professionals; the repeated conversations about a difficult transit, when it was said that the travestis did not receive the ESF team in home visits and the transvestites said that they did not find in UBS what they were looking for; and repeated conversations that the transvestites did not adhere to what UBS proposed. The purpose of this investigative process was to understand the relationship, but also the possibility of transformation so that the contacts could result in approximations, linkage and more access to the health care of transvestites in UBS, in accordance with the National Policy of Integral Health of Lesbians , Gays, Bisexuals and Transvestites in the scope of Basic Health Care. The theoretical framework that supports the reflections, discussions and analysis of the material is Social Constructionism, for the proposal of focus on the relations between the people and for considering the participants of the investigation as coconstructors of the realities that one wants to transform with the intervention.

Keywords: Transvestites, health professionals, distance relationship, National Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite and Transsexual National Health Policy.

SUMÁRIO

CONSTRUINDO NOVOS SENTIDOS	12
1 O CONTEXTO DESTA PESQUISA	16
1.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE LGBTT	18
1.2 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E O CUIDADO NO TERRITÓRIO	21
1.3 O TERRITÓRIO, A UBS E A PENSÃO	26
1.4 A LETRA “T” QUE SE APRESENTA AO VISÍVEL	29
1.5 AS DIFERENTES LÓGICAS DAS TRAVESTIS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	35
2 PERCURSO METODOLÓGICO	42
2.1 ENCONTRANDO CAMINHOS NO CONSTRUCIONISMO SOCIAL	42
2.2 APROXIMAÇÕES E DELIMITAÇÕES	47
2.2.1 Aproximando-me do tema.....	47
2.2.2 Aproximando-me das pessoas	48
2.2.3 Delimitando o processo investigativo.....	49
2.2.4 Desenhando o processo investigativo	53
2.3 CONSTRUINDO O <i>CORPUS</i> A SER ANALISADO.....	55
2.3.1 Configurando os grupos	55
2.3.2 Definindo o espaço físico.....	56
2.3.3 Agendamentos.....	56
2.3.4 Registro dos encontros.....	57
2.4 DESAFIOS DA PESQUISA: REDESENHANDO O PROCESO INVESTIGATIVO	57
2.4.1 Encontros possíveis.....	59
2.4.2 Reorganizando o percurso de investigação	63
2.5 CONSTRUINDO JUNTOS	64
2.5.1 Encontros com as travestis	64
2.5.2 Encontros com os profissionais.....	67
INTERLÚDIO 1	69
3. O <i>CORPUS</i> EM ANÁLISE: OS DISCURSOS SOBRE UMA RELAÇÃO DISTANCIADA.....	72
3.1 A RELAÇÃO DISTANCIADA E OS DISCURSOS DE UM ENCONTRO NEGADO.....	74
3.1.1 O atendimento específico.....	76
3.1.2 Saúde como cuidado de doença	81
3.1.3 O impacto da presença das travesti na UBS.....	87
3.1.4 O trânsito dificultado: quando o “ir” e “vir” não estabelecem vínculos	92
3.1.5 Essa é uma população que não adere	95
INTERLÚDIO 2	102
3.2 CAMINHOS DE APROXIMAÇÃO.....	105

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: CAMINHOS DE POSSIBILIDADES	108
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O GRUPO DE TRAVESTIS.....	120
APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O GRUPO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	121
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	122
APÊNDICE D – SÍNTESE DO PRIMEIRO ENCONTRO DE CADA GRUPO	123

CONSTRUINDO NOVOS SENTIDOS

Realizar um mestrado como uma proposta de investigação no mesmo campo de prática profissional inclui estar em uma pesquisa acadêmica com implicação de quem pesquisa, mas também de quem participa do que está sendo construído e do que se propõe alcançar, até mesmo após finalizar a pesquisa. Se os desafios inerentes a esta condição são muitos, também são muitas e diversas as formas de resolução das situações mais difíceis e do acompanhamento sobre o que resultará, posterior à ação no campo.

O projeto de realizar uma pesquisa acadêmica foi sequencial à condição de incômodo em meu exercício profissional, com relação ao atendimento às travestis, residentes em uma pensão próxima à Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual trabalho. Esse incômodo, que descrevo na introdução deste trabalho (na sessão intitulada A LETRA “T” QUE SE APRESENTA AO VÍSIVEL), refere-se ao momento em que eu percebi que existiam travestis na população atendida pela UBS na qual eu trabalhava como psicóloga – e elas não eram visíveis a mim, até então. O que se falava sobre elas na unidade de saúde era resumido em uma máxima “*elas não vêm à UBS*”, quando se falava sobre a presença delas, a frase era: “*elas só vêm pegar camisinhas*” (preservativo masculino). Elas eram quase invisíveis aos demais atendimentos e serviços da Unidade. Quase nada se sabia sobre elas e, às propostas que a equipe poderia fazer de cuidados em saúde, a equipe dizia que elas não aderiam a nada.

Incomodada com aquela situação de quase invisibilidade de um segmento da população do território atendida pela UBS, compreendi que transformar incômodo em questão de pesquisa poderia ser uma possibilidade de lidar com isso e de buscar transformações naquela relação, entre os profissionais de saúde e as travestis residentes no território.

Muitas foram as experiências em todo o processo de construção da investigação, que inicialmente tinha como objetivo construir novos sentidos naquela relação entre pessoas, que resultasse em mais acesso das travestis aos cuidados em saúde propostos pela UBS, mas estabelecer e alcançar objetivos em processos relacionais, também é um aprendizado que vem com as experiências.

Nesta apresentação, escolho contar duas cenas, pelo seu potencial de posicionar o leitor nesse processo entre como a pesquisa foi recebida pelos profissionais de saúde da UBS

e como ela reverberou em outras possibilidades na relação com as travestis, seis meses após a investigação¹.

Cena 1: Com o projeto de pesquisa “A Unidade Básica de Saúde e a população de travestis de um território: construindo sentidos e acessos nessa relação” aprovado nos Comitês de Éticas, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maringá/PR e da Universidade Estadual de Maringá (UEM), promovi uma reunião com parte da equipe de trabalhadores da UBS, de várias funções e serviços, para explicar o processo de investigação. A proposta era montar um grupo de profissionais e um grupo de travestis e promover encontros para dialogar e construir novos sentidos em saúde, que tivessem como efeito mais acesso das travestis à UBS. Na proposta, ocorreriam encontros de cada grupo separado comigo e depois um encontro final com todos os participantes. Naquela reunião, percebi que poucos demonstravam interesse em participar, apesar do meu esforço em convidá-los, como proposta de mudarmos aquela relação tão distanciada. Daquela conversa, duas frases me chamaram a atenção e as transcrevi em um diário de campo: *“Nós não temos preconceitos, eles é que só vêm pra pegar camisinha, mas a gente atende eles normal”* e *“Eles não procuram atendimento porque são homens em transição para ser mulher, mas são homens, então como homens, não cuidam da saúde”*.

Cena 2: Na condição de membro daquela equipe profissional, pude acompanhar algumas situações posteriores ao processo investigativo que me fizeram, seis meses após a finalização do trabalho de campo, mas ainda dentro do processo de análise de material, fazer uma pergunta aos profissionais que participaram da investigação e aos demais trabalhadores da unidade. Perguntei se percebiam alguma alteração no serviço e nas relações com as travestis, como consequência da pesquisa. Em suas respostas falavam de novos sentidos e aprendizados tanto pessoais quanto profissionais, de maior sensibilização à visibilidade das travestis, de diminuição de preconceitos que antes nem percebiam ter, da necessidade de adequação dos serviços e de capacitações para os demais serviços da unidade. A maioria falou também da

¹ Nas cenas contadas há relatos de pessoas que não participaram da pesquisa acadêmica pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – e aqui destaco mais uma potencialidade do processo investigativo, pois ocorrendo em um local de vivências das pessoas, não há como restringir as experiências somente a quem assinou o termo. Acrescento que os relatos autorizados pelo TCLE são os que utilizarei nas análises e em outros momentos da escrita desse processo de investigação. Destacar na apresentação relatos de quem não assinou tal termo é convidar as pessoas a lerem a dissertação compreendendo que, quando se propõem transformações, elas podem alcançar mais do que o planejado no caminho metodológico. E é assim que eu, alinhada ao Construcionismo Social, entendo uma das utilidades da pesquisa científica – a utilidade de reverberar, ultrapassar os (pré)escritos e promover transformações.

percepção de que as travestis estavam comparecendo mais à UBS e em horários que antes não iam. Uma colega disse que as travestis estariam se sentindo mais acolhidas pela equipe profissional e encontrando ali uma porta aberta. Destaco a fala de uma colega que não participou dos encontros, pelo que ela traz nessa condição – não era uma participante que assinou um termo, mas, ao ser membro da equipe da unidade, não havia como estar distanciada do processo e não reverberar as mudanças que estavam sendo construídas pelos participantes. Para garantir o cumprimento das exigências dos comitês de ética em pesquisa, mostrei a ela a transcrição de seu relato e solicitei autorização para usá-lo, através da assinatura do TCLE, ao que ela concordou imediatamente. Eis o que falou:

“Eu notei sim uma aceitação melhor do serviço por parte delas. Porque antes eles chegavam mais agressivos quando chegavam no acolhimento. Depois dessa pesquisa eles chegam primeiro procurando saber como é ofertado o serviço. Eu tive oportunidade de atender uma pessoa no acolhimento, depois atendi novamente essa pessoa na vacina... elas estão procurando vacina, querendo colocar em dia. Coisas que antes eles... elas não tinham vontade de ir atrás. Que nem essa mesma pessoa, me disse que ainda sofre muito preconceito e que ela não imaginava que o tratamento dos profissionais ali seria assim. Tanto é que quando chegam na unidade, algumas já procuram diretamente o profissional que atendeu da primeira vez, às vezes chama pelo nome... então... assim, eu notei de certa forma, de um modo geral, uma aceitação melhor do serviço. Estão procurando mais, buscando mais e eu acho assim, que contribui muito para o crescimento profissional de qualquer profissional isso, porquê... você não ofertar o serviço por falta da busca, é uma coisa... agora... elas estão procurando, estão interagindo com o profissional... estão assim... se abrindo, de certa forma, com os profissionais. Já aconteceu comigo, falando... coisas pessoais. Então assim, eu achei que melhorou muito o serviço nessa parte, em relação a elas, à busca, à procura, ao interesse do serviço.”

Assim, apresento essa dissertação como uma narrativa de um processo de investigação, mas também do processo de construção desse caminho entre as duas cenas acima, considerando que este é apenas um recorte e não um ponto inicial ou final, pois se o processo de pensar a pesquisa teve um início difuso em um incômodo profissional meu, tem um final expansivo e continua em construção. E daquilo que propus inicialmente aos colegas, não sou mais a tutora – cada um vai conduzindo as relações, construindo novos sentidos, se implicando no que mais podemos fazer como trabalhadores da saúde, e promovendo transformações, como as que deixarei para informar no capítulo final deste trabalho.

Do objetivo inicial, verificamos, eu e meu orientador, que seria preciso, antes, construir aproximações, compreendendo que a construção de novos sentidos e acessos podem

ser efeitos dessas aproximações. Mas como construir aproximações entre profissionais de uma unidade de saúde e um segmento de população que lhes é quase invisível? Diante das frases “*elas não vêm à UBS*” e “*elas só vêm para pegar camisinhas*” percebíamos denúncias da quase invisibilidade, quando havia contatos, e do distanciamento entre essas pessoas; isto apontava que os contatos não resultavam em relações de vínculo, então, antes de buscar aproximações, precisávamos compreender como se construía aquela relação.

Como uma pesquisa acadêmica compreende a existência de uma pergunta, que pode ser consequente a um incômodo no campo profissional, a questão seria: o que constituía a relação entre os profissionais da UBS e as travestis, em que, mesmo havendo alguns contatos, essa relação era construída de forma distanciada? Responder essa pergunta representava um novo objetivo no processo da investigação e da análise, reordenado como: compreender o que constituía a relação entre os profissionais de saúde da UBS e as travestis quando, havendo alguns contatos, essa relação era construída de forma distanciada.

Mas a Cena 2 não seria aqui descrita nesta apresentação se o processo investigativo não tivesse uma finalidade, para além do objetivo de produção do conhecimento. E em um processo que não teve ponto final, a finalidade é a busca de transformação nessa relação distanciada para que os contatos venham a se configurar como relações de vínculo, apresentem possibilidades de aproximações e mais acesso aos cuidados em saúde das travestis, com mais profissionais dizendo: “*eu achei que melhorou muito o serviço nessa parte, em relação a elas*” e provocando mais cenas de “*elas estão procurando, estão interagindo com os profissionais*”.

1 O CONTEXTO DESTA PESQUISA

Sheila McNamee fala da pesquisa científica em acordo com a pós-modernidade e com a postura filosófica do construcionismo social:

Enquanto o propósito das teorias modernas e das práticas nelas fundamentadas é resolver problemas, curar doenças, alcançar desenvolvimento social, científico e ambiental, o propósito da construção social, como uma opção discursiva, é explorar quais os tipos de vida social que se tornam possíveis quando um modo de falar e agir é empregado em vez de outro. A alternativa construcionista é um discurso relacional – que entende que as ações significativas sempre emergem das relações – e isto inclui precisamente a relação entre o pesquisador e os participantes. (McNamee, 2017, p. 469).

Apresento aqui, como capítulo de introdução, os elementos que criaram o contexto desta pesquisa, em acordo com uma postura que compreende esses elementos como discursos que pessoas fazem juntas e que, da forma como o fazem, constroem os mundos sociais. Propor pesquisas nesses mundos sociais é propor “investigações transformativas”, como nos fala Sheila McNamee, , em que a

Pesquisa é descrita aqui como um processo relacional no qual está em jogo a coordenação de discursos múltiplos (e geralmente competitivos). O desafio do pesquisador é adotar uma postura reflexiva em relação a qualquer processo investigativo, de modo que tanto as práticas locais, contingentes e situadas dos participantes da pesquisa, quanto aquelas dos que conduzem a investigação, possam dialogar umas com as outras. (McNamee, 2017, p. 459).

O que busquei investigar considerou o processo relacional entre pessoas. E é para falar de uma “investigação transformativa” e “coordenação de discursos múltiplos” que utilizarei, desde esta introdução, relatos e frases ditas pelos participantes da pesquisa, sempre que isto favorecer o diálogo com os autores lidos, compreendendo que “as práticas locais, contingentes e situadas dos participantes da pesquisa” enriquecem a discussão e reflexões propostas nessa dissertação – e entendendo também suas participações como tão fundamentais e necessárias na construção desse trabalho quanto a dos autores lidos. Assim, convido os participantes a se fazerem presentes ao longo do toda a escrita e não somente na apresentação dos dados de análise, como é de costume segundo a tradição de escrita científica nas pesquisas modernas, colocando-os para conversar com os autores que busquei para fundamentar o trabalho. Acrescento ainda que a minha “postura reflexiva” considera o meu

lugar de pesquisadora e também de membro daquela equipe de profissionais da UBS, na qual foi realizada a investigação, considerando que minhas “práticas locais, contingentes e situadas” nesse contexto também atravessaram esse processo, mesmo que em muitos momentos o destaque que eu procurava dar era o de ocupar o lugar de pesquisadora.

Início a fundamentação deste trabalho apresentando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT) e a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde por considerar um amparo de legislação útil, mesmo que ainda precise ser mais discutida nas práticas e rotinas dos serviços e trabalhadores de saúde. Sigo com o contexto da “Letra t”, com o foco em travestis e suas vivências de (in)visibilidades. Passo ao contexto do território – espaço geográfico no qual se localiza a pensão em que as travestis residem e também a unidade de saúde em que ocorreu a investigação. Em sequência, apresento uma argumentação referente à relação distanciada entre os profissionais de saúde e as travestis residentes no território, com o intuito de fundamentar a análise que proponho no capítulo III, sobre os elementos que constroem e constituem um distanciamento ou uma quase invisibilidade das travestis na UBS.

Considero que nenhum desses contextos tem sobreposição ao outro, todos se entrecruzam para constituir o caminho que fundamentou a investigação, sendo eles ao mesmo tempo, elementos que antecedem a compreensão e também marcadores presentes no que foi sendo construído o longo do caminho.

Para falar da metodologia, inicio pelo Construcionismo Social como fundamento à proposta investigativa, em que convidei pessoas para reflexões e construções de aproximações e transformações possíveis nas relações e nos mundos sociais que compartilhamos. Sigo apresentando a construção desse processo de pesquisa, em como ele se configurou quando o organizamos antes e depois que iniciamos o campo.

Na análise do material proponho uma discussão sobre as narrativas do encontro negado entre profissionais de saúde e travestis, a partir de discursos múltiplos. Busco os efeitos dessas narrativas em como constrói e constitui uma relação distanciada entre pessoas, além de sua utilidade de dificultar aproximações, o que reverbera na dificuldade de acesso aos cuidados em saúde das travestis. Finalizo o capítulo de análise pelos caminhos possíveis de aproximação, a partir do que foi falado no encontro final, em que os profissionais de saúde conversaram sobre (e com) o material organizado nos encontros que tive com as travestis.

Na conclusão deste trabalho apresento relatos de experiências e transformações no cotidiano do serviço da unidade em que ocorreu a investigação, e também de minha experiência nesse processo, continuo com propostas que indicam possibilidades futuras de aproximação entre as travestis e os profissionais. Apresento ainda reflexões sobre falas e discursos que permeiam as atividades de pessoas, que trabalham como operadores de um sistema de saúde que se pretende integral, universal e equânime – para quem?

Na construção desse processo de investigação imerso no cotidiano de meu trabalho, muitas e intensas foram algumas vivências que transcenderam a formalidade do que deve ser escrito no corpo textual de uma pesquisa acadêmica, assim, intercalo páginas entre alguns tópicos dessa dissertação, com recortes de alguns momentos em que, ao construir uma pesquisa, também me re/des/construí enquanto pessoa, profissional e pesquisadora ao mesmo tempo. Chamo esses recortes de interlúdios – usando esse recurso estético tal qual meu orientador em sua tese de doutorado – apresentando neles a conversa que fiz em outros momentos, que não o campo, e os efeitos que ela ia provocando em mim, mas também, utilizando esse recurso porque auxiliam na compreensão do que apresento e discuto, enquanto produção de conhecimento científico.

1.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE LGBTTT

O Sistema Único de Saúde (SUS) sancionado pela lei federal 8.080, de 1990, da Presidência da República, que regulamenta as ações e os serviços de saúde em território nacional, é resultado de contextos que o antecederam; de forma mais direta, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, e a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1990b). Nos Princípios do SUS encontramos a universalidade de acesso, a integralidade da assistência e a equidade no atendimento (Brasil, 1990a). Para construir essa universalidade, integralidade e equidade, políticas de atenção à saúde são constantemente revistas, alteradas ou criadas; uma delas é a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais², publicada em 01.12.2011 através da Portaria 2.836, do Ministério da Saúde, formalizada a partir de lutas e conquistas de grupos de pessoas que buscavam sua visibilidade para garantir direitos (Brasil, 2013).

² Doravante, neste trabalho, identificada como Política Nacional de Saúde LGBTTT ou como Política, com inicial maiúscula.

No contexto antecedente dessa Política encontram-se os movimentos sociais no Brasil que, na década de 70, se organizaram na defesa de grupos minoritários e de liberdades sexuais (Brasil, 2013) dando visibilidade, inicialmente, a um movimento de homens homossexuais na arena de lutas políticas (MacRae, 1997) e com a participação de lésbicas após o início de sua organização (Facchini, 2003). Na década de 90, travestis e transexuais se incorporaram aos movimentos e em 2000 as pessoas que se identificavam como bissexuais buscaram também a visibilidade dentro do movimento (Facchini, 2011). Como resultado dessa organização da sociedade, enquanto participação ampla da comunidade na luta pela defesa de direitos, em 2004 foi criado o Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e Promoção da Cidadania Homossexual, da Secretaria Especial de Direitos Humanos (Brasil, 2004). No mesmo ano foi constituído no Ministério da Saúde o Comitê Técnico da Saúde da População GLBT³ (Brasil, 2013), que buscaria construir uma política específica de atenção à saúde daquele grupo de pessoas. Em 2008 durante a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, junto com outros 17 Ministérios do Brasil que debateram temas diversos, o Ministério da Saúde submeteu texto sobre os princípios de uma política de saúde para LGBTT⁴ (Brasil, 2013, p. 11). Em 2009 essa política foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e em 2011 foi sancionada, tendo como objetivo-geral:

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, 2013, p. 18).

Nos Objetivos específicos (Art. 2º) da Política Nacional de Saúde LGBTT, encontramos: “ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação dos serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades” (Inciso II). Especificar, em 2011, que um dos objetivos de uma política, que está dentro de um sistema de saúde regulamentado desde 1990,

³ Em Nota de Rodapé do texto utilizado consta “A denominação GLBT- Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais corresponde à designação tal qual se encontra mencionada na redação dos documentos oficiais na época”. (Brasil, 2013, p. 11)

⁴ Na legislação adota-se a sigla LGBT e assim mantereí quando transcrever o que está na Política, mas neste trabalho adotarei as letras LGBTT, como ênfase de que há mais diversidades do que as possíveis de serem identificadas nessas letras, assim, adoto as iniciais das denominações usadas na Política, duplicando a letra T.

é a ampliação do acesso, pressupõe que o que existia era insuficiente. E isto é facilmente verificado no contexto de lutas e busca de visibilidade que antecederam tal Política. Acesso é identificado, nos dicionários de língua brasileira, com palavras como aproximação, chegada, entrada, assim, pode permear uma relação entre pessoas e entre pessoas e instituições, efetivando, dificultando ou impedindo essa relação, caso não haja acesso. A ampliação da possibilidade de pessoas se aproximarem, chegar e entrar nos serviços de saúde inclui diversas situações tais como “qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT” (Art. 2º, III), para isso, é necessário além de identificar e encontrar a população LGBTTT no território, também conhecer suas necessidade e demandas de serviços de saúde; “atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde” (Art. 2º, XVI) ou ainda “incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de saúde” (Art. 2º, XXII, Brasil, 2013, pp. 20, 21 e 22). Qualificar os serviços para identificar e atender as demandas, atuar para eliminar preconceitos e discriminações, promover educação permanente aos profissionais e comunidade, está na base de estratégias que efetivam o acesso das travestis a uma saúde integral, de acordo com os níveis de complexidade do cuidado, conforme preconizado pela regulamentação do SUS.

Na atenção à saúde das travestis especificamente, além de serem contempladas em artigos, parágrafos e incisos estendidos a todas as pessoas da população LGBTTT, nos objetivos específicos da Política, Artigo 2º, constam “promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais” (Inciso VII); “reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais” (Inciso VIII); “definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis (Inciso IX); prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento” (Inciso XIII) (Brasil, 2013, pp. 20 e 21). A Política propõe ações específicas a grupos específicos; nesse caso, propõe atenção ao uso prolongado de hormônios, redução de danos quanto a usos indevido e abusivo de medicamentos, prevenção a doenças e agravos e ampliação do acesso. Cabe aos gestores e trabalhadores da saúde organizar as estratégias para efetivá-las, dentro da organização dos serviços aos usuários do

SUS. Reduzir riscos e danos e promover ações preventivas faz parte das especificidades do atendimento básico em saúde, assim, é na unidade de saúde mais próxima da residência que as pessoas poderão receber esses cuidados, conforme preconiza o SUS.

1.2 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E O CUIDADO NO TERRITÓRIO

O SUS se organiza em redes que articulam ações e serviços por nível de complexidade quanto à assistência à saúde. A Atenção Básica (AB) é “um conjunto de ações de saúde preconizadas em uma política nacional desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas” (Brasil, 2012, p. 11). Buscando ser o contato principal dos usuários, porta de entrada e ordenadora da rede de assistência à saúde, as Unidades Básicas de Saúde são dispositivos da AB e estão “instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade” (Brasil, 2012, p. 11). As ações de saúde na AB são “dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária” (Brasil, 2012, p. 19).

É no território onde as pessoas vivem que deve ocorrer o acesso à promoção da saúde, prevenção dos agravos, atenção aos adoecimentos, ordenação dos serviços e tratamentos que busquem o acompanhamento, a finalização ou amenização do sofrimento. Para que isto ocorra propõe-se, dentro dos fundamentos e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, que à população de um território de UBS seja possibilitado “desenvolver relações de vínculos e responsabilização entre as equipes e a população adscrita”. No mesmo fundamento e diretriz, informa que o vínculo “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde...” (Brasil, 2012, p. 23). Para efetivar essas diretrizes da AB são previstas equipes multiprofissionais, que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF), e apresentam como especificidades:

I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal;

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe; (Brasil, 2012, p. 56)

A assistência domiciliar é uma das estratégias que faz parte da organização do trabalho das equipes ESF, assim, são previstas

...visitas de rotina dos ACS, que através de um processo de educação permanente, vão monitorando as situações de risco, avaliando aquelas as que precisam ser referidas à unidade e resolvendo uma parte, que diz respeito a situações emocionais aflitivas, de aconselhamento, de necessidade de contato social... (Brasil, 2000, p. 42)

Ao efetivarem as visitas domiciliares (VD) os ACS buscam, inicialmente, identificar e cadastrar quem reside em cada endereço da área de abrangência de sua equipe para, na sequência, dar continuidade à assistência em domicílio quando for o caso.

A visita domiciliar é realizada cotidianamente pelo ACS que garante o vínculo e o acesso ao contexto familiar e social. O resultado de cada visita é repassado à equipe, fazendo com que o encaminhamento de cada caso seja coerente com essa realidade. A visita também tem por finalidade monitorar a situação de saúde das famílias, principalmente daquelas que enfrentam qualquer situação de risco bem como atender às pessoas doentes, que estão acamadas ou têm qualquer ordem de dificuldade para se locomover até a USF. A ESF deve agendar as visitas segundo uma programação semanal da USF, priorizando situações e grupos de risco e as solicitações dos ACS. (Brasil, 2000, p. 43)

Garantir vínculo e acesso, monitorar situações de risco, agendar visitas e priorizar grupos de risco são condições propostas aos profissionais de uma ESF para o trânsito do ir e vir dos usuários no território, quanto aos cuidados em saúde. A equipe vai ao domicílio, verifica situações e propõe mais idas ou a vinda dos usuários à UBS. A lógica desse cuidado faz sentido dentro das políticas de atenção à saúde, a partir das quais se propõe “a manutenção do vínculo e a longitudinalidade do cuidado” (Brasil, 2012, p. 59).

Em acordo com a Política Nacional de Saúde LGBTTT, na construção de vínculos deve ser promovido o “respeito à população LGBT em todos os serviços SUS” (Brasil, 2013, p. 21), assim, no território “onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem”, conforme cita

a Política de AB, também pode ocorrer o acesso aos cuidados em saúde favorecido por uma equipe profissional qualificada e com respeito aos direitos dos cidadãos, que compõem grupos de riscos específicos ou não.

O estabelecimento de estratégias específicas de atenção à saúde na UBS, dentro de ações programáticas para grupos específicos, se faz pela visibilidade de condições especiais ou de momentos vivenciados pelas pessoas, como as estratégias para atenção a hipertensos, diabéticos, grávidas, idosos, adolescentes, entre outros grupos, ou em casos de campanhas específicas, como de vacinação, prevenção de câncer, atenção à gravidez na adolescência, atenção aos casos de violências e suicídios. A necessidade de implantação de uma política, programa, ação ou estratégia para grupos específicos vem sempre após a visibilidade de grupos que não estão assistidos, ou não estão devidamente assistidos, de acordo com os princípios do SUS.

A invisibilidade de uma especificidade ou diferença pode resultar na falta de vínculo e falta de acesso, mesmo quando a pessoa mora perto de uma UBS. Se os profissionais de saúde não perceberem o que se apresenta como diferenças nas pessoas ou em determinados grupos, não haverá a possibilidade de se efetivar uma política de atenção à saúde, mesmo que ela esteja regulamentada. Com isso, relações de vínculo, afetividade e confiança, respeito às diferenças e acesso de algumas pessoas à UBS poderá não ocorrer. Se “todos são iguais perante a lei” conforme a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 5º, todos somos diferentes diante do que nos constitui como pessoas. Diferentes contextos de histórias, marcadores sociais e culturais, contextos religiosos e regionais, vivências diversas, muitos são os atravessamentos que constituem e compõem mais do que uma homogeneidade, nossas diferenças.

Quando uma política de saúde dá visibilidade para diferenças e preconiza ações específicas a grupos específicos, pauta suas propostas dentro das diretrizes do SUS. Na Política Nacional de Saúde LGBTTT, isso não foi diferente, uma vez que foi regulamentada como resultado das muitas lutas pela visibilidade de diferenças e do não acesso ao atendimento em saúde com integralidade, universalidade e equidade.

Na população adscrita em um território atendido por uma UBS encontram-se travestis, como também outros grupos populacionais para os quais existem estratégias e ações específicas de atenção à saúde. Estabelecer vínculo, realizar VD, acompanhar através da equipe ESF grupo de pessoas com hipertensão, diabetes, grávidas, idosos, adolescentes, ou

favorecer o acesso para as campanhas de saúde em cuidados específicos já é algo implantado e que faz parte do cotidiano do serviço, não precisa ser construído, uma vez que as condições para categorizar esses grupos são visíveis a todos. Um desafio, com relação às travestis, é saber como estabelecer vínculo e construir acesso a uma população de travestis residentes em um território, da qual os profissionais da unidade de saúde identificam como migratória, que não favorecem a entrada de agentes de saúde da UBS em sua residência, não tem laços de parentesco com outras pessoas do mesmo território e tem dificuldade em acessar os serviços da UBS, por terem uma rotina de trabalho noturna e dormirem de dia⁵.

Seria possível essas travestis serem visíveis aos profissionais para que em cada atendimento, que pode ser único, a equipe possa estar capacitada para suas especificidades, considerando o que se propõe como uma atenção básica à saúde? Seria possível transformar distanciamento e incômodo em novas construções de aproximações e novas práticas de serviço? Teria como transformar contatos em relações de vínculo? Talvez um começo útil para a busca de respostas, fosse encontrar as travestis e os profissionais de saúde e propor uma investigação transformativa. Este foi o caminho que busquei.

No primeiro encontro que tive com as travestis para conversarmos sobre temas específicos de saúde e cuidados em saúde, uma das perguntas que fiz foi “O que vocês identificam como saúde, doença e cuidados em saúde?”. Em um recorte desse diálogo, há uma fala que diz “*cuidar da saúde é tomar o remédio certo, é tratar certo*”. Se nessa fala a apresentação da saúde é em relação à doença, em outro recorte a frase dita foi que saúde é “*ter cuidados, sempre indo no médico, fazer check-up*”, demonstrando um aspecto preventivo, que também é diretriz do cuidado na AB.

Sendo a porta de entrada preferencial dos serviços de saúde, a UBS precisa encontrar estratégias de atendimento à população adscrita para que não ocorram relatos como o dito por uma travesti em um dos encontros, em relação a uma UBS: “*já aconteceu de eu chegar no médico, lá na minha cidade, e ele me tratar mal, só me olhar, não fazer nada, não fazer um exame, só olhar e mandar eu ir embora, e eu passando mal, então por isso eu já não vou mais*”.

O cuidado à saúde das travestis na unidade de saúde do território em que residem é pautado por políticas de atenção e pelos princípios do SUS – e estes não são nunca

⁵ Informações contidas no capítulo de introdução e de análise deste trabalho e em diversos estudos, conforme discutido posteriormente.

excludentes. Mesmo que o cuidado seja para uma atenção especializada, a primeira porta que pode ser buscada é a da unidade do território. Este é um direito que tem que lhes ser correspondido, por mais desafiante que seja esse atendimento ou o olhar para esse corpo diferente que se apresenta a um cuidado da equipe, esse corpo de uma pessoa que disse que iria à UBS para o encontro final (mas que não foi⁶) *“bem linda, bem perfumada... bem feminina, lógico, porque sou feminina!”*.

Berenice Bento nos traz, quando fala da construção desses corpos – que aqui utilizo pela atenção ao cuidado em saúde, mesmo na AB:

...as travestis também reconstróem seus corpos, reivindicam do poder público implantes de silicones seguros, usam inúmeros truques de gênero compartilhados com as mulheres transexuais, fazem terapias hormonais, eletrólise, cirurgia no rosto, *lift* de sobrancelha, redução de testa, remodelagem de mandíbula, raspagem de traqueia. (Bento, 2012, p.80)

Na fala de uma pessoa da equipe ESF, um exemplo de quando as travestis demandam cuidados em saúde: *“já teve uma que estava com dor... foi botar silicone de mercado e aí fez uma ferida bem grande. Ela veio aqui, daí mandaram para a UPA, pra cuidar lá... estava bem exposta”*. Identificar quais cuidados são de competência da unidade de saúde do território e quais devem ser encaminhados a equipes especializadas, é função da primeira porta de um equipamento de saúde pública, preferencialmente o que esteja próximo da residência. Para isso, fortalecer o vínculo pode corresponder ao fortalecimento do cuidado em saúde – e a fragilidade de um pode também corresponder à fragilidade do outro.

