

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Érica Aparecida Monsorens da Silva

DIVERSIDADE DE GÊNERO E O PROCESSO FORMATIVO DOS/DAS ACS NA
ATENÇÃO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MIGUEL PEREIRA - RJ

Rio de Janeiro

2018

Érica Aparecida Monsores da Silva

DIVERSIDADE DE GÊNERO E O PROCESSO FORMATIVO DOS/DAS ACS NA
ATENÇÃO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MIGUEL PEREIRA - RJ

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Danielle Ribeiro de
Moraes

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S586d Silva, Érica Aparecida Monsores da
Diversidade de gênero e o processo formativo
dos/das ACS na atenção em saúde do município de
Miguel Pereira/RJ / Érica Aparecida Monsores da
Silva. - Rio de Janeiro, 2018.
74 f.

Orientador: Danielle Ribeiro de Moraes

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, 2018.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Identidade de
Gênero. 3. Educação. 4. Atenção à Saúde.
I. Moraes, Danielle Ribeiro de. II. Título.

CDD 362.10425

Érica Aparecida Monsores da Silva

DIVERSIDADE DE GÊNERO E O PROCESSO FORMATIVO DOS/DAS ACS NA
ATENÇÃO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MIGUEL PEREIRA - RJ

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 30/10/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Danielle Ribeiro de Moraes – FIOCRUZ / ENSP / EPSJV

Prof^a Dr^a Márcia Cavalcanti Raposo – FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT

Prof^a Dr^a Ana Paula Pereira da Gama – UERJ / FEBF

AGRADECIMENTOS

Primeiramente á Deus que nos põe em dúvidas diante de tantos desafios travados, mas na certeza quanto ás lutas vencidas.

Ao meu querido pai Antônio, que sempre foi referência de luta e sustentação, quem hoje não esta mais aqui e nos deixa saudades.

Á minha mãe Terezinha quem sempre esta conosco, mesmo já estando tão cansada.

Aos meus Irmãos e irmãs, que na luta cresceram comigo sem desistir de nada.

Á minha querida filha Valentina, que desde o processo de seleção, crescia dentro de mim, permanecendo junto a mim nas noites em claro, entre mamadas, trocas de fraldas, olheiras e produções acadêmicas que me desafiaram aos dois papéis tão difíceis, o da maternidade e academia juntos, dando forças e motivos para continuar.

Ao meu companheiro Edison pela paciência, e contribuições sempre que podia.

Aos meus colegas da turma 2016 EPSJV/Fiocruz, que contribuíram na caminhada, no compartilhamento do conhecimento e desafios acadêmicos travados ate aqui.

Ás trabalhadoras Agentes Comunitárias de Saúde do Município de Miguel Pereira RJ, que travam luta pela efetivação dos direitos e acesso ao SUS com bravura.

Á gestão local, á coordenação da Atenção Básica de Saúde do Município de Miguel Pereira.

Á Danielle de Moraes, minha orientadora, pessoa boa, de luta, que traz luz por onde passa, que ensina, contribui para uma Saúde Pública mais igual e de qualidade, agradeço a você toda paciência, contribuições, toda força e motivação que fizeram diferença para que eu chegasse ate aqui.

Ás mulheres, e homens desse país, aos/as LGBTQTS, meu respeito e promessa de continuação da labuta para transformarmos, seja pela via institucional, ou qualquer que seja a busca por uma sociedade mais justa, através dos Direitos Humanos, através de um SUS com mais condições de acesso “ninguém solta a mão de ninguém”

Á Secretaria Acadêmica Michelle Freitas, pelas contribuições, e “apagadas dos meus incêndios”, sempre solicita e carinhosa comigo.

Aos Docentes pelas contribuições em minha formação continuada.

Aos trabalhadores e trabalhadoras de todos os setores da EPSJV/Fiocruz que fazem a engrenagem dessa Escola funcionar

Á quem me inspira, á quem consegue tornar a fase acadêmica mais bonita, mais aprazível, mais encantadora, desejada e entusiasmada.

RESUMO

Neste trabalho busquei mapear as estratégias formativas sobre a temática de diversidade de gênero e sexualidade, voltadas aos agentes comunitários de saúde (ACS) de Miguel Pereira (RJ), bem como identificar as percepções dos/as ACS sobre esta temática. Sua trajetória está orientada pela minha implicação como mulher moradora e usuária do SUS neste município, interessada nos feminismos e no debate sobre gênero. Utilizei abordagem qualitativa e exploratória, que combinou a análise de documentos institucionais representativos da política municipal de saúde, entrevista com gestores, anotações de campo das impressões sobre um encontro com ACS do município e análise de percepções de 19 ACS sobre gênero e diversidade, obtidas a partir de um instrumento autoaplicado. A trajetória e os resultados apontam para o silenciamento, do ponto de vista institucional, deste debate na formulação da política municipal de saúde, bem como a inexistência de estratégias de formação específicas voltadas às ACS. As ações ficam geralmente centradas em campanhas previstas para a atenção básica, ou em atividades normativas de sala de espera. Essas ações deslocam a ideia de integralidade da atenção para a fragmentação de atividades de prevenção e educação sanitária voltadas à atuação sobre o corpo biológico, numa perspectiva de medicalização e de perpetuação das desigualdades de gênero. Ao passo em que as percepções sobre as práticas parecem apontar para a reprodução de estereótipos de gênero, por outro lado, as ACS reconhecem a formação e o debate sobre gênero e diversidade como fundamental para seu trabalho e o cotidiano dos serviços.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Gênero. Diversidade. Educação.

ABSTRACT

In this work, I sought to map the formative strategies on the theme of gender and sexuality diversity, aimed at the community health agents (ACS) of Miguel Pereira (RJ), as well as to identify the perceptions of CHW on this theme. Her trajectory is guided by my involvement as a female resident and user of the SUS in this municipality, interested in feminisms and in the debate about gender. I used a qualitative and exploratory approach, which combined the analysis of institutional documents representative of the municipal health policy, interviews with managers, field notes of impressions about a meeting with ACS of the municipality and analysis of perceptions of 19 ACS on gender and diversity, obtained from a self-applied instrument. The trajectory and the results point to the institutional silencing of this debate in the formulation of the municipal health policy, as well as the lack of specific training strategies focused on the ACS. Actions are usually centered on planned campaigns for basic care, or in normative waiting room activities. These actions shift the idea of integrality of attention to the fragmentation of prevention and health education activities aimed at acting on the biological body, with a view to medicalization and perpetuation of gender inequalities. While perceptions about practices seem to point to the reproduction of gender stereotypes, on the other hand, CHWs recognize the formation and debate about gender and diversity as fundamental to their work and daily services.