No primeiro encontro que tive com os profissionais de saúde, no processo de investigação, uma profissional da equipe ESF, a partir da pergunta “O que vocês avaliam que é a função da UBS na atenção à saúde das travestis?” relatou uma situação que ocorreu durante um acolhimento, que vai ao encontro dessa busca de atenção e cuidado em saúde:

“Teve uma que eu atendi, que ela se queixou muito de dor na cabeça, daí ela falou alguma coisa do dente né? Eu falei pra ela procurar a odonto ali, pra sair daqui e ir procurar [os serviços de acolhimento e o de odontologia se localizam em corredores diferentes na UBS]. Daí ela falou assim: ‘ah, mas eu estou sentindo tanta fraqueza, tanta moleza, um sono’. Eu falei assim: ‘faz quanto tempo que você não faz um exame de sangue, por exemplo?’. Ela falou assim: ‘olha, pelo que eu me lembre, eu nunca fiz depois de adulta’. Orientei. Ela falou que estava tendo forte dor de cabeça. ‘Olha, então você vê a questão da odonto, às vezes é a questão do dente, do ciso, está

⁶ O relato sobre esse encontro final está descrito na sessão 3 do Percurso Metodológico.

crescendo. E também passar com um médico, né, às vezes ele avalia alguma outra coisa, te encaminha ou pede exames necessários”.

A unidade de saúde perto do local de residência é esse local que deve acolher, ouvir, orientar e ordenar um cuidado que pode até ser direcionado ao serviço especializado, mas o fortalecimento de vínculo fortalece também a continuidade do cuidado pela relação de “afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde”, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica.

1.3 O TERRITÓRIO, A UBS E A PENSÃO

O território do qual falo e a UBS na qual trabalho, localizam-se em Maringá, cidade de médio porte no Noroeste do Paraná, com população de pouco mais de 350 mil habitantes⁷ e com sessenta e nove anos de fundação⁸ na época desta investigação. A UBS apresenta uma população cadastrada para atendimento pela equipe ESF de aproximadamente quatro mil pessoas⁹ mas, segundo informações da diretora na época de finalização do processo de escrita desta dissertação, o contingente atendido é de aproximadamente sete mil pessoas. Existe como Unidade desde 2013, mas desde 2006 já existia como equipe ESF desenvolvendo atividades no território. Os servidores lotados na Unidade no momento da intervenção, novembro e dezembro de 2016, eram em vinte e seis pessoas, sendo sete da ESF – destes, cinco formaram o grupo de profissionais que participou da investigação, sendo, enfermeira, médico, técnica de enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde; uma odontóloga e uma técnica de saúde bucal não participaram.

Além do trabalho desenvolvido pela ESF, em acordo com as diretrizes da Portaria 2.488, de 21.10.2011, do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde, havia também procedimentos desenvolvidos por funcionários lotados na UBS, mas que não compunham a equipe da ESF, com os realizados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, como vacinação, curativo, inalação, acolhimento, entre outros. Funcionava também uma farmácia

⁷ A informação na página oficial da Prefeitura, segundo o IBGE/2010 é de 357.077 habitantes, www2.maringa.pr.gov.br, acessada em 13.05.17.

⁸ Conforme encontrado em <http://www2.maringa.pr.gov.br/turismo/?cod=nossa-cidade/2>. Acessado em 13.05.17.

⁹ Informação disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acessado em 20.07.17.

para dispensação de remédios disponíveis na Lista de Medicamentos Disponibilizados pelo SUS. Existia ainda uma equipe administrativa, que recepcionava e organizava o fluxo de atendimento e agendamento de consultas e exames realizados na UBS ou com encaminhamento para serviços especializados; uma equipe de serviços gerais, uma assistente social e uma psicóloga (eu), além de um diretor que coordenava a Unidade. Como equipe de apoio à ESF existia uma equipe NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), composta por três profissionais (psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta), tais profissionais não foram convidadas ao processo de investigação por dividirem sua carga horária por quatro UBS, o que poderia dificultar a organização das datas dos encontros junto com a equipe da ESF, dentro do cronograma previsto.

Essa UBS é campo de estágio para diversos cursos da UEM, dentre eles o de residência em saúde da família do curso de medicina. Nessa residência, médicos residentes atendem a população adscrita da UBS, supervisionados por professores e acompanhados por alunos do quinto ano de medicina, da mesma universidade. Na época em que ocorreu a investigação, os residentes, além dos atendimentos clínicos, realizavam visitas domiciliares junto com a equipe PSF e participavam de discussão de casos com profissionais diversos da unidade. Os dois residentes do primeiro ano e uma professora médica aceitaram o convite e também participaram da investigação. Essa professora já supervisionava a residência em saúde da família na UBS desde que esta inaugurou.

A equipe da UBS que não fazia parte da equipe ESF não participou da investigação, mesmo tendo sido convidada, e isto nos coloca diante de reflexões sobre os distanciamentos e quais discursos amparam essas escolhas. Por isso foi importante a devolução da colega, que transcrevi na apresentação dessa dissertação, quando fala que percebeu que as travestis estão *“interagindo com os profissionais”* e relata a percepção de que antes as travestis *“chegavam mais agressivas”* e depois da investigação elas *“chegam procurando saber o que é ofertado no serviço”*. Essa percepção demonstra que o processo investigativo foi construído para tornar visível a atenção à saúde das travestis não apenas para quem participou dos encontros, mas para todos que viram essa movimentação acontecer.

É do conhecimento da equipe da UBS a existência de somente uma pensão de travestis no território. Até o momento anterior à investigação, o que relatavam era uma frequência delas de forma esporádica e, quando ocorria, seria para aquisição de preservativos masculinos, não sendo percebida a presença delas, de forma significativa, nos demais espaços de

atendimentos e serviços da Unidade, nem nas ações e campanhas realizadas. Era verificada também a falta de vínculo entre elas e os profissionais de saúde do serviço, além da pouca aceitação de visitas domiciliares pelas equipes da ESF– estas informações foram ratificadas no processo de investigação e aparecem na análise do material. A fragilidade ou ausência de vínculo denunciava a possibilidade de fragilidade no cuidado à saúde, pelo menos quanto aos cuidados oferecidos pela UBS.

As pensões são locais de moradia comuns às vivências de travestis que trabalham como profissionais do sexo. Benedetti nos traz “Muitas travestis vivem em pensões, que são normalmente casas em bairros de subúrbio onde vivem, em geral, entre sete a oito travestis” (Benedetti, 2005, p. 38). O autor acrescenta um sentido de “espaço de moradia” quando diz que

as pensões são importantes espaços de moradia para elas, muitas vezes o primeiro lugar em que são admitidas em função de sua transformação. Muitas procuram esses locais ao chegar na cidade pela primeira vez. As pensões são, portanto, importantes para a sociabilidade e o aprendizado do universo trans. (Benedetti, 2005, p. 39)

A pensão em que as travestis residem é uma casa localizada a aproximadamente quatrocentos metros da UBS e com fácil acesso físico entre ambos os locais. Por trás de um muro e portão altos, que não dão visibilidade externa à casa, existem pequenos cômodos posicionados lateralmente ao terreno, que inferi serem quartos. Da metade para os fundos desse terreno há um cômodo amplo funcionando como sala e cozinha, no qual eu era recebida pelas travestis; em continuidade, parecia-me haver mais cômodos funcionando como quartos, aos quais eu não tive acesso. Em nenhuma das visitas perguntei quantas travestis residiam, suas idades, de onde eram, nem há quanto tempo estavam na casa. Essas perguntas poderiam ter sido úteis para conhecer melhor suas histórias, mas algumas percepções só temos em outros momentos do processo metodológico, quando não é mais possível verificá-las. As travestis que encontrei na pensão eram jovens, provavelmente na faixa etária de 20 a 30 anos, usavam sempre vestimentas femininas e circulavam pela sala demonstrando sentirem-se em casa e à vontade, mesmo que transitassem vestindo somente calcinha e com seios à mostra. Parecia haver um contentamento com suas formas físicas e com a liberdade de se expressarem e vestir o que achassem mais confortável ou mais feminino – e talvez sem rigores de olhares desaprovadores.

1.4 A LETRA “T” QUE SE APRESENTA AO VISÍVEL

Usarei a palavra “travesti” para designar as moradoras da pensão com as quais conversei para a construção dessa pesquisa de mestrado, por elas terem se identificado com esse termo, para mim, nas conversas que tivemos. O lugar em que residem também foi nomeado por elas, quando lhes perguntei, disseram “*é pensão, é pensionato*”. À dona da pensão eu não fiz a pergunta de como se identificava, então, pela colocação na dinâmica local informada a mim, pelas moradoras, quando me diziam que para falar com elas eu deveria ligar antes para Âmbar¹⁰, “*daí ela avisa todo mundo*”, identificarei ela como “dona da pensão” ou pelo nome “Âmbar”.

A visibilidade das travestis se deu para mim, quando recebi uma pessoa em entrevista de triagem para atendimento psicológico nessa UBS, na qual trabalho e desenvolvi a investigação. Ela trouxe um intenso sofrimento emocional, permeado de situações pontuais e urgentes. Colocou-me diante do inédito em meu exercício de quinze anos como psicóloga: eu nunca atendera uma travesti. Percebi o desafio dessa escuta e esperei o atendimento na semana seguinte, quando iniciaria a psicoterapia. Ela não apareceu. Busquei a equipe de trabalho da ESF e perguntei pela moradora daquele endereço que constava no prontuário. A equipe então me mostrou a realidade que estava invisível para mim: havia naquele endereço uma pensão residida por várias travestis, quase todas vinham de outras cidades, ficavam pouco tempo na pensão e trabalhavam como profissionais do sexo. As colegas da ESF diziam que elas não frequentavam a UBS ou, se iam, era apenas para pegar preservativos. Solicitei que realizassem uma visita e buscassem conversar com a pessoa que eu tinha atendido, para que reagendasse outro atendimento. A resposta que tive foi que ela já havia ido embora. Fiquei com a sensação de tristeza profissional, ou melhor, fiquei com um incômodo profissional: será que naquele único atendimento eu pude iniciar uma reflexão com ela que a possibilitasse lidar, pelo menos um pouco, com tanta dor e tristeza que relatou, ou não consegui perceber o que ela trazia como especificidade em seu sofrimento? É possível que a experiência pela qual passei fosse igual a de outros colegas, profissionais de saúde. Talvez eu não estivesse preparada para ouvi-las. E nem mesmo vê-las transitando na UBS.

“*A letra ‘t’ é a que mais sofre*” foi uma frase dita na I Conferência Regional LGBT ocorrida na cidade de Maringá, no Estado do Paraná, em 17 de maio de 2015. É também uma

¹⁰ Os nomes utilizados não correspondem aos nomes sociais ou de registros em documentos.

frase que reverbera em movimentos sociais e em estudos relacionados ao contexto de uma sigla que reúne nessas quatro letras sexualidades, gêneros, expressões de gênero, construção de identidade e diversas possibilidades de vivências e afetos sexuais, que na sigla proposta não se esgotam. A letra T da sigla faz referência às Travestis e também às/aos Transexuais e Transgêneros. Conceituá-la não é tarefa que se possa acreditar definitiva. A travestilidade é uma construção, tais quais diversos conceitos, identidades e vivências humanas. “Transexualidade, travestilidade, transgênero são expressões identitárias que revelam divergências com as normas de gênero, uma vez que essas são fundadas no dimorfismo, na heterossexualidade e nas idealizações” (Bento, 2012, p. 20). Essa perspectiva idealizada que enquadra os seres vivos em dois gêneros e traz para cada gênero uma construção de normas, promove sofrimento a quem não se percebe dentro dessa normatização, e busca excluir, ou no mínimo invisibilizar, quem não se identifica nesse padrão binário. Visibilizar a “letra T” não significa dizer tudo sobre ela, não existe o tudo quando se fala do outro. Mas é necessário conhecer, compreender e conviver com todas as diversidades humanas, principalmente quando essa convivência se dá no âmbito da atenção a saúde – cuidar da saúde não pressupõe exclusão das diferenças, muito pelo contrário.

Se a “letra T”, na sigla usada na Política, não expressa a diversidade dentro do que ela representa – travestis, transexuais e transgêneros – a palavra Travesti também não dá conta de representar uma totalidade das vivências travestis. Jaqueline de Jesus nos dá uma compreensão sobre o termo:

O termo “travesti” é antigo, muito anterior ao conceito de “transexual”, e por isso muito mais utilizado e consolidado em nossa linguagem, quase sempre em um sentido pejorativo, como sinônimo de “imitação”, “engano” ou de “fingir ser o que não se é”.

A nossa sociedade tem estigmatizado fortemente as travestis, que sofrem com a dificuldade de serem empregadas, mesmo que tenham qualificação, e acabam, em sua maioria, sendo, em grande parte, excluídas das escolas, repudiadas no mercado de trabalho formal e forçadas a sobreviverem na marginalidade, em geral como profissionais do sexo.

Entretanto, é fundamental reforçar que **nem toda travesti é profissional do sexo** (grifo da autora) (Jesus, 2012, p. 16).

Megg Rayara Gomes de Oliveira, que se identifica como “uma travesti preta” (Santos, 2017, p. 97) na tese de doutorado de Dayana dos Santos, também nos fala dessa estigmatização e dificuldades que Jaqueline cita,

Um tempo depois com a pesquisa e a militância eu fui entendendo que quando as pessoas diziam pra mim que eu não devia tentar o vestibular, que eu não devia perder tempo com um curso de nível superior, né? É porque a minha corporeidade dizia que aquele lugar não era prá mim (Megg Rayara, 2017) (Santos, 2017, p. 95).

E Megg Rayara também nos conta de suas vivências em um contexto escolar discriminador, em sua tese de doutorado “O DIABO EM FORMA DE GENTE: (r)existências de gays afeminados, viados e bichas pretas na educação”, defendida em março de 2017 na Universidade Federal do Paraná:

Eu sempre chegava mais cedo na escola e procurava um lugar tranquilo para esperar a aula começar e procurava sair depois de todo mundo, principalmente durante a quinta e sexta séries. Tal estratégia nem sempre funcionava e, por várias vezes, o Diabo soprou no meu ouvido e me encorajou a enfrentar valentões que faziam provocações racistas, classistas e homofóbicas. Essas provocações procuravam destacar meu “cabelo ruim”, meu uniforme gasto e, na maioria das vezes, o meu jeito reboativo de andar que, nas palavras de alguns, parecia uma lagartixa mal matada. (Oliveira, 2017, p. 22)

Marcadores sociais de gênero, raça e classe potencializam as discriminações quando se entrecruzam e promovem as exclusões. Quando Jaqueline de Jesus afirma que “nem toda travesti é profissional do sexo”, conforme citado na inserção mais acima, Megg Rayara, nos recortes das teses de doutorados também acima, fala de sua experiência como pessoa cuja corporeidade não está expressa dentro do dimorfismo e da heterossexualidade normatizadora, e que, ao não se identificar como branca ou de classe econômica que permita sempre comprar uniformes novo, se depara com a necessidade de enfrentar as provocações e violências que a exclui de ambientes normatizados, como a escola, diminuindo suas possibilidades de inserção em espaços formadores de profissões diversas. Se essa exclusão escolar se torna efetiva no percurso de vida das travestis, isto as conduz a poucas possibilidades profissionais, entre estas, a de serem profissionais do sexo.

Os colegas da UBS também fizeram suas identificações sobre as travestis:

“eu acho que deve ser baixo, o nível de escolaridade. E as que têm um nível escolar maior, são as que tiveram apoio familiar... as que não têm, acho que é diretamente relacionado a preconceitos de família, da sociedade... delas terem saído de casa cedo... e procurar a subsistência delas na prostituição. E à dificuldade deles conseguirem um emprego... formal”.

O contexto de vivências travestis é mais amplo do que uma letra pode representar, porque muitas são as possibilidades de cada pessoa se identificar, se relacionar, construir sua história e viver as possibilidades e dificuldades que atravessam sua existência. Contudo, os

estudos sobre o tema mostram que a construção estigmatizante sobre as travestis que a sociedade faz, como fala Jaqueline de Jesus, Megg Rayara ou participantes da investigação, ainda predomina.

Hélio Silva, que entre 1990 e 1991 realizou a primeira etnografia publicada sobre travestis no Brasil¹¹, indica que “o termo travesti se aplica a um universo complexo e heterogêneo” (Silva, 2007, p. 29). Ao referenciar essas vivências, fala do incompreensível, “travesti brinca com o essencial. (...) Por isso, suscita raiva e tanta admiração: revela em estado cru a gestação do desejo – logo, do eu. Propõe a possibilidade de uma liberdade tão extrema que, às vezes se torna incompreensível” (Silva, 2007, p. 33). Talvez essa liberdade seja a condição que mais coloca as pessoas no estranhamento diante de uma travesti, afinal, a grande maioria das pessoas vem de aprendizado de normas binárias, aí, acostumadas a classificar nas únicas categorias que lhes foram ditas como “normais”, não compreendem e nem sabem como identificar uma pessoa que transgrida essa normatização, ou mais contundente ainda, não aprenderam que não é o outro que identifica uma travesti – somente ela pode dizer de si. Às pesquisadoras e pesquisadores, cabe acompanhá-las em suas vivências e mediar o que passam a conhecer, para dividir tal conhecimento com mais pessoas; como diz Hélio Silva, no livro que apresenta sua dissertação daquele primeiro estudo etnográfico publicado sobre as travestis, quando propõe ao leitor o objetivo de sua escrita:

Quero apenas, a partir desse testemunho, dessa etnografia, revelar alguns flagrantes do cotidiano do¹² travesti, de forma que sua dimensão humana, suas contradições, perplexidades, a nobreza e a miséria de sua condição cheguem até o leitor, não destituídos de sensualidade, sexualidade, humor e ironia, mas integrados a tais traços mais visíveis para evitar a caricatura e o pitoresco. (Silva, 1993, p. 15)

Nas pesquisas falamos de nossos encontros com as travestis para mediar outros encontros, em que se possa ver não o sofrimento em uma letra T, mas sim as vivências, sofrimentos e possibilidades diversas de Âmbar, Coral, Jade, Ágata e, assim, construir outros discursos sobre e com essas pessoas, tornando elas mais visíveis e não somente uma das letras da sigla.

Marcos Benedetti também referencia as travestis na etnografia que realizou com oitenta e cinco travestis em Porto Alegre, a partir de sua aproximação em 1995,

¹¹ Conforme Prefácio de Hélio Silva em “Toda feita: O corpo e o gênero das travestis” (ver Referências Bibliográficas), p. 13.

¹² Naquele momento ainda era usual a referência ao gênero masculino “o” e não, como atualmente, “a” travesti.

Seguindo a lógica do grupo estudado, travestis são aquelas que promovem modificações nas formas do seu corpo visando a deixá-lo o mais parecido possível com o das mulheres; vestem-se e vivem cotidianamente como pessoas pertencentes ao gênero feminino sem, no entanto, desejar explicitamente recorrer à cirurgia de transgenitalização para retirar o pênis e construir uma vagina (Benedetti, 2005, p.18).

Valéria Romano (2008) também as identifica e fala sobre elas:

Na diferenciação entre travestis, transexuais e homossexualidade temos que travestis são pessoas que fazem uso de vestimenta do sexo oposto para satisfazer experiência de pertencer ao sexo oposto; e transexuais são pessoas que não aceitam o sexo que ostentam anatomicamente (Romano, 2008, p. 212).

Assim, as travestis informam, pela estética, vestimenta e comportamentos, uma expressão de gênero que as tornam, a olhares diversos, como uma pessoa diferente, mas também que denunciam uma sociedade, com organização cultural e histórica, que regula as expressões de gênero dentro de uma única possibilidade, em uma díade masculino-feminino baseada na noção de heterossexualidade, e que, a partir dessa matriz, exclui diferenças.

Sobre as travestis residentes no território da UBS, os profissionais, participantes da investigação, descreviam como as viam, *“já teve a Opala e uma outra que esqueci o nome ... muito bonita, uma morena linda, que vinham bastante aqui, mas já foram embora”*; outra participante disse: *“eu não conheci nenhuma que era daqui”*; outra acrescentou: *“Eu conheci uma daqui de Maringá e depois mais duas, mas não [as] vi mais”*; em outro momento no qual falávamos que elas não frequentavam a UBS, foi dito: *“apesar de ser o grupo maior de risco, pela profissão que elas têm, via sexual...”*. Isso corrobora as informações de que as travestis residem de forma transitória, migram entre várias cidades e trabalham como profissionais do sexo. Tais situações são comuns às vivências de travestis em várias grandes cidades do Brasil, conforme estudos apontados por diversos autores como Silva (1993), Peres (2005), e Romano (2008), no Rio de Janeiro/RJ; Benedetti (2005) em Porto Alegre/RS; Pelúcio (2005), Santos (2008) e Amorim, Vieira e Brancaloni (2013) em cidades do interior de São Paulo; Rasesa, Teixeira e Rocha (2014) em Uberlândia/MG. Estes últimos autores informam que:

Elas são, em sua quase totalidade, profissionais do sexo e vivem conjuntamente em pensões de travestis. [...] Considerando o forte fluxo migratório característico da vivência travesti no Brasil, elas são oriundas das diferentes regiões do país e permanecem na cidade, em sua maioria, por pouco tempo. (Rasesa, Teixeira e Rocha, 2014, p. 291)

A informação dos pesquisadores de Uberlândia faz coro e atualiza a que traz Valéria Romano (2008) em seu trabalho com travestis desenvolvido em uma região da cidade do Rio de Janeiro,

[...] 80% não é natural do Rio de Janeiro, com predominância da região Nordeste (cidades de pequeno porte populacional) e Sudeste (interior de Minas Gerais e Espírito Santo, principalmente). [...] sem qualificação profissional, trabalham como profissionais do sexo nas ruas do próprio bairro em que residem (Romano, 2008, p. 214).

Nos encontros que tive com as travestis residentes na pensão, durante o processo de investigação, elas traziam informações que ratificavam o que a equipe tinha falado antes e também os estudos citados mais acima. Quanto à profissão de **profissionais do sexo**, isto era percebido em falas como: “*a gente que trabalha na rua, a gente pega muitas doenças sexuais, transmissíveis*”; “*a gente que trabalha na rua à noite, tá todo mundo cansado, trabalhou a noite inteira*” (quando falaram que era difícil acordar cedo e ir ao posto de saúde); “*uma quantidade de camisinha, de lubrificante, porque é o que a gente mais precisa. A gente trabalha, entendeu?*” (esta frase fez parte do diálogo sobre o que a unidade de saúde poderia oferecer pra ajudar no atendimento a elas). Quanto ao **trânsito na pensão** ou ainda de **serem de outras cidades**, percebi que nas três vezes que entrei na pensão encontrei pessoas que antes não estavam e também soube de outras travestis que já tinham ido embora, como uma das participantes que, quando fui à pensão para confirmar se elas iriam no dia seguinte para o encontro final na UBS, fui informada que ela havia retornado “*pra casa da mãe, em outra cidade, pra se tratar*”; no encontro anterior fora falado que ela estava doente. Em um dos encontros participaram de parte da conversa três pessoas que disseram ser de outra cidade, que fica a cerca de trezentos quilômetros de Maringá; falaram que estavam de passagem e se encontravam na pensão aproximadamente há um mês. Nas conversas era comum várias falarem “*lá na minha cidade*” ao relatarem situações diversas.

Não podemos deixar ainda de considerar estudos que indicam outras realidades, como a que nos traz William Peres, em um estudo de 2002,

Devemos lembrar, contudo, que a associação feita entre travestis e prostituição, embora a maioria esteja trabalhando neste ramo, ou seja, como profissionais do sexo, não deve ser tomada como certa, pois encontramos muitas delas trabalhando em serviços domésticos, salões de cabeleireiros, como funcionárias públicas ou, ainda, embora de forma ímpar, em casos como o de uma advogada (Fortaleza-CE), uma psicóloga (São Paulo-SP), uma enfermeira (Porto Alegre-RS) e uma vereadora de uma cidade do sertão piauiense (Colônia-PI). (Peres, 2002, p.5)

Essa pequena lista poderia ser acrescida hoje por muitos nomes, como o da cearense Luma Nogueira de Andrade, a primeira travesti doutora¹³; a paranaense Megg Rayara Gomes de Oliveira, a primeira travesti negra doutora no país¹⁴; “Daniele de Oliveira e Naomi Neri, as primeiras transexuais a obterem diploma de graduação na história da UEM”¹⁵, formadas em pedagogia e biologia, respectivamente; ou ainda Amara Moira, doutoranda em Teoria Literária na Unicamp¹⁶ que em seu blog “E se eu fosse puta” se identifica como “travesti que se descobre escritora ao tentar ser puta e puta ao bancar a escritora”¹⁷.

Considerando que as vivências travestis são diversas, delimito o recorte desse trabalho pelo que as travestis participantes da investigação comunicaram, quanto à profissão delas. Essas participantes informaram o contexto de serem profissionais do sexo, então, ao me referir a elas estarei propondo discussões, análises e reflexões nesse recorte – restringindo a vivências delas e não de todas as travestis, considerando ainda que a palavra Travesti não torna as pessoas iguais sob essa letra e sim, diversas.

1.5 AS DIFERENTES LÓGICAS DAS TRAVESTIS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Muitas são as frases que indicam lógicas diferentes quanto à organização do trabalho, do tempo e da vida das travestis, em contraponto à organização prescrita dos profissionais de saúde. Apresento aqui uma fundamentação que dará subsídios para a discussão sobre a relação distanciada entre essas pessoas, na análise do material da investigação, que trarei no capítulo 3.

Nos encontros que tive com as travestis, elas falaram de suas condições de trabalho: na rua, com muitos e diversos riscos e à noite. Denunciaram o risco das doenças como a principal preocupação e falaram de uma lógica de tempo em relação à sua lógica de trabalho:

“A gente fica a noite inteira acordada”;

¹³ Notícia em <http://www.unilab.edu.br/noticias/2013/12/09/unilab-da-posse-a-primeira-professora-travesti-do-brasil/>. Acessado em 18.07.17.

¹⁴ Notícia em <http://www.ufpr.br/portalufpr/blog/noticias/pela-primeira-vez-travesti-negra-defende-tese-de-doutorado-na-ufpr/>, acessada em 18.07.17.

¹⁵ Texto recortado de: http://www.uem.br/index.php?option=com_content&task=view&id=10151, publicado em 20.04.2016, acessado em 18.07.18.

¹⁶ Conforme entrevista de 08.04.2016, disponível em <https://www.geledes.org.br/nao-me-prostituo-por-dinheiro-diz-travesti-com-diploma-da-unicamp/>. Acessada em 20.07.17

¹⁷ Em: <http://www.eseeufosseputa.com.br/>. Acessado em 20.07.17

“Às vezes a gente troca a noite pelo dia, daí de dia a gente dorme... não consegue levantar cedo”;

“Quando é seis horas nós vamos dormir”;

“Daí à noite a gente trabalha né?”;

“A gente que trabalha na rua, a gente pega muitas doenças sexuais”;

“É um risco que a gente corre (...) é vários riscos também né amiga?”;

“Mas risco de doenças na rua é o que a gente mais corre”.

Essa forma como descrevem o trabalho delas, pontuado pelos riscos, pode ser acrescida por Larissa Pelúcio, quando nos diz *o rol de ameaças para as travestis que estão “na pista”, é longo – repressão policial, assaltos, brigas, ofensas proferidas pelos transeuntes...* (Pelúcio, 2005, p. 229). As travestis vivem sob o desafio de estarem até mesmo vivas, ao amanhecer.

Profissionais de saúde em uma UBS trabalham com programação, agenda, horários, protocolos, fluxos de atendimento e tantos outros recursos que organizam seus serviços, que são delimitados por regulamentações técnicas e políticas, como a preconizada na Política Nacional da Atenção Básica. É comum passarem vários anos trabalhando na mesma Unidade. Os trabalhadores de saúde da UBS em questão residem em locais fixos, com seus familiares, tiveram acesso aos estudos, tem um emprego mediado por regras trabalhistas até então estáveis e muito claras, previstas no estatuto de funcionário público do município de Maringá/PR¹⁸ ou pela Consolidação das Leis Trabalhistas, recebem seus salários mensalmente e de forma regular, férias e décimo terceiro salário; quando estatutários participam de plano de carreira que lhes permite ascensão, licenças remuneradas e não remuneradas, entre outras regulamentações e benefícios. Recebem também auxílio financeiro como compensação por trabalhar em situação de risco¹⁹. Mesmo que no país estejamos vivendo tempos de transformações na legislação trabalhista, os funcionários da UBS ainda vislumbram uma aposentadoria remunerada, em acordo com um estatuto atual que informa a necessidade de trabalho público por vinte e cinco, trinta e trinta e cinco anos trabalhados, conforme critérios específicos na legislação²⁰, para requerer a aposentadoria. Os horários nas UBS são diurnos,

¹⁸ Disponível em: <http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=69c0877687z069>.

¹⁹ Art. 82. O adicional previsto no inciso VI do artigo 75 se destina a remunerar os funcionários que estejam sujeitos ao exercício de suas atividades em condições de insalubridade ou periculosidade do Estatuto do Regime Jurídico Único dos Funcionários Públicos da Administração Direta, Indireta e Fundacional do Poder Executivo e do Poder Legislativo do Município de Maringá, Disponível em <http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=548b8ce7a6z054>, acessado em 21.07.17.

²⁰ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc47.htm, acessado em 21.07.17.

iniciando às sete horas e finalizando às dezessete ou dezoito horas, na maioria. A UBS na qual ocorreu a investigação, que embasa essa dissertação, encerra suas atividades diárias às dezessete horas e abre de segunda à sexta feira. Outra informação que pode ser acrescida como compreensão das lógicas presentes na organização de vida dos trabalhadores da UBS, é que todos são pessoas que se identificam como cisgêneras²¹.

Com as travestis eu não conversei sobre estabilidade de emprego ou remuneração, mas não precisamos ter essas informações específicas para inferirmos que não há estabilidade ou regularidade na renda. Sobre moradia, convivência com familiares e estudos, o *espaço de moradia* é a pensão; ninguém indicou que lá também residiria algum familiar seu e nada podemos informar sobre condição de estudos, uma vez que em nossas conversas nenhum tema nos favorecia uma delimitação de seus anos de estudos, embora prevalecesse uma organização gramatical na construção de frases e diálogos que pudessem indicar baixo nível de escolaridade em algumas delas.

E quanto à aposentadoria? É possível que este não seja um tema que faça parte das conversas delas, uma vez que este é um assunto mais constante em projetos de envelhecimento, e aquelas jovens, como a maioria das pessoas em suas idades, provavelmente ainda não pensam em envelhecimento. Pode ser que, caso eu perguntasse sobre envelhecimento, elas respondessem tal qual Laura de Vison falou, mesmo tendo mais de sessenta anos de idade, quando participou da pesquisa de mestrado de Mônica Siqueira, sobre o envelhecimento das travestis: *“Não existe velhice meu amor, o que existe é sempre um espírito sempre jovem.”* (Siqueira, 2004, pg 95). Mesmo assim, podemos fazer uma correlação entre o tempo como anos de trabalho e o tempo como anos de vida. Aos trabalhadores da saúde existe um tempo que é buscado como condição de que não precisarão mais trabalhar – e o recebimento de seus salários lhes será garantido, pela aposentadoria. Um tempo próximo a este, de trabalho, (vinte e cinco, trinta e trinta e cinco anos) é o tempo de vida que para muitas travestis, na condição de profissionais do sexo, lhes representa chegar à “velhice”, quando o trabalho lhes é dificultado e nenhuma garantia de recebimento de salário lhes é estendida, como nos fala Pedro Paulo Sammarco Antunes, que também estudou o envelhecimento das travestis, em sua tese de mestrado:

²¹ “Chamamos de cisgênero, ou de ‘cis’, as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído quando ao nascimento” (Jesus, 2012, p.10).

É importante lembrar que para as travestis que se prostituem, a velhice chega quando não podem mais trabalhar. Enquanto seus corpos forem considerados atraentes, elas continuam atuando. Não há números oficiais, mas segundo relatos, isto pode acontecer até mais ou menos os quarenta e poucos anos. Esse segmento da população é invisível em toda a sua trajetória existencial. As que chegam à velhice podem ser consideradas verdadeiras sobreviventes. (Antunes, 2010, p. 13)

Os profissionais falam de uma organização do tempo nas atividades da UBS, dentro dos horários e agendamentos disponibilizados a todos os usuários, aos quais o tempo das travestis parece não ser compatível:

“De manhã tá lotado e você mal vê uma aqui (...). Elas não querem se expor”;
“Mas assim, eles têm que saber respeitar que é agendamento, assim como todo mundo. A paciente veio, falou o caso dela. Eu agendei, mas tinha certeza que ela não vinha”;
“Se a gente oferecer dela chegar e o doutor já atender, às vezes pode achar ‘eu vou lá então eu quero ser atendido na hora’. Então não só pra elas como pra todos”;
“Eles não trabalham com o agendado (...) normalmente é assim, tem que ser na hora, se não deu certo assim na hora, ele não volta”.

As travestis também falaram da dificuldade em cumprir a agenda que os trabalhadores de saúde ofertam:

“Prá você ir marcar, depois você vai marcar, depois tem que voltar outro dia prá consultar com o médico, tem que voltar outro dia pra colher sangue, tem que voltar outro dia... é todo um processo”;
“Se agente tiver quase morrendo, a gente morre”;
“O dentista, a gente foi não sei quanto tempo... agora dia dez que a gente tem que voltar lá”;
“Porque a gente fica esperando quase três meses pra pegar [referindo-se a um medicamento específico] (...) e daí quando vai ver o corpo já tá cheio de ferida”.

Quanto a não conseguirem ir à UBS nos horários matutinos, as narrativas foram:

“A gente trabalha na rua à noite, às vezes a gente não tem disposição pra ir de manhã e prefere ir à tarde”;
“Eu não vou cedo, pra passar pelo médico. Acordar cedo, tombada, cansada...”;
“Tem que marcar... cedo. (...) Daí é cedo, tá todo mundo cansado, trabalhou a noite inteira, e daí tem que marcar ficha”;
“Tem que ir outro dia, daí esquece, daí tá dormindo, tá cansada, tá bêbada”;

Há muitas diferenças nas lógicas desses dois segmentos de trabalhadores, os trabalhadores de instituições da saúde pública e as travestis que têm na prostituição sua fonte de renda, pelo menos naquilo que me apresentaram as moradoras da pensão que visitei.

Como as travestis organizam suas rotinas, dentro do horário noturno de trabalho, não foi informado e também não era tema de nossos encontros, mas as agendas e horários dos trabalhadores das unidades de saúde é algo disponível ao acesso de todos que queiram saber. Há rotinas que cumprem horários, como a coleta de material para alguns exames, que ocorre diariamente até aproximadamente oito horas da manhã, ou as vacinas que precisam ter seu término de aplicação em horário anterior ao fechamento da Unidade. Também há horários para os atendimentos clínicos, com agendamento prévio em intervalos oscilando entre alguns dias ou semanas e até meses, como algumas consultas com médicos especialistas e alguns exames de maior complexidade. Na UBS, mesmo que o atendimento médico esteja agendado, ele ocorre por ordem de chegada dos usuários – o horário é sempre um referencial.

Nessas lógicas diferentes, talvez um caminho seja a compreensão das diferenças nessas lógicas ou a compreensão de que lógicas diferentes não precisam ser excludentes, apenas indicam que outros caminhos de aproximação precisam ser construídos. Talvez um caminho seja o de convidar profissionais de saúde e travestis para se encontrarem, conversar e buscarem possibilidades de enfrentamento dessas dificuldades, em que os trabalhadores da saúde compreendam que para quem envelhece aos quarenta e poucos anos, e todas as noites vai para a rua trabalhar, com todos os riscos que isto representa, agendar atendimentos para as próximas semanas ou nos meses seguintes, pode não fazer sentido.

Esse tempo que corre entre os números pelos quais os ponteiros transitam, parecendo ter espaços tão diferentes entre as agendas e atividades diurnas dos trabalhadores da saúde e os desafios e atividades noturnas das travestis, certamente dificulta a relação entre essas pessoas ou ajuda a estabelecer um campo de relação que se configura de forma distanciada, ou de quase invisibilidade, como é discutido no capítulo de análise. Essas lógicas diferentes na organização do trabalho, do tempo e da vida que podem promover o distanciamento dessas pessoas, também indica uma possibilidade de promover a aproximação quando a relação é mediada pelo imperativo de um cuidado: o cuidado em saúde. É no espaço geográfico do território que todos se encontram e é nele que pode ser desenhado um cuidado em saúde que estabeleça relações de vínculo, afeto, corresponsabilização e acesso à saúde. E é também nessa proposta de *investigação transformativa* que novos sentidos e aproximações podem vir a ser construídos, mesmo após a pesquisa acadêmica finalizar.

Ao finalizar este capítulo de introdução, quero ainda trazer duas situações, a de uma pesquisa informal que fiz na UBS, quando estava me aproximando do tema a ser trabalhado, e

um levantamento que fiz na Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, pelo potencial de justificativa para que ocorram mais pesquisas acadêmicas nos serviços de atendimento à saúde da população LGBTT, reverberando em mais capacitação aos servidores da saúde e melhoria no atendimento.

Em 2015, quando estava delimitando um possível tema para a pesquisa e em semestre anterior à seleção de mestrado, fiz uma pesquisa informal entre os colegas da UBS em funções, profissões e graduações de estudo bastante variadas, dirigindo a eles a pergunta: “Você acha que existe uma política de atendimento à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais?”. Dos vinte e seis colegas aos quais perguntei eu ouvi: “não sei” de treze pessoas; “não” de nove pessoas; “acho que sim” de duas pessoas e “sim” de duas pessoas. Algumas frases foram ditas em sequência à resposta que eles deram. Vários que disseram “não sei” também complementaram com a frase “mas acho que não tem”; quem disse “não” completou com frases como “é sempre idoso, criança, adolescente, diabético...” ou ainda “não. Só para homem e mulher”. Percebi que, naquele momento, ninguém respondeu que deveria ter porque são grupos específicos e vulneráveis, ou ainda, dizer “não” e justificar dizendo que não havia política específica porque o atendimento no SUS era para todos.

Perceber que uma política nacional de atenção à saúde, que existia há quatro anos ainda era desconhecida da grande maioria de meus colegas de trabalho me fazia perceber muitas lacunas. E perceber que esta realidade também poderia estar presente em outros serviços de saúde, denunciava mais lacunas ainda. Em abril de 2017 fiz um levantamento na Secretaria Municipal de Saúde, em um setor chamado CECAPS, que é uma “Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde” e tem como uma de suas atribuições regulamentar as pesquisas realizadas em unidades de saúde de Maringá²², logo, mantém um registro de todas as pesquisas desenvolvidas. Busquei nos registros dos últimos seis anos (2012 a 2017), o que tinha sido realizado com a temática sexualidade ou população LGBTT e encontrei: em 2012, sessenta e sete registros, apenas um com a temática de sexualidade, em casais com diabetes; em 2013, setenta e dois, um de sexualidade, na terceira idade; em 2014, sessenta e quatro, o único registrado na temática é a pesquisa nacional “Análise do Acesso e da Qualidade de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no

²² Informação disponível em <http://www2.maringa.pr.gov.br/saude/?cod=cecaps>.

SUS”, cuja equipe que a desenvolveu na Região Sul do Brasil foi coordenada pelo orientador deste trabalho, professor doutor Murilo Moscheta; em 2015, oitenta e seis, apenas um em sexualidade, no pós-parto; em 2016, sessenta e oito, dois registrados, um intitulado “A construção de sentidos sobre diversidade sexual com psicólogas da Atenção Básica de Maringá/PR”, da pesquisadora Bárbara Anzolin, e o outro, o que fez parte desta dissertação. Até abril de 2017 havia quinze registros, mas em nenhum havia a temática buscada. No registro de trezentas e setenta e duas pesquisas, de 2012 a 2017, apenas três pesquisas trabalharam temática relacionada ao atendimento em saúde à população LGBT, a nacional e as duas registradas em 2016, estas, de alunas do mestrado em Psicologia da UEM, orientadas do professor Murilo e membros do DeVerso, grupo de pesquisa em sexualidade, saúde e política, também coordenado pelo citado professor. Pode-se juntar a essas três pesquisas mais duas, também em mestrado em Psicologia na UEM, que não foram registradas no CECAPS, mas desenvolvidas a partir de dados da pesquisa nacional, “A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS”, de Daniele da Silva Fébole, e “Sentidos de profissionais da psicologia sobre acesso da população LGBT na Atenção Básica em saúde de Maringá, PR: quatro mitos perniciosos”, de Cristiano Viana de Lima – esses pesquisadores também foram orientados pelo professor doutor Murilo Moscheta e são membros do mesmo grupo de pesquisa já citado – totalizando assim cinco pesquisas que buscaram compreender e desenvolver reflexões sobre o atendimento em saúde à população LGBTT no SUS.

Políticas públicas só são efetivadas se forem conhecidas, se as pessoas para as quais elas foram construídas se beneficiarem de sua existência, se as pessoas que deverão aplicá-las conhecerem suas aplicações e o que elas preconizam. Perceber lacunas não é suficiente para promover mudanças, mas pode indicar a necessidade de atenção. Pesquisar temas de atenção à saúde da população LGBTT pode repercutir em transformações sociais. E se estas efetivarem serviços públicos mais acessíveis, o direito à saúde poderá ser mais equânime.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa na visão construcionista social

é sustentada pela visibilidade que o pesquisador consegue dar ao caminho que percorreu ao analisar seu tema, relacionando-o às tradições de sua comunidade linguística e às teorias que formam as bases científico-histórico-culturais de sua interpretação. Além disso, cumpre ao pesquisador dar visibilidade à perspectiva de utilidade da compreensão construída, fertilizando tanto o campo das ideias como o das práticas de convivência, abrindo-se para produtivos diálogos possíveis. (Grandesso, 2017, p. 489)

Pesquisas pós-modernas priorizam a utilidade a que se propõem, em uma determinada comunidade contextualizada histórica e culturalmente e se constituem enquanto práticas sociais. Ao serem construídas, o tema a ser investigado requer atenção ao contexto e às relações entre as pessoas. Nessa perspectiva, descrevemos aqui o caminho percorrido para a construção do *corpus* analisado, com o qual buscamos uma produção no “campo das ideias” sobre as “práticas de convivência” em um ambiente de trabalho.

Para a realização do objetivo de “compreender o que constituía a relação entre os profissionais de saúde da UBS e as travestis quando, havendo alguns contatos, essa relação era construída de forma distanciada” eu e meu orientador analisamos conversas que ocorreram nos encontros com profissionais de saúde da UBS e com as travestis residentes na pensão, que correram inicialmente em grupos separados e depois em um grupo único. A intenção era de promover, nestes encontros, conversas que gerassem sentidos sobre o cuidado à saúde das travestis e que permitissem aproximação entre essas pessoas. Apresentaremos a estratégia de construção dos encontros e em seguida as estratégias de condução da investigação, em detalhes, mas antes gostaríamos de situar o campo teórico construcionista social que enquadra nossa metodologia.

2.1 ENCONTRANDO CAMINHOS NO CONSTRUCIONISMO SOCIAL

Nos estudos do Construcionismo Social encontrei um modo de fazer pesquisa que fez mais sentido para mim, quando busquei me relacionar com aquele incômodo profissional, no qual percebi que existiam travestis na área do território da UBS em que trabalho e elas me eram invisíveis. A partir daquele episódio, eu percebi que elas eram quase invisíveis também

a vários colegas que trabalhavam comigo na UBS, e isto me levou a transformar o incômodo em questão de pesquisa acadêmica.

Na proposta construcionista que Gergen nos traz como “A ideia básica: nós construímos o mundo” (Gergen, 2010, p. 18), o que se propõe é a compreensão de que as realidades em que vivemos são construções sociais que fazemos. Tais construções se dão nos encontros e relações que estabelecemos, como nos traz Gergen: “Num sentido mais amplo, podemos dizer que, ao nos comunicarmos uns com os outros, construímos o mundo no qual vivemos” (Gergen, 2010, p. 22). Nessa construção de mundo, nomeamos tudo com o qual nos relacionamos e nessas relações estabelecemos aquilo para o qual damos o recorte de realidade. Isto “simplesmente significa que a realidade não existe independentemente das práticas através das quais nós a objetivamos e, como resultado, a construímos. A realidade é sempre ‘realidade – para – nós’, ‘realidade - de - nossa perspectiva’ ”²³ (Ibañez, 2001, p. 257, tradução nossa). Ao nomear uma situação como um incômodo profissional eu também a construía como uma realidade, para a qual eu me implicava em busca de outras construções ou de outras realidades que, naquele contexto, pudessem ser mais úteis naquela relação entre os profissionais de saúde e as travestis residentes no território da UBS. Comunicar aos outros, colegas de trabalho e travestis, que eu estava incomodada, também incluía convidá-los a se incomodarem junto comigo e a buscar outras construções no mundo daquelas relações, considerando que “O que fazemos juntos produz os nossos mundos sociais” (McNamee, 2014, p. 105). O construcionista vê, então, “a linguagem como ação social e, portanto, como constituindo nosso mundo. A linguagem não simplesmente descreve o que “já está” no mundo, ela é uma forma de ação” (McNamee, 2014, p. 118). Pela linguagem, que constrói ações no mundo social, eu buscava compreender, utilizando o recurso de uma investigação acadêmica, o que se falava naquela relação que resultava na manutenção de uma “realidade” de distanciamento entre aquelas pessoas.

Organizar uma pesquisa dentro de meu ambiente de trabalho e tendo como alguns dos participantes meus colegas, profissionais de saúde, exigia de mim esse reposicionamento do que eu aprendera nos anos de graduação e estudos sequenciais, sobre pesquisa científica, compreendendo-a tal qual expõe Gergen em “A pesquisa tradicional pressupõe a existência de

²³ “significa simplemente que la realidad no existe com independencia de las prácticas mediante las cuales la objetivamos y, com ello, la construimos. La realidad es siempre ‘realidad – para – nosotros’, ‘realidade – desde – nuestra perspectiva’”.

um mundo de objetos e eventos isolados do pesquisador; é também tarefa do pesquisador revelar suas características” (Gergen, 2010, p. 82). Em minha proposta não haveria separação sujeito-objeto – ou – distanciamentos entre mim e o foco a ser investigado, o que eu pretendia não era revelar uma realidade até então existente mas desconhecida dentro de meu mundo de trabalho. Eu buscava desenvolver uma investigação que convidasse pessoas, meus colegas de trabalho e as travestis, a reflexões sobre si e as experiências que eles vivenciavam naquelas relações e, a partir disto, que pudesse haver transformações naquela comunidade.

Como traz Peter Spink, “a pesquisa nasce da curiosidade e da experiência tomados como processos sociais e intersubjetivos de fazer uma experiência ou refletir sobre uma experiência” (P. Spink, 2003, p. 9), Eu estava propondo uma experiência – um encontro com as travestis – e a reflexão sobre aquela realidade – o distanciamento. Buscar compreender o que estava presente naquela relação entre os profissionais de saúde e travestis residentes no território da UBS que denunciava invisibilidades e distanciamentos, convidar as pessoas para construir novas possibilidades e transformações nessa relação, que resultassem em aproximações e mais cuidado em saúde, me aproximava dessa proposta de ser uma pesquisadora pós-moderna, nesse caso construcionista, pois

[...] o cientista pós-moderno está mais preocupado com o efeito de sua obra que com aquilo que ela ‘de fato’ representa. Seu método de trabalho não segue prescrições controladas e racionalizadas, mas emerge do diálogo com os contextos de investigação dos quais se ocupa. E a relação que pretende construir com os participantes de suas pesquisas e com os leitores de seus artigos tende a entreter espaço para coautoria, complementação e suplementação (Moscheta, 2014, p. 36).

Na pesquisa, eu iria dialogar com os contextos presentes naquela relação invisibilizada e distanciada. E esse diálogo só poderia fazer sentido se fosse construído junto com as pessoas, ou seja, o meu foco de atenção seria a relação e não o indivíduo, em acordo com uma posição construcionista que “privilegia, em nosso entender, a substituição do indivíduo como fonte de significado pela relação” (Gergen, 2010, p. 38). E em uma proposta de investigação transformativa os resultados alcançados poderiam ser construídos pelas pessoas que participassem direta ou indiretamente daquela discussão e reflexão, colaborando assim para novas formas de dialogar e se relacionar, tal qual propõe Gergen:

Preferencialmente, o construcionista tende a favorecer formas de diálogo a partir das quais possam emergir novas realidades e novos valores. O desafio não é encontrar a “única e melhor forma”, mas criar tipos de relação através dos quais se possa construir o futuro de maneira colaborativa. (Gergen, 2010, p. 31).

Convidar meus colegas para reflexões sobre a relação que era estabelecida entre eles e as travestis residentes no território da UBS, era um convite a mudanças que não sabíamos como se daria e nem no que resultaria, mas tornava-se útil como possibilidade de construção de novas realidades, compreendendo que “a pesquisa é um processo de construção. Neste sentido, a pesquisa é transformativa e prática em última instância – ela promove possibilidades generativas para todos os participantes (pesquisadores e pesquisados)” (McNamee, 2017, p. 476).

Em nossa proposta de investigação, eu iria dialogar com participantes da pesquisa, sendo eu também membro daquela equipe; eu tentaria entrar em uma casa da qual se dizia que as moradoras não recebiam os profissionais de saúde; eu buscava visibilidade a pessoas que antes me eram também invisíveis e eu buscava que todos pudessem dialogar em um espaço no qual diziam “*elas não vêm*”. Eu e meu orientador identificávamos no Construcionismo Social uma possibilidade de desenvolver o que propúnhamos como investigação acadêmica, como o modo mais útil para o que buscávamos alcançar naquela situação: compreender o que constituía aquela relação invisibilizada – este seria o campo a ser investigado. Esse campo, na Psicologia Social, “começa quando nós nos vinculamos à temática...o resto é a trajetória que segue esta opção inicial; os argumentos que a tornam disciplinarmente válida e os acontecimentos que podem alterar a trajetória e re-posicionar o campo-tema”. (P. Spink, 2003, p. 30). Sobre essa campo-tema, Spink ainda nos traz

Campo é o campo do tema, o campo-tema; não é o lugar onde o tema pode ser visto – como se fosse um animal no zoológico – mas são as redes de causalidade intersubjetiva que se interconectam em vozes, lugares e momentos diferentes, que não são necessariamente conhecidos uns dos outros. Não se trata de uma arena gentil onde cada um fala por vez; ao contrário, é um tumulto conflituoso de argumentos parciais, de artefatos e materialidades. (P. Spink, 2003, p. 36)

Desenvolver uma investigação sendo membro da equipe, logo, parte do *campo-tema*, exigia cuidados e esforços nessa construção, quanto aos procedimentos, mas também quanto ao manejo de situações profissionais e pessoais que atravessavam o meu lugar enquanto uma voz naquela equipe e também uma pesquisadora. Peter Spink (2003) ainda nos fala da presença do pesquisador no campo-tema em que “mais cedo ou mais tarde, terá de ser negociada e debatida, e propõe questões Para qualquer Psicologia Social que assume os argumentos contrucionistas como válidos” (P. Spink, 2003, p. 26), que nos levam a pensar

... o que é que nós estamos fazendo, como e aonde? O que temos a ver com o campo-tema? O que estamos fazendo ali? Qual é a nossa contribuição, a nossa parte neste

processo? (...) como psicólogos sociais, estamos nesta questão, no campo-tema, porque pensamos que podemos ser úteis. (P. Spink, 2003, p.27)

Pensar-se útil pode levar a escolhas que conduzem à construção de novos processos relacionais quando se parte de uma postura crítica diante do conhecimento, das práticas e incômodos profissionais e desde que essa postura seja de comprometimento com a realidade social que se está construindo. Mary Jane e Peter Spink nos falam também que

A ética, o debate sobre como a vida deve ser vivida, é uma noção social e, como tal, sua presença constante no nosso dia a dia, e atualmente no nosso cotidiano científico, aponta simultaneamente para duas conclusões. Primeiro, sugere que construir a vida coletiva não é nem nunca foi um processo automático; segundo, enuncia que temos e continuamos a ter dúvidas sobre qual deveria ser a nossa conduta em relação ao outro. (M. J. Spink e P. Spink, 2014, pp 135 e 136)

Ao construirmos a realidade de nossas práticas profissionais podemos nos dar conta que outras formas de relações também são possíveis, pois, na função de profissionais de saúde, é na relação com o outro que se organiza o cuidado que preconiza nossas profissões, com isso, o debate de “como a vida deve ser vivida” não é um debate sobre como impor um cuidado ao outro, mas sim, como todos construímos essas relações até com o outro do qual se diz “*elas não vêm*”.

Muitos eram os desafios na proposta que eu fazia aos colegas de trabalho: convidava-os a reflexões com possibilidade de desconstrução e reconstruções nos sentidos que permeavam essa relação, mesmo que distanciada. Com as travestis, o desafio era maior ainda, eu as convidaria a me aceitarem em sua casa para conversar sobre aquela relação ou aquele distanciamento. Convidar a todos para serem coautores, junto comigo e meu orientador, desse processo de mudança da realidade, só faria sentido se os participantes também fizessem essa escolha de criar outras possibilidades e aproximações. Fazer uma reflexão de que essa relação distanciada também era construída por nós, profissionais de saúde, era a forma que eu encontrava para que os colegas de trabalho se engajassem na proposta. Às travestis, o convite era principalmente para que pudéssemos nos encontrar; só a partir do encontro é que poderiam ser propostas reflexões e possibilidades de transformações, acreditando que, mesmo que até então elas não falavam a nós de suas insatisfações, o não vínculo com a UBS poderia falar por si só. O que nos fazia acreditar que a proposta era possível, pois

Em uma orientação construcionista, a possibilidade de construir novos entendimentos, crenças, valores e realidades está sempre presente. Cada vez que nos engajamos com

outros e com nosso ambiente, a possibilidade de criar sentidos novos e, assim, visões de mundo novas, está sempre presente. (McNamee, 2014, p. 112).

Ao nos propormos investigar aquela relação, eu estava concomitantemente me propondo a reconstruí-la, e como o foco era a relação, convidava os participantes a criarem comigo “visões de mundo novas” que nos colocaria na situação de conversar e, nessas conversas, seria buscado inicialmente como estávamos falando sobre essa relação invisibilizada e distanciada – quem sabe ao falar nos daríamos conta do que falávamos, como o fazíamos e no que aquelas conversas poderiam transformar-se e transformarem os mundos sociais que todos construíamos.

McNamee faz uma pergunta que me conduziu ao convite às pessoas: “a que tipo de mundo convidamos uns aos outros quando presumimos que as realidades são coconstruções baseadas em comunidades locais, históricas e culturais?” (McNamee, 2014, p. 118). Se pudéssemos nos ver como uma das partes daquela relação, nos veríamos como parte daquele problema, logo, poderíamos ser parte da possibilidade de mudança “para novos entendimentos, crenças, valores e realidades”. Mais ainda, no lugar de profissionais de saúde, somos também os agentes públicos que podem efetivar as políticas de atenção a uma saúde com equidade, dentro dos princípios e doutrinas do SUS, nesse caso, efetivando uma política nacional, existente desde 2011, no âmbito da Atenção Básica. Propor uma investigação buscando transformação de realidade é compreender essa investigação como “uma prática reflexiva e crítica, mas também uma prática social” (M. J. Spink, 2013, p.43). A mudança de práticas profissionais poderia resultar em mudanças nas relações sociais, naquele contexto, na construção de relações mais próximas entre os profissionais de saúde e as travestis residentes no território da UBS.

2.2 APROXIMÇÕES E DELIMITAÇÕES

2.2.1 Aproximando-me do tema

O tema que me instigava à investigação foi sendo delimitado desde a pesquisa informal com os colegas da UBS, em 2015, e na continuação de minha conversa com os colegas de trabalho, quando ouvia as frases de que as travestis só vinham à UBS para pegar camisinhas, que não cuidavam da saúde e não aceitavam as visitas domiciliares da equipe ESF. O desconhecimento da equipe sobre a existência de uma política de saúde específica, o

pouco conhecimento que se tinha do quadro de saúde e adoecimentos que poderiam ser específicos das travestis ou ainda as falas da equipe sobre o comportamento de algumas delas, que lhes era até ofensivo, por suas roupas, comportamentos e tom de voz que usavam quando iam à UBS também eram informações que delimitavam o que precisava ser visto dentro do tema a ser investigado. Era perceptível o distanciamento entre todas essas pessoas, com isso, qualquer que fosse a condução da pesquisa, ela só poderia partir de uma busca de aproximação. Mas buscar aproximações entre pessoas para as quais os pequenos contatos, quando iam à UBS pegar camisinhas, não resultavam em uma relação estabelecida pelo vínculo, fazia pensar que a construção do processo de uma “investigação transformativa” passaria pelos desafios dessa relação distanciada, delimitando que este seria o foco de atenção.

2.2.2 Aproximando-me das pessoas

Enquanto o tema ia sendo construído, também iam ocorrendo essas aproximações com as pessoas para convidá-las a participarem comigo daquele processo de reflexão e transformação. Se o que eu buscava era compreender uma relação, as pessoas dessa relação seriam aquelas que eu buscava. Assim, organizaria os encontros partindo de duas categorias de participantes: profissionais de saúde²⁴ – nessa categoria estavam inclusos dois grupos, os de servidores que trabalhavam na UBS e a equipe de residência em medicina da UEM que atendia também na mesma UBS – e as travestis que residiam na pensão do território. Para viabilizar essa conversa dentro do tempo de uma pesquisa de mestrado, eu procuraria encontrá-los juntos em cada categoria, perfazendo assim, três grupos.

Na UBS, eu ia conversando e sensibilizando os colegas. Uns nem percebiam esse distanciamento, outros, percebendo ou não, não se dispunham a conversar sobre isso; alguns percebiam e viam como uma falha na atenção à saúde de um grupo de moradores da área da UBS. Alguns colegas, os residentes e uma professora da residência em saúde da família da UEM se juntavam a mim, por também sentirem como um incômodo profissional o não acesso ao cuidado em saúde das travestis e me provocavam a iniciar logo algum tipo de intervenção.

²⁴ Nesta dissertação, a menos que faça referência específica, ao me referir a “profissionais de saúde da UBS” estarei me referindo aos dois grupos que compõem essa categoria.

Com as travestis, o desafio era muito grande e nada dizia que eu conseguiria a participação delas. Conversei com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela atenção aos moradores da rua em que ficava a pensão, e com a enfermeira responsável pela equipe ESF, para obter mais informações. A dona da pensão havia sido criada no bairro e seus pais ainda moravam próximo, porém ela morava em cidade contínua à Maringá. Não era de conhecimento de ninguém da UBS a quantidade exata de moradoras na pensão, até mesmo pela situação de transitoriedade e pouca permanência na casa, mas a ACS estimava que no mínimo residiam, naquele momento, umas cinco travestis. Disse ainda que o número máximo estimado seria de “*umas trinta*”, mas que era mais comum “*ter umas quinze*” moradoras.

Na literatura sobre o modo de vida das travestis que são profissionais do sexo, é comum a existência de uma “dona da pensão”, verificado principalmente em etnografias, como as de Hélio Silva (1993) e Marcos Benedetti (2005). O papel da dona da pensão, do território da UBS, era desconhecido da equipe, mas algo pairava no ar de que, para entrar naquela pensão, teria que haver um contato primeiro com a dona. Busquei o número do telefone celular dela, através de uma moradora que eu sabia que conhecia Âmbar e o guardei, para posterior contato.

Com a informação que a ACS havia dado sobre a quantidade mínima de moradoras que ela supunha residir na pensão – cinco – fiz uma estimativa de quantas pessoas eu buscaria ter no mínimo em cada grupo, para tornar a pesquisa viável, mas também para ser mais equitativo com a quantidade de travestis. Considerei a formação dos três grupos da seguinte forma: um de travestis; um de profissionais lotados na UBS, que naquele momento contava com vinte e seis pessoas, e um da equipe de medicina da UEM que atendia na UBS através da residência em Saúde da Família, sendo dois residentes e, dentre os professores, convidaria a professora responsável por tal residência. Delimitamos então, eu e o professor orientador, em três pessoas no mínimo em cada grupo.

2.2.3 Delimitando o processo investigativo

Sheila McNamee convida os construcionistas a fazerem uma pergunta que me direcionou na organização do processo investigativo dessa pesquisa acadêmica: “Como a pesquisa poderia ser útil para a minha prática profissional?” (McNamee, 2014, p.123). O meu

incômodo profissional me instigava a transformações em meu ambiente de trabalho – para além de mim, meus colegas também estavam sendo convidados às transformações.

O posicionamento daquela autora sugeriu o caminho da pesquisa: “Fazer essa pergunta é assumir o relacionamento mutuamente informativo entre pesquisa e encontros situados” (McNamee, 2014, p.123), o que compreendi, naquela situação, como: não haveria separação entre um momento em que eu realizaria a pesquisa e um momento em que me aproximaria das pessoas propondo reflexões e transformações no ambiente de trabalho; em cada momento haveria informações e também trocas. O processo investigativo já seria em si um processo que poderia provocar mudanças – e as transformações poderiam ocorrer enquanto a pesquisa estivesse se desenvolvendo. Era isso que eu buscava pois,

se nossa visão for construcionista relacional, a “coisa” (ou entidade) que estamos examinando são os processos interativos, das pessoas entre si mesmas e também com seus ambientes. Estamos curiosos sobre quais tipos de mundo se tornam possíveis a partir de formas específicas de interação, conversação e ação (McNamee, 2014, p.106).

Naquela relação distanciada entre os profissionais de saúde e as travestis, da qual pouco sabíamos sobre os cuidados em saúde destas, a *pesquisa* e os *encontros situados* se dariam no contexto do território, da saúde e da construção de uma relação de aproximação, para isso, eu buscava “formas específicas de interação, conversação e ação” entre as pessoas e entre o que todos pensavam sobre saúde e cuidados em saúde, considerando o papel da UBS no território e a Política Nacional de Atenção à Saúde LGBTTT, para buscarmos que mundos seriam possíveis durante e após o momento de uma investigação acadêmica. A minha proposta para iniciar um processo de transformação partia do convite a todos para conversarem, em acordo com o que propõe Peter Spink,

Pode ser também a contribuição de trazer outras vozes para o debate, de mostrar outras posições e outros argumentos. A contribuição que nós temos pra oferecer é provavelmente diferente em casos diferentes e dificilmente os seus limites e alcances estarão claro para nós. Mas é muito importante que não nos esqueçamos de perguntar: “E daí? Por que isto é importante?”, “Por que estou aqui?” (P. Spink, 2003, p. 27)

Eu estava naquela comunidade de pessoas porque também fazia parte daquele campo-tema e se não era claro o alcance da investigação que eu fazia enquanto pesquisadora, era clara a importância de eu buscar na academia o auxílio para, estando ali, construir relações mais úteis à aproximação entre as pessoas e à efetivação de cuidados em saúde.

Naquele contexto e diante do que eu me propunha, junto com meu orientador, delimitamos caminhos e recursos metodológicos: eu organizaria encontros meus com cada grupo para conversarmos a partir de um instrumento em comum, uma entrevista semiestruturada na qual haveria um roteiro de questões norteadoras, considerando que “A proposta construcionista social, nesse sentido, entende que as entrevistas são negociações, não imposições” (Souza, McNamee e Santos, 2010, p. 605). Essas conversas seriam sobre temas que fossem comuns a todos e no contexto de saúde; para isso, as questões norteadoras foram organizadas a partir das informações preliminares que tínhamos dos profissionais, como as ditas nas frases “*elas não vêm à UBS*” ou “*elas só vêm pra pegar camisinhas*”, e considerando o papel da Atenção Básica à saúde dos moradores de um território de UBS. O objetivo de propormos essa entrevista semiestruturada era dar viabilidade para uma conversa comum inicial, minha com cada grupo separadamente, como modo de compreender saúde e cuidados em saúde das travestis, e para que esses encontros pudessem fornecer informações úteis ao diálogo em um encontro final com todos os participantes da pesquisa.

As questões norteadoras foram ajustadas para serem apresentadas aos três grupos. Se às travestis seria perguntado “O que vocês identificam como saúde, doença e cuidados em saúde?” ou ainda “Vocês identificam que têm boa saúde?”, aos profissionais a pergunta seria “O que vocês pensam que significa saúde, doença e cuidados em saúde para as travestis residentes no território da UBS?” para que começássemos a entender os sentidos presentes naquelas relações.

Transformamos os desconhecimentos em questões a serem levadas aos encontros, que possibilitassem a todos falarem sobre as relações estabelecidas, para isso, às travestis, perguntaríamos “Se ocorrer situações de dores físicas, sintomas que indicam doenças, sofrimentos emocionais, como vocês cuidam disso?”, então, aos profissionais, “Que dispositivos vocês acham que as travestis utilizam diante de situações relacionadas a quadros de adoecimentos e/ou sofrimento?”.

Buscamos nesse roteiro de conversa incluir possibilidade de relatos de experiências quanto à função da UBS no território, diante daquela população específica, fazendo perguntas às travestis, como “O que vocês entendem que é a função de uma UBS?” ou ainda “O que levaria vocês a procurarem uma UBS?”. As mesmas perguntas foram ajustadas aos profissionais, na forma “O que vocês avaliam que é a função da UBS na atenção à saúde das travestis?” e “O que vocês avaliam que leva uma travesti a procurar a UBS do território?”.

Incluimos questões que poderiam informar mais sobre aquela relação, para além da frase de que elas não frequentavam a UBS. Perguntaríamos às travestis “Vocês já tiveram acesso a algum serviço disponível em UBS? Se sim, quais?”, “Vocês já pensaram em procurar algum auxílio em UBS e desistiram? Se sim, por quê?”, “Há algo que vocês buscam ou já buscaram na UBS mas não tiveram acesso?” e também “Como vocês lidam com sofrimentos emocionais? Alguma vez procuraram alguma UBS para atendimento psicológico?”. Em consonância, aos profissionais perguntaríamos “Vocês avaliam que as travestis têm acesso à UBS? Se sim, a quais serviços?”, “De quais serviços da UBS vocês avaliam que as travestis poderiam ter acesso e não têm?”.