Keywords: Community Health Agent. Gender. Diversity. Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1	Mapa das CIR – Regionalização do Estado do Rio de Janeiro, 2018.....	41
Ilustração 2	Mapa da Região Centro-Sul Fluminense	42
Ilustração 3	Equipes de Saúde da Família Implantadas em Miguel Pereira e População Adscrita	43
Ilustração 4	Perfil de ACS Interlocutores da Pesquisa	47
Ilustração 5	Consolidado do Perfil dos Interlocutores da Pesquisa.....	48

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros/travestis
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS-MP	Programação Anual de Saúde de Miguel Pereira
PMS-MP	Plano Municipal de Saúde de Miguel Pereira
PSF	Programa de Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	10
2	NOTAS SOBRE GÊNERO E SUA RELAÇÃO COM O OBJETO DE PESQUISA.....	13
3	BREVES NOTAS SOBRE O SURGIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E DO PACS.....	28
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA TRAJETÓRIA	29
3.2	O PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – O PACS.....	33
4	NOTAS METODOLÓGICAS	38
5	DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS E AS ACS, TRABALHADORAS, MULHERES INSERIDAS NO ÂMBITO DO SUS: FORMAÇÃO PERMANENTE OU INEXISTENTE NA TEMÁTICA DE GÊNERO E DIVERSIDADE EM MIGUEL PEREIRA?.....	41
5.1	RESULTADOS A PARTIR DA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS	41
5.2	A INTERLOCUÇÃO COM AS ACS E COM A COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	45
5.3	A INTERLOCUÇÃO COM A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	64
	ANEXO 1 – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM ACS.....	70
	ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO GESTOR ESF	72
	ANEXO 3 – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	73

1- APRESENTAÇÃO

Miguel Pereira ainda é um município novo, com somente 52 anos de emancipação. Até o ano de 2015, possuía 24.842 habitantes. Trata-se de uma cidade típica do interior do Rio de Janeiro, onde o comércio, a prefeitura e pequenas empresas mantêm o maior público em emprego formal, dentre a população total, há 11.719 homens e 12.923 mulheres (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015). Como moradora e usuária da rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) daquele município, e tendo interesse nos estudos de gênero, busquei neste trabalho mapear as estratégias formativas sobre a temática de diversidade de gênero e sexualidade, voltadas aos agentes comunitários de saúde (ACS) de Miguel Pereira (RJ), bem como identificar as percepções dos/as ACS sobre esta temática.

Não sendo diferente de outros contextos, como se verá, os desafios são grandes. Acredito que eles se relacionam tanto com as questões específicas da abordagem das desigualdades de gênero, quanto com a problemática das formas de funcionamento do SUS e, mais especificamente, da atenção básica e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF vem sendo adotada como forma de reorientação da atenção em saúde no Brasil e é onde atuam as/os ACS.

Desde o final dos anos 1980, o SUS, vem acontecendo através de muitas lutas sociais, resultado de construções políticas, tendo como principal estratégia a expansão da atenção básica (AB) (MATTA, 2007, p.267). A implementação do sistema se deu mediante ao modelo médico assistencial, que era centrado no hospital, no médico, na doença e na assistência curativa, o que gerava altos custos e o não atendimento a todos/as¹ nas suas especificidades.

Como nos diz Jairnilson Paim (Paim, 2008, p.94) “*é preciso conhecer o que existia antes do SUS, para que possamos avaliá-lo, aperfeiçoá-lo, educando permanentemente os novos sujeitos que poderão fazer avançar a RSB*” (Reforma Sanitária Brasileira). Paim em seus dizeres nos mostra a importância da reflexão do que foi o movimento de RSB, os avanços desde a consolidação do SUS, e nos convida a refletirmos sobre a importância do que possuímos em estratégia de saúde atualmente, como a AB que oferece e busca o acesso de todos e todas ao sistema sem distinção alguma. Anteriormente ao SUS, não havia um sistema que cobrisse a todos/as brasileiros/as, tinha-se a filantropia, a medicina liberal, a medicina

¹ Usarei no decorrer deste trabalho os artigos definidos, no plural (os/as) e no singular (o/a), para me referir aos gêneros masculino e feminino ao mesmo tempo, como modo de afirmação política da igualdade de gênero. Mais adiante, de acordo com meus achados de campo, utilizarei ACS para designar as agentes comunitárias de saúde, que são mulheres em sua maioria.

previdenciária, e as empresas médicas (Paim, 2008, p.94), portanto a saúde não era um direito de todos/as, mas de quem pudesse alcançá-la.

Implantada em todo o Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo uma importante ferramenta para reorientação da atenção à saúde, e prioriza as ações de promoção e prevenção, de forma integral e contínua. Nesse sentido, os/as Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são aqueles/as trabalhadores/as que estão na “linha de frente” junto à abordagem realizada na ESF. ACS são trabalhadores/as exclusivos do SUS, que se dedicam a atuar como identificadores/as das necessidades de saúde no território e, sobretudo, como propiciadores/as dessas ações de prevenção e promoção:

O agente comunitário de saúde (ACS) é o profissional que desenvolve ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde. O elo entre o ACS e a população adscrita é potencializado pelo fato do ACS morar na comunidade. Tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, [...]. Utiliza instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural das famílias adscritas em sua base geográfica definida, a microárea. [...] A partir daí ele é capaz de orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e de traduzir para as Unidades Básicas de Saúde a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identificar parceiros e recursos existentes que possam ser potencializados pelas equipes. (BRASIL, 2009, p.27).

Cabe destacar que a Atenção Primária em Saúde (APS) é a forma prioritária de acesso aos/as usuários/as do SUS, voltada a prevenir doenças e trazer soluções a possíveis agravos de saúde, dando o direcionamento aos demais setores de média e alta complexidade. É desta forma que são avaliadas e hierarquizadas as demandas específicas de acordo com as redes, entre atendimentos considerados simples ou complexos².

Além dos princípios e diretrizes do SUS, a APS orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado, o que possibilita uma relação de longa duração entre as equipes de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde. A isso chamamos *atenção longitudinal*, sendo o foco da atenção na pessoa, e não na doença (BRASIL 2009).

² Utilizarei os termos “atenção primária em saúde” e “atenção básica em saúde” como sinônimos, pois neste trabalho não tenciono abordar o debate sobre modelos de atenção refletido na disputa desses termos.

Quando se trata destes espaços de saúde, temas como a Diversidade de Gênero são pertinentes, pois é na Atenção Básica que as mulheres, as travestis buscam/buscarão atendimento devido às doenças e agravos de saúde, como por exemplo: as doenças crônicas (como a hipertensão), situação de abortamento (no caso das mulheres em idade reprodutiva), depressão, entre outros transtornos mentais causados ou efetivados em virtude das desigualdades de gênero, e os trazidos pela violência doméstica.

Diante do exposto, e tendo em conta as profundas desigualdades de gênero presentes em nossa sociedade, como se verá a seguir, surge a questão: como está sendo tratada a temática de gênero no município de Miguel Pereira, no que diz respeito à formação permanente³ dos/as ACS?

Este trabalho está organizado do seguinte modo: inicialmente, apresento duas seções que tentam apresentar, do ponto de vista teórico, a discussão sobre gênero e diversidade; e o surgimento da atenção básica e o programa de agentes comunitários de saúde no Brasil, respectivamente. A seguir, apresento minhas notas metodológicas. Para tentar tornar a leitura mais fluida, busquei não esgotar essas notas na seção específica e, assim, as retomo conforme vou apresentando os resultados da pesquisa, nos trechos seguintes.

³ Sobre a expressão “formação permanente”, sigo o entendimento de Ferla e Ceccim (2004): “a educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino aprendizagem e como uma política de educação na saúde. Ela se parece com muitas vertentes brasileiras da educação popular em saúde e compartilha muitos de seus conceitos, mas enquanto a educação popular tem em vista a cidadania, a educação permanente tem em vista o trabalho” (p.162).

2- NOTAS SOBRE GÊNERO E SUA RELAÇÃO COM O OBJETO DE PESQUISA

“O feminismo tem provocado militâncias apaixonadas e raivas incontidas.”

Celí Regina Jardim Pinto (2003)

As mulheres constituem a maioria da população brasileira, e são as principais usuárias do SUS (BRASIL 2013, p.30). Suas histórias e formas de organização social, marcadas por desigualdades sociais e de gênero incorrem diretamente em suas condições de saúde, fazem com que sejam as mais presentes dentro dos equipamentos da saúde, sejam como usuárias, sejam como mães, como filhas ou avós acompanhando algum familiar.

Hoje podemos dizer que houve muitas mudanças nos comportamentos de homens e mulheres ao longo dos anos, assim como na liberdade e diversidade sexual e de gênero, mas é necessário compreendermos que, tudo se deu através de grandes lutas. Sejam elas na busca por mais direitos, sejam através dos movimentos sociais feministas e LGBTs, que se levantaram contra as diversas desigualdades. A pauta atualmente tem sido para que sejam efetivados e legitimados esses direitos, portanto não estão dados ainda como suficientes, tamanha as diferenças ainda existentes, as lutas destes movimentos são contínuas.

Houve avanços “progressivos”, e também recentes no que diz respeito às políticas públicas, mais significativas para a busca da igualdade entre os gêneros. Um exemplo foi o surgimento da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM):

Em 2013, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) completa uma década de existência, com contribuições efetivas para a consolidação das políticas públicas de gênero, destacando a efetiva transversalidade de gênero nas políticas interministeriais. Hoje, a perspectiva de gênero está incluída em todas as políticas públicas, numa clara demonstração do protagonismo das mulheres na construção de um projeto de sociedade mais justa, mais equânime e democrática (BRASIL 2013, p.07).

A Lei nº 11.340/2006 (conhecida por Lei Maria da Penha) foi um importante avanço no sentido de tentar proteger a mulher contra a violência doméstica e familiar, mas não impede que os números de violência aconteçam, pelas raízes culturais do machismo e do patriarcado. No campo da saúde, em 1984, “o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi elaborado com a colaboração de representantes de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores das universidades” (BRASIL, 2013, p.23). O programa foi centralizado na integralidade e na equidade das ações, na mulher em todas as fases.

Estamos em um momento histórico onde as diferentes formas de manifestação da *sexualidade* têm se tornado grandes motivos de discussões, debates, ou tema para milhares de pesquisas e trabalhos acadêmicos. Para Guacira Louro, “*desde então, ela [sexualidade] vem sendo descrita, compreendida, explicada, regulada, saneada, educada, normatizada, a partir das mais diversas perspectivas*” (Louro 2001, p.541).

E, procurando situar a produção de conhecimento implicada neste estudo, entendo que não fujo deste momento histórico. A minha trajetória de vida familiar e pessoal sempre foi explicitada nos moldes das famílias com as referências culturais ainda colonialistas⁴, de homens que sempre foram os provedores do lar, trabalhadores do campo, com pouca ou nenhuma instrução, de mulheres donas de casa, que sempre estiveram à disposição nos cuidados, criação dos filhos e bem-estar de seus maridos, que jamais pensariam em largar o ambiente doméstico para tentar a inserção no mercado de trabalho ou academia, já que a realidade era tanto de desigualdades de gênero, quanto permeada também por desigualdades sociais (sócio econômica).

A minha inserção no ambiente acadêmico iniciou-se em 2008, como a primeira mulher de nível superior da família, a qual também recentemente deixou o trabalho doméstico iniciado aos quinze anos de idade, onde trabalhei até o ano de 2016 como empregada doméstica.

Graduada em Serviço Social, e posteriormente especialista em Gênero e Sexualidade, a escolha do tema da presente pesquisa se deu após a conclusão da especialização pela UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - em 2016, durante a qual pude amadurecer e compreender que a discussão da temática gênero e sexualidade nunca foi um debate simplório, como tratarei no decorrer deste texto.

A visão dos limites das ciências médicas, biológicas e do cunho religioso e colonial, que sempre estiveram engendrados no debate, permitiu perceber o quanto tinha sido mantida dentro de uma hegemonia heterossexual, e permeada há muito tempo pelo senso comum. Isso

⁴ “Colonialista” aqui é usado em contraposição a pós-colonialismo. Ana Lúcia Faria e colaboradores (2015), no livro “Infância e Pós-Colonialismo...” definem desta maneira: “*a perspectiva pós-colonialista, enquanto campo epistemológico, procura marcar uma ruptura com a tradição clássica submetida aos princípios eurocêtricos. Engloba aspectos históricos e culturais, e toma para si novos olhares que possibilitam a abertura para a compreensão de movimentos sociais e culturais, questionando o universalismo. Este movimento propõe uma retomada à gênese histórica da edificação das desigualdades e ‘estereotipização’ dos sujeitos para, assim, podermos desenvolver condições materiais e ideológicas de superação destas. Esse processo é um movimento de desconstrução contínuo de verdades impostas como únicas e de reinvenção de si e do mundo, de modo a estabelecer meios de relações com os sujeitos, e de ser e viver em sociedade*” (FARIA et al., 2015, pp. 16-17).

me trouxe mudanças na compreensão a qual eu tinha enquanto acadêmica e mulher. O que para mim particularmente era viver uma atuação profissional como se a heteronormatividade⁵ fosse a única verdade, precisei trazer questionamentos epistemológicos sobre este campo tão necessário, o qual merecia um olhar mais profundo, lúcido, sólido sobre os estudos de gênero e sexualidade.