Ao percebermos que não conhecíamos as histórias delas incluimos no roteiro possibilidades de relatos de suas vivências, pedindo para contarem também sobre suas relações com a UBS e os funcionários, como “Vocês têm alguma experiência relacionada a uma UBS em que o cuidado em saúde foi satisfatório ou que superou suas expectativas de atendimento?”, para tal pergunta houve também a sequência para um relato de cuidado insatisfatório ou que tenha frustrado as expectativas. Como para além de expectativas e frustrações, buscaríamos relatos que favorecessem novos aprendizados nessa relação, perguntaríamos “Se vocês costumam ir à UBS, há algo que identificam como situação a ser melhorada?”, às travestis, e aos profissionais: “Vocês avaliam que há algo a ser melhorado na UBS para facilitar o acesso das e às travestis?”.

A última questão prevista a ser levada ao primeiro encontro em cada grupo seria sobre a Política Nacional de Saúde LGBTT, às travestis seria perguntado se sabiam da existência e aos profissionais se a conheciam ou o que sabiam sobre ela – uma vez que já era do conhecimento destes a existência de tal Política, como consequência da pesquisa informal que eu fizera em 2015.

As questões norteadoras serviriam de guias para o primeiro encontro, orientando os rumos da conversa, mas não a limitando. Tais questões compõem dois roteiros de conversa, um para os profissionais de saúde e outro para as travestis, e encontram-se nos Apêndices 1 e 2 desta dissertação.

Outro recurso metodológico utilizado foi a construção do diário de campo como uma ferramenta estratégica para auxiliar no *adensamento das análises*, em acordo com o que propõem Benedito Medrado, Mary Jane Spink e Ricardo Pimentel Mélo

Em algumas de nossas pesquisas os diários constituem-se em anotações que não visam constituir-se em nosso *corpus* de análise; ou seja, elas podem adensar nossas descrições ou servir de ilustração, dando um cunho pessoal ou um colorido expressivo ao trabalho de pesquisa, sem o compromisso de converter-se em material discursivo a ser exaustivamente analisado. Nessa direção, esses trechos dos diários podem ser, por exemplo, introduzidos como interlúdios entre capítulos ou utilizados como citações com o mesmo estatuto daquelas decorrentes de entrevistas ou autores de suporte. (Medrado, M. J. Spink, & Mélo, 2014, pp. 286/287)

O diário começou a ser construído desde a pesquisa informal que fiz em 2015 e continuou até a finalização do processo de escrita dessa dissertação, como registro do entorno de uma pesquisa acadêmica “sem converter-se em material discursivo”, mas validando que no entorno de uma investigação muitos são os entrecruzamentos e situações que auxiliam na construção do processo investigativo, assim, eu os utilizo como interlúdios, em momentos que uso falas de pessoas que não participaram da pesquisa de forma direta, conforme informei na introdução e como recurso para organizar ideias e vivências que transitaram pela pesquisa formalizada.

2.2.4 Desenhando o processo investigativo

Ao trabalhar em UBS, nós, profissionais de saúde, diversas vezes somos convidados a participar de pesquisas em mestrados e doutorados, nas quais nossa atuação, conduta ou procedimentos profissionais são designados “objetos de estudo”. Recebemos os pesquisadores, respondemos questionários, falamos de nossas práticas e depois daquele momento nunca mais sabemos notícias do que foi feito com o material ou análise que ajudamos a produzir. O compromisso ético expresso em toda a proposta de meu trabalho, e amparado na perspectiva do Construcionismo Social, me conduzia a outra postura quanto aos procedimentos e também quanto à participação das pessoas, que eu convidava para a coconstrução de um processo que investigaria como se davam as relações interpessoais.

A minha proposta era de participação ativa e reflexiva dos profissionais e travestis e não de coleta de dados, então, o desenho que eu e meu orientador construímos para o processo investigativo incluía um encontro mediado pelas questões norteadoras, mas também encontros reflexivos, a fim de que todos pudessem pensar sobre o que estávamos conversando e buscando construir.

O processo investigativo foi organizado com o seguinte desenho:

- a) **Primeiro encontro – aproximação inicial:** conversa minha com cada grupo separado, mediada pelas questões norteadoras, dos roteiros já informados;
- b) **Síntese do primeiro encontro:** após o encontro com cada grupo separado eu faria uma síntese da conversa, de acordo com o que era buscado em cada pergunta feita. Para isso, busquei reproduzir frases que apresentavam ideias em comum, ditas entre as pessoas de cada grupo, bem como destacar frases em sua mensagem principal, descartando repetições e palavras que não acrescentavam novos sentidos às que eu destacara. Esta síntese seria novamente apresentada a cada grupo, separadamente;
- c) **Segundo encontro – reflexivo:** com cada grupo separado, seria apresentada a síntese do primeiro encontro, com a proposta de reflexão sobre o material apresentado, buscando alterações, novas contribuições ou reconstruções sobre o que foi dito. O objetivo desse encontro seria o de um cuidado ético em que as pessoas pudessem rever o que falaram e assim concordar ou discordar com o que eu, como pesquisadora, estava dizendo que elas falaram; além disso, cumpria também a função de preparar e construir a possibilidade de todos estarem juntos em uma conversa, no encontro final;
- d) **Síntese do encontro reflexivo em grupos separados:** novamente seria feita uma síntese das questões faladas nesse encontro, mas desta vez, seria disposto em um quadro, de forma visual mais didática: para cada tema que foi apresentado ou discutido viria em sequência as sínteses do que foi falado por cada grupo, com isso, eu demonstraria a conversa dos três grupo sobre cada tema proposto. Essa síntese está no Apêndice 4 desta dissertação;
- e) **Terceiro encontro – construção de aproximações:** todos os participantes se encontrariam para esse momento final em grupo único. A dinâmica proposta seria: apresentar a síntese dos encontros reflexivos, propondo diálogos sobre os temas das questões norteadoras em relação aos pontos em comum aos três grupos, os divergentes, as estratégias possíveis de superação de distanciamentos e dificuldades e as sugestões de ações para favorecer aproximações e o cuidado em saúde. Diversos eram os objetivos desse encontro, inclusive o de iniciar aproximações, construir espaços de diálogos e favorecer relações de vínculos entre os profissionais de saúde e a UBS do território com as travestis. Uma finalidade desse

encontro também era transformar o lugar das travestis, de pessoas que quase não iam à UBS, para pessoas que contribuíaam ativamente na qualificação dos profissionais, ao dizerem o que consideravam saúde e cuidados em saúde e como esse cuidado poderia ser viabilizado no território.

2.3 CONSTRUINDO O *CORPUS* A SER ANALISADO

2.3.1 *Configurando os grupos*

Diante da aprovação do projeto de pesquisa no comitê de ética, passei para a fase de convite às pessoas, cumprindo o preconizado pelos comitês de pesquisa com humanos. Reunime com os profissionais e com a equipe da UEM para explicar como se daria o processo investigativo e ler com o eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)²⁵, solicitando a assinatura como forma de aceite em participar. A equipe de medicina da UEM desde o início da ideia de uma aproximação com as travestis, já se mostrara interessada em participar, pois essa era uma estratégia que já haviam tentado, junto com a equipe ESF da UBS, e foi infrutífero. Assim, o primeiro grupo foi logo formado pelos dois médicos residentes e a professora responsável por essa residência. Dos colegas da UBS, somente membros da equipe ESF aceitaram, sendo cinco, dos sete que compunham a equipe; formou-se então o segundo grupo. Os demais servidores lotados na Unidade, não puderam ou não se dispuseram, e apresentaram motivos variados para essa decisão – fato que também levanta reflexões acerca do distanciamento entre os profissionais e as travestis no âmbito do cuidado em saúde na AB.

No contato telefônico com Âmba, uma surpresa muito agradável, a resposta dela à proposta de minha visita à pensão para explicar a pesquisa a ela e às moradoras e marcar uma data para esse primeiro encontro foi: “claro! Quando você quiser”. A surpresa se deu pela expectativa que tínhamos diante da situação, pois se as travestis não vinham à UBS, talvez não favorecessem a minha visita. Marcamos para seis dias após aquele telefonema. Na visita, além da aproximação que eu buscava, cumpri o ritual de explicar a pesquisa e convidá-las à participação, com a necessidade de assinatura no TCLE. Aproximadamente seis travestis participaram desse encontro, mais algumas circulavam e ficavam um pouco na sala para ouvir

²⁵ Apêndice D.

ou fazer alguma pergunta. Na semana seguinte, no encontro marcado para iniciarmos a conversa através de questões norteadoras, quatro moradoras assinaram o TCLE e se dispuseram à participação. Com isso o terceiro grupo foi construído, com a participação regulamentada de quatro travestis, estas, com idade estimada entre vinte e trinta anos.

A equipe ESF que participou tinha a seguinte configuração: cinco pessoas, sendo a enfermeira, dez anos de formada, há oito no serviço público de saúde e há quatro na equipe; o médico, formado há vinte e quatro anos, há vinte e dois está na saúde pública e é o servidor que está há mais tempo na equipe, dez anos, logo, é o servidor que mais tempo atendeu os moradores da área adscrita; a técnica de enfermagem estava há três anos na saúde pública e na equipe e tinha um total de sete anos trabalhados na saúde; as duas agentes comunitárias começaram a trabalhar na saúde pública próximo à inauguração da UBS, em 2013, sendo seu primeiro local de trabalho nessa área.

A equipe da UEM, formada por três participantes, era composta da professora, médica que estava na saúde pública desde que concluiu a residência, há vinte e oito anos, estando há vinte e dois na docência, e os dois residentes, formados há um ano no período da intervenção, não têm mais de trinta anos de idade.

2.3.2 Definindo o espaço físico

Na construção dos grupos também foi sendo definido o lugar físico dos encontros. Com os profissionais, ocorreria na UBS, com as travestis, na pensão. O encontro final com todos os presentes também foi localizado para ocorrer na UBS. Até então, eu não sabia do aprendizado que viria depois. Como pesquisadora em construção, acreditei que se tomasse todas as medidas que eu previa no caminho metodológico, o encontro final ocorreria, afinal, quando convidei as travestis, informei sobre esse encontro e elas não apresentaram nenhum tipo de objeção. Eu não percebi que, se a frase era que elas não iam à UBS para os cuidados em saúde, porque iriam para um encontro que era um desejo meu e não delas?

2.3.3 Agendamentos

Com cada grupo foi montado um cronograma para os encontros, mas pela proposta de encontro final com todos os participantes, os profissionais definiram qual dia seria possível,

em acordo com suas agendas e atividades desenvolvidas na UBS. Ao ser conversado com as travestis para o cronograma dos encontros com elas, estas não se opuseram à data do encontro final.

No cronograma dos encontros, o primeiro, de aproximação, seria com as travestis, dia 03.11; duas semanas após, em 17.11, com a equipe ESF e; em 24.11, com o grupo da UEM. O segundo encontro, reflexivo, também iniciaria com as travestis, em 23.11, com o grupo da ESF dia 29.11 à tarde e com a equipe da UEM dia 29.11 de manhã. O terceiro encontro, de construção de aproximações, seria com todos os participantes, dia 02.12.16.

2.3.4 Registro dos encontros

Todos os encontros foram gravados em áudio e transcritos posteriormente. Isto forneceu material tanto para o capítulo de análise, quanto às frases que utilizo ao longo de toda a escrita desta dissertação.

No decorrer de todo o processo realizei registros de situações diversas no diário de campo. Utilizo tais registros quando informo sobre a pesquisa informal feita à equipe da UBS, com relação a conhecerem a Política de Atenção à Saúde de LGBT, sobre o levantamento de registros na Secretaria Municipal de Saúde, quando acrescento falas de colegas que não participaram da pesquisa e nos interlúdios, conforme já informado anteriormente.

2.4 DESAFIOS DA PESQUISA: REDESENHANDO O PROCESO INVESTIGATIVO

Encontrar-me com pessoas conduzia-me a compreender suas disponibilidades e a enfrentar desafios, inclusive o desafio de redesenhar um processo de investigação. Descreverei aqui quatro momentos para ilustrar situações presentes no processo de uma investigação que, não sendo uma proposta fechada e rígida, informa sobre possibilidades de construção compartilhada.

a) Primeira visita à pensão: ao chegar pela primeira vez à pensão para explicar como seria a pesquisa, conforme combinara com Âmbur ao telefone, eu fiquei aguardando-a no carro, pois ninguém respondera ao meu chamado em frente à casa. Âmbur chegou meia hora após o horário marcado, veio de moto – e estava chovendo.

Ao entrar e explicar o que me conduzia a elas, percebi que aproximadamente doze meninas transitavam na sala, umas seis ficaram por mais tempo. Âmbar permaneceu o tempo todo e demonstrava interesse na proposta. Talvez três tenham ficado por todo o tempo. Algumas ouviram com atenção, a maioria se mostrou receptiva, porém era claro o distanciamento entre mim e elas e pareciam estar na sala porque Âmbar as convocara. Uma delas demonstrou mais atenção e disse que depois gostaria de falar comigo. Elas transitavam ora sentando e escutando um pouco, ora saindo e depois voltando. Após expor a minha proposta de visitá-las outras vezes houve um momento de descontração, quando aceitaram que eu retornasse e sugeriram que levasse lanche e também “*uns enfermeiros gostosos*”. Ri também da situação e disse que o lanche era fácil, mas levar os enfermeiros não seria possível.

A travesti que pediu para falar comigo depois, foi a primeira a demonstrar interesse em dizer que participaria da pesquisa. Âmbar também disse que participaria. Ao final, a travesti que queria falar me acompanhou e Âmbar também, esta, claramente me conduzindo à saída, com educação. A menina me falou de uma ferida no corpo, Âmbar se antecipou a mim dizendo que aquilo “*era para ser tratado na DST e não no postinho*”. Saí muito contente, me sentindo bem recebida, apesar do distanciamento, pois minha expectativa era de nem conseguir abertura para o diálogo;

b) Primeira reunião com alguns funcionários para apresentar o projeto: expliquei qual a proposta investigativa e percebi que poucos colegas demonstravam interesse em participar. Esforcei-me nas informações, mas poucas foram as perguntas e ao final ninguém se disponibilizou. A maioria não falou nada. Entreguei os TCLE e pedi que lessem, pensassem e depois me informassem. Desse primeiro grupo, todos me devolveram o TCLE em branco, quando os solicitei, dois dias depois. Apenas uma colega justificou a não participação dizendo que estava “*meio desanimada atualmente para participar de qualquer coisa*”;

c) Reunião com cinco membros da equipe ESF: esses colegas escutaram com atenção, fizeram perguntas sobre o procedimento, disponibilizaram-se logo à participação. A percepção que eu tinha era de que isto era uma atividade que fazia parte de suas atribuições. A enfermeira levantou a situação de que precisavam se capacitar para tais

atendimentos. O médico inicialmente disse não poder participar, porque lhe cobravam prioridade nos atendimentos; a enfermeira afirmou a necessidade de que ele participasse e, como informei que ele poderia se ausentar a qualquer momento que fosse necessário, ele aceitou e assinou o TCLE (e conseguiu participar integralmente dos encontros);

d) Conversas com a equipe de residência em medicina da UEM: “Zara, quando você vai começar seu projeto? Quando iremos à pensão das travestis?”

2.4.1 Encontros possíveis

O primeiro encontro com o grupo da ESF ocorreu dentro do planejado. Com o grupo da UEM, só foi possível aos dois residentes comparecerem. A professora não foi à UBS e fui informada do motivo: compromissos profissionais – isto fazia parte do contexto, então era fácil compreender que poderia acontecer. Essa professora reiterava seu desejo de participação, com isso, marcamos para outro dia e horário mais possível, mesmo que de forma impressada em sua agenda profissional.

O segundo encontro agendado com os dois grupos de profissionais, ambos para o dia vinte e nove de novembro, não pode ser realizado – e diversos foram os imprevistos. Após algumas tentativas de mudanças na data, nos deparamos com as dificuldades em manter os espaços nas agendas, uma vez que os profissionais eram requisitados em outras ações, com maior urgência à efetivação de seus serviços. Diante da avaliação de que seria muito difícil encontrar data posterior ao dia dois de dezembro, quando estava agendado o encontro com todos os participantes, decidimos pela suspensão desse encontro para resguardar que ocorresse o último, o promissor encontro final. Uma das maiores dificuldades em dilatarmos esse cronograma era o fato de adentrarmos no mês de dezembro, por diversas situações, tais como férias de colegas participantes, iniciando para alguns em dezembro e para outros nos meses sequenciais, além da proximidade das festas de final do ano em que era comum os colegas gozarem de folgas que pudessem ter.

O primeiro e o segundo encontro com as travestis ocorreram conforme o cronograma organizado junto a elas. No terceiro encontro, que seria com todos os participantes, elas não foram e eu não pude saber o motivo. Também não sabia se haveriam outros encontros possíveis. Naquele momento, eu não compreendia como se dava a dinâmica da relação entre

elas e os profissionais de saúde, e isto me colocava no lugar de esperar aquele encontro como algo que ocorreria independente de tantos aspectos que o atravessavam.

Os desafios se impunham, na situação da professora que não foi ao primeiro encontro, na impossibilidade do segundo encontro com os profissionais de saúde e na não ida das travestis ao encontro final. Esses desafios me conduziam a rearranjos na metodologia, para manter a pesquisa dentro dos parâmetros de ciência e em acordo com a posição construcionista, de “valorizar uma sensibilidade relacional”, conforme Laura Vilela e Souza e Sheila McNamee trazem, ao falar dos autores Gergen e Gergen (2010), em que,

quando um método de pesquisa é escolhido, os pesquisadores devem ser sensíveis para reconhecer quais são as interações que estão sendo privilegiadas, qual a utilidade de suas escolhas para o contexto específico e para seus participantes em cada momento investigativo. (Souza e McNamee, 2010, p. 3)

Em acordo com a minha proposta de foco, relação entre as pessoas, considerei que precisava estar sensível à forma como imprevistos e desafios iam permeando as relações e qual o efeito disto para aquele momento investigativo em que, o mais útil seria não desconsiderá-los e sim utilizá-los como elementos de análise.

Diante desta posição, privilegiei a participação da professora, pelo lugar que ela ocupava na formação de alunos e residentes de medicina que atendiam naquela UBS e pelo interesse que ela tinha desde o início da ideia de aproximação com as travestis. Com isso, o encontro com ela aconteceu quatro dias após o dos médicos residentes, fora da UBS, no bloco de medicina do Hospital Universitário da UEM, e o diálogo entre mim e ela foi mediado pelas mesmas questões norteadoras. O fato de ter conversado individualmente não impossibilitou que os posicionamentos dela compusessem o material do grupo da UEM, pela organização que eu havia planejado, de transcrever as falas de todos os participantes, para cada questão apresentada.

O segundo encontro com os profissionais de saúde, em grupos separados, tinha o objetivo de ser reflexivo, em que eu lhes mostraria a síntese que produzi sobre o que falaram no primeiro encontro, para verificarem se estava coerente, se tinham alterações a sugerir e, a partir disso, construirmos um material que seria o direcionador e aproximaria a conversa no encontro final com todos os participantes. As sínteses dos encontros apresentavam poucas diferenças entre si. Os posicionamentos, reflexões, relatos e sugestões eram muito próximos, mesmo tendo ocorrido em três momentos separados – um com o grupo da ESF, outro com os médicos residentes e o terceiro com a professora da residência – o que me fazia acreditar que

o material que eu transcrevi estava coerente com o que eles apresentaram, assim, poderia haver pouca sugestão de alteração. Então, também fiz a escolha de considerar que não ter ocorrido esse segundo encontro fazia parte do contexto específico de uma investigação em um serviço de saúde, que prioriza o atendimento às pessoas, mas exige constantes adequações nas agendas de atividades dos profissionais.

O terceiro encontro, para construção de aproximações, trouxe mais um desafio à pesquisa e exigiu de mim que também me posicionasse diante daquela relação distanciada. Esse encontro final, mais do que o encerramento de um processo metodológico, seria o início da efetivação do que fora proposto como finalidade do processo investigativo: receber um grupo de travestis na UBS para, junto com os profissionais, conversarem, buscando assim transformação nos momentos de contato, com possibilidades de aproximações e mais acesso aos cuidados em saúde das travestis. O que fazer quando, nesse encontro para o qual estava acordado com as travestis que elas iriam à UBS, a frase que eu digo aos profissionais é “*elas não virão hoje*”? Posicionar-me naquele momento direcionando os caminhos futuros da pesquisa acadêmica, poderia conduzir a mudanças na construção de sentido dos profissionais de saúde, ou efetivar que aquela seria uma pesquisa para fortalecer o discurso de que as travestis não vão à UBS. Se em um momento crucial a pergunta que me fiz foi “*e agora, perdi a pesquisa?*”, no momento seguinte busquei meu orientador e então a pergunta pôde ser “*o que estou aprendendo com isto e como este aprendizado pode me levar ao objetivo e finalidade do processo investigativo?*” Eu não tinha como esquecer que também era membro daquela equipe profissional e que também era minha a fala de que não as via na UBS. Decidimos então manter o encontro com os colegas participantes, dos grupos da ESF e da UEM, porque na dinâmica proposta seria possível nos debruçarmos sobre o material que havia sido construído dos encontros que tive com as travestis e no que tive com eles e, com esse material, buscarmos semelhanças, diferenças, possibilidades e frestas que nos conduzissem na construção de novos sentidos naquela relação, com possibilidade de diminuir distanciamentos e possibilitar aproximações. E quanto a não ida das travestis à UBS, isto iria compor o material do processo investigativo, fundamentando a análise das relações entre as pessoas.

Considerando que “A pesquisa construcionista social ocupa-se principalmente de explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam, ou, de alguma forma, dão conta do mundo em que vivem (incluindo-se a si mesmas)” (Gergen, 2009, p. 301) não tinha

como ignorar esses imprevistos e não considerar que também poderiam ser explicações sobre aquela relação distanciada entre os profissionais e as travestis. Os imprevistos também eram uma forma das pessoas explicarem e dar conta do mundo em que viviam (incluindo-se a si mesmas) e eles seriam elementos de análise.

Transformar imprevistos em desafios também é uma postura construcionista quando compreende o processo de produção de conhecimento também pela busca da “democratização das práticas de pesquisa” (Rasera, Guanaes-Lorenzi & Corradi-Webster, 2016, p. 326), logo, possibilitando que os eventos que participam de uma pesquisa possam ser validados como úteis, mesmo que não previstos inicialmente, uma vez que podem contribuir para análises que constroem transformações sociais. Tal como concluíram esses últimos autores em seu texto “Pesquisa como prática social: o pesquisador e os ‘outros’ na produção do conhecimento”, também compreendo que o enfrentamento de “tais desafios não se dá no campo exclusivamente teórico ou metodológico, mas se realiza, sobretudo, no conjunto de práticas sociais em que o pesquisador está inserido e nas várias tramas éticas e políticas que são produzidas” (Rasera, Guanaes-Lorenzi & Corradi-Webster, 2016, p. 325). Naquele desafio metodológico, diante das *práticas sociais* e suas *várias tramas*, percebemos, eu e meu orientador, que as possibilidades de alteração na metodologia poderiam ser justificadas e assim validar o processo de construção de conhecimento.

Estava acontecendo nesse processo investigativo os imprevistos que podem ocorrer em pesquisas com pessoas – meu orientador também passara por um desafio em sua pesquisa de doutorado e utilizo aqui um recorte do relato de sua comunicação pessoal com sua co-orientadora, pelo posicionamento e aprendizado que ele teve e que me foi útil na condução dos imprevistos que rondaram o processo de investigação em minha pesquisa:

(...) eu aprendi que o método é uma bússola, não um mapa. (...) Entretanto, se o método é verdadeiramente um processo, ele é sempre uma resposta ao que quer que esteja emergindo na pesquisa, então, o aspecto mais importante do método, para mim, não é o que eu planejo fazer ou as ferramentas que eu quero usar, mas como eu respondo ao que emergir a partir deles. Como um viajante com uma bússola, eu posso me mover em uma direção. Mas, para chegar lá, eu preciso estar atento e responsivo aos sinais que encontrar no meu caminho (Moscheta, comunicação pessoal, 25 de julho de 2011, APUD McNamee, 2014, p. 128).

Eu me disponibilizei de forma atenta ao que emergia, reorientei a bússola, reorganizei e justifiquei as alterações na metodologia e dei continuidade ao processo.

E então à pergunta de Emerson Rasesa, Carla Guanaes-Lorenzi e Clarissa Corradi-Webster: “O quanto é possível ousar nos desenhos de investigação e formatos de escrita, de modo ainda a garantir sua legitimidade como conhecimento científico na comunidade ocidental contemporânea?” (Rasesa, Guanaes-Lorenzi & Corradi-Webster, 2016, p. 333), uma resposta pode ser: justificando o desenho, ou método de investigação, como construção de realidade que não se dá *à priori*, mas sim, realidade que vai sendo configurada, reconfigurada e “construída a partir daquilo que as pessoas fazem juntas” (Souza e McNamee, 2010, p. 598) e, com isso, o Construcionismo Social pode ser um modo útil de pesquisa no campo das práticas e transformações sociais, considerando que não faz parte desse processo um controle de variáveis, tal qual preconizado pela tradição em pesquisa moderna, e sim construções compartilhadas de mundos.

2.4.2 Reorganizando o percurso de investigação

Em acordo com experiências que descrevo acima, no processo investigativo ocorreram seis encontros: dois com o grupo de travestis (o de aproximação inicial e o reflexivo) e quatro com os profissionais – sendo três em grupos e um somente com a professora da residência. Com estes profissionais ocorreram o encontro de aproximação inicial e o final, que seria para construção conjunta de aproximações e também reflexivo. Todos os encontros foram audiogravados e transcritos e isto compôs o material de análise da pesquisa, sobre o qual eu, com o foco na relação, busquei as conversas, ou discursos múltiplos, que me ajudaram a compreender a relação distanciada entre aquelas pessoas.

Peter Spink fala desse uso de conversas, que informam das socialidades de um contexto, como material a ser analisado para “ampliar vozes, argumentos e possibilidades presentes” naquela investigação.

Não há dados, mas há, ao contrário, pedaços ou fragmentos de conversas: conversas no presente, conversas no passado; conversas presentes nas materialidades; conversas que já viraram eventos, artefatos e instituições; conversas ainda em formação; e, mais importante ainda, conversas sobre conversas. Não há múltiplas formas de coleta de dados e, sim, múltiplas maneiras de conversar com socialidades e materialidades em que buscamos entrecruzá-las, juntando os fragmentos para ampliar as vozes, argumentos e possibilidades presentes (P. Spink, 2003, p. 37).

A proposta não era analisar as pessoas isoladamente ou os encontros, “Como sabemos, abordagens pós-modernas defendem uma mudança de foco do indivíduo autocontido para

práticas de linguagem (isto é, atividades corporificadas) de pessoas em relacionamento” (McNamee, 2014, p. 122). A análise seria sobre conversas e modos como as pessoas falavam sobre saúde, cuidados em saúde e sobre aquela relação, nos momentos em que eu me encontrei com elas e no momento em que elas se encontraram para uma conversa em comum – preparada pelos encontros anteriores. Assim, eu priorizaria como se davam essas “práticas de linguagem” de que fala Sheila McNamee, quando as pessoas conversavam.

A pesquisa manteve a viabilidade e legitimidade por meio desse material de análise que foi construído a cada encontro, em que os desencontros ou situações imprevistas também fizeram parte do contexto e forneceram elementos de reflexão.

No Apêndice 4 desta dissertação, apresento o quadro com a síntese do primeiro encontro de cada grupo, incluindo no grupo da UEM as falas da professora com a qual o encontro foi individual. Em tal quadro, para cada questão norteadora, do primeiro encontro, elenco os posicionamentos de cada grupo, na sequência: grupo de travestis, grupo da ESF e grupo da UEM. Esse foi o material utilizado para mediar a conversa no último encontro. Ao anexá-lo convido o leitor ao mesmo convite que fiz aos participantes da pesquisa: um diálogo sobre os temas das questões norteadoras, observando os pontos em comum, os divergentes, as estratégias possíveis de superação dos distanciamentos e dificuldades e as sugestões de ações para favorecer aproximações e o cuidado em saúde.

2.5 CONSTRUINDO JUNTOS

2.5.1 *Encontros com as travestis*

a) **O primeiro encontro:** ao chegar à pensão, para o primeiro encontro em que conversaríamos dentro do processo de investigação, fiquei algum tempo chamando Âmbor ao portão; quando me atenderam, informaram que ela não estava, mas viria. Entrei para aguardá-la e para começar uma conversa de aproximação com as meninas²⁶ que lá estavam. Várias transitavam na sala, algumas, que não estavam no encontro anterior, de apresentação da pesquisa, perguntavam quem eu era e do que estava falando. Como Âmbor demorava a chegar, resolvemos iniciar a conversa, mediada pelas questões norteadoras.

²⁶ Uso o termo “menina” porque ouvi se referirem entre si, muitas vezes, dessa forma, mas de nenhum modo associo essa palavra a uma conotação de infantilidade. A usarei quando não tiver certeza que a pessoa a qual me referir estava morando na pensão, pois, nessa situação, utilizarei o termo “moradora”.

Percebi então que havia esquecido o roteiro (eu lembrara de levar dois gravadores, o lanche e os utensílios necessários a este). Após rápido exame na memória para saber se conseguiria desenvolver o diálogo sem o papel impresso, escolho não fazer desta forma, pois eu precisaria das perguntas em comum para conversar entre os grupos – a partir das questões norteadoras, da forma como foram elaboradas. Saí para resolver isto e passei aproximadamente vinte minutos ausente. Ao retornar, algumas meninas não voltaram à sala. Âmbar não havia chegado. Duas meninas se mostraram logo disponíveis: a que abriu o portão para mim e a que demonstrou interesse desde o encontro anterior. Estas incentivaram outras a participarem e mais duas assinaram o TCLE, formando este grupo com quatro pessoas.

Iniciamos de forma engessada, pois mesmo com as perguntas norteadoras, não tínhamos aproximações que nos favorecessem uma continuidade nos diálogos – algumas vezes elas só respondiam às perguntas, e não era este o objetivo do encontro. Aos poucos algumas questões as levaram a se expor e falar mais comigo e entre si. Trouxeram relatos de experiências e vivências com relação à saúde, cuidados em saúde e com os profissionais da UBS e de outros serviços. Apontaram elementos de distanciamento na relação com os profissionais e indicaram possibilidades de aproximação, com sugestões de alterações no serviço. Após esgotarmos as questões do roteiro e ainda conversando, com um pouco mais de aproximação, marcamos a data do segundo encontro no qual as quatro meninas disseram que estariam presentes, bem como no encontro final na UBS. Solicitei à Coral, que havia guardado o lanche que eu levava, que o colocasse à mesa e chamasse as outras meninas. No final do lanche, Âmbar chegou e disse que se os próximos encontros fossem às quartas feiras à tarde, eu poderia propor a data, que elas participariam. Enquanto conversávamos e eu falava sobre a pesquisa ela perguntou: “*O que você se beneficia com isso?*” Respondi que eu acreditava no serviço que eu fazia, enquanto atendimento em acordo com a proposta do SUS, e me comprometia que ele fosse um bom trabalho. Ela sorriu, o que acreditei que teria gostado de minha resposta, pois complementou o sorriso dizendo que o que eu quisesse propor, era só falar. Este encontro teve duração de uma hora aproximadamente; vinte e três minutos foram audiogravados.

No dia seguinte a esse encontro um evento surpreendente aconteceu, mas deixarei para trazê-lo em Interlúdio;

b) o segundo encontro: neste, Âmbur não compareceu em nenhum momento. Das quatro moradoras que assinaram o TCLE, Coral e Blenda estavam presentes, disseram que Pérola e Opala também estavam na casa, mas Pérola estava de cama, doente, logo, não viria à sala. Coral, que na entrevista anterior se mostrou mais participante e com a qual ocorrera o evento no dia seguinte ao primeiro encontro, pouco interagiu. Blenda, que no encontro anterior se manteve mais distanciada e com posicionamentos até um pouco agressivo quanto ao atendimento na UBS, estava bastante disponível e participativa. Nesse dia algumas pessoas presentes na sala disseram estar de visita, pois moravam em outra cidade. Como faziam perguntas sobre a pesquisa e o meu trabalho na UBS, convidei-as a participarem daquela conversa; uma delas permaneceu por quase todo o tempo em que ficamos na sala. Apresentei a síntese do primeiro encontro em forma de conversa e não de relato, convidando-as a se posicionarem, avaliarem o que eu havia escrito e discutindo alguns posicionamentos. Essa conversa se deu de forma mais interativa que a primeira, com algumas questões acrescentadas por elas, como por exemplo, um horário na UBS para o atendimento específico a elas. A dinâmica anterior em que algumas meninas passavam pela sala e participavam da conversa ou conversavam com as participantes sobre outros assuntos, se repetiu. O encontro durou vinte e dois minutos audiogravados, mas após desligar o gravador uma das meninas presentes disse *“agora que você desligou, podemos conversar”* e pontuou algumas experiências que passou em serviços de saúde, quase todas com relato de atendimentos insatisfatórios. Ao final, Coral e Blenda confirmaram que iriam ao encontro final, mas solicitaram que eu fosse um dia antes, para lembrá-las.