Em sua obra *A história da Sexualidade a vontade de saber*, Foucault nos mostra a forte influência na sexualidade, na confissão, na colocação do sexo em discurso, e as relações de poder que cercam estes temas. Foucault (2017) nos fala dos dispositivos de suturação sexual do século XIX, quando a sociedade moderna tentou reduzir a sexualidade ao casal, e sobretudo o casal heterossexual da penitência cristã do século XIX, exercitada até os dias de hoje junto a todos os tabus concentrados (FOUCAULT, 2017, p.51).

Muitas dessas concepções estão marcadas historicamente e legitimadas pela sociedade através do cunho religioso e da formação da “família nuclear burguesa”, formada por homens e mulheres heterossexuais brancos. A questão dos papéis sociais pré-estabelecidos na sociedade segundo o sexo é visceral. Ao analisarmos, mesmo que rapidamente, uma gestante ao fazer o pré-natal e observarmos um exame de ultrassonografia para descobrir o sexo biológico, notaremos como os papéis sociais do gênero já são fortemente definidos, mesmo antes do nascimento do/da bebê, tendo o azul, ou o rosa como cores definidoras de sua sexualidade, assim como decoração dos espaços, como: quartos, área de lazer, roupas, brinquedos entre outros.

Para os meninos carrinhos, espadas, bolas e para as meninas panelinhas, bonecas, e desta forma, é percebido o quanto a construção social já se dá por fragilizações de um ser sobre o outro, da menina como ser domesticável e do menino como ser voraz, dominador, hierarquicamente construído como superior em detrimento à menina. São essas construções que determinarão as relações de poder, e tudo que “fugir” deste modelo hegemônico, é tido como desviante, “problemático”, imoral (e um exemplo disso é a homossexualidade). A pré-fabricação dos gêneros é também constantemente realizada por terceiros (pais, avôs, familiares, sociedade em geral).

Para Louro, “*a segregação social e política a que as mulheres foram historicamente conduzidas tivera como consequência a sua ampla invisibilidade como sujeito*” (Louro 1997, p.17). O exemplo acima da gestante permite refletirmos sobre a construção dos papéis sociais

⁵ Heteronormatividade é “o termo que se refere aos ditados sociais que limitam os desejos sexuais, as condutas e as identificações de gênero que são admitidos como normais ou aceitáveis àqueles ajustados ao par binário masculino/feminino” (Gênero e Diversidade na Escola, p.32).

do gênero desde o ventre materno. É necessário também pensarmos na perpetuação do machismo, nos maridos com poder sobre as esposas, sobre as filhas, sobre as irmãs, as quais foram e são até hoje mantidas em permanente vigilância, se compararmos com a liberdade dada aos meninos.

Seguindo a mesma autora, “*em nossa sociedade, devido à hegemonia branca, masculina, heterossexual e cristã, têm sido nomeados e nomeadas como diferentes aqueles e aquelas que não compartilham desses atributos*” (Louro, 1997, p.48). Desta forma cabe-nos a reflexão de que o homossexual, a lésbica, a travesti⁶, ou o/a transgênero/a⁷ não possuem nada fora do normal, apenas não se enquadram nas características, nos valores e comportamentos que as sociedades relacionaram historicamente como ideais.

Essa construção social tem implicações importantes sobre a saúde, sobretudo em nosso país. Do ponto de vista sanitário, apenas o sexo feminino já poderia ser considerado como um fator de risco, com fontes que indicam que, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil figura entre os dez países com maior número de homicídios femininos para o período 2016-2010 (BRASIL, 2013, p.42). Aprofundar discussões sobre a divisão sexual do trabalho⁸, desigualdades salariais, dupla jornada a qual as mulheres são submetidas se faz necessário também, assim como as questões, ainda muito naturalizadas, sobre violência física, psicológica e os crimes cometidos contra mulheres, travestis, gays e lésbicas.

Nesse sentido, em 1995, a plataforma de ação, elaborada na IV Conferência Mundial sobre a Mulher da Organização das Nações Unidas (ONU), avançou alguns passos no sentido de formular um conceito relativo aos direitos sexuais, como parte dos princípios dos Direitos Humanos, tendo redigido, em seu parágrafo 96, o seguinte:

⁶ Para Sérgio Carrara, as travestis são “pessoas cujo gênero e identidade social são opostos ao do seu sexo biológico e que vivem cotidianamente como pessoas do seu gênero de escolha – elaboram identidades que não devem ser entendidas como ‘cópias de mulheres’, mas como uma forma alternativa de identidades de gênero” (CARRARA, 2009, p.42). Para saber mais ler também: *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico*. LEITE JR., Jorge. Apresentação: Berenice Bento. São Paulo: Annablume, 2011.

⁷ Transgênero é uma palavra que serve para reunir, numa só categoria, travestis e transexuais como sujeitos que realizam um trânsito entre um gênero e outro.

⁸ A expressão “divisão sexual do trabalho” é uma interpretação da divisão social do trabalho, usada sobretudo pela vertente do feminismo marxista. Ela “*tem sido utilizada mais recentemente, especialmente no contexto dos estudos de gênero, para expressar os diferentes papéis atribuídos a homens e mulheres na sociedade e no processo produtivo*” (Pires, p.129). Sob esta perspectiva, a divisão sexual do trabalho acontece de modo a sustentar os processos de exploração no interior do modo de produção capitalista: só é possível a submissão de homens à mais-valia no espaço público, por existirem mulheres cujo trabalho doméstico é invisibilizado e explorado.

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsavelmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências (ONU, 1995, citada em BRASIL, 2013, p.13)

Apesar do avanço representado no trecho cima, Louro nos fala que “*no campo da sexualidade, operamos dentro da lógica binária e suportamos estender nosso pensamento aos sujeitos e às práticas que se relacionam a essa lógica*” (Louro, 2016, p.73). Ancorando esta lógica, a biologia sempre tentou explicar a diferenciação entre homens e mulheres, macho e fêmea, mas somente ela não pode dar conta da tamanha complexidade usando apenas a anatomia dos corpos, sendo necessário levar em questão os comportamentos sociais, processos de socialização, e não, como quer o senso comum, de que as condutas de homens e mulheres originam-se de uma dimensão natural dos corpos, ou de como cada pessoa nasceu. Muitas vezes acredita-se que existe um tipo de personalidade ou padrão de comportamento para cada um dos sexos, o que é um grande equívoco.

Como salienta Butler (2015), “quando a ‘cultura relevante’ que constrói o gênero é compreendida nos termos dessa lei um conjunto de leis, tem-se a impressão de que o gênero é tão determinado e tão fixo quanto na formulação de que a biologia é o destino” (p.29). A autora nos traz alguns questionamentos acerca da construção social do gênero, e determinismo biológico.

Partindo dos pressupostos da nossa formação cultural, que sempre ligou a atuação das mulheres ao âmbito “privado”, é sabido que a mulher já está há muito tempo inserida no mercado de trabalho, ocupando muitos cargos, que historicamente eram somente espaços ocupados por homens. Mas cabe lembrar que ainda estamos dentro da subordinação masculina, e em muitas profissões ainda marcadas pelo apoio e cuidado como sendo diretamente ligadas às profissões ditas “femininas” como, por exemplo, as dos/das: Enfermeiros/as, Assistentes Sociais, Agentes Comunitários/as de Saúde, Pedagogos/as entre tantas outras.

É importante que pensemos sempre no contexto no qual estamos inseridos/as, em uma sociedade mutável, que passa por ciclos e diferentes construções, e isto interfere na forma de nos estabelecermos enquanto seres sociais, e são essas especificidades que podem incluir ou excluir “indivíduos”. Para Louro (1997), “*os gêneros se produzem, portanto, nas e pelas*

relações de poder” (p.41). Desta forma, é necessário pensarmos nas questões de poder, anulação, exclusão, desigualdades e estigmas, mas nunca deixando de lado que homens e mulheres também se constroem socialmente através de gestos, heranças familiares, culturais, liberdades e conquistas, de acordo com as construções cotidianas, e contemporâneas.

Segundo a mesma autora, “*ao aceitarmos que a construção do gênero é histórica e se faz incessantemente, estamos entendendo que as relações entre homens e mulheres, os discursos e as representações dessas relações estão em constante mudança*” (Louro, 1997, p.35). Portanto entende-se que não há limites para as construções das identidades de gênero. A esse respeito, seguiremos com o que Judith Butler nos orienta, sobre as relações de poder contidas nos discursos sobre o gênero:

O gênero não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado (uma concepção jurídica); tem de designar também o aparato mesmo de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos. Resulta daí que o gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza; ele também é o meio discursivo/cultural pelo que ‘a natureza sexuada’ ou ainda ‘um sexo natural’ é produzido e estabelecido como ‘pré-discursivo’, anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra sobre a qual age a cultura [...] Na conjuntura atual, já está claro que colocar a dualidade do sexo num domínio pré-discursivo é uma das maneiras pelas quais a estabilidade interna e a estrutura binária do sexo são eficazmente asseguradas (BUTLER 2015, p.27-28).

Assim, não devemos tratar as questões da sociedade dentro de uma perspectiva homogênea. Joan Scott (1990) elucida em sua obra *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*, que tais preocupações sobre o gênero surgiram no final do século XX, porém desde o século XVIII houve a construção de uma lógica oposta entre masculino e feminino, ou reconhecimento do gênero como “questão feminina” ou da identidade sexual feminina, o gênero não surgiu como o modo de falar das relações desde o princípio.

Quando pensamos em “diferenças”, sempre devemos nos convidar a uma observação (análise) dos espaços onde nos “inserimos”, nestes veremos as respostas e os *porquês* de tanta discussão em torno do assunto gênero. Scott (1990) aponta que “*no seu uso mais recente, o ‘gênero’ parece ter aparecido primeiro entre as feministas americanas que queriam insistir no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo*” (p.3). Isso fazia com que os estudos inicialmente estivessem concentrados na mulher. A autora defende o conceito gênero como uma categoria útil para análise histórica, apontando que toda a sorte de qualidades tidas como naturais, atribuídas a homens e mulheres, na verdade são construídas socialmente e afirmadas pela cultura.

Segundo Scott (1990), “*o termo gênero faz parte das tentativas levadas pelas feministas contemporâneas para reivindicar certo campo de definição, para insistir sobre o caráter inadequado das teorias existentes em explicar desigualdades persistentes entre mulheres e homens*” (p.19). Um dos exemplos de que a diversidade de gênero e também a racial exclui é: quando adentramos em espaços hierarquizados, logo não vejo neles as travestis, as mulheres negras e homens negros, as mulheres obesas, em cargos de direção por exemplo. O que vemos, é que deixamos de avançar em campos econômicos, sociais, educacional, da saúde e em tantos outros, por conta de padrões predeterminados e assimetrias, as quais sempre foram referências para e por toda a sociedade, sempre destacando o heterossexual, masculino, branco, impedindo que todas e todos tenham as mesmas chances de inserção, bem como direitos legítimos.

Guacira Louro ressalta a questão dicotômica entre homem e mulher, quando essa ideia é enraizada na sociedade entre um polo “dominado e outro dominante”. Para ela, “*romper a dicotomia poderá abalar o enraizado caráter heterossexual que estaria, na visão de muitos/as, presente no conceito ‘gênero’*” (Louro, 1997, p.34). Os sujeitos que constituem essa dicotomia não são só homens e mulheres, mas homens e mulheres de várias classes, raças, religiões, idades, etc. Portanto, é preciso desconstruir essa lógica polarizada de que um se deriva do outro, assim como os termos natureza-cultura, biologia/socialização lembrados por Lauretis (1986, p. 12), como sempre se compreendeu “anatomia-destino”, quando nos referimos aos corpos.

E, nesse sentido, “*com a proliferação dos estudos do sexo e da sexualidade, o gênero se tornou uma palavra particularmente útil, porque ele oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens*” (Scott, 1990, p.7).

Foucault nos apresenta o conceito de sexualidade como: “*o conjunto de efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos, nas relações sociais, por um certo dispositivo pertencente a uma tecnologia política complexa*” (Foucault, 2017. p.139). O reconhecimento e a expansão na discussão, e formação na temática gênero e sexualidade pode nos orientar a compreender as nossas diferenças para criar situações de mais respeito e ambientes de inserção, fazendo com que as diferenças/diversidade não gerem ainda mais desigualdades e hierarquias, mas possibilidades.