No dia anterior ao encontro final, fui à pensão e, mais uma vez, fiquei um longo tempo chamando à frente da casa e ouvindo vozes lá dentro, antes de me atenderem. Coral abriu o portão e disse que iriam almoçar, por isso não poderiam conversar comigo naquele momento (os encontros anteriores iniciaram às quinze horas; naquele dia e no encontro final, seria às catorze horas). Enfatizei o acordo do encontro final. Ela disse que iriam e acertamos que eu iria à pensão antes, para acompanhá-las;

c) contexto em momento anterior ao encontro final: após um longo tempo chamando em frente à pensão, uma pessoa que estava na parte de fora da casa ao lado, subiu em uma parte mais alta, se debruçou sobre o portão e chamou alguém para me atender. Coral abriu

o portão, disse que iriam almoçar e que as outras moradoras que participaram da pesquisa estavam dormindo e não poderia acordá-las. Eu propus que ela fosse à UBS, uma vez que elas haviam apresentado ideias que poderiam ser viáveis, mas seria interessante todos conversarem. Ela falou: *“sozinha eu não vou e eu acho que elas não vão”*. Propus então levar alguns profissionais comigo à pensão, para conversarmos lá e ela disse *“se você vier, elas vão entrar e não vão te atender”*.

Ao relatar a cena para os profissionais que aguardavam eu chegar junto com as travestis, eu expus minha percepção: *“elas não são grosseiras no sentido de dizer que não me querem lá, mas é claro que aquilo era uma invasão”*.

2.5.2 Encontros com os profissionais

a) primeiro encontro com a equipe da ESF: os cinco membros participaram sem se ausentar do local. Havia uma concordância geral em suas respostas e percepções acerca das questões que eu propunha; alguns se expressaram mais e ninguém deixou de se posicionar. O encontro durou 42 minutos audiogravados e no total;

b) primeiro encontro com os médicos residentes: nas primeiras perguntas eles disseram não se sentirem aptos a responder, alegando desconhecimento sobre as travestis, mas aos poucos, e principalmente quando falaram de suas experiências em outros serviços, iam percebendo que tinham sobre o que falar. Compreendiam a percepção do não contato, não como algo que nada dizia sobre elas, mas como algo que dizia muito sobre o não acesso ao serviço. Suas respostas eram próximas entre si e também próximas a algumas do grupo da ESF. Este encontro durou trinta e quatro minutos audiogravados;

c) primeiro encontro com a professora/médica da residência: as perguntas norteadoras cumpriram a função de organizar a conversa e não enrijeceram o diálogo. A médica informou que naquela UBS nunca vira uma travesti e percebemos que isto poderia estar relacionado ao fato dela só atender lá no período da manhã. Ela falou sobre diversas experiências em atendimento a pessoas LGBT em outros locais e pontuou questões muito contundentes quanto a falhas na orientação sobre especificidades no atendimento – alguns argumentos seus compõem as falas e discussões do material analisado. Este encontro durou 20 minutos audiogravados.

d) o encontro final: nesse encontro, a enfermeira responsável pela equipe ESF não pôde comparecer e justificou sua ausência, por estar de licença médica para um procedimento cirúrgico. Todos os demais participantes dos grupos de profissionais estavam presentes, mesmo que em alguns momentos dois se ausentaram por pouco tempo. Após o momento inicial de frustração, pelo não comparecimento das travestis, fiz-lhes a proposta de discussão sobre o material de síntese dos encontros ocorridos até então. A percepção deles era de que seriam necessários mais encontros, até chegar ao momento das travestis se sentirem à vontade para ir à UBS e a aproximação fosse construída naquela relação. Os profissionais avaliaram o material, se surpreenderam diante de alguns posicionamentos das travestis e deles também, e propuseram possibilidades de aproximações – que deixo para comentar no capítulo de conclusão. A audiogravação deste encontro durou duas horas.

INTERLÚDIO 1

ORIENTAÇÕES, REFLEXÕES E PERCEPÇÕES DIVERSAS: *recortes de momentos com o professor orientador, que também foram audiogravados e transcritos, para consulta e auxílio na organização da dissertação.*

22.11.16 (referente às sínteses do primeiro encontro com as travestis)

Murilo: *achei que a transcrição que você me enviou está rica. Elas falam pouco, tem frases muito curtas e falta explorar ali uma densidade de informações que elas não trazem. O meu entendimento é de que isso se deve à tua posição de estrangeira nessa história. Você é uma desconhecida para elas; e também há um outro universo. Elas têm outra linguagem, outro jeito de se comunicar, não estão acostumadas com esse protocolo de entrevistas... e... essa coisa do linguajar mais acadêmico. Mas ainda assim, acho que as sínteses que você foi fazendo depois de cada pergunta, ajuda muito a gente a já ter uma ideia de vários aspectos. Acho que está um material interessante. Agora, estou pensando que disso tudo você vai sintetizar algo para levar a elas, para conversar amanhã. Então, acho que a gente tem que pensar: qual é o aspecto que você vai destacar nessa síntese? É pra pensar assim: como é que a gente continua nesse movimento de produção das informações?*

Eu: *É justamente isto que estou fazendo agora. Achei que quando fiz a síntese dei uma "lapidada" nas palavras delas...*

(...)

Murilo: *Também acho muito importante essa tua percepção, de que o teu primeiro movimento com relação à fala delas na entrevista, quando você vai fazer a síntese, é de dar uma "lapidada" no que elas disseram. (...) Acho que você pode também anotar no seu diário um pouquinho desses dilemas, porque... Não esquece que você também é profissional de saúde, e você ocupa esse duplo lugar. Então, o que é isso que tem na fala dessas pessoas, que nos coloca na vontade de melhorar o que elas dizem? Acho que isso às vezes não tem a ver*

com o conteúdo, mas com a forma. Então, eu acho que isso está no cerne do que a gente já vem conversando, que é um pouco das dificuldades que a gente tem de se aproximar desse universo, que é diferente do nosso, que tem outra linguagem, que tem outra prática cultural, outro jeito de se relacionar... (...) Essa vontade que você tem de lapidar a fala delas, é... Não deve ser muito diferente da vontade que o médico, que a enfermeira, que a dentista, quando estão numa UBS, vão conversar com essas pessoas e não conseguem entender o que elas estão dizendo... Tem dificuldade de se conectar com a queixa que elas trazem... Então eu acho um caminho interessante este, de investigação. (...) Tente pensar também que tipo de provocação você levaria para elas. Então, assume mesmo esse lugar de quem está indo lá não para coletar informação, mas que é também para provocá-las à reflexão. Ai, que reflexões seriam essas e porque você faria essas reflexões? E qual a implicação de se fazer essas provocações pra elas? Que movimento você gostaria de gerar nelas, na tentativa de produzir reflexões novas também com elas?

Eu: É. Você está certo! Acho que esse lugar de profissional da saúde/SUS está impregnado de um discurso higienista. Preciso que isto me seja apontado, pois nem sempre percebo a reprodução que faço.

02.12.16 (logo após eu sair da pensão, quando fui encontrá-las para irmos juntas à UBS, ao encontro-final)

Eu: Putz! As meninas não querem vir ao posto e também não aceitam a proposta de eu ir à pensão com mais uns dois profissionais. Passei uns quinze minutos tentando convencer a Coral, que foi a única que ainda falou comigo hoje. As outras estavam dormindo e ela disse que não ia acordá-las. Estou avaliando que mantereí o encontro com os profissionais, pois todos cancelaram agendas para isso, e vou manter a mesma proposta. Diante das respostas que tenho delas, vou ver o que é possível adequarmos no serviço e depois tento de novo o contato com as travestis, já oferecendo as mudanças.

Murilo: Isso! Não desmarque com os profissionais. E avise que você está construindo a ponte com as travestis.

3. O *CORPUS* EM ANÁLISE: OS DISCURSOS SOBRE UMA RELAÇÃO DISTANCIADA

A construção dessa pesquisa, dentro de um mestrado acadêmico e como um processo de investigação no campo profissional, enfrentou imprevistos, desafios e limites, exigiu adequações, mas também demonstrou a sua potência enquanto possibilidade de propor reflexões sobre as relações entre as pessoas. Escrevê-la é colocar-me no lugar de quem continua a fazer convites. Agora, o convite à reflexão sobre compreensões possíveis nesse processo investigativo.

Com o material transcrito dos encontros busquei me relacionar lendo, relendo, procurando o que aquelas conversas construía e quais brechas indicavam outras possibilidades naquela relação entre as pessoas que participaram da investigação. Em alguns momentos busquei a complementação de informações em meu diário de campo e nas transcrições das orientações com meu orientador e com o grupo de pesquisa do qual faço parte e que é coordenado por ele. Ao reler as transcrições, explicações e vivências relatadas ia percebendo descrições e explicações de mundo e o quanto as palavras embasavam as ações e modos de convivências sociais, tal qual propõem Kenneth e Mary Gergen

As descrições e explicações sobre o mundo constituem, elas próprias, formas de ação social. (...) Da mesma forma, descrições e explicações compõem uma parte integral de vários modelos sociais. Elas servem, portanto, para sustentar e apoiar certos padrões, à exclusão de outros. Alterar descrições e explicações é, portanto, desafiar certas ações e propor outras (Gergen & Gergen, 2010, p. 306).

As conversas indicavam seus próprios efeitos: sustentavam alguns aspectos daquela relação entre pessoas, excluía algumas possibilidades e indicavam desafios para a aproximação. Essas conversas falavam sobre como as pessoas construía, reproduziam e narravam modelos de relações sociais, e como essa *construção narrativa* se propagava nas relações que elas estabeleciam com as pessoas, assim, chamo algumas conversas de discursos, considerando esse conceito tal qual Marcos Apóstolo, Murilo Moscheta e Laura Vilela e Souza utilizaram, citando Mary Jane Spink e Benedito Medrado

Discurso é entendido, segundo Spink e Medrado (2000), como um conjunto de descrições, imagens, metáforas e construções narrativas com regularidade linguística. Ou seja, é um modo específico, instituído e preferencial de se falar sobre algo que perdura ao longo do tempo e é propagado por grupos sociais e domínios de saber, como a psicologia e a sociologia. (Apóstolo, Moscheta e Souza, 2017, p. 2)

Através das conversas, percebi “construções narrativas” que favoreciam uma relação distanciada e de encontros negados em que, havendo encontros, ou pequenos contatos, estes não se constituíam como relações de vínculo. As conversas sustentavam elementos que organizavam e mantinham aquela relação distanciada entre profissionais de saúde e travestis; também falavam de lógicas diferentes na organização de vida, trabalho, saúde e cuidados com a saúde; apontavam desafios para a aproximação entre essas pessoas e denunciavam uma construção de normatividade, que propõe a pessoas que se esquivem de ver o que lhes é mais incômodo ou temível. Essas percepções embasaram o eixo de análise.

Analisar essas conversas, frases e discursos em seus efeitos me posicionava também diante das transformações que eu buscava construir naquela relação e, conseqüentemente, no atendimento às travestis naquela UBS, pois, “um dos desafios dos pesquisadores construcionistas é realizar sua análise de modo criterioso e coerente com sua epistemologia e ao mesmo tempo manter seu diálogo com questões sociais mais amplas” (Rasera, Guanaes-Lorenzi & Corradi-Webster, 2016, p. 338). Em acordo com a proposta construcionista, analisar o material de modo criterioso e coerente possibilitaria compreender elementos que pudessem favorecer a ampliação dos discursos, uma vez que aquela proposta de investigação estava desenhada através de encontros entre pessoas para conversar e, com isto, possibilitar transformações sociais.

Como procedimento metodológico, após as primeiras leituras do material, um eixo de análise se configurava cada vez mais claro, os discursos falavam daquela relação distanciada e negavam alguns contatos, ou encontros, quando ocorriam. Separei então conversas que falavam de atendimentos que seriam específicos às travestis nos quais faltariam capacitações profissionais; de cuidados de doenças como sinônimo de cuidados em saúde; do quanto a presença delas na UBS resultava em impactos ante os olhares dos profissionais de saúde. Havia ainda as conversas repetidas sobre um trânsito dificultado, quando se dizia que as travestis não recebiam a equipe ESF em visitas domiciliares e as travestis diziam que não encontravam na UBS o que buscavam; além das conversas também repetidas de que as travestis não aderiam ao que a UBS propunha.

Com fragmentos de conversas ou frases isoladas, organizei a discussão e análise em um eixo, categorizando elementos que constituíam e construíam os discursos que sustentavam a quase invisibilidade das travestis na UBS, negavam os encontros e excluíaam as

possibilidades de aproximação entre a equipe de profissionais de saúde e as travestis residentes no território.

Complementando a análise, apresento conversas do último encontro que indicaram caminhos para aproximações possíveis na relação entre profissionais e travestis. O que proponho com isso é a compreensão da utilidade de encontros entre as pessoas como meio possível de aproximação, favorecendo o acesso em saúde tal qual preconizado pelo SUS e na Política Nacional de Saúde LGBTTT.

3.1 A RELAÇÃO DISTANCIADA E OS DISCURSOS DE UM ENCONTRO NEGADO

Nos encontros que tive com os grupos de profissionais da saúde – equipe ESF e equipe de medicina da UEM – e com as travestis, o que falaram sobre a presença destas na UBS foi:

a) Falas dos profissionais das duas equipes:

“Elas não vêm, elas só vêm pra pegar camisinhas”;

“Eu vejo elas pelo posto (...) pra pegar preservativo. Só pro preservativo”;

“Aquisição de preservativo. É o principal motivo delas virem aqui”;

“Teve uma época que elas procuraram mais. Agora só vejo ali na farmácia pegando preservativo”;

“Só vêm em casos extremos”;

“Elas só vêm mesmo quando estão com problemas. Vêm no dentista (...) veio procurar consulta porque estava se sentindo mal”;

“Nos testes rápidos a gente conversa com elas”;

“Porque teve uma que estava com machucado, ela veio fazer o curativo”;

“Aí, conversando com ela [uma travesti que atendeu para troca de uma receita que estava com prescrição para uso em comprimidos mas na UBS só tinha em gotas], ela comenta que o principal uso que elas fazem da unidade é de pegar preservativos”.

b) Fala das travestis:

“Eu não vou li no postinho, vou só pra pegar camisinhas”;

“Só se tiver de cama e não aguentar mais”;

“Se eu fico doente, eu não vou ao médico, não vou, não costumo ir ao médico, prefiro tomar remédio ou pagar um particular. É amiga, porque a gente não vai no postinho”;

“Quando a gente não aguenta mais, aí a gente vai, agora, quando a gente vê que é uma dorzinha, aí a gente já pega a já compra o remédio (...) quando a gente não aguenta mais aí a gente pega e tem que ir no médico, entende?”;

“Geralmente é assim: tomo remédio um dia de dor de cabeça, não resolveu. No segundo, vou tomar de novo. No terceiro, geralmente eu vou no postinho, consultar, daí passo lá e pego todos os remédios”;

“Já passei por médico, vacina”;

“Sim. Já tirei sangue ali”;

“Já fui ao dentista”;

“Fui pra fazer exame, consulta”;

“Já. Já fiz curativo”;

“A gente vai buscar camisinha”.

Algumas falas ou afirmações seriam aparentemente contraditórias, pois iniciam pela negativa de presença das travestis na UBS, mas são sequenciados pela afirmativa de que elas vão, e vão com muita frequência para pegar preservativos, quando estão com dor, quando passam no acolhimento, em consulta médica e com dentista, curativo, coleta de material para exames, teste rápido, vacina, troca de receita. Quando profissionais de saúde não valorizam os momentos em que as travestis procuram a UBS, enfatizando que elas não vão, e quando as travestis valorizam outros cuidados que não os da unidade de saúde no território, podemos (nos) perguntar: se elas vão, porque existe então a manutenção de um discurso que diz que elas não vão? Elas seriam invisíveis quando vão ou seriam tão visíveis em suas especificidades e diversidades que muitos preferem se esquivar de vê-las? Qual a utilidade desse discurso? Quais elementos organizam esses discursos? Como eles controlam e selecionam os procedimentos de cuidados em saúde a uma população específica de um território? Essas perguntas apontavam para a busca de elementos que construam esse discurso de invisibilidade. Nessa busca, elencamos cinco categorias de análise, a partir do que encontramos no *corpus*, que auxiliaram a encontrar respostas – e mais reflexões: o atendimento específico; saúde como cuidado de doença; o impacto da presença das travesti na UBS; o trânsito dificultado, quando o “ir” e “vir” não constitui vínculos e a afirmativa de que essa população não adere.

Talvez um caminho para a compreensão de como é construída a narrativa da invisibilidade das travestis na UBS seja o de começar pela pergunta que Larissa Pelúcio nos faz e indica respostas de travestis e de outros autores:

Afinal, quem são as travestis? Para responder essa pergunta é preciso seguir por muitas trilhas, perseguir códigos-territórios, fixar-se nesses corpos que não cansam de ser nômades. Com a autoridade de quem desde os dez anos sabe-se “viado”, Melina diz que “travesti tem que ter alguma coisa de mulher, senão não é travesti. Tem que por silicone, seio”. É assim também que Moema, uma das informantes de Hélio Silva define essa condição, dando ênfase à ingestão de hormônio feminino para que a

travesti seja o que ela é. Nas falas colhidas por Marcos Benedetti, o hormônio aparece como fundamental para a construção da travestilidade, pois é essa substância que, ao misturar-se ao sangue, instaura “uma nova condição no corpo: a condição de travesti” (Pelúcio, 2007, p.1).

Mas se na academia buscamos os autores, que nos orientam sobre novos conhecimentos, no campo da prática profissional nem sempre percebemos que precisamos fazer novas perguntas, que nos disponibilizem a novos aprendizados. Compreender *quem são as travestis* precisa ser precedido pela disposição de cada um se perguntar “quem elas são para mim?”.

3.1.1 O atendimento específico

Na fala de uma pessoa da equipe ESF, o relato do conhecimento sobre procedimentos que se apresentam como desafios à AB, quando as transformações corporais, buscadas para que aquele corpo se expresse pelo feminino, resultam em comprometimento à saúde: “*já teve o caso de uma que foi botar o silicone de mercado e aí fez uma ferida bem grande, ela veio aqui, daí mandaram ir pro UPA, prá tá cuidando lá*”.

Há cuidados que são inerentes às complexidades dos serviços, mas a UBS se constitui como porta de entrada e ordenadora do cuidado, então, não enxergar as travestis dentro do espaço físico da UBS talvez seja uma forma de lidar com demandas que elas apresentam, para as quais os profissionais não se sentem capacitados ou se percebem distanciados desse cuidado. Quando a AB está distanciada dos serviços especializados, não efetiva uma Rede de Atenção à Saúde. Esse distanciamento pode ser exemplificado na organização do cuidado relacionado à hormonioterapia para travestis e transexuais.

O uso de hormônios femininos, *fundamental para a construção da travestilidade*, é amparado por procedimentos do SUS desde 2008 através das Portarias 1.707, de 18 de agosto, do GM/MS, e 457, de 19 de agosto, da SAS/MS, que instituíram o processo transexualizador no âmbito do SUS. Naquele momento esse cuidado em saúde foi designado a locais credenciados como Unidade de Atenção Especializada, localizando-se nas cidades de Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP) e Goiânia (GO). Em 2013 a Portaria 2.803, de 19 de novembro, “Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)” e reafirma a AB como “responsável pela coordenação do cuidado e por realizar

a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adscrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede” (Artigo 3º, I); nessa Portaria, a hormonioterapia continua atribuída ao componente de Atenção Especializada, na modalidade ambulatorial (Artigo 5º, I) (Brasil, 2013). Na expansão dos serviços, de quatro locais iniciais que realizavam esse procedimento, em janeiro de 2017 passaram a nove; além das cidades já citadas, também existentes em Recife (PE), Uberlândia (MG) e Curitiba (PR)²⁷.

Quando existem vinte e sete unidades federativas no Brasil²⁸ e apenas em sete Estados há ambulatórios especializados no processo transexualizador credenciados no SUS e que realizam hormonioterapia, uma reflexão pertinente é sobre o quanto isto pode afetar o não acesso das travestis à unidade de saúde, uma vez que o uso de hormônio feminino é comum às vivências travestis, mas nada lhes é ofertado na unidade do território em que residem. Isto também pode dificultar os entendimentos dos profissionais de saúde sobre tal terapia tão distante das suas práticas, quando a concentração desse procedimento é em somente nove cidades, mesmo que na Política Nacional de Saúde LGBTTT esteja preconizado no Artigo 2º, VII, “promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais” (Brasil, 2012, p. 20). Podemos fazer mais reflexões sobre a efetividade de políticas de atendimento em saúde: para quem? Segundo dados do IBGE, do ano de dois mil, o Brasil tem mais de cinco mil e quinhentos municípios²⁹ e se somente em nove há ambulatórios especializados credenciados pelo SUS para o processo transexualizador, quais travestis e pessoas transgêneras poderiam usufruir do serviço pelo SUS? O que os profissionais da AB de todos os outros municípios poderiam fazer para favorecer um atendimento mais equânime?

Não conversei com as travestis sobre o uso de hormônios ou de silicones, também não havia esse intuito, mas posso inferir que fazem uso de ambos os recursos, pois elas desfilaram o discurso do corpo hormonizado ou siliconado em todos os momentos em que estivemos juntas. A pensão, sendo a moradia delas, era esse espaço de vivências corporais. Transitavam

²⁷ Em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/sgep-noticias/27154-ministerio-da-saude-habilita-novos-servicos-ambulatoriais-para-processo-transexualizador>. Acessado em 07.07.17.

²⁸ Em <http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-territorio/divisao-territorial.html>. Acessado em 07.07.17.

²⁹ Disponível em: https://www2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indicadores_sociais_municipais/tabela1a.shtm.

com roupas que evidenciavam seus seios, formas arredondadas, corpos que demonstravam “ter alguma coisa de mulher”. Era comum passarem pela sala com os seios ou as nádegas volumosas à mostra. Em um momento no primeiro encontro, em que conversávamos sobre como elas lidavam com dores emocionais, uma travesti que não havia assinado o TCLE mas transitava pela sala, à minha pergunta: “*você gostaria de falar algo?*”, respondeu-me “*Eu só tenho a falar que meus seios são bonitos!*” Imediatamente as outras moradoras a silenciaram com a interjeição “*shi! Tá gravando!*”. Não poder falar sobre os seios poderia ser a demonstração de que não interessaria falar sobre eles a uma pesquisadora que também era, naquela relação, “*a psicóloga do postinho*”, logo, uma profissional de saúde da UBS – esse local em que os profissionais ainda não sabiam como ajudá-las na hormonioterapia³⁰ e também que nada lhes oferecia para a sua construção travesti, naquilo que Tatiana Lionço nos traz, em que “Ser travesti seria investir permanentemente na construção de um corpo a ser reconhecido pelo outro como um corpo feminino” (Lionço, 2009, p. 54); essa autora também chama a atenção para a exclusão das travestis na atenção à saúde, quando elas são “relegadas à automedicação ou à ação de bombadeiras – travestis que injetam silicone industrial para modelagem dos corpos de outras travestis”, conforme ela encontrou em Benedetti, 2005, e Pelúcio, 2005 (Lionço, 2009, p. 54).

Mesmo que a hormonioterapia seja um procedimento específico do Componente Atenção Especializada na Modalidade Ambulatorial (Art 5º, I), conforme a Portaria 2.803 MS/GM, de 19.11.13, que atualizou o processo transexualizado no SUS, a AB não pode relegar as travestis ao não acesso, pois continua a ser a responsável pela coordenação do cuidado (Art 3º, I) de um processo que não se restringe ou centraliza nas cirurgias de transgenitalização (Art. 2º, I), conforme seu Art. 4º,

A integralidade do cuidado aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador no Componente Atenção Básica será garantida pelo:

³⁰ No começo do processo de escrita dessa dissertação busquei informações de como proceder, caso alguém procurasse a UBS para hormonioterapia por questões de identidade de gênero, a orientação seria encaminhar para endocrinologista, tal qual qualquer questão hormonal, porém, pelo fato deste tratamento específico não ser disponibilizado pelo SUS aqui em Maringá, o usuário deveria ser encaminhado, em seguida, para Curitiba. Existe um fluxo na Secretaria de Saúde local que direciona como proceder quando um usuário precisa se deslocar para tratamento em outra cidade, mas não era ainda do conhecimento dos profissionais da UBS quais critérios deveriam ser atendidos para realizar tal encaminhamento. Em julho de 2017, o fluxo foi informado a todas as UBS do município.

I - acolhimento com humanização e respeito ao uso do nome social;

II - encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador (Brasil, 2013).

Retomando a situação sobre a pergunta que fiz em 2015 à equipe de trabalho da UBS, vinte e seis pessoas, sobre se sabiam da existência de uma política de saúde específica à população LGBTTT, e a maioria afirmou não conhecer a Política, possivelmente alcançaria resultado parecido se eu perguntasse, ao final do processo de investigação, quem conhece a hormonioterapia para travestis e transexuais e como ela se dá nos ambulatórios especializados, ou ainda, perguntas sobre atendimentos mais específicos à população LGBTTT em geral. Posso encontrar respaldo para essa hipótese, de que os profissionais ainda precisam de orientação específica, na fala de uma das participantes da intervenção, da equipe de profissionais, que dividiu com o grupo sua preocupação quanto à complexidade que é o atendimento às travestis e pessoas que fazem usos de hormônios:

“Tem que avançar, tem que fazer curso específico (...) no olhar clínico, como eu vou fazer o cuidado clínico da travesti? O que eu tenho que me atentar ou o quê que a gente tem que discutir? Eu senti falta disto no material do Ministério, da Política. (...) a questão do hormônio... você tem que olhar o paciente, depois que toma hormônio, diferente. Até pra olhar o exame de sangue dele, você tem que olhar diferente. (...) Ele tá usando hormônios masculinos, você tem que olhar os riscos de quem faz uso de hormônios masculinos; quem tá usando hormônio feminino... Eu sinto falta de muita coisa”.

Outros recortes nos diálogos com os profissionais também indicam a atenção às especificidades no atendimento às pessoas LGBTTT, com a necessidade de maior capacitação da equipe:

“Pensar em acesso como... se existe um preparo para a unidade receber e acolher as especificidades dessa população? Não. Acredito que a equipe não está... preparada para fazer isto ainda. Acho que nem é um problema dessa unidade, acho que é um problema da rede de saúde”;

“Não só a equipe de saúde, mas toda a equipe que trabalha na unidade, e... com os profissionais. Trabalhar com essa capacitação, acho que mais de matriciamento mesmo” (referia-se à capacitação técnica e também para desconstrução de preconceitos e discriminações);

“E capacitar os profissionais de saúde para atender demandas que são específicas para essa população. Se não, como a gente orienta cuidado em saúde, prevenção em DST para mulheres lésbicas? Como a gente vai discutir... Papanicolau para... homens trans? (...) São especificidades técnicas, bem biológicas mesmo. Nem entra em

grandes discussões sociais. É uma capacitação que a gente não tem. Você vai procurar diretriz sobre isso... não tem, não existe”;

“Então... lá no pré-congresso... a gente discutiu todas essas questões. Eles colocaram um caso clínico em cada grupo. O que caiu pra mim era assim: eram duas mulheres, que se relacionavam, uma delas só tinha se relacionado com mulher, a outra já tinha sido casada, tinha um filho. E aí essa que nunca tinha tido um relacionamento com homem, veio fazer preventivo. Qual é a questão: ela precisa ou não precisa fazer preventivo? Faz ou não faz preventivo nela? Ela nunca teve relação com homem. Ela tem que fazer preventivo? Parece uma coisa tão simples, tão simples, mas onde tinham as respostas daquilo assim?”

Nenhum profissional disse já ter sido procurado para atender alguém que buscasse hormonioterapia ou próteses de silicone por questões de identidade de gênero, ou ainda que quisesse passar pelo processo transexualizador. Nenhuma pessoa nessa situação residiria na área adscrita da UBS? A resposta, pelo menos a esta pergunta, era muito simples: sim, pois a travestis residiam naquele território. Mas se elas eram invisíveis a outros procedimentos, para um tratamento tão específico elas se juntariam a outras pessoas que também eram invisibilizadas – e para as quais profissionais e o município não estariam preparados ao atendimento, pois se uma pessoa procurar a UBS para hormonioterapia será encaminhada a uma fila de espera de tratamento fora do domicílio, neste caso, para a capital do Estado. Então, se antes eu fiz a pergunta “para quem” era o atendimento em ambulatório especializado credenciado pelo SUS, dificilmente será para as travestis que participaram da investigação e residem a 425 km de distância da capital.

Na organização da política da AB a UBS é a porta de entrada para o cuidado em saúde no território, e essa porta de entrada não é entendida como lugar de cuidado, pelas travestis e pelos profissionais a estas, quando se analisa a conversas e, nestas, são encontradas as invisibilidades da presença delas na UBS. Pelo exposto nesse tópico, encontramos possibilidades de respostas a uma das perguntas que direcionou a análise: “Elas seriam invisíveis quando vão ou seriam tão visíveis em suas especificidades e diversidades que muitos preferem se esquivar de vê-las?” As travestis não são legitimadas na UBS em suas demandas por modificação corporal, tão contextual às vivências travestis. E se a UBS não cuida de suas demandas, então ela passa a ser apenas o local de buscar preservativos. As travestis não acreditam que poderiam pedir mais do que isto. E os profissionais de saúde não se entendem preparados a um atendimento que apresenta especificidades, mesmo que nem

sempre tais especificidades indiquem encaminhamento aos serviços especializados, algumas vezes, o que lhes é específico é a difícil condição de preservar um vínculo.

Na organização interna do espaço físico da UBS, os preservativos ficam disponibilizados em local de fácil acesso, na parte externa e lateral ao balcão da farmácia, a aproximadamente um metro do chão, para que não fiquem disponíveis às crianças. A aquisição não necessita de nenhum procedimento a não ser o de ser adquirido por quem o alcance, assim, não há necessidade nem de conversar com um dos profissionais de saúde, mantendo-se o distanciamento entre a equipe e as travestis. Se uma das falas mais presentes sobre a ida delas à UBS é para adquirir esses preservativos, este poderia ser um momento de visibilizar a presença delas para buscar estratégias de aproximação e de acesso aos outros serviços disponíveis ou a ações de saúde integral.

Ao disponibilizar o preservativo, a UBS se coloca na posição de oferecer cuidados às travestis, mas isto não forma vínculos. E se por acaso elas procurarem a UBS para hormonioterapia ou aplicação de silicone, encontrarão um encaminhamento tão distanciado, que dificilmente resultaria no estabelecimento de vínculo. O que se oferece, o que se busca e o que se obtém preserva distanciamentos e não aproximações. A pergunta da profissional de saúde, no recorte mais acima, “*ela precisa ou não precisa fazer preventivo?*” pode ser transformada para indicar a situação da UBS nas relações que estabelece com essa população específica de seu território: a UBS precisa ou não precisa fazer uma relação de vínculo que permita ações de prevenção? Uma possibilidade de resposta é que precisa, pois se continuar mantendo a invisibilidade de suas demandas sustentará as condições que fazem com que as travestis recorram frequentemente à automedicação e às ações de um cuidado não especializado ou não tão cuidadoso.

3.1.2 Saúde como cuidado de doença

Outra possibilidade de análise dessa relação distanciado é pelo discurso da ausência delas na UBS, para demais cuidados de promoção à saúde e prevenção de adoecimentos, para além do uso de preventivos/camisinhas, pelo qual, os cuidados em saúde estariam relacionados somente ao aspecto sexual.

Uma pessoa da equipe de profissionais disse “*se for pensar conceito de saúde e doença pra elas baseada na... na procura de serviço de saúde (...) daria pra fazer uma inferência assim bem... bem grosseira, de associar saúde com saúde sexual*”. Tal percepção, baseada na procura do atendimento que as travestis fazem à UBS, sinaliza que quando elas são visíveis dentro da Unidade são em momentos em que vão buscar preservativos, em atendimentos referentes às IST³¹ ou quando devem ser encaminhadas a serviços especializados, pouco se percebendo, de forma geral pelos profissionais, momentos em que elas vão para vacinas, exames, teste rápido, troca de receita, consultas médicas e odontológicas e mesmo nos momentos em que vão buscar preservativos, considerando que esta também é uma ação de promoção da saúde e redução de danos que poderia ser mais bem aproveitada, como estratégia de aproximação entre a equipe de profissionais e as travestis.

Nas afirmativas sobre os cuidados em saúde associados a cuidados de doenças e IST a equipe compreendia isto como incompleto, uma vez que não havia ênfase na promoção de saúde. Em um momento do diálogo, em que os profissionais falavam o que achavam que as travestis pensavam sobre saúde e cuidados em saúde, a conversa foi

“A gente vê elas procurarem muito pouco o atendimento em saúde. É mais voltado à DST e saúde não é só isso (...) Acho que talvez elas não pensam muito em saúde”

“A única prevenção que elas fazem é a DST (...) mas não é cem por cento, porque camisinha não protege tudo (...) a gente não sabe também se elas usam preservativo em todas as relações.”

“elas contam... nem em todas as relações elas estão usando” (preservativos)

Como medidas de prevenção e promoção da saúde, foi pontuado:

“o PSF. É igual... é VD [visita domiciliar] e também tem as consultas”

“Então, o que a gente vai tentar? Sempre trabalhar com a prevenção, a camisinha. Qual é o momento que deve usar a camisinha? Todo momento em que vai correr... o risco, né? Então é diminuição, querendo ou não, de danos”.