Segundo esse autor, “*foi por volta de 1870 que os psiquiatras começaram a constituí-la (a homossexualidade) como objeto de análise médica: ponto de partida, certamente, de toda uma série de intervenções e de controles novos*” (Foucault, 1996, p.233). A homossexualidade foi vista como crime, e como patologia, desta forma, reescrevo na intenção

de traçar uma “linha do tempo”, alguns momentos históricos, com os quais algumas das organizações institucionais e nacionais estiveram envolvidas na despatologização da homossexualidade:

A OMS e as principais associações científicas internacionais deixaram de classificar a homossexualidade como doença a partir dos anos 1970. Desde 1974, a Associação Norte Americana de Psiquiatria (APA) não mais considerou a homossexualidade como distúrbio mental. Por não aceitar que a homossexualidade seja considerada uma doença, a OMS, em 1985, excluiu-a do Código Internacional de Doenças (CID). Em 1987, a APA aprovou que seus membros não usassem mais diagnóstico códigos que patologizassem a homossexualidade. Em 1993, o termo ‘homossexualismo’ foi substituído por ‘homossexualidade’. No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia do Brasil estabeleceu, em dezembro de 1998, que psicólogos não deveriam exercer qualquer ação que favorecesse a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas[...] O Conselho Federal de Medicina retirou a homossexualidade de condição de desvio em 1985. No entanto, essas instituições ainda consideram a transsexualidade e a travestilidade como doenças. Nesse sentido, persiste uma concepção patologizada da experiência de gênero que as pessoas “trans” desenvolvem. Por isso, existe uma forte mobilização internacional, por parte de especialistas e de várias forças sociais, para retirar as experiências “trans” do CID e da APA. (GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM GÊNERO E RAÇA, 2010, p.38)

Como nos diz Foucault, “vivemos todos, há muitos anos, no reino do príncipe Mangoggul: presa de uma imensa curiosidade pelo sexo, obstinados em questioná-lo, incansáveis a ouvi-lo e ouvir falar nele, prontos a inventar todos os anéis mágicos que possam forçar sua descrição” (2017, p.85). Percebo que o autor tenta nos dizer que historicamente o sexo esteve marcado por curiosidades e permanente vigilância, controles diversos de poder, como descrito em sua obra.

Para Foucault, “não existe uma estratégia única, global, válida para toda a sociedade e uniformemente referente a todas as manifestações do sexo” (2017, p.112). Apesar disso, tentou-se por muitas vezes reduzir todo o sexo à função reprodutiva, heterossexual, matrimonial, como veremos a seguir.

A partir do século XVIII, quatro grandes conjuntos estratégicos, desenvolvem dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo:

Histerização do corpo da mulher: tríplice processo pelo qual o corpo foi analisado - qualificado e desqualificado - como corpo integralmente saturado de sexualidade (...) foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar, com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, por meio de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo

que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível de histerização. *Pedagogização do sexo da criança*: dupla afirmação de que quase todas as crianças de dedicam ou são suscetíveis de dedicar a uma atividade sexual; e de que tal atividade sexual, sendo indevida, ao mesmo tempo “natural” e contra a natureza, traz consigo perigos físicos e morais, coletivos e individuais (...) *Socialização das condutas de procriação*: socialização econômica por intermédio de todas incitações , ou freios, à fecundidade dos casais, através de medidas “sociais” ou fiscais (...) Enfim, **psiquiatrização do prazer perverso**: O instinto sexual foi isolado como instinto biológico e psíquico autônomo; faz-se a análise clínica de todas as formas de anomalia que podem afetá-lo; atribui-lhe um papel de normalização e patologização de toda conduta (...) FOUCAULT (2017, p.113-114, grifo meu).

A mulher era dada como histérica, seus corpos eram submetidos à medicalização, o seu sexo em permanente vigilância, devido a tamanha responsabilização em procriar filhos saudáveis, e pelo compromisso quanto à manutenção do lar e da sociedade, através do cunho controlador e adestrado, conduta inversa quando se tratava também da psiquiatrização das perversões (Foucault 2017 p.158). É sabido que algumas destas visões são mantidas, e que direcionam práticas preconceituosas e discriminatórias, reproduzidas até mesmo por profissionais no interior do campo da saúde, por conta do caráter biologizante, tão fortemente demarcado.

Para Louro (1997), “o conceito foucaultiano de ‘biopoder’, ou seja, o poder de controlar as populações, de controlar o ‘corpo-espécie’ também parece ser útil para que se pense no conjunto de disposições e práticas que foram, historicamente, criadas e acionadas para controlar homens e mulheres” (p.41). Desta forma, percebe-se como os papéis foram se “efetivando”, do homem como protetor, da mulher para procriação dos filhos, da visão designada de protetora do lar, dos corpos controlados, das sexualidades e da normalização/normatização, assim como o controle das crianças. Esse controle sempre foi exercido por homens, sejam eles pais, magistrados, religiosos, médicos, pedagogos.

Sem pretender aprofundar essa discussão, é necessário lembrarmos do que Ruben Araújo Mattos nos traz em relação à medicalização, e à construção de uma ordem médica superiorizada: “invasão da vida social, ou melhor pelo saber médico” (Mattos, 2008, p.330). O autor mostra a forte influência do poder da medicina e a subalternização dos demais saberes, assim como a dependência construída em cima do saber médico, silenciando outros saberes, o que funcionou como estratégia de controle da vida, no nível da população, ao longo do século XIX.

É necessário que conheçamos as formas como se concederam as “supostas” igualdades, diferenças, e direitos ao longo do nosso processo histórico e social , e como as

instituições vieram embasadas, muitas vezes, por determinados discursos considerados “legítimos”, como as religiões e a ciência, que confirmam a manutenção de olhares que somente consideram a questão biológica, e no caso religioso, o perfil conservador trazido por alguns posicionamentos, desconsiderando a laicidade e a equidade, do que trata inicialmente as Ciências Sociais.

Desta forma, trabalhadores/as da saúde se inserem em espaços onde a visão da ciência é tida como uma única verdade, seja pela visão de mundo trazida no bojo das ideias da classe dominante, seja para atender interesses que acabam por tornar a ciência já existente como ciência, única e universal.