“Fica realmente muito difícil pra gente ter até uma... uma hipótese, pela própria falta de contato (...). Realmente ficaria uma dúvida, será que elas consideram que... ter... saúde é não ter que tomar nenhum remédio? Ou de repente, se ter saúde é não ter a manifestação de nenhum sintoma?”

As travestis disseram “*saúde é tudo*” e também disseram que “*cuidar da saúde é tomar o remédio certo*”. Quando a conversa era sobre se elas identificavam se tinham boa

³¹ A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. Em <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-sao-dst>, acessado em 07.07.17. Na fala dos participantes ainda é comum o uso da sigla “DST”.

saúde as respostas variaram de “*sim, mais ou menos*” a “*a gente não pode comentar*”. Deram visibilidade aos riscos que corriam, logo, às doenças possíveis, “*a gente que trabalha na rua, a gente pega muitas doenças sexuais, né? Transmissíveis. É um risco que a gente corre, é vários riscos né amiga, mas risco de doença na rua é o que a gente corre mais*”. Esses discursos podem mostrar aos profissionais que, para além do sentido que elas têm do que é saúde e cuidar da saúde, há outras necessidades que eles precisam olhar, a necessidade de um tempo que corre em ponteiros com distâncias diferentes entre os agendamentos programados e as urgências nos atendimentos aos riscos constantes – isto está fundamentado na parte final do capítulo de introdução.

Larissa Pelúcio fala dessa circunscrição em que são colocadas as demandas de saúde das travestis, nas DST/Aids, “quando elas também querem terapia hormonal, próteses cirúrgicas, exame de próstata, prevenção à calvície, cuidados profiláticos que as permitam serem ‘belas’, isto é, femininas” (Pelúcio, 2007, p. 10). Se os profissionais de saúde invisibilizam essas demandas, elas provavelmente só encontram espaços de busca na UBS para questões de adoecimentos. Talvez uma possibilidade de cuidados, não específicos aos adoecimentos e sim promotores de saúde, possa ser a proposta que elas fizeram, “*Se a gente soubesse, por exemplo, toda quarta feira, toda quinta feira, exclusivamente nesse horário teria um atendimento pra gente, seria maravilhoso!*” (o horário que elas sugerem é no período da tarde, uma vez que dormem durante a manhã). Se as travestis não consideram a UBS como espaço que podem buscar para ações de promoção de saúde ou de cuidados *que as permitam serem belas*, talvez uma reflexão sobre isso possa ser feita pelos profissionais, uma vez que estes também vinculam saúde ao aspecto de saúde sexual e, mais ainda, à prevenção de IST, como um participante da equipe de profissionais disse, “*Será que elas não vêm consultar porque todos [elas e os profissionais] acham isso?*”.

Não considerar outras demandas ou localizar as percepções de saúde e cuidados em saúde nos riscos e adoecimentos, como as IST e especificamente sífilis ou HIV/Aids, pode provocar um efeito de distanciamento entre as pessoas e não acesso das travestis à UBS, na mesma dinâmica de distanciamento com que os profissionais da AB estão, com relação aos procedimentos de hormonioterapia dos ambulatórios especializados. Isto não fortalece um cuidado que se propõe em rede e também não aproxima profissionais de saúde de outras demandas das travestis, mas fortalece os discursos que amparam uma das perguntas feita para a análise, em como esses discursos controlam e selecionam os procedimentos de cuidados em

saúde a uma população específica de um território. Nas conversas com as travestis, percebemos respostas sobre esses discursos que controlam e selecionam cuidados em saúde. Com a mesma ênfase que as elas disseram não ir à UBS, disseram também onde iam buscar seus cuidados:

“no CTA é um atendimento rápido. É assim que eu vejo”;
“no CTA eu passo pelo meu médico. Lá eu tenho ficha, lá que eu tenho cadastro”;
“porque todas as coisas que eu faço, eu faço lá [no CTA]”.

Quando as travestis identificam o lugar onde estaria o “*seu médico*” em um ambulatório especializado³² e que fica a aproximadamente nove quilômetros de seu território, algo pode estar em falta na relação que estabelecem não somente com a saúde, mas também com os profissionais da equipe da UBS, que fica a aproximadamente quatrocentos metros de sua residência. Não desconsideramos a complexidade da atenção ao cuidado em saúde de cada serviço, mas consideramos que uma das diretrizes da AB é ser a porta de entrada da assistência, com o papel de garantir o acesso à atenção à saúde de qualidade (Brasil, 2012, p. 11).

Como práticas de cuidado em saúde as travestis falaram:

“a gente prefere se automedicar”;
“a gente compra mais remédio do que vai no médico; remédio na farmácia”;
“geralmente é assim: tomo remédio um dia de dor de cabeça, não resolveu, no segundo vou tomar de novo, no terceiro geralmente eu vou no postinho... consultar... daí lá pego todos os remédios”;
“deu a dor... ai amiga você tem um remédio? (...) A outra: ‘ah, eu tenho um comprimido que é ótimo’, (...) Daí você toma pra ver. Muitas vezes melhora”;
“se eu tiver com uma dor, eu tacho um anti-inflamatório, se eu tiver com uma infecção ou uma dor (...) Um autoconhecimento... um remédio... que você já conhece”;
“prefiro tomar remédio ou pagar um particular”.

Os profissionais de saúde também falaram do que achavam que eram os cuidados das travestis:

“eu acho que elas não devem ser diferentes de grande parte da população que se automedica... alguma colega do grupo diz ‘faça isso, faça aquilo’”;
“ou vai na farmácia comprar alguma coisa (...) igual ao restante da população”;

³² O Ambulatório de DST/Aids/Hepatites virais, da Secretaria de Saúde de Maringá, atende moradores de Maringá e de vinte e nove municípios. Entre seus serviços está o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) que realiza exames de HIV, Sífilis, Hepatite B e C, com atendimento de livre demanda, de segunda à quinta feira das sete às dezesseis horas para coleta de material, sem necessidade de agendamento prévio ou encaminhamento. Mais informações: <http://www2.maringa.pr.gov.br/saude/?cod=epidemiologia-ambulatorio>.

“Talvez primeiro ir buscar a opinião de amigos, de vizinhos, de colegas... às vezes, ‘ah eu tô com dor de garganta, o que eu posso fazer? O que você toma quando você tem?’”;

“Até coisas caseiras, às vezes, que não precisa de prescrição”.

Nessa reflexão de que a automedicação é uma prática comum, os relatos das travestis poderiam ser iguais aos de muitas pessoas que também não usam a UBS como primeiro recurso diante de uma dor ou adoecimento. O que pode repercutir em busca de novos discursos nessa relação são condições específicas que precisam de atenção diferenciada, não de invisibilidade às situações, como a relacionada ao uso de um medicamento antibiótico, *benzilpenicilina benzatina*, para tratamento de diversas doenças, que tem sua prescrição de injeção intramuscular profunda, no quadrante superior lateral da nádega³³. No relato das travestis é comum falarem no uso desse medicamento, em seu nome comercial mais conhecido, benzetacil,

“a maioria das meninas têm problemas com isso (...) às vezes a gente precisa tomar benzetacil e tem que ir lá do outro lado” (referindo-se ao ambulatório especializado, CTA);

“(...) ferida na perna, demorando pra cicatrizar, às vezes é sangue sujo, precisa tomar benzetacil...”;

“aí eles não querem aplicar” (referindo-se aos profissionais da UBS).

A situação específica refere-se à prescrição injetável do medicamento em local anatômico no qual é comum o uso de silicone pelas travestis. Em momento posterior à intervenção e durante a escrita dessas análises, uma colega da equipe de enfermagem da UBS me relatou uma situação, que ocorre às vezes na unidade, em que é comum as travestis solicitarem que a injeção ocorra em outra parte do corpo, por receio de atingir o local que está com silicone e causar-lhes problemas. Tal pedido não encontrava aceitação pela equipe da UBS, devido a particularidades do medicamento, com a indicação de que seja aplicado no local já citado. O uso de medicamento injetável em partes anatômicas do corpo que também recebem próteses de silicone é assunto de discussão técnica que envolve regulamentação específica e atinge diversas pessoas, não somente as travestis, mas a reflexão que se pode ter é sobre os efeitos da situação pela não execução de um procedimento que, em outras circunstâncias, poderia ocorrer nas UBS. No relato que a colega me fez da situação ocorrida, a travesti saiu da Unidade muito contrariada ao não ter sido atendida naquilo que precisava e da

³³ Informação disponível em <http://www.medicinanet.com.br/bula/886/benzetacil.htm>. Acessado em 07.07.17

forma como solicitava. A colega da equipe de enfermagem, justificando sua conduta, disse que não poderia fazer de outro modo, naquele momento. Essa situação em que o uso de medicamento injetável na região em que as travestis têm silicone é a forma indicada de tratamento, mas encontra também contraindicações ou indicações muito restritas, pode ser um exemplo de como mais profissionais devem fazer parte das discussões sobre acesso e cuidado em saúde das travestis na AB. E a complementaridade de informação dessa situação se dá quando, ainda nos meses de análise desse *corpus*, em 2017, tomo conhecimento de que a diretora da UBS solicitara aos profissionais do CTA que fossem à Unidade capacitar a equipe de enfermagem³⁴, quanto à possibilidade dessa injeção ser aplicada em um local da musculatura no quadril, que teria menor risco de atingir áreas com silicone³⁵.

Outra prática de cuidado que elas falaram é o uso de chás. Em conversa entre elas, as falas se sucediam:

“essa aí é a rainha do chá”;

“eu faço chá, faço chá horrores! (...) as pessoas mais velhas que falam, eu vou lá e faço”;

“Os vizinhos vê ela morrendo, arrastando as asas por aí: Itoma chá disso, um chá daquilo’. E ela toma todos os dias chá”.

“chá melhora”.

Os profissionais também têm essa percepção de que elas fazem usos de chá, *“as histórias da vovó, acredito, vamos supor: ‘ah, toma esse chá que melhora... toma isso!’”*. Nesses relatos sobre o uso de chás, não há nada relacionado às invisibilidades das travestis na UBS, mas há aí caminhos de aproximação possíveis de serem construídos. Por vários anos e até o ano de 2015 ocorria uma estratégia de promoção da saúde, da Secretaria de Saúde do município, denominada “Programa a Hora do Chá” com divulgação de informações sobre uso, benefícios e riscos no uso de plantas, inclusive medicinais, na forma de chá, dentro do previsto na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares³⁶. Utilizar essas informações pode ser um procedimento simples de prevenção e promoção de saúde e pode indicar caminhos possíveis de aproximação.

³⁴ Mais situações como essa são descritas no capítulo 4 desta dissertação.

³⁵ Conforme preconizado em um Parecer 09/2016/CTAS do Conselho Federal de Enfermagem referente a situações parecidas, disponível em http://www.cofen.gov.br/parecer-no-092016ctascofen_42147.html. Acessado em 20.07.17.

³⁶ Cartilha disponível em: <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/45981251817d.pdf>.

Ampliar o discurso sobre saúde e práticas de saúde pode ser uma possibilidade de engajamento dos profissionais na relação com os usuários, inclusive com as travestis, e também uma prática de fortalecimento de vínculo.

Se tomarmos o conceito de saúde ampliado e se fizermos um esforço em não reduzir a vida da travesti à sua sexualidade, teremos um campo complexo e cheio de possibilidades de intervenção e construção de vínculos.

3.1.3 O impacto da presença das travesti na UBS

Na busca de compreensão sobre a manutenção dos discursos apresentados, que ratificam a invisibilidade das travestis na UBS, mesmo quando elas vão, encontramos também os discursos de como os profissionais as veem – uma imagem corporal que incomoda e está associada à prostituição e promiscuidade, logo, talvez, sem eira, beira ou lei, então, podendo ser expulsa, negada ou reduzida ao silêncio, tal qual traz Foucault, sobre uma condição de algo ser estéril, não regulado e que insiste em se apresentar ao visível.

E se o estéril insiste, e se mostra demasiadamente, vira anormal: receberá este status e deverá pagar sanções.

O que não é regulado para a geração ou por ela transfigurado não possui eira, nem beira, nem lei. Nem verbo também. É ao mesmo tempo expulso, negado e reduzido ao silêncio. Não somente não existe, como não deve existir e à menor manifestação fá-lo-ão desaparecer – sejam atos ou palavras (Foucault, 2015, p.8)

Promiscuidade é uma palavra que nos dicionários identifica: “mistura confusa e desordenada, reunião confusa de pessoas em que predominam as de baixa classe, comportamento que viola o que é considerado normal e relacionamento com vários parceiros sexuais”³⁷. Atrelar mistura, confusão, desordem à atividade sexual de pessoas, pode produzir um discurso que pretende silenciar esse outro tão avesso às normatizações sociais, com isso, pode-se negar, expulsar ou fazê-lo desaparecer. O olhar normatizado sofre o impacto ao se deparar com alguém que não corresponde às normas e ordens e, por isso, segrega quem não corresponde aos padrões construídos em acordo com a sociedade, tempo, cultura, região e tantos marcadores que nomeiam e descrevem comportamentos e mundos sociais. Pessoas que não se compreendem dentro dessas normas sociais também sofrem o impacto desses olhares excludentes, que buscam, muitas vezes, fazê-las desaparecer. Localizar pessoas unicamente

³⁷ Disponível em: <https://dicionarioaurelio.com/promiscuidade>, acessado em 21.07.17.

em acordo com um binarismo, que só considera a expressão de gênero masculino e feminino, em que uma condição exclui a outra, reverbera na não compreensão sobre outras possibilidades.

As travestis apresentam-se à UBS com a liberdade de expor a imagem que as identificam, pois, “quando já se é travesti, além do consumo de hormônios, vestem-se todo o tempo com roupas femininas (sobretudo roupas íntimas, pode estar de shorts, sem camisa, mas de calcinha) e planeja injetar silicone nos quadris e nádegas” (Pelúcio, 2005, p. 225). Olhar essas pessoas e não compreender o que é visto pode ter como efeito o fortalecimento de discursos sobre aspectos que se consegue compreender: a promiscuidade, ou, essa mistura desordenada e confusa na vida sexual de “pessoas em que predominam as de baixa classe”, conforme traz o dicionário. O marcador de classe não deixa de ser um determinante sobre essa relação entre pessoas, uma vez que de um lado existem estáveis funcionários públicos e no outros, as desafiantes travestis.

Se o olhar mais evidente sobre as travestis é através dessa lente, a prostituição e a promiscuidade, a reverberação disto pode fortalecer discursos que associam saúde a cuidados de doenças e pode também potencializar outros discursos, inclusive que elas teriam que ser de outra forma, para transitarem na UBS sem causar impacto – aos profissionais e à comunidade em geral de usuários da unidade. A dimensão desses olhares e discursos pode resultar em mais afastamento do que aproximações na relação entre os profissionais e as travestis.

Os profissionais falam desse impacto em ver as travestis:

“e porque elas estão sempre nessa vida de prostituição?”;

“porque todas têm que ser daquele jeito vulgar? Não precisava”;

“antes eu pegava a circular com elas e elas sentavam lá atrás, misericórdia! Além de fazer muito barulho”;

“eu não sou muito fã desses barulhos delas. Elas são mesmo exageradas”.

Os profissionais entendem ainda que esse também deve ser o olhar de outras pessoas, mas reconhecem que isso se dá dentro da unidade, quando relatam

“Eu sei que é uma população mais... vamos dizer, arisca, pelo próprio preconceito da... da comunidade. Elas moram aqui. Têm umas que se sentem constrangidas... então isso dificulta um pouco, às vezes, delas mesmas estarem vindo aqui”;

“mas sabe qual é o preconceito deles? A prostituição” (afirmativa sobre o que pensam outros usuários, com relação às travestis);

“a promiscuidade. Nem tanto a prostituição!” (complemento de outra participante, à frase anterior);

“Talvez (...) não é tanto a opção sexual, vamos dizer, mas junta, além da opção sexual a promiscuidade”.

Esses discursos compõem um processo de estigmatização tal como nos traz Willian Peres, sobre seu contato com travestis em Londrina, Paraná:

Trata-se de um processo de estigmatização presente na vida de muitas pessoas em nosso país, que são vítimas do aumento dos bolsões de pobreza e miséria e que são marcadas pelas desigualdades sociais. Devido às características estéticas das travestis e o preconceito da sociedade, torna-se difícil às mesmas conseguirem empregos para cuidar de suas subsistências, restando na maioria das vezes a prostituição como forma de sobrevivência (Peres, 2005, p.30)

Há, porém, outro discurso, que as visibiliza e as aceita na UBS, quando os profissionais dizem *“têm as que se cuidam”* e relatam situações que já ocorreram, como

“Lembra da Jade³⁸? A Jade e uma outra que eu esqueço o nome, o doutor também acompanhou ela bastante... muito bonita, uma morena linda, sabe? (...) Ela é assim, uma pessoa... ela se cuidava, ela cuidava tanto da saúde mental e da saúde dela. E essa outra que... também sempre tava com o doutor, sempre cuidando dela. As únicas que eu tive mais contato”;

“Eu gostava muito daquela... daquela que morava na casa sozinha? (...) A Ágata era bem diferente das outras. O comportamento dela era outro. Ela falava que ela não gostava dos colegas que usavam... que vinham aqui na unidade com roupas depravadas. Não precisa daquilo. Ela não gostava. Ela criticava os próprios colegas homossexuais. (...) Ela era homossexual só que ela não concordava com aquele comportamento, que elas vêm com roupa parecendo a... bunda... os peitos de fora... ela não se via daquela maneira. Ela vinha diferente, ela se cuidava mais”.

A utilidade do discurso de invisibilidade das travestis na UBS é percebida em seu efeito de excluir quem não se adequa aos padrões normativos e, também, pelos seus efeitos de fortalecer a visibilidade somente de quem corresponde ao que é proposto como cuidado normativo em saúde: ir às consultas médicas, cuidar da saúde física e mental, comportar-se e apresentar-se com vestimentas que não impactam aos olhares das pessoas que frequentam a UBS – funcionários e usuários.

Nas frases dos profissionais foi comum a percepção de que preconceitos e discriminações eram praticados por outras pessoas, e não por eles, como nas falas: *“quanto aos profissionais, eu acho que todos respeitam elas da mesma forma que a gente respeita aqui, na sala... conversando. Eu acho que a população”.* Em outro momento essa mesma fala

³⁸ Os nomes serão sempre trocados, sem alusão ao nome social ou nomes registrados em documentos.

é ratificada: “*não tanto pelo funcionário, eu acho, mais é pela parte da população que fica aqui esperando pela consulta*”. Há ainda relato de um episódio ocorrido dentro da UBS:

“- eu observei uma que estava sentada ali na odonto e tinha uma mulher do lado encarando ela”;

“- é a própria população”;

“- a pessoa não devia encarar tanto (...) porque há constrangimento das duas partes. Ela pode muito bem falar pra ela: ‘o quê que é?’ Já viu né... Constranger a outra e elas ficam constrangidas também.”

Na Política Nacional de Saúde LGBTTT, Art. 2º, XVI, consta “atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde”. Nesse artigo e inciso, o direcionamento a ser tomado diante da percepção desses preconceitos e discriminação, resta porém a efetivação do que a legislação preconiza.

As travestis também falam desses preconceitos sofridos e do quanto isto as afasta da UBS.

“*Eu acho uma palhaçada! A gente chega ali e só porque a gente é homossexual ficam olhando a gente dos pés à cabeça. É horrível. Daí, se eu estou com dor eu vou lá e tomo um dorflex³⁹*”;

“*É muito constrangimento prá gente, entendeu? Porque querendo ou não, agente... sei lá... assim, a gente não gosta de ficar... de ser... é... tratada diferente. E a gente é, querendo ou não, no posto, muitos... Então por isso que a gente evita ir, a gente prefere viver mais comprando remédio do que ir no posto*”;

“*Todo mundo (...). Os moradores...até funcionários do posto*”;

“*E um pouco não vai porque é preguiça (...) ou sofre o preconceito próprio de ir lá e as pessoas ficar tudo olhando*”.

O desencontro presente nesses discursos, dos profissionais que identificam que é a comunidade de usuários que manifestam preconceitos e discriminações, e das travestis, que relatam que isto ocorre, mas também percebem discriminações dos funcionários em relação à presença delas, pode indicar que precisamos dialogar sobre como não nos incluímos em algo que não damos visibilidade. Se nós profissionais não nos dermos conta de que, para olhar essas pessoas tão diferentes é preciso (re)ver nossos discursos sobre elas, o que estaremos fazendo pode ser a potencialização das dificuldades de acesso delas à UBS e, mais ainda, justificando um distanciamento na relação pelo comportamento delas, afinal, “*elas não vêm*” e deveriam vir porque “*tão mais expostas do que a maioria da população*”, no caso, às IST. Tal olhar, focado na prostituição e promiscuidade, fortalece discursos que colocam as

³⁹ Dorflex é o nome comercial de um medicamento indicado para dores e contraturas musculares. Informações disponíveis em <http://www.medicinanet.com.br/bula/2045/dorflex.htm>, acessado em 16.07.17.

travestis como *“daquele jeito vulgar”*, que causam impacto quando circulam na UBS e, por isso, talvez seja melhor não ver quando *“elas só vêm pra pegar camisinhas”*.

A possibilidade de encontros entre as pessoas, para percepção e construção de discursos que mediam as relações entre os profissionais e as travestis, pode favorecer reflexões sobre si mesmo e, conseqüentemente, repercutir em novos discursos e aproximações. No último encontro da investigação, quando a conversa era sobre o que as travestis falaram dos preconceitos que encontravam na UBS, um profissional disse *“Outra coisa que mostrou também é o preconceito, que eu pensei que não tivesse aqui. Preconceito velado né?”*.

Uma possibilidade de transformação nessa relação é a construção de outras afirmativas sobre o atendimento na UBS, quando as travestis também disseram:

“já fui muito bem atendida”;

“Várias vezes fui bem atendida”;

“fui uma vez que eu estava com alergia no corpo inteiro e fui atendida rapidinho, medicamento na veia rapidinho”;

“fui bem atendida, passei por acolhimento, dali fui pro UPA”;

“fui atendida bem rápido amiga, mesmo! Cheguei lá e só aguardei. Fui atendida, expliquei o problema... ela já me atendeu”;

“Eu não tenho do que reclamar, em todos os pontos, os hospitais que eu fui... foi tudo... fui bem atendido”.

A complementaridade nas conversas também se deu em frases como: *“eu já vi que nos postos já tão mudando porque eles não põem o nome Cássio⁴⁰, Eles põem Coral... prá chamar, prá ser atendido. Eu já percebi isso também.”* Ainda sobre o uso do nome social: *“A minha ficha mesmo no hospital, no postinho, tá tudo mudado já. Tá melhorando”.*

Quando os profissionais possibilitam uma relação com as travestis, em que elas descrevem as experiências acima, estão efetivando uma Política que propõe aos trabalhadores do SUS “atuar na eliminação do preconceito e da discriminação”, mas também podem estar em processo de novas construções, quem sabe entendendo que o binarismo no gênero pode não ser a única compreensão sobre as pessoas, afinal, “as travestis, ao fabricar formas e contornos femininos nos seus corpos, estão construindo seu próprio gênero, seus próprios valores relacionados ao feminino e ao masculino, que constituem, em suma, os processos sociais de fabricação dos sujeitos” (Benedetti, 2005, p. 130).

⁴⁰ Nome de registro nos documentos, também alterado aqui.

Olhar as travestis como sujeitos com direitos, inclusive a uma saúde com equidade, pode modificar o olhar dos profissionais de saúde, diminuindo o impacto que as colocaria como promíscuas, logo, misturadas confusa e desordenadamente com relação a uma única norma. Isto também poderia fortalecer um olhar que tem como efeito o que as travestis falaram: “*Várias vezes fui bem atendida*” – isto sim favorece um discurso não mais de distanciamento e sim de visibilidade e potencialização de aproximações nas relações.

3.1.4 O trânsito dificultado: quando o “ir” e “vir” não estabelecem vínculos

Sobre a organização do trabalho nas UBS é possível falar com clareza, pois há uma definição regulamentada das atividades e organização do serviço. No diálogo com as travestis, o foco não era uma discussão sobre seus labores, mas eles permearam a conversa em diversos momentos, nos fazendo compreender as lógicas diferentes desses dois grupos, pessoas cisgêneras profissionais de saúde e travestis profissionais do sexo, e o quanto essas diferenças podem favorecer desencontros e dificultar aproximações. Aproximar-se de pessoas, na lógica da Estratégia Saúde da Família, que preconiza as ações de atendimento na AB, é também fazer um percurso de “ir e vir”, através das visitas domiciliares e de atendimentos que ocorrem na UBS.

Na análise desse elemento que compõe a relação distanciada entre profissionais de saúde e travestis, apresento os discursos que informam um trânsito dificultado, um “ir e vir” que não se efetiva como caminho de construção de vínculo ou de relação de cuidados em saúde, mesmo que nesse trânsito ocorram contatos.

Os profissionais falam dessas idas à pensão em que não são recebidos, na maioria das vezes, e as travestis falam das idas à UBS, mas que não são atendidas em suas demandas – elas também poderiam repetir “nós vamos e eles não nos recebem”.

Os discursos que corroboram a ideia de que esse trânsito, o ir e o vir, entre os profissionais/UBS e as travestis é dificultado, podem ser vistos em:

a) Falas dos profissionais:

“A gente se ofereceu. Eu e a [nome da enfermeira] fomos lá... oferecemos porta aberta, né, (...) mas a gente achou que lá elas não aderiram, não abriram as portas”;

“Nós fomos lá e não teve adesão”;

“Mas elas tinham que aceitar nós também... Igual eu lembro que nós fomos lá e elas não aceitaram”;

“Assim, aceitaram, mas não aceitaram muito, ao mesmo tempo”;

“Teve um dia que fomos lá e nem abriram”;

“Elas nem abriram a porta. E a gente ia passar tudo”;

“Teve vezes que eu fui lá com a [nome de uma ACS], eu conversei com elas, tudo, mas não vieram, nem pro teste rápido, nem que eu fosse lá (...) No dia que eu fui lá eu falei, eu ia até falar prá fazer aqui, mas na hora eu vi a condição higiênica... como eu ia fazer o teste rápido lá?”;

“A gente foi lá e fez a visita, trabalhou lá, direto”;

“O dia que eu e a [nome da enfermeira] fomos lá, a [nome da enfermeira] falou pra elas: ‘quando tiver em falta a camisinha masculina’, aí explicou pra elas, ‘vocês podem usar a feminina’”.

b) Falas das travestis:

“A gente já foi buscar camisinha e eles não quiseram dar caixa e dá só unidade (...) é muito raro eles dar de caixa”;

“Cada vez que a gente vai lá nunca tem ou eles dão pouquinho. Já traz de caixa, já que vocês querem que a gente se cuida, prá não passar coisas pro povo”;

“Às vezes sai um furúnculo e preciso tomar benzetacil, se o sangue tá muito sujo, aí eles não quer aplicar”;

“E o medicamento que nunca tem, que nunca a gente consegue”;

“Uma quantidade de camisinha... lubrificante, porque é o que a gente mais precisa. A gente trabalha, entendeu? É o que a gente mais precisa”;

“Eu fiquei lá esperando e eles não aplicaram em mim. No UPA sim” (sobre a injeção de benzetacil);

“Então, geralmente eu não vou no postinho, porque não resolve”;

“Eu passei pela consulta, só precisava pegar de novo a receita. Daí eles disseram que não aplicavam ali” (também sobre a injeção de benzetacil).

Para a longitudinalidade do cuidado em saúde pela ESF, o começo se dá no cadastramento dos moradores de uma residência, na busca do estabelecimento de vínculos e na continuidade da assistência, através, também, das visitas domiciliares.

Valéria Romano sintetiza essa lógica de cuidado, em acordo com a proposta de trabalho de uma equipe ESF, conseqüentemente, da AB, quando diz:

A lógica do trabalho valoriza o doente e não a doença; a família e não apenas o indivíduo; a promoção da saúde e não tão somente ações curativas ou preventivas; o vínculo, a integralidade e a continuidade da atenção a partir das necessidades de saúde das pessoas. (Romano, 2008, p. 213)

Da casa nomeada como pensão, ninguém na UBS sabe quem ou quantas pessoas residem, muito menos quanto tempo cada pessoa permanece na casa. As moradoras transitam entre cidades. Não é conhecido também qual o contexto familiar ou social que pode favorecer

ações de atenção aos cuidados em saúde no território. Daquilo que não se sabe, fica difícil cuidar, até mesmo diante de cuidados diversos, como na organização administrativa, já que é comum as travestis informarem que não encontram camisinhas na UBS em quantidade suficiente de suas demandas, ou em questões técnicas, como no caso da injeção de *benzetacil* que requer tantas condições, como anteriormente informadas.

Que condições específicas as travestis demandariam da organização do trabalho dos profissionais, para que os cuidados preconizados nas políticas de atenção façam sentido para elas, como fazem para eles e, dessa forma, tais sentidos possam construir aproximações, favorecer vínculo, promover saúde e a integralidade e continuidade do cuidado? Talvez um começo de caminho seja o de reflexão sobre alguns discursos. Quando os profissionais enfatizam que elas não os recebem, se contradizem quando relatam também momentos em que elas abriram as portas da pensão e eles entraram. Quando as travestis afirmam que a UBS não atende suas demandas, igualmente se contradizem quando relatam atendimentos satisfatórios, além de efetivos. Perceber que esses discursos são úteis na manutenção do distanciamento entre as pessoas, e não contraditórios, pode indicar que é pela construção de outros discursos que pode haver possibilidades de aproximações.

Uma organização de trabalho pautada no ir e vir, em que as visitas domiciliares precisam acontecer como estratégia de cuidado, mas também precisam ser mapeadas, quantificadas, executadas e informadas, pode favorecer discursos de exclusão, quando impossibilitadas de ocorrer. Como manter uma agenda de visitas para pessoas com as quais o vínculo, quando existe, é fragilizado? Que muitas vezes não abrem a porta? Que a equipe da UBS não sabe se ainda reside no local? Que quando vão à UBS são invisibilizadas? Seria mais fácil excluir aquela pensão do cadastro de residentes da área adscrita? Quais os efeitos de excluir a casa/moradoras? Quais os efeitos de não cumprir as metas de VD? Ao analisar esse elemento que constrói e constitui essa relação distanciada, talvez tenham restado mais dúvidas do que possibilidades de compreensão. Fazer perguntas pode incluir não encontrar respostas e sim reflexões, vai depender do que se faz com as perguntas. Se a política determina um fluxo de ir e vir, através das visitas domiciliares, por exemplo, fazer as perguntas acima pode ser uma proposta de reflexões críticas, com o potencial de levar a mudanças nos discursos e favorecer transformações. Uma compreensão diante dos questionamentos pode ser ainda a percepção de que muitas e diferentes são as lógicas que permeiam os mundos sociais, como as que envolvem os trabalhadores de um sistema de saúde

e as que circunscrevem trabalhadoras que, quando saem de casa, nem sabem se terminam a jornada vivas.

3.1.5 Essa é uma população que não adere

Diversas foram as afirmativas de que as travestis não aderiam às propostas da UBS, algumas ditas pelos profissionais, outras, por elas quando enfatizavam que não iam, ou falavam de outros cuidados e em outros lugares. A análise desse elemento indica uma reflexão sobre essa condição de “não adesão”, sobre a qual podemos perguntar: não adesão a quê? O que está sendo proposto e o que está sendo demandado? Os discursos enfatizam o atendimento especializado, logo, em outro lugar que não a AB; associam saúde a cuidado de doenças havendo poucas iniciativas de prevenção; reverberam o impacto do olhar de quem vê as travestis na UBS, a ponto de invisibilizá-las; e denunciam um trânsito dificultado que repercute no processo de trabalho, como quando não se consegue efetivar a quantidade de visitas domiciliares previstas pela equipe ESF. Mas esses mesmos discursos que apontam elementos que constroem essa relação distanciada, apontam reflexões sobre o que se está propondo como política de atenção à saúde, enquanto regulamentação de um cuidado.