Joan Scott nos deixa muito clara a construção histórica do gênero enquanto categoria de análise histórica que nem sempre foi tão elucidada e discutida, como já mencionado acima:

A meu ver é significativo que o uso da palavra gênero tenha emergido num momento de grande efervescência que em certos casos toma a forma de uma evolução dos paradigmas científicos em direção a paradigmas literários (da ênfase colocada sobre a causa em direção à ênfase colocada sobre o sentido, misturando os gêneros da pesquisa segundo a formulação do antropólogo Clifford Geertz). Em outros casos, essa evolução toma a forma de debate teórico entre aqueles que afirmam a transparência dos fatos e aqueles que insistem sobre a ideia de que qualquer realidade é interpretada ou construída; entre aqueles que defendem e aqueles que colocam em questão a ideia de que o “homem” é o senhor racional do seu próprio destino. No espaço aberto por esse debate, do lado da crítica da ciência desenvolvida pelas ciências humanas e da crítica do empiricismo e do humanismo que desenvolvem os pós-estruturalistas, as feministas não só começaram a encontrar uma via teórica própria, como elas também encontraram aliados cientistas e políticos. É nesse espaço que nós devemos articular o gênero como uma categoria de análise (SCOTT, 1990, p.18,19).

Toda a visão pré-estabelecida envolve influências em decisões e posturas políticas dos governantes, quando representam bancadas menos abertas ao diálogo com as estruturas mais fragilizadas da sociedade como, por exemplo, as mulheres negras, que possuem ainda menos visibilidade, e que sofrem mais com as desigualdades de gênero, quando se trata de marcadores sociais da diferença⁹, bem mais que as mulheres brancas, assim como também entram neste grupo os/as LGBT.

⁹ É útil a definição exposta por Luiza Caires em um blog de divulgação científica da Universidade de São Paulo: “*marcadores sociais da diferença são um campo de estudo das ciências sociais que tentam explicar como são constituídas socialmente as desigualdades e hierarquias entre as pessoas*”. Neste caso, dimensões como raça, gênero, e sexualidade são “*diferenças construídas pela sociedade, mas tidas como se fossem ‘naturais’*”. (CAIRES, 2017).

As teorias feministas que tratam do assunto sobre a desigualdade entre homens e mulheres estão pautadas no conceito de patriarcado, a partir de uma crítica à exploração do trabalho e às desigualdades sociais na sociedade capitalista. Para a socióloga feminista Heleieth Saffioti (2004), a ordem patriarcal é sustentada pela submissão das mulheres à realização do trabalho doméstico e à prestação de serviços sexuais aos homens, sendo elas consideradas como objetos do poder masculino.

Para Saffioti (2004), as vítimas da violência de gênero são, sobretudo, as mulheres, as crianças e adolescentes de ambos os sexos. Isso vai ao encontro do que foi exposto em entrevista dada ao CLAM – Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, pela psicóloga e coordenadora do Curso de Especialização em Gênero e Sexualidade, da UERJ, Vanessa Leite: *“crianças e adolescentes que não cumprem ‘corretamente’ as normas de gênero e sexualidade são frequentemente discriminadas”* Leite (2015). Ela relata que, pelo fato de alguns adolescentes não se verem no gênero que lhes foi designado ao nascer, identificando-se como travestis e transexuais, muitos/as desses/as jovens buscavam os Centros de Cidadania LGBT, onde se deu sua pesquisa, em busca de algum tipo de suporte ou ajuda.

Assim, trabalhar a diversidade de gênero e sexualidade na Atenção Básica em Saúde, bem como a busca pela igualdade/equidade, é desafiador e necessário, mas compensador. Parto da premissa de que essas são situações percebidas por milhares de profissionais da Saúde, mas muitos/as não abordam o assunto, por haver dificuldades em seu processo formativo, principalmente aos profissionais ACS, os quais estão diretamente inseridos/as nas residências e nas comunidades.

Por outro lado, no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004), constam entre os conhecimentos necessários às práticas dos ACS aquelas relacionados à *“saúde sexual e reprodutiva: sexualidade e reprodução humana”* (p.55). Apesar de serem poucos os ACS que tiveram acesso a este tipo de formação no Brasil, e de o documento não conter a palavra “gênero”, nota-se que essa temática é reconhecida como necessária ao trabalho dos/das ACS.

Durante a minha especialização, eu articulei as discussões e teorias com o campo de atuação, assim como discutia com outros profissionais de sala de aula e de trabalho as questões e dificuldades encontradas pelos/as trabalhadores/as ao lidarem com as demandas tão específicas ligadas às desigualdades de gênero, principalmente no campo da saúde, onde a lógica biologizante ainda é central. Os atendimentos (mesmo aqueles realizados na atenção básica) são quase sempre focados no cuidado de lesões físicas e medicalização dos corpos, não trazendo aparência de que tais demandas sejam tratadas também na Atenção Primária em

saúde, como preconizado no Caderno de Atenção Básica, nº 26, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva:

A Atenção Básica deve, em especial, realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, articular ações de redução da morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências), garantir a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, incluindo o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção das DST/HIV/Aids, além de desenvolver ações educativas com grupos, respeitando os direitos sexuais e os direitos reprodutivos (BRASIL 2013, p.25).

A questão de gênero e sexualidade é uma temática importante a ser incorporada às ações desenvolvidas na AB, com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida dos/das usuários/as dos serviços. Em minhas experiências de conversas informais com outros/as trabalhadores/as da saúde, percebi que essas questões são pouco ou nunca abordadas, e em sua maioria estão limitadas às questões e debates momentâneos, capacitações, conteúdos programáticos que durante uma certa data do ano surgem em campanhas como, *outubro rosa*, *novembro azul*, o que limita a formação permanente dos profissionais como os/as ACS, fugindo da formação necessária para a atuação e processo de trabalho desses profissionais na atenção básica, dentro da temática gênero e diversidade, ou qual também reforçam as assimetrias sem que se perceba isso.

Esta situação se relaciona com o que Isabel Brasil Pereira e Marise Nogueira Ramos expõem: “No campo político, verifica-se uma inflexão relativa aos valores e funções atribuídos à educação em geral e à educação profissional em particular, orientada pela suposta harmonização das relações entre capital e trabalho” (2006, p.60). Para as autoras, isso resulta numa falsa superação das desigualdades entre as classes, onde também colocam neste plano os conceitos resultantes dessas relações, o que dá lugar a outras significações como, por exemplo, “o deslocamento da qualificação para competência” junto à noção do que chamam de empregabilidade (p.66). Conforme explicam, “a evolução do neoliberalismo é acompanhada de um movimento filosófico de crítica à modernidade, com suas mazelas e seus logros configurando o que se tem denominado de pós modernidade” (p.66).

Para Ramos, “não é incomum, portanto, que esses profissionais de nível médio, para suportar a pressão se apoiem na indiferença, no embrutecimento, na fria funcionalidade burocrática e técnica do trabalho” (2006, p.60). Como as mesmas autoras dizem, “há que se destacar a preocupação com a formação que leve em conta as tensões e pressões sofridas ou que irão sofrer no cotidiano de trabalho”. Estar inserido em um local de trabalho que lida

diariamente com a dor, horas de trabalho muitas vezes sem estímulo, reconhecimento, ou baixos salários, também dificultam o pensar numa formação permanente que dê subsídios a novas ações. (p.59)

Inseridos/as oficialmente como trabalhadores do SUS, os/as ACS vêm ocupando de forma crescente um espaço estratégico nas políticas públicas de saúde no Brasil, bem como ampliando continuamente sua atuação na atenção à saúde, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos. Tudo isso amplia ainda mais as contratações instáveis e de baixo custo, em especial para esse/essa trabalhador/a, cujo número de postos de trabalho cresce continuamente.

É importante colocar que, em seu trabalho cotidiano, os/as ACS sofrem influências, desvalorização, dificuldades quanto à territorialização das unidades de saúde, que muitas vezes estão sobrecarregadas em virtude da falta de médicos e outros trabalhadores e/ou de outras unidades. Passam por olhares de usuários e até de profissionais que estão marcados pelo olhar da medicina invasiva e curativa, que se contrapõe ao cuidado informativo e preventivo da Estratégia de Saúde da Família, na qual os ACS desenvolvem seus trabalhos de atenção primária.

Ressaltar o quanto é importante que a educação permanente dos/as ACS aconteça a partir de uma educação emancipatória relacionando a politécnica¹⁰, a fim de buscar evitar uma naturalização do trabalho cotidiano na saúde, se faz necessário, bem como sua inserção como trabalhadores/as do SUS. É fundamental discutir o processo de formação desse trabalhador, problematizando o modo de produção de saúde que se quer construir. Nessa perspectiva, a qualificação decorre, por um lado, da relação e das negociações tensas entre capital e trabalho, e, por outro, de fatores socioculturais que influenciam o julgamento e a classificação no que se referem a temática gênero e sexualidade/diversidade também.

¹⁰Sobre a educação politécnica, destaco em Ramos e Pereira (2006) os eixos norteadores para o projeto educativo da EPSJV, que possui na politécnica uma noção central de seu projeto político-pedagógico: *I) A noção de politécnica, aqui adotada, postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma única unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, características intrínsecas ao trabalho (...) implica uma formação que a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases de organização do trabalho de nossa sociedade. Trata-se da possibilidade de formar profissionais não apenas teórica, mas ao praticar, se compreendam os princípios que estão direta e indiretamente na base desta forma de se organizar o trabalho na sociedade; II) O materialismo histórico, como abordagem e método; III) O entendimento do sujeito como indivíduo singular e ao mesmo tempo como consciência geral (...); IV) A afirmar na formação técnica a educação dos sentimentos, da sensibilidade e dos sentidos; V) O trabalho como princípio educativo; VI) A pesquisa como princípio educativo (EPSJV,2005:235) apud (BRASIL e RAMOS, 2006.p.58).*

Como já dito, Louro nos chama atenção para as formas dicotômicas a qual estamos acostumados/as, como por exemplo "produção - reprodução", "público - privado", "razão-sentimento". Para Louro (1997), é necessário rompermos com certas visões dicotômicas. A ausência do tema já na formação técnica dos/das ACS, traz a falsa sensação de que as “diferenças” e a diversidade de gênero, violência de gênero bem como a dificuldade de tratar o assunto não existam. Estas lacunas são vistas quando os/as profissionais buscam trazer o sentido dos direitos entre algumas das conquistas das mulheres e do público LGBT quais estão em curso, com muitas dificuldades e desafios em torná-los legítimos, os quais estão também entre os limites e as possibilidades da atuação profissional, que muitas vezes são incipientes ao tratar de forma mais profunda e necessária os temas gênero e sexualidade na atenção básica.

Por fim, gênero vem distinguir, mostrar a diversidade, se contrapor no que se diz respeito a essa visão cultural que temos de atribuir modelações, papéis sociais e “vigília” dos corpos, os quais são “moldados”. Nossas construções sociais estão dentro de um processo complexo, histórico e muito particular, não cabendo mais em códigos, modelos prontos, esperados ou visto como ideais pelas sociedades. As assimetrias de gênero estão em todas as partes, mas é na Estratégia de Saúde da Família, na Atenção Básica de Saúde o espaço aonde prossigo com as minhas inquietações.

Por ser o/a ACS um/a trabalhador/a do âmbito específico do SUS, sua importância no contexto de mudanças das práticas de saúde e o papel social que cumprem junto à população, constituem a necessidade de sua formação na temática gênero e sexualidade, não sendo sua atuação desvinculada das transformações sociais. Para o próprio Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, “o ACS tem um papel importante no acolhimento, pois é um membro da equipe que faz parte da comunidade, o que ajuda a criar confiança e vínculo, facilitando o contato direto com a equipe” (BRASIL, 2009, p.18).

Não é exagero afirmar que a universalização da cobertura dos serviços de saúde, o direito à saúde, dificilmente alcançaria o nível atual, se não fosse a atuação dos/das ACS. A importância reconhecida oficialmente em 2006, está relacionada, portanto, à implantação e à expansão do SUS. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 10), a atenção básica em saúde no Brasil:

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias

democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p. 10).

Ter o/a profissional ACS como protagonista dos serviços de saúde é também pensar que poderão ser atores principais no atendimento às mulheres em situação de abortamento, violência de gênero, violência sexual, e estratégicos na diminuição das desigualdades de gênero. Têm, portanto, a potência de promover a busca pelos direitos, diversidades, direitos sexuais e reprodutivos, desde que sua formação esteja direcionada a olhares mais adequados e atentos ao tema, e não se limitando à questão do acesso à saúde somente como porta de entrada para serviços de medicalização ou questões puramente ligadas aos corpos, mas às especificidades de cada usuário/a.

Desta forma questiono: há abertura para as discussões da temática gênero e sexualidade, e diversidade de gênero, no município de Miguel Pereira, dentro da Atenção Básica em saúde, e no processo de educação permanente dos/das ACS? Responder a esta pergunta e inquietações a ela relacionadas é o que pretende o avanço dos próximos capítulos. Na seção seguinte, apresento, para tanto, uma breve contextualização sobre a AB no Brasil, o surgimento do PACS e o papel dos/as ACS no SUS.

3- BREVES NOTAS SOBRE O SURGIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL E DO PACS

Por meio da portaria 2.488 de 21, de outubro de 2011 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica (AB), e Estratégia de Saúde da Família (ESF), e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) BRASIL (2012, p.11). Sua origem é fruto de muitas modificações, até que a AB fosse reconhecida e tivesse seu intuito de efetividade, como nós temos na sua atual implementação