No último encontro com os participantes, diversos foram os discursos sobre cuidados em saúde, da forma como são propostos dentro da organização de trabalho de uma UBS. Nos encontros anteriores com as travestis, alguns discursos destas também indicaram suas posições sobre o que queriam e demandavam dos serviços, destes, alguns serão apresentados na sessão 3.2, a seguir. Aqui quero apresentar falas, recortes de diálogos e momentos de reflexão dos profissionais, enquanto se debruçavam sobre o material sintetizado dos encontros anteriores. Pela extensão dos fragmentos selecionados para análise, subdividi em quatro categorias, a fim de alcançar uma apresentação mais didática, mas considerando que a um mesmo discurso cabem diversas análises.

a) A regulação e o controle do cuidado:

“Por passar em vários lugares, elas perdem muito os documentos. Outro dia, uma veio me procurar, querendo o cartão verde. Aí ela falou que morava ali na pensão. Eu disse: tem que ver certinho. Pra poder pedir seu cartão verde tem que ter os documentos, cadê? Ela respondeu: perdi!”;

“Cada vez que elas vêm, elas perdem o papel” (um papel sulfite recortado em tamanho pequeno, no qual é impresso o nome do usuário e um número no cadastro rápido);

“Então, também tem isso. o motivo delas não terem vínculo na comunidade, na UBS... é a rotatividade delas” (com relação a não residirem de modo fixo na pensão);

“Tudo bem, mas e a continuidade? Como é que a gente vai fazer a longitudinalidade dessas pacientes?”;

“Elas não sabem usar o serviço. E a UBS é a porta de entrada”.

b) As demandas e dinâmicas desconhecidas:

“Porque na realidade, a gente não sabe nada delas (...). Elas fazem preventivo?”;

“Não. E nem PSA” (fala de outro profissional em resposta à pergunta anterior);

“É uma questão. Elas envelhecem né?” (sequência do diálogo acima);

“Isso porque a gente não conhece a real demanda delas”;

“É assim, um monte de dúvidas. O grande problema é que a gente não conhece bem elas. Então, se elas não estiverem aqui, como é que a gente vai saber qual é a demanda delas?”;

“Nessa pesquisa, você soube o porquê dessa vida nômade delas?” (respondi que na pesquisa não havia esse objetivo, mas informei dados de outras pesquisas, sobre isso);

“Elas não se consideram amigas? Não conversam umas com as outras, uma conversa de amigo para amigo?”;

“Há uma concorrência, uma briga por parceiro, uma competição? (...) Se elas se matam lá no ponto por causa de outras, que não é da turma delas ou vai algum outro lá, imagina entre elas ali, que convivem diariamente” (comentário sobre situações de brigas constantes entre as travestis, presenciadas pelos moradores do bairro).

c) A oferta que não interessa:

“Outra colocação é sobre o outro serviço, que é o CTA. Se ela vai ao CTA e lá resolve o problema, pra quê que vem aqui?”;

“Elas não vêm nem no espaço saúde”;

“Nessa questão aqui, sobre como facilitar o acesso, a gente percebeu que, como profissional de saúde, tá tentando uma forma de inclusão, de capacitação, enquanto elas querem uma coisa só pra elas” (sobre elas sugerirem um horário diferenciado e só para elas);

“É como se aquilo que a gente tá oferecendo não está alcançando”;

“O foco nosso e o delas são opostos”.

d) Quem adere?

“É porque eles encaram que só têm essa doença [referindo-se à AIDS], eles não veem pressão alta, diabetes”;

“Elas e a população! Todo mundo olha pensando que só são graves as DSTs. E isto também é assim pra elas (sequência do diálogo anterior) (...) Vou te falar uma coisa, se tu estás lidando com mulheres de vinte anos de idade, ninguém pensa em diabetes e hipertensão. Tá muito longe disso (...). A gente sabe que a população na faixa

etária mais jovem não vem pra UBS (...). Vinte anos de idade! Vinte anos de idade, uma mulher também não tem indicação pra fazer preventivo (...). Então é uma população que não demanda tanto assim?”;

“O olhar pra quem é LGBT é em cima de DST, infelizmente. Olha as perguntas! A gente falou em camisinha, camisinha, camisinha, penicilina. Elas também têm esse olhar. Agora, eu acho que tem um viés aí. Se tu pegas alguém, ou uma mulher dessa, com cinquenta anos, não sei se ela ia se preocupar só com DST, se ela talvez não fosse se preocupar com a questão da pressão. A gente tá falando de gente jovem, que nunca se cuida”;

“Eu fico pensando que qualquer indivíduo cis de vinte e poucos anos não quer um acompanhamento longitudinal, não conhece o funcionamento da rede. É como a maioria dos usuários, independente da questão de gênero”;

“Aqui, eles colocam isso também, que tem que ser na hora”;

“É o imediatismo delas” (sequência no diálogo);

“Não é delas! É da população. É por isso que o pessoal vai pra UPA” (continuação do mesmo diálogo das duas frases anteriores).

As UBS organizam seus procedimentos em acordo com legislações, protocolos, instrutivos, orientações técnicas e administrativas, políticas específicas a grupos específicos, entre tantos mecanismos de regulação e controle em suas atividades. E as travestis, sem documentos, transitam por diversos lugares, não possibilitam a longitudinalidade do cuidado em saúde e não reconhecem a UBS como porta de entrada. Considerando a literatura que informa que elas são expulsas de casa, da escola e dificilmente são aceitas em trabalhos formais, portar documentos pode não fazer o mesmo sentido que faz para as pessoas que recebem visitas das ACS em sua residência, frequentam escola quando crianças e adolescentes, e podem se candidatar a diversos e variados tipos de emprego.

Wiliam Peres, em sua tese de doutorado intitulada “Subjetividade das travestis brasileiras: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania”, apresenta relatos das travestis militantes que entrevistou, que exemplificam essa construção de vida que, não se adequando à regulação e controle, ficam à margem ou são expulsas. Pérola falou dessas construções, tão comuns às vivências de travestis:

“Geralmente, os processos de hormonização e de siliconização começam muito mais cedo hoje em dia, as famílias continuam intolerantes a eles e então põem as travestis para fora de casa. Por outro lado fica difícil aguentar a chacota da igreja, a chacota da escola, e as travestis são banidas de orarem dentro das igrejas pelos próprios padres. Elas precisam trabalhar a sua espiritualidade devido à estrutura emocional dentro de casa, da violência vivida dentro de casa, e como não tem qualificação educacional e profissional, elas vão para a rua. Na rua elas ganham o ‘close’, tem suas caras cortadas e sofrem muito, porque são jogados na marginalidade, que nem

sempre é por opção, mas por falta de apoio. Ou falta de opção mesmo porque são obrigadas a fazer isso” (Peres, 2005, p. 173).

Ser expulsa de instituições que regulam como as pessoas devem se comportar, que aparências devem ter, como devem expressar o gênero que lhes foi atribuído antes de nascerem, qual identidade devem ter pode repercutir em modos de vida que desafiam essas normatizações – e não cabem dentro da regulamentação de cuidados em saúde que solicita documentos e endereço fixo em um território, para a continuidade do atendimento em UBS. Se os corpos das travestis não cabem nas normas, seriam corpos que importam? Se elas iniciam cedo os processos de hormonização e siliconização, as consequências disto para sua saúde importam? Elas seriam reconhecidas como vidas que importam? Pensar a importância desses questionamentos é pensar sobre as políticas de saúde, estas, que são construídas a partir de uma noção de vida, de corpo, de pessoas, normativa. E, sendo normativa, vai atender a alguns e vai atender para se confirmar a vida de alguns, que correspondem ao esperado ou ao regulamentado, que residem em endereços fixos, com suas famílias, recebem os profissionais de saúde em sua casa e suas idas à UBS são sempre vistas como um cuidado à saúde. Quem está fora da norma pode representar um desafio tão grande ao serviço que uma estratégia dos profissionais lidarem com isto é o distanciamento ou a invisibilidade sobre seus corpos, suas vidas ou suas mortes, como traz Judith Butler quando fala que

uma vida específica não pode ser considerada lesada ou perdida se não for considerada viva. Se certas vidas não são qualificadas como vidas ou se, desde o começo não são concebíveis como vidas de acordo com certos enquadramentos epistemológicos, então essas vidas nunca serão vividas nem perdidas no sentido pleno dessas palavras. (Butler, 2016, p. 13)

Compreender como vida a existência de pessoas que apresentam outras lógicas e demandam ajustes nos serviços de saúde, pode possibilitar cuidados que importam às travestis e aos profissionais desses serviços. Em nenhum momento das conversas que tive com os profissionais alguém relatou negação ao atendimento, em situações de adoecimento de quem procura a UBS. Ele acontece mesmo sem documentação, mas a equipe é cobrada para, assim que possível, fazer visita domiciliar, preencher dados, regulamentar o cadastro e buscar estabelecer e fortalecer um vínculo de cuidado. Em um trabalho relatado sobre um programa de extensão, iniciado em 2006, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia intitulado “Em Cima do Salto: Saúde, Educação e Cidadania”, há um relato desses ajustes que precisam ser feitos para serem adequados às condições apresentadas pelas

travestis: “Os primeiros desafios enfrentados relacionavam-se ao estabelecimento de estratégias para garantir o acesso das travestis ao serviço, como a abertura de prontuário mesmo na ausência dos documentos necessários e fora da área de abrangência determinada pela Secretaria Municipal de Saúde” (Brito et al., 2009, p. 170).

A regulamentação organiza o trabalho, mas para quem é posta para fora de casa, fora da escola, fora do trabalho, fora da igreja, fica difícil estar dentro dessas regras que controlam um cuidado e um serviço de saúde, principalmente se esse serviço nem conhecer as demandas dessas pessoas à margem. Na pesquisa de Wiliam Peres, Pérola também fala de demandas que não chegam aos serviços de atenção básica, dos contextos em que vivem e das dinâmicas em suas relações:

“Se elas são violentas é por causa da competitividade, da rivalidade que existe e que exclui as que não são mais espertas, as que são mais fracas, ficando só as privilegiadas, as mais capazes. Então, a gente tem uma seleção pela violência, onde a própria formação estética da travesti passa por uma forma de violência, a violência das cirurgias marginais, feitas por elas mesmas, pelas bombadeiras. Eu não sou contra fazer cirurgias, mas desde que seja de forma mais elaborada, mais bem encanada e tampada. O estado sabe que esse tipo de coisa acontece, mas ele se omite porque teria que colocar ambulatórios em cada cidade, um cirurgião para que possa ser feito dentro da legalidade. Essa mesma problemática, essa violência, também perpassa as mulheres na questão do aborto. A sociedade sabe que ela existe, mas ela se omite contra isso, não (dão) o direito das mulheres decidirem sobre o seu futuro, assim como, não dão o direito para as travestis decidirem sobre suas próprias vidas.” (Peres, 2005, p. 169)

Qual é a política de saúde das travestis, que não é a política oficial? Em suas vivências travestis elas dão outros conceitos à noção de saúde, de corpo, de cuidados e saberes esse corpo, por isso não cabem na política oficial. Porque quem sabe sobre o corpo delas, não é o médico ou outros profissionais dos serviços de saúde. Elas têm seus profissionais de referência. A política oficial que preconiza os cuidados a elas é a mesma que nega a política de cuidados delas, pois, ao informá-las que para fazerem a hormonioterapia, precisariam ser encaminhadas a uma cidade a mais de quatrocentos quilômetros de sua residência, impõe a elas a única responsabilidade pelas transformações que buscam em seus corpos, com isso, não compreendem como proposta dos serviços de saúde do território de sua residência, no caso, do município, esse cuidado ao qual elas demandam.

Colocar as travestis dentro do discurso da saúde, não como excluídas através de uma relação distanciada ou negada, mas como aquelas que denunciam a inoperância da organização do serviço, a ineficácia das políticas, a normatividade de um programa de saúde

que está distanciado delas, pode provocar outros discursos, inclusive o de profissionais, quando percebem que pouco ou quase nada sabem de suas demandas e daí, podem se perguntar: o que podemos aprender com elas? No lugar de também profissional na equipe de trabalhadores da UBS, faço essa reflexão e encontro como possibilidade a mudança no discurso, pois a afirmação comum de que as travestis não aderem tem o efeito de uma justificativa. Se elas é que não aderem, nós, profissionais, estamos tranquilos, pois fizemos nossa parte! A recusa ao atendimento ofertado, ao ser compreendida somente como uma recusa do outro, isenta o profissional e o serviço de avaliar que tipo de oferta faz, de perceber que a demanda é por algo que (ainda) não é disponibilizado ou para dar conta de uma situação que representa um incômodo (ou um desprestígio?) profissional – elas recusaram o convite a um encontro com os profissionais que as estavam aguardando na UBS, logo, eles poderiam não lhes ser tão importantes. A recusa poderia ser tomada como um dispositivo que deslocaria os profissionais de seus lugares e produziria neles inquietações necessárias à busca de outras ferramentas de trabalho. Para dar conta de que não é somente um documento escrito sobre uma política de atendimento que efetua acesso, vínculo ou cuidado à saúde é preciso que aproximações sejam buscadas para construções em comum sobre demanda, oferta de serviços, organização do cuidado e sobre como tudo isso pode ser construído junto com uma população que tem suas especificidades e, nestas, inclui características que são comuns a muitos outros grupos populacionais, inclusive o de não irem à UBS com a mesma frequência e para os mesmos atendimentos que vão as pessoas que têm o dobro ou o triplo de sua idade.

Se muitos são os discursos sobre essa relação distanciado, conforme verificado na análise do *corpus* da investigação, diversas são as possibilidades de frestas que podem construir novos discursos – ou fortalecer outros, como os que relataram experiências de idas e vindas efetivas. E, se o tempo de um mestrado acadêmico pode ser insuficiente para tantas perguntas, ele também pode ser o elemento que vai proporcionar às pessoas momentos de reflexão e (quem sabe?) possibilidades de transformações sociais.

Como membro daquela equipe de profissionais de saúde, meu lugar de pesquisadora teve um tempo final, mas as reflexões pelas quais passei e convidei meus colegas a também passarem, nos colocou diante de outros discursos, novas perguntas e outras formas de relação. O discurso não poderia mais ser mantido como “elas não vêm”. A análise do *corpus* nos conduzia a questionar a manutenção deste discurso e a ouvir os outros, mesmo que fosse o repetido, “elas só vêm pra pegar camisinha”. Nos encontros, as travestis nos falaram de outras

lógicas, outros mundos sociais e também de como elas iriam à UBS ou de como a UBS poderia ser uma referência em seus cuidados, para isso, seria preciso construir permissões: para portas abertas, para idas e vindas e para novas formas de conversar.

INTERLÚDIO 2

“Quem permitiu o quê, pra quem?” – Episódio com Coral: situações e reflexões

No dia 04.11.16, à noite, eu estava em viagem de carro, chegando à cidade de São Paulo, quando atendi uma ligação em meu celular. Era Coral, uma das travestis que participara do encontro. Identificou-se e disse “amiga me ajuda!”, em tom de voz que presumi estar chorando. Disse estar em uso de substância psicoativa e pedia insistentemente que eu fosse buscá-la para levar ao hospital. Informei que não estava na cidade mas que pediria ajuda. Pedi então auxílio, através do aplicativo whatsapp, ao grupo de estudo que faço parte, DeVerso, que é coordenado pelo Murilo, meu professor orientador, sendo a maioria dos membros alunos de mestrado e doutorado orientados também por ele. Um colega, que também trabalha em UBS, logo ligou para o número que eu fornecera (do qual havia recebido o telefonema) e conversou com Coral e a sua vizinha, na casa onde ela estava. Orientou quanto à busca pelo SAMU, mas recebeu a informação de que não havia ninguém que pudesse acompanhar Coral até o hospital, na emergência psiquiátrica, e essa era uma exigência para o traslado. Tentamos contato com Âmbor e, ao conseguirmos, esta informou a indisponibilidade desse acompanhamento.

As ligações de Coral se repetiram e as dificuldades aumentavam, pois a vizinha também dizia não poder acompanhar. Murilo se dispôs a ir à casa e verificar o que seria possível fazer. Com isso, ele a acompanhou à UPA (Unidade de Pronto Atendimento) para exames que seriam necessários ao internamento na emergência psiquiátrica, em acordo com o fluxo de atendimento para situações em que há uso abusivo de substâncias psicoativas. O tempo em que essa história transcorreu? Das 20:48hs, quando atendi o telefonema, até 01:16hs do dia posterior, quando ela ficou na UPA e Murilo pode ir pra sua residência dormir.

Mas a história continuou...

Às 12:00hs do dia 05 Murilo estava na UPA para buscar Coral e levá-la ao internamento na emergência, porém, por situação de vaga, ela foi encaminhada ao Hospital Psiquiátrico⁴¹. Era exigência no fluxo alguém acompanhá-la para assinar como “responsável”. Somente após as 16hs é que Murilo pode finalizar todo o processo e ir de vez para sua casa.

Dia 11.11 Coral solicitou a Murilo que fosse ao Hospital Psiquiátrico solicitar sua alta. Ele a trouxe de volta ao território em que residia e ela solicitou que a deixasse na UBS, pois queria conversar comigo.

Muitas e diversas foram as vivências, idas, vindas, desafios, frustrações, impactos nessa história, aqui contada parcialmente e em pequenos recortes.

No primeiro encontro que tive com o Murilo, após o internamento ele me disse que ao chegar na casa em que Coral estava, encontrou-a com um pedaço de papel sujo, amassado e apertado na mão - o TCLE, no qual constava meu número de telefone celular. A reflexão que ele me propôs foi “Quem permitiu o quê, pra quem? Foi ela que permitiu a pesquisa ou você que permitiu o acesso dela a você?”

Naquela ocasião me deparei com as vicissitudes de uma proposta de pesquisa que era ainda nova pra mim: queria uma pesquisa construcionista, mas esperava manter a neutralidade aprendida nas pesquisas segunda a tradição moderna. Então achei que aquele (o TCLE) seria só um papel protocolar e que, não passando disto, não haveria problema de colocar o meu telefone pessoal. Com a situação desencadeada, sentia-me temerosa diante da urgência de um posicionamento político: ou estava envolvida ou não poderia corresponder àquela proposta. Não havia neutralidade! Que direitos eu tinha quando “pedia licença” para entrar na casa daquelas pessoas e nada queria de “invasão delas em minha vida”?

⁴¹ “O município de Maringá (PR) conta ainda desde 1967 com o Hospital Psiquiátrico de Maringá, entidade privada conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS), que apesar de não fazer parte da Rede de Atenção à Saúde Mental, é utilizado como recurso para as situações de urgência em saúde mental. Não é ‘porta aberta’, e no caso de Maringá sua regulação se dá principalmente pela emergência psiquiátrica do Hospital Municipal da cidade” (Rosolem, 2016, p. 61)

Aquela situação e os passos seguintes dos encontros e desencontros, em que ao ir à pensão eu ficava um longo tempo chamando até que alguém viesse me atender, em que buscava conversar com Âmbra, mas as conversas não ocorriam, e nos momentos em que as moradoras não quiseram falar comigo ou falavam de forma um tanto agressiva e relatando a ineficiência nos atendimentos na UBS, provocavam em mim a sensação de ser desafiada naquilo que mantinha como “o meu lugar”. As travestis me tiravam o tempo todo de qualquer lugar confortável e sentia-me escorregando na situação.

Nas orientações, Murilo pontuava o lugar que estávamos construindo: não o de sermos tutores, mas talvez a ponte para o acesso. Pontuava o quanto eu deveria sair do meu lugar para ter empatia pelo lugar delas: elas entravam em carros de pessoas estranhas e sabiam que precisavam impor algum medo, como defesa, diante da fragilidade em que se encontravam. Elas não tinham motivos para confiarem nas pessoas.

Talvez as sensações em mim, que eu nomeava e até as que nem conseguia nomear, eram só uma pequena parte do que eu poderia experimentar diante do que elas passavam nos contextos sociais. A discriminação, o preconceito, ser colocada no lugar daquela que não possui eira, nem beira, nem lei.

Essas colocações reverberavam em minhas reflexões, pois eu partia de pressupostos de que eu era uma pessoa confiável, então, isso bastaria para que elas confiassem - mas essa é a mensagem que eu enviava a um locutor que não compartilhava o mesmo código de mensagem que eu. Elas tinham outros códigos e outras formas de compreenderem as situações que vivenciávamos. Mas eu poderia aprender alguns códigos que favorecessem um vínculo, pois afinal, era a isto que me propunha enquanto pessoa que estava inserida naquela relação profissional distanciada.

Ao invés de recuar e manter aquela relação distanciada, eu precisaria aprender o que elas direcionavam que poderia ser útil para aproximações.

3.2 CAMINHOS DE APROXIMAÇÃO

No último encontro da fase de investigação, a dinâmica proposta era o diálogo entre todos os participantes, mediado pelo material sintetizado dos encontros anteriores, com o objetivo de construir caminhos de aproximação. No material havia sugestões das travestis para essa aproximação: um bom atendimento, que ocorresse em dia e horário mais possível a elas, que fosse diferenciado e que houvesse mais recursos ao que elas solicitavam:

“a gente ser tratada bem, a gente vai voltar”;

“porque a gente que trabalha na rua à noite, às vezes a gente não tem disposição pra ir de manhã e prefere ir à tarde (...) Se a gente soubesse, por exemplo, toda quarta feira, toda quinta feira, exclusivamente nesse horário teria um atendimento para gente, seria bem maravilhoso”;

“O agendamento assim... numa quarta feira. Todas iam lá e teria uma consulta...”;

“Ah! Um atendimento só pros travestis, só pro homossexual, poderia ter ali no posto... uma salinha que só atendia homossexual. Só quem faz programa, entendeu? Pra quem mexe com essas coisas”;

“Nossa! Facilitava muito!”;

“Uma quantidade de camisinha, lubrificante, porque é o que mais a gente precisa”;

“Um psicólogo também ajudaria bastante às vezes pra gente; que fosse numa quarta, numa quinta feira, à tarde”.

Diante dessas informações, os profissionais se posicionaram:

“Porque se fosse no ambiente delas, às vezes elas... se sentiriam melhor”;

“Precisa de espaço pra elas aqui na Unidade”;

“Teria que ser de 4ª ou 5ª à tarde, incluir na agenda”;

“Na 4ª dá pra mim. É o dia que eu posso à tarde”;

“Eu acho que na 3ª e 4ª daria mais sentido. Porque geralmente o fim de semana começa na 5ª e a gente sabe a rotina delas”;

“Se organizar pra fazer uma vez por mês”;

“Se no momento que elas vierem... Faz uma consulta clínica... Tem um grupo pra fazer um bate papo junto... Não ficar sentada só pra consulta”;

“Na sala de espera mesmo, bater papo... Começa assim, roda de conversa”;

“Será que na hora que ela tá aqui, não dá pra atender?”;

“Às vezes a gente consegue um agendamento, mas não daqui a três meses, né?!”;

“Eu acho que dá pra gente se organizar pra isto”;

“Vai ter que ser uma coisa bem aos poucos, mas se quer que elas tenham acesso, antes, tem que fazer mais ou menos perto do que elas sugerem, porque se não, não vai ter vínculo”;

“A gente tem que saber certinho como é o funcionamento delas lá (na pensão), a rotatividade, a faixa etária. Precisa ter esse conhecimento. Eu acho importante”;

“Fazer reuniões inicialmente com elas aqui (...) Pra entender melhor como está a saúde”.

Os profissionais conversaram a partir de um material que lhes possibilitou conhecer um pouco mais do que as travestis esperavam da UBS e demandavam de atenção à saúde, se aproximaram das histórias e vivências contadas por elas e, com isso, puderam pensar em suas organizações no serviço e propor possibilidades de viabilizar aproximações.

Para além do atendimento, os profissionais propuseram olhar outras questões:

“Eu acho que, por exemplo, na equipe, conversar com o pessoal, ‘quais seriam os obstáculos pra gente realmente oferecer cuidado pras travestis? Qual obstáculo cada um vê?’ Eu fico pensando que, talvez se... conhecer os obstáculos que são sentidos, como é que a gente trabalha com eles né? Eu acho que temos que saber (...) O que a gente tem que saber fazer pra melhorar o acesso delas. Eu acho que isso tem que ser discutido em grupo”;

“A gente deveria trabalhar mais esse assunto”;

“As vezes até daria da gente trabalhar mais esse assunto, que é um assunto delicado”;

“dos direitos delas... não é divulgado. Acho que precisaria mais ser trabalhado... eu sei pouco”;

“do jeito que tem panfleto da dengue, aí no postinho, então, tinha que ter (informações sobre os direitos das travestis);

“eu acho que a mudança começa da base...e pra começar da base tem que ser uma coisa construída em equipe”;

“Eu acho que tem que aproveitar os profissionais que já tem uma perspectiva diferenciada pro tema pra... começar a encabeçar capacitação com a equipe”;

“E pensar em atividade de educação e saúde com os usuários nessa mesma linha. Fazer uma discussão mais pesada em termo de conceito, discutir moralidade, sexualidade, orientação, identidade de gênero”;

“Também com os parentes dessas pessoas [LGBT]... que têm dificuldades pra... pra entender e lidar com isso”.

Após conversarmos sobre as questões norteadoras, em um dos primeiros encontros com os profissionais, uma pessoa falou de sua expectativa para o último encontro:

“Acho que a gente tinha que começar a conversar sobre essa questão, desse grupo, com os profissionais de toda a equipe. Sentar, conversar. Acho que esse trabalho [a pesquisa que eu estava realizando], ele vai ser, digamos, o pontapé prá que isso aconteça, porque uma coisa que vai ser colocada, vai ser discutida, cada um vai ter sua experiência e provavelmente todo mundo vai contar uma história. E eu acho que vai ser a partir daí”.

Ouvir a ressonância do que eu propunha me fazia acreditar que o convite que eu fizera aos colegas, para participarem da investigação acadêmica, provocou neles reflexões sobre outras realidades possíveis. E me fez acreditar que quando chamamos outras pessoas para novas coconstruções de mundos sociais, o processo de investigação pode vir a ser um processo de transformação social – mesmo que muito ainda tenha que ser caminhado. Por

meio do material transcrito dos encontros, propus a aproximação entre as pessoas que participaram da investigação. Ao lerem sobre o que eu construí dos encontros com as travestis, os profissionais puderam compreender um pouco mais das vivências delas, vivências muito parecidas com as que conta Safira, outra entrevistada de Wiliam Peres:

“não vejo como culpar as travestis pela situação em que vivem porque elas são fruto de um sistema capitalista que não dá oportunidade para eles poderem trabalhar, ou se profissionalizar. Para você ter uma ideia, a travesti quando vai para a rua 'batalhar' ela já sai preocupada com a diária do quarto que aluga das cafetinas, são 30 reais só para dormir. E ainda tem a taxa do ponto e elas precisam comer, se vestir, e se cuidar porque custa caro para você ficar 'montada na batalha'”. (Peres, 2005, p. 147)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: CAMINHOS DE POSSIBILIDADES

Construir essa pesquisa atravessada por tantas questões, como as situações implicadas direta e indiretamente, favoreceu compreensões, novos aprendizados e construções diversas em meu exercício profissional e, pelas reflexões e posicionamentos já expostos, promoveu possibilidades de transformações em meu ambiente de trabalho, extensivo aos meus colegas. Em concordância com o que propõe autores construcionistas,

Apesar de tradicionalmente pensarmos o retorno de uma pesquisa como algo “*a posteriori*” – isto é, algo que poderá retornar como benefício à comunidade após sua conclusão e publicação – Gergen sugere que nos atentemos para os efeitos imediatos da pesquisa como ação colaborativa, inserida em determinados contextos e comprometida com a transformação do mundo em determinadas direções. (Rasera, Guanaes-Lorenzi & Corradi-Webster, 2016, p. 340)

Essa ação a qual convidei meus colegas e também as travestis para colaborarem, foi apresentando efeitos, alguns sutis, outros mais visíveis, alguns já relatados aqui, outros ainda vão se dando no decorrer do tempo em que construo o corpo escrito dessa dissertação. Recorrendo aos registros em meu diário de campo conto três episódios, voltando ao recurso de descrever cenas.

Cena 1: o expositor de camisinhas

Logo após a fase de investigação, um dos residentes em medicina, que havia participado da pesquisa, me falou: “*você reparou que no expositor de camisinhas, está escrito ‘camisinha masculina’*. Isto não é agressivo para as travestis?” Em seguida comentei isto com o colega que trabalhava na farmácia e ele – que não participara da pesquisa – logo disse, “*é só trocar*”. Após comentar com ele, eu entrara em meu consultório para um atendimento. Ao terminar, fui à recepção e passei em frente ao local da farmácia. Já havia um adesivo sobre a palavra “masculina”, ficando visível somente a palavra “camisinha”. Meses depois recebemos outro expositor de camisinhas masculinas, quando o vi já havia uma alteração nele. A fonoaudióloga da equipe NASF – que também não participou da pesquisa e nem trabalhava naquela equipe na época – sensível à temática de atendimento em saúde da população LGBTTT, e em conversa com a diretora da Unidade, ao nome “camisinha masculina” sobrepôs um adesivo com a frase “camisinha, proteja-se”.

Cena 2: a nova moradora da pensão

Em um mês bem posterior ao período de investigação no campo, eu estava na sala em que atendo quando a enfermeira da Unidade me chamou ao corredor para apresentar uma nova moradora da pensão. Comecei a falar do quanto buscava a aproximação com elas e que estávamos planejando uma visita em equipe. A enfermeira passou a protagonizar a conversa, enfatizou que tínhamos um cuidado com o atendimento a elas, que queríamos nos aproximar mais, que a visita seria para verificarmos a quantidade de camisinhas que elas precisavam mensalmente, para que pudéssemos fazer os pedidos contemplando as necessidades delas. Após algum momento de conversa, a enfermeira teve que voltar à sua sala e eu fiquei um pouco mais, conversando com a nova moradora. O médico saiu de seu consultório, foi até a sala da enfermeira, ao retornar, olhou de forma amigável para a nova usuária do serviço daquela UBS, tocou em seu ombro e convidou-a a entrar em seu consultório através de um descontraído “vamos?”.

Cena 3: banheiros unissex

Em agosto de 2017 a diretora da UBS, que assumiu tal cargo bem depois do período de investigação, e que demonstrava bastante interesse na pesquisa realizada, me falou de uma situação que estava percebendo: algumas vezes travestis perguntavam aos funcionários qual banheiro poderiam usar – logo à entrada do prédio existem dois banheiros individuais e separados, cada um tinha uma placa, um “masculino” e o outro “feminino”. A orientação dela era para dizerem: “o que você preferir”; mas também sensível ao atendimento em saúde dessa população, verificou que dois banheiros de consultórios individuais tinham placas unissex e inclusivas, com três imagens na mesma placa simbolizando figuras: de masculino, de feminino e de cadeirante. Ela então procurou amparo em legislação e orientações técnicas, solicitou parecer de outras pessoas na Secretaria de Saúde do município e, no primeiro dia de setembro do ano dois mil e dezessete, os banheiros de uso público da UBS tiveram suas placas trocadas para serem usados sem distinção de gênero.

Cena 4: reflexividade

Iniciei a escrita dessa dissertação contando que houve um incômodo profissional que me provocou e conduziu ao percurso de um mestrado acadêmico. Ao finalizar esta escrita me

faço algumas perguntas: e aquele incômodo, o que aconteceu com ele após esse percurso? Qual a repercussão em minha vida profissional ao ter realizado esse mestrado? O que mudei em mim, após esses encontros? A cena que posso contar é a da transformação no cenário. Comecei um projeto de pesquisa acreditando que construiria vínculo e acesso com as travestis, no meio do caminho percebi que antes disso, precisava construir aproximações, após mais alguns passos vi que não compreendia como se davam as relações, porque não compreendia as lógicas diferentes entre nós, profissionais de saúde, e as travestis. Mudei o cenário porque encontrei, ao me aproximar delas, limites que antes eu não percebia em mim, na organização do meu serviço e nas políticas que pautam minha prática laboral. Ao finalizar esse mestrado me encontro muito mais incomodada do que quando iniciei, pois antes eu acreditava que me comprometendo com um bom desempenho profissional eu estava cumprindo a minha parte. Construir essa pesquisa me reconstruiu como profissional e como pessoa. Não existe a “minha parte”. Faço parte de um sistema que, se não garante direitos e equidade, deixa à margem pessoas que são mortas unicamente porque um sistema normativo pode dizer que elas não existem. Hoje sei que a minha parte é estar implicada e que quero continuar provocando os outros e os convidando, no mínimo, a reflexões que possam transformar cenários e mundos sociais, principalmente quando um dos autores principais das cenas formos nós, profissionais de saúde.

As cenas acima falam de reverberações e de “transformações do mundo em determinadas direções”, conforme o recorte de texto no início deste capítulo. O que percebo são momentos, mesmo que sutis, em que aos poucos são propostas novas construções e visibilidades das travestis no cotidiano do serviço. A equipe, e eu também, potencializamos que ali é um lugar de aproximações e de cuidado a elas, mas restam ainda muitas questões.

Como profissional que trabalha na Atenção Básica, nesse percurso de estudos, investigação e vivências, me dei conta de que as políticas de atendimento em saúde são importantes e precisam ser efetivadas, mas elas também precisam ser entendidas em seus limites e, em certa medida, em suas possibilidades de opressão. Se algumas lutas dos movimentos sociais já foram alcançadas, como o uso do nome social, a hormonioterapia e todos os procedimentos dentro do processo transexualizador, isso não assegura que essas mesmas conquistas sejam universais e equânimes. Tal reflexão me coloca diante de mais incômodos profissionais, pois componho uma equipe que opera um braço da assistência, então, se ela é ineficaz para as travestis residentes no território da UBS em que trabalho, em

que medida contribuo para essa situação? É possível, dentro de uma política de assistência à saúde, dar conta dessa vida que se produz fora das normatividades, sendo a política um modo de reprodução da normatividade? O que nós, profissionais de saúde, queremos de serviços de saúde para elas? As questões que proponho não estão na proposta desse mestrado responder, pois são reflexões que reverberam a partir da análise do que nomeamos como elementos que compõem e constituem uma relação distanciada entre profissionais de saúde e as travestis residentes no território da UBS.

Dialogar com essas angústias, que nomeio incômodos profissionais, me coloca no lugar de não reproduzir essa lógica que invisibiliza as travestis na AB. Ao encontrar-me com elas, encontrei-me com muitos limites e, ao final deste trabalho, vislumbro lampejos de possibilidades de aproximações, a serem construídas por mim e meus colegas de trabalho.

Ao finalizar a escrita dessa dissertação muitos são os convites que ainda quero fazer para reflexões e possibilidades de transformações de mundos sociais. Um deles é o convite à leitura deste trabalho. E este convite faço aos participantes diretos e indiretos do processo investigativo. Se os diretos são os que assinaram o TCLE, os indiretos são incontáveis. Mas não teria finalidade este trabalho se não pudesse vir a ser lido e levar pessoas à reflexão, principalmente os profissionais de saúde, nos níveis de assistência e gestão, e as travestis, pois o acesso às informações é um dos caminhos para efetivar mudanças. Pretendo ter escrito com a coerência que a produção do conhecimento exige, como traz meu orientador em sua tese de doutorado, “Assim um trabalho científico é apreciado pela coerência que o pesquisador demonstra em seu processo de produção do conhecimento, sendo enfatizada a congruência entre a teoria, a metodologia e a análise propostas pelo pesquisador” (Moscheta, 2011, p. 98), e que também tenha sido coerente a minha sensibilidade para construir um texto de leitura acessível, que desperte o desejo de ler, pela narrativa de experiências que propus desde o início.

Convidar pessoas à transformação de mundos é convidar a incômodos, mas não é possível pessoas não se incomodarem. Umas, se incomodam porque têm que lutar todos os momentos para terem direitos básicos respeitados. Outras, devem se incomodar ao perceberem que seus privilégios contribuíram para a invisibilidade de outras – que não têm os mesmos direitos garantidos.

Com isso, busco o efeito de meu trabalho: construção compartilhada de transformações em algumas direções, para que, na conduta profissional, passemos a atender as

travestis com o cuidado devido, por qualquer motivo que elas estejam ali – e percebendo suas presenças.

REFERÊNCIAS

- Amorim, S. M. G., Vieira, F. S. & Brancaleoni, A. P. (2013). Percepções acerca da condição de vida e vulnerabilidade à saúde de travestis. *Saúde em Debate*, 37 (98), 525-535. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Fernanda_Vieira2/publication/259945637_Percepcoes_acerca_das_condicoes_de_vida_e_de_vulnerabilidade/links/0a85e52ea75deefc35000000/Percepcoes-acerca-das-condicoes-de-vida-e-de-vulnerabilidade.pdf#page=165.
- Antunes, P. P. S. (2010). *Travestis envelhecem?* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP. Recuperado de https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/Disserta____o_Pedro_Paulo.pdf.
- Apóstolo, M. V. do M., Moscheta, M. dos S. & Souza, L. V. (2017). Discursos e posicionamentos em um encontro de diálogo sobre violência a LGBTs. Red de *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/3051/305151851013/>.
- Aran, M., Murta, D. & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Pública no Brasil*, 14(4), 1141-1149. Recuperado de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n4/a15v14n4>.
- Benedetti, M. R. (n. d.) A batalha e o corpo: breves reflexões sobre travestis e prostituição. Recuperado de <http://docplayer.com.br/13244484-A-batalha-e-o-corpo-breves-reflexoes-sobre-travestis-e-prostituicao.html>.
- Benedetti, M. R. (2005). *Toda Feita: O Corpo e o Gênero das Travestis*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Bento, B. (2009). A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. *Bagoas - estudos gays: gêneros e sexualidades*, 3(4), 95-112. Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2298>
- Bento, B. (2014). Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. *Contemporânea* 4(1) 165-182. Recuperado de <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/197>
- Bento, B. (2012). *O que é transexualidade* (2a ed). São Paulo: Brasiliense.
- Brito, C. R. S., Corgosinho, B. F., Ferreira, D. C., Rocha, L. A., Umezaki, M. C., Rocha, R. M. G., . . . Teixeira, F. B. (2009). Ajudando a curar o preconceito: nossos desafios na implantação do ambulatório “Saúde das Travestis” na cidade de Uberlândia-MG. *Rev. Ed. Popular, Uberlândia*, 8, p.168-174. Recuperado em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/viewFile/20166/10763>
- Conselho Nacional de Combate à Discriminação/Ministério da Saúde (Brasil) (2004). *Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e*

- promoção da cidadania homossexual*. Brasília. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf
- Cardoso, M. R., Ferro, L. F. (2012). Saúde e população lgbt: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 552-563. Recuperado de http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004126_Psico1%20Ci%20C3%20AAn%20e%20Prof.pdf.
- Cerqueira-Santos, E., Calvetti, P. U., Rocha, K. B., Moura, A., Barbosa, L. H., Hermel J. (2010). Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde. *Revista Interamericana de Psicologia* 44(2), 235-245. Recuperado de: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04424.pdf>.
- Dumaresq, L. (2016). Ensaio (travesti) sobre a escuta (cisgênera). *Periódicus, Revista de estudos indisciplinados em gêneros e sexualidades*, 5(1), 121-131. Recuperado de: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/17180/11337>
- Facchini, R. (2011). Histórico da luta de LGBT no Brasil. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). *Psicologia e diversidade sexual (Caderno Temático 11)*, 10-20. Recuperado em http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/11/frames/fr_historico.a_spx.
- Facchini, R. (2003). Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. *Cad. AEL*, 10(18/19). Recuperado de: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ael/article/viewFile/2510/1920>.
- Gergen, K. J. (2009). O movimento do Construcionismo Social na psicologia moderna. (E. J. Soar Filho, Trad.). *INTERthesis*, 6(1), 299-325. Recuperado de: <https://pt.scribd.com/document/335138138/10976-34334-1-PB-pdf>
- Gergen, K. J. & Gergen, M. (2010). *Construcionismo Social: um convite ao diálogo*. (G. Fairman, Trad.). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Grandesso, M. A. (2017). A construção de sentido em pesquisa qualitativa: dialogando com a hermenêutica de Gadamer. In M. Grandesso (Org), *Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações: um diálogo entre teoria e práticas* (Cap 23, pp. 483-492). Curitiba: CVR.
- Jesus, J. G. (2012). Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Recuperado de: <http://www.diversidadessexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%20C3%20ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>.
- Ibáñez, T. (2001). *Municiones para disidentes*. Espanha/Barcelona: Editorial Gedisa.
- Lei n. 8080, 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. Recuperado de:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.
- Lionço, T. (2008) Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 11-21. Recuperado de:
<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7573/9095>.
- Lionço, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*, 19(1), 43-63. Recuperado de
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100004&lng=en&nrm=iso.
- Longaray, D. A. (2014) *A (Re)Invenção de si: investigando a constituição de sujeitos gays, travestis e transexuais* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil. Recuperado de
<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/5094/TESE%20FINAL%20DEISE.pdf?sequence=1>
- MacRae, E. J. B. N. (1997). Movimentos Sociais e os direitos de Cidadania dos Homossexuais. Recuperado de
<http://www.giesp.ffch.ufba.br/Textos%20Edward%20Digitalizados/17.pdf>.
- McNamee, S. (2014) Construindo conhecimento/construindo investigação: coordenando mundos de pesquisa. In C. Guanaes-Lorenzi, M. Moscheta, C. Corradi-Webster & L. Sousa (Orgs.), *Construcionismo Social: Discurso, Prática e Produção do Conhecimento* (Cap. 5, pp.105-132). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- McNamee, S. (2017). Pesquisa como construção social: investigação transformativa. In: M. Grandesso (Org.). *Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações: um diálogo entre teorias e práticas*. (Cap. 22, pp. 459-482). Curitiba: CRV.
- Medrado, B., Spink, M. J. P. & Mélllo, R. P. (2014). Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: Spink, M. J. P.; Brigagão, J. I. M.; Nascimento, V. L. V.; Cordeiro, M. P. (Orgs.). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. (Cap. 13, pp. 274-294). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Ministério da Saúde (Brasil)/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (1990a). *ABC DO SUS: Doutrinas e Princípios*. Brasília. Recuperado em
http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf.
- Ministério da Saúde (Brasil)/Secretaria de Políticas da Saúde/Departamento de Atenção Básica (2000). *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Milton Menezes da Costa Neto (Org.).
- Ministério da Saúde (Brasil)/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica (2012a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília.

- Moscheta, M. S. (2011). *Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Moscheta, M. S. (2014). A pós-modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In: *Construcionismo Social: Discurso, Prática e Produção do Conhecimento* (Cap. 1, pp. 23-47). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Muller, M. I., Knauth, D. R. (2008). Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado'! *Cadernos EBAPE.BR*, 6 (2), 1-14. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323228070002>.
- Oliveira, M. R. G. (2017). O diabo em forma de gente: (r)existências de gays afeminados, viados e bichas pretas na educação (Tese de Doutorado) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Recuperado de: <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/47605/R%20-%20T%20-%20MEGG%20RAYARA%20GOMES%20DE%20OLIVEIRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pelúcio, L. (2007). *Nos nervos, na carne, na pele : uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS*. (Tese de doutorado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. Recuperado de: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/1399>
- Pelúcio, L. (2005). Na noite nem todos os gatos são pardos Notas sobre a prostituição travesti. *Cadernos Pagu* 25, pp. 217-248. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n25/26528.pdf>
- Pelúcio, L. (2007) “Eu me cuido, mona” – saúde, gênero e corporalidade entre travestis que se prostituem *Seminário Homofobia, Identidades e Cidadania GLBT*, Florianópolis, SC, Brasil. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000160&pid=S0103-1104201300030001600010&lng=pt.
- Peres, W. S. (2010). Travestis, Cuidado de Si e Serviços de Saúde: Algumas reflexões. In: H. Costa, H. et. al. (Org.). *Retratos do Brasil Homossexual: fronteiras, subjetividades e desejos*. São Paulo: Edusp; Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, pp. 303-319. Recuperado de http://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/39/Documentos/travestis_cuidado_de_si_e_servicos_de_saude.pdf.
- Peres, W. S. (2002). Biossociabilidade contemporânea e a expressão travesti. *Psicologia UNESP* 1(1). Recuperado em <http://186.217.160.122/revpsico//index.php/revista/article/view/6/16>.
- Peres, W. S. (2005). *Subjetividade das Travestis Brasileiras: da vulnerabilidade dos estigmas à construção da cidadania* (Tese de Doutorado). Universidade do estado do Rio de

- Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em: http://bdt.d.ibict.br/vufind/Record/UERJ_0cdbaae6804eabb74abbe67b24273a23.
- Pinheiro, O. G. (2013). Entrevista: uma prática discursiva. In: *Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano*. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Recuperado em: www.bvce.org.
- Portaria n. 457, de 19 de agosto de 2008. Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html.
- Portaria n. 2.836, 1 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. Brasília. In Ministério da Saúde (Brasil)/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Departamento de Apoio à Gestão Participativa (2012)
- Portaria n. 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html
- Rasera, E.; Guanaes-Lorenzi, C.; Corradi-Webster, C. Pesquisa como prática social: o pesquisador e os “outros” na produção do conhecimento. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 325-347, jul. 2016. ISSN 1578-8946. Disponível em: <<http://atheneadigital.net/article/view/v16-n2-rasera-guanaes-corradi>>. Acesso: 02 nov. 2017 doi: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1839>.
- Rasera, E., Teixeira, F. B. & Rocha, R. M. G. (2014). Construcionismo social, comunidade e sexualidade: trabalhando com travestis. In: C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster & L. V. Souza (Orgs.), *Construcionismo Social: Discurso, Prática e Produção do Conhecimento* (Cap. 14, pp. 289-301). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Rodriguez, A. M. M. (2014). *Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC, 2013-2014* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. Recuperado em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/129499/329251.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Romano, V. F. (2008). As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 211-219. Recuperado em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200019>
- Rosolem, R. (2016). *Entre idas e vindas ou sobre reinternações psiquiátricas*. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil. Recuperado em <http://www.ppi.uem.br/arquivos-para-links/teses-e-dissertacoes/2016-1/renata-rosolem>
- Sampaio, L. L. P. & Coelho, M. T. A. D. (n. d.). A transexualidade na atualidade: discurso científico, político e histórias de vida. Recuperado em:

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/15770/1/A%20TRANSEXUALIDADE%20NA%20ATUALIDADE.pdf>.

Santos, D. B. C. (2017). *Docências trans*: entre a decência e a abjeção* (Tese de Doutorado) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Recuperado de http://www.ppge.ufpr.br/teses%20d2017/D2017_Dayana%20Brunetto%20Carlin%20dos%20Santos.pdf

Santos, P. R. (2008). *Entre necas, peitos e picumãs: subjetividade e construção identitária das travestis do Jardim Itatinga* (Dissertação de mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Recuperado em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000436670>.

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

Silva, H. R. S. (2007). *Travestis: entre o espelho e a rua*. Rio de Janeiro, Editora Rocco.

Siqueira, M. S. (2004). *Sou senhora. Um estudo antropológico sobre travestis na velhice* (dissertação de mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Ilha de Santa Catarina, SC. Recuperado em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/87032/222786.pdf?sequence=1>.

Spink, M. J. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Recuperado em: <http://www.bvce.org>

Spink, M. J. (2013). *A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos*. In: M. J. Spink, (Org.). *Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Recuperado em: <http://www.bvce.org>.

Spink, M. J. & Spink, P. K. (2014). *Produzir conhecimento não é um ato banal: um olhar (pós)-construcionista social sobre ética na pesquisa*. In: C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster & L. V. Souza (Orgs.), *Construcionismo Social: Discurso, Prática e Produção do Conhecimento* (Cap. 6, pp. 133-149). Rio de Janeiro: Instituto Noos.

Spink, P. K. (2003). *Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista*. *Psicologia & Sociedade*; 15(2), 18-42 Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n2/a03v15n2>.

Souza, L. V., McNamee, S. & Santos, M. A. (2010). *Avaliação como construção social: investigação apreciativa*. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 598-607. Recuperado em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822010000300020>.

- Teixeira, F. B. (2008). L'Italia dei Divieti: entre o sonho de ser europeia e o babado da prostituição. *Cadernos Pagu*, 275-308. Recuperado em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/26213/1/S0104-83332008000200013.pdf> Acessado em 22.04.17.
- Teixeira, F. B. (2012). Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da (in)certezas da transexualidade. *Estudos Feministas, Florianópolis*, 20(2). Recuperado em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v20n2/v20n2a11>. Acessado em 22.04.17
- Teixeira, F. B. (2009). *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade*, (Tese de doutorado) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Recuperado em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000444694&fd=y>

APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O GRUPO DE TRAVESTIS

Questões que servirão de roteiro para o primeiro encontro:

- a) O que vocês identificam como saúde, doença e cuidados em saúde?
- b) Vocês identificam que têm boa saúde?
- c) Se ocorrer situações de dores físicas, sintomas que indicam doenças, sofrimentos emocionais, como vocês cuidam disto?
- d) O que vocês entendem que é a função de uma UBS?
- e) O que levaria vocês a procurarem uma UBS?
- f) Vocês já tiveram acesso a algum serviço disponível em UBS? Se sim, qual?
- g) Vocês já pensaram em procurar algum auxílio em UBS e desistiram? Se sim, por quê?
- h) Há algo que vocês buscam, ou já buscaram, em uma UBS mas não tiveram acesso?
- i) Como vocês lidam com sofrimentos emocionais? Alguma vez procuraram uma UBS para atendimento psicológico?
- j) Vocês têm alguma experiência relacionada a uma UBS em que o cuidado em saúde foi satisfatório ou que superou suas expectativas de atendimento?
- k) Há alguma experiência com UBS em que o cuidado em saúde foi insatisfatório ou que frustrou suas expectativas?
- l) Se vocês costumam ir à UBS, há algo que identificam como situação a ser melhorada?
- m) Vocês já ouviram falar na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais?

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM O GRUPO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Questões que servirão de roteiro para o encontro inicial:

- a) O que vocês pensam que significa saúde, doença e cuidado em saúde para as travestis residentes no território da UBS?
- b) Que dispositivos vocês acham que as travestis utilizam diante de situações relacionadas a quadros de adoecimento e/ou sofrimentos?
- c) O que vocês avaliam que é a função da UBS na atenção à saúde das travestis?
- d) O que vocês avaliam que leva uma travesti a procurar a Unidade Básica de Saúde do território?
- e) O que avaliam que leva uma travesti a não procurar a Unidade Básica de Saúde do território?
- f) Vocês avaliam que as travestis têm acesso à UBS? Se sim, a quais serviços?
- g) De quais serviços da UBS vocês avaliam que as travestis poderiam ter acesso e não têm?
- h) Vocês tem alguma experiência vivenciada com as travestis, que tenha mudado suas formas de vê-las ou que tenha sido marcante em suas vidas profissionais?
- i) Vocês avaliam que há algo a ser melhorado na UBS para facilitar o acesso às travestis?
- j) Vocês conhecem a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais? O que sabem sobre ela?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa intitulada: **“A Unidade Básica de Saúde e a população de travestis de um território: construindo sentidos e acessos nessa relação”**, a ser realizada pelo Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCH) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) em parceria com a Secretaria de Saúde do Município de Maringá.

O objetivo dessa pesquisa é entender os sentidos de cuidado em saúde presentes na relação entre profissionais que trabalham na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Vardelina e travestis residentes no mesmo território para, a partir de tal compreensão, construir caminhos possíveis diante dos desafios e possibilidades de acesso e cuidado em direção a uma saúde que seja universal, integral e com equidade, de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, do Ministério da Saúde, no âmbito da Atenção Básica.

Em todos os momentos de sua participação você receberá todos os esclarecimentos necessários. Asseguramos ainda a omissão de qualquer dado ou informação na pesquisa que possam identificá-lo/a, sendo-lhe mantido o mais rigoroso sigilo.

Você participará em um dos três grupos, conforme a identificação: grupo de profissionais da UBS, grupo das travestis e o grupo de medicina da UEM que atende na UBS já citada. Ocorrerão três encontros em grupo; nos dois primeiros encontros, em grupo específico, ocorrerá: no primeiro, uma entrevista semiestruturada e no segundo a reflexão e discussão sobre as respostas dadas na entrevista. O terceiro encontro abordará o tema do segundo, porém tendo a participação conjunta dos três grupos. Os encontros serão audiogravados, depois transcritos e após a coleta de informações para análise, a gravação será destruída. Cada encontro terá um tempo de duração estimado em duas horas.

O risco oferecido, por sua participação, é o possível constrangimento ao emitir opiniões em grupos, no entanto, você pode se recusar a responder qualquer questão e/ou participar de qualquer procedimento que lhe traga constrangimento, podendo desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Se houver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, pode entrar em contato com a pesquisadora Dulce Zara Gentil do Nascimento pelo telefone (44) 9945.4116.

Nome do/a participante / assinatura

Nome pesquisadora / assinatura

Maringá/PR, ____ de _____ de _____.

APÊNDICE D – SÍNTESE DO PRIMEIRO ENCONTRO DE CADA GRUPO

(material apresentado no encontro final)

1. Conceito de saúde, doença e cuidado em saúde e se avaliam que tem boa saúde.

GRUPO DAS TRAVESTIS

Identificam saúde como o mais importante.

Cuidar da saúde é tratar a doença, tomar remédio certo, ir ao médico.

Avaliam que sua saúde é variável, pois pegam muitas DSTs em decorrência de seu trabalho, na rua, o que as colocam em muitos e constantes riscos. Reconhecem que poucas delas cuidam da saúde.

Cuidados e proteção: usar a camisinha

Sobre ter um posto perto da residência: “significa que tá ajudando a comunidade”, mas acabam não indo por não conseguirem acordar cedo.

GRUPO DA ESF

Acham que elas não pensariam muito em saúde porque procuram pouco o atendimento.

É um grupo de risco de DSTs, pela profissão que têm. A única prevenção que fazem seria de DSTs, mas nem sempre usam camisinhas, conforme já falaram em atendimento.

Deveriam buscar mais o Posto pra controle de pressão e diabetes, vacinas, além de outros serviços.

GRUPO DA UEM

Percebem que é difícil falar o que elas pensam, por não conhecerem. Somente um médico já fez um atendimento, há poucos dias. Os outros nunca atenderam.

Pode ser que avaliem saúde somente como ausência de doenças e que o aspecto que ainda recebe atenção é o sexual, como cuidado às DSTs. Talvez por isso não procurem outros cuidados.

Talvez até os profissionais pensem na saúde delas pelo aspecto sexual.

2. Dispositivos utilizados em situações de adoecimento e sofrimento

GRUPO DAS TRAVESTIS

Automedicação, sem orientações. E tanto pode ser por procura na farmácia ou a indicação de alguma amiga; fazem uso de chás também, ensinados por pessoas mais velhas ou vizinhos.

Só procuram médico se não aguentarem mais e depois de tomar alguns medicamentos que não

fizeram efeito. Acham que não adianta ir ao postinho porque não resolverá o que estão apresentando.

Pagam consulta particular.

Em situações de sofrimentos emocionais:

Depende de cada uma. Reconhecem que há dias em que se sentem mais deprimidas, “meio uó”, mas em outros já se sentem mais alegres. Quando alguma está mal humorada, evitam, para não haver brigas e discussões.

“Eu guardo tudo prá mim, porque às vezes a gente não tem confiança e a gente vai guardando (...) não vai ter pra quem contar”.

Nunca procuraram atendimento psicológico na UBS. Uma moradora informou que já teve alguns internamentos na Emergência Psiquiátrica e no Hospital Psiquiátrico.

Uma moradora disse que até já pensou em procurar atendimento psicológico.

GRUPO DA ESF

Automedicação, uso de chás, algumas já falaram que usam drogas para aliviar a dor, atendimento médico particular, atendimento na UPA (também porque preferem medicamentos injetáveis), retorno às suas cidades de origem.

GRUPO DA UEM

Igual à grande parte da população, a principal busca é a automedicação. Procuram as farmácias ou seguem o que outras colegas dizem. Buscam também soluções caseiras, como chás.

Procuram a UBS como último recurso. Estariam mais inseridas no CTA e devem ter mais acesso lá. No HU só iriam em emergência, levadas pelo SAMU.

3. Função da UBS na atenção à saúde

GRUPO DAS TRAVESTIS

Uma avalia que é tudo o que precisam, pois no postinho podem atendê-las, orientar e encaminhar;

A maioria diz que não procura ou pouco procura para o cuidado e assistência em saúde.

GRUPO DA ESF

Seriam as funções do PSF: VD, consultas, ser porta aberta, trabalhar para diminuir danos, focar nas DSTs, trabalhar com a prevenção e orientação para os exames e consultas médicas, ofertar os mesmos atendimentos que aos outros usuários.

GRUPO DA UEM

Oferecer cuidado diferenciado, porque é uma população específica;

Garantir equidade, acesso e respeito;

Oferecer educação em saúde e trabalhar preconceitos com os funcionários e os demais usuários;

Tentar se aproximar delas, conhecer suas necessidades e o que esperam da UBS, buscar estabelecer vínculo.

4. O que as levam a procurar a UBS

GRUPO DAS TRAVESTIS

Quando a situação está muito grave e não aguentam mais de dor ou sofrimento, que não passa após a automedicação;

Pegar camisinha.

GRUPO DA ESF

Aquisição de preservativo e em caso de dor, só no extremo;

Tiveram moradoras antes que já procuraram mais a UBS, as que residem agora procuram pouco e quase só para pegar camisinhas.

GRUPO DA UEM

Quando o que estão sentindo está incomodando muito. Só procurariam a UBS se não tivessem outra opção.

Pra pegar preservativo

Para troca de receita

Uma médica disse que, nos horários que está na UBS, nunca viu uma travesti lá.

5. Serviços da UBS que já tiveram acesso

GRUPO DAS TRAVESTIS

Camisinha, médico, vacina, coleta de sangue para exame, dentista, curativo.

Outros serviços: “No UPA me sinto bem atendida, agora no postinho é meio difícil, porque todas as vezes que a gente vai lá: ah! Volta não sei quando. No UPA eles atendem na hora”.

Informam que buscam o CTA para todos os seus problemas em saúde.

GRUPO DA ESF

Odontologia, curativo, vacina, VD, teste rápido, consulta médica, atendimento psicológico, orientações e encaminhamentos.

Elas têm acesso a todos, mas não procuram. Quando procuram, tem acesso.

Outros serviços: procuram mais a UPA por conseguirem o medicamento injetável que preferem.

GRUPO DA UEM

Teriam acesso ao agendamento pra encaixe, em demanda espontânea, mas não procuram;

Elas iriam mais na UPA, principalmente se o incômodo for muito grande.

6. O que as faz desistirem de ir à UBS – a não ter acesso**GRUPO DAS TRAVESTIS**

Tem receio de ir, mesmo doentes, “porque é muito constrangimento prá gente. A gente não gosta de ser tratada diferente, e a gente é”. “A gente sofre o preconceito próprio de ir lá e as pessoas ficam olhando.”

“por isso que a gente evita ir, prefere comprar remédio do que ir no posto”.

O olhar discriminatório: “só porque a gente é homossexual ficam olhando do pés à cabeça. É horrível”;

O horário não é adequado, pois ficam a noite inteira acordadas trabalhando e não conseguem ir cedo para agendar ou serem atendidas.

GRUPO DA ESF

Medo de ser menosprezada, de preconceito.

Do preconceito não tanto do funcionário e mais por parte da população, cujo maior preconceito seria pela condição de prostituição;

Não querem se expor ou então elas também têm preconceitos;

Há constrangimento das duas partes (travestis e demais usuários);

Elas também deveriam aceitar a equipe de Saúde. “Teve dia que fomos lá e elas nem abriram a porta”;

O fato delas mudarem muito de residência, pode ser um motivo de não fazerem vínculo e não aderirem

GRUPO DA UEM

Olhar discriminatório/preconceito que o serviço possa ter sobre elas. Não há relação/vínculo com a UBS;

A equipe não está preparada para receber e acolher as demandas delas – isso ocorreria em toda a rede;

Talvez a rotatividade, nem sempre são as mesmas que moram lá, aí nem forma vínculo;

Serem vinculadas a outros serviços

7. O que já buscaram mas não tiveram acesso**GRUPO DAS TRAVESTIS**

Camisinhas, que falta várias vezes ou lhes é entregue em quantidade insuficiente, poucas vezes de caixa.

GRUPO DA ESF

Os atendimentos das especialidades, mas não há falta de acesso e sim dificuldade;

Atendimento na hora em que procuram, pois não voltam nos agendamentos feitos.

GRUPO DA UEM

O que é ofertado talvez não atenda às demandas específicas delas.

8. Algo a ser melhorado para facilitar o acesso**GRUPO DAS TRAVESTIS**

Bom atendimento: “a gente ser tratada bem, a gente vai voltar”;

Disponibilidade de alguns medicamentos, como o benzetacil, por apresentarem problemas como feridas que demoram a cicatrizar e furúnculos, que avaliam ser problemas no sangue;

Dentista, porque esperam quase 3 meses prá consulta;

Atendimento mais direcionado a elas, em que, se tiverem algo em suas partes íntimas, possam mostrar; “Um atendimento só pras travestis, pros homossexuais (...) só pra quem faz programa”;

Sugerem que sejam realizados mais atendimentos na UBS, para evitar gastos ao ir no CTA. Avaliam que sempre precisam de atendimento médico para os casos de dores e aparecimento de furúnculos;

Além das camisinhas, que tivesse também lubrificante “porque é o que a gente mais precisa”;
 “Um psicólogo também ajudaria bastante, que fosse numa 4ª ou 5ª feira”.

GRUPO DA ESF

Conversar mais com os outros usuários, para promover mudança cultural, diminuindo preconceito de forma geral. Ao ver situação de discriminação, conversar com as pessoas;

Usar e divulgar mais os cartazes e material informativo. Trabalhar mais o tema, por ser delicado

Sobre a disponibilidade de uma agenda diferenciada: “Aproveitar que elas estão aqui, porque a gente sabe que não vai voltar”, “se existe um momento, a ocasião, dá prá fazer?”.

GRUPO DA UEM

Desconstruir preconceitos, começando a conversar aos poucos sobre essas questões. Que alguns profissionais tomem a frente e mobilizem a equipe;

Promover educação em saúde aos usuários com temas variados envolvendo sexualidade e gênero;

Capacitação e matriciamento a todos que trabalham na UBS, com reflexões sobre situações de preconceitos;

Capacitação aos funcionários para atendimento específico, quanto a estratégias e uso de equipamentos;

9. Experiências satisfatórias na UBS / de aprendizados aos profissionais

GRUPO DAS TRAVESTIS

Algumas moradoras disseram que várias vezes foram muito bem atendidas, inclusive em atendimento que depois houve encaminhamento a UPA, numa crise alérgica.

Uma moradora relata bom atendimento na dentista, em que foi atendida de forma rápida, quando precisou.

“Nos postos já tão mudando, porque eles não põem o nome de (registro, no masculino) no meu, eles põem (nome social/feminino). Eu já percebi isso também. A minha ficha mesmo no hospital, no postinho, tá tudo mudado.”

GRUPO DA ESF

Após acompanhar duas moradoras anteriores, percebeu que algumas delas priorizam o cuidado em saúde;

Ao atender uma moradora anterior, percebeu que as travestis são pessoas diferentes entre si, com comportamentos diferentes em suas formas de se expressar, vestir e procurar o serviço de saúde;

Percepção de que elas podem solicitar atendimentos não previstos, como em situação, em outro local de trabalho, em que a travesti queria ser atendida por uma ginecologista, quando o indicado era urologista;

Relato de que a visibilidade e a convivência diminui o estranhamento, ao vê-las com mais frequência diminui surpresas e o olhar passa a ser igual como vê os demais usuários.

GRUPO DA UEM

Reflexão sobre a possibilidade de adequação no internamento, para que fiquem em ala mais adequada;

Percepção da necessidade de adequar agenda e horário para favorecer o acesso;

Compreensão de outras questões, como a percepção de intenso sofrimento de uma travesti, ao estar com uma queixa considerada simples, mas ela era a única provedora da família, por isso não poderia adoecer.

Percepção da camisinha do SUS como equipamento de trabalho, e não somente de proteção: valorização da disponibilização e dispensação da camisinha na UBS;

“modificar um pouco a forma de fazer perguntas (...) sobre a intimidade (...), eu aprendi com essas populações”

10. Sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT

GRUPO DAS TRAVESTIS

Nunca ouviram falar.

GRUPO DA ESF

Já ouviram falar, mas não leram. Acham que não é divulgada e sugerem que as universidades e os serviços públicos deveriam trabalhar mais o assunto. Poderiam fazer campanhas como as do panfleto da dengue.

Poderia ser trabalhada abordando os diversos preconceitos que existem além da questão da sexualidade.

GRUPO DA UEM

Conhecem e já leram parte ou toda.

Questionam a sua aplicabilidade, quanto a questões que não contempla ou quanto a sua viabilidade;

Já procurou algumas questões e não encontrou, como especificidades nos cuidados com o uso de hormônio.

11. Se houvesse um atendimento em horário diferenciado?

GRUPO DAS TRAVESTIS: “Tinha que ser de tarde e que tivesse todos os atendimentos aqui”, em que não precisassem se deslocar para longe/CTA. “Se a gente soubesse, por exemplo, toda 4ª ou toda 5ª feira, exclusivamente nesse horário teria um atendimento pra gente, seria bem maravilhoso, bem melhor”.

12. Sobre quais atendimentos podem ser no posto e quais devem ser no CTA

GRUPO DAS TRAVESTIS: Não têm certeza, mas avaliam que as DSTs não podem ser no posto, porque não tem como mostrar. No posto seriam casos de gripes, pequenas dores. No CTA seriam os casos de sífilis e situações parecidas, porque lá eles seriam especialistas nessas doenças.

“tem vezes que a gente tá mal, aí não vai ali porque não deve ser caso dali, então a gente vai lá (no CTA), chegando lá, a gente vê que não é”.

Quanto a essa questão ser esclarecida: “daí fica melhor da gente entender, identificar”.

13: Sobre o encontro com os profissionais e médicos da UBS:

GRUPO DAS TRAVESTIS: “Que legal! É melhor, porque querendo ou não eles entendem a gente, mas entendem porque... conversando assim...cada um explica tudo. A gente entende mais. Fica mis fácil pra gente”.

14. Algo mais a ser dito: (falas dos profissionais)

“As coisas vão acontecendo e a gente vai vendo as dificuldades.”

É preciso conversar e ver “quais seriam os obstáculos pra gente realmente oferecer cuidados pra travestis? Qual o obstáculo que cada um vê?”.

É preciso “identificar quais os obstáculos que a gente teria prá facilitar o acesso delas”.

15. Recado às travestis: (falas dos profissionais)

- Buscar estudo.

Motivos que acham que as impedem de estudar: não ter amparo da família e da sociedade, ter saído de casa muito cedo, falta de condições financeiras, os diversos preconceitos que sofrem.

- Buscar uma família, da maneira que elas acham que é uma família.
- Buscar outro tipo de emprego.

Motivo que acham, para que elas não consigam outros empregos: as empresas não abrem vagas para elas, os patrões devem ter receio de como vão se vestir e se comportar diante das regras da empresa.

A equipe inda vê homossexuais trabalhando em salão de beleza, mas não vê travestis. O único caso citado de emprego a uma travesti que alguém soube, foi em uma grande loja de departamentos na cidade.

Sobre o posto de saúde:

- Elas têm porta aberta, é só aderir;
- Ao passarem por uma dificuldade ou perda, podem saber que tem o posto para ajudá-las
- Poderia ter alguma moradora, que permaneça mais tempo, que dissesse para as outras que podem vir ao posto fazer seu cartão e ser atendida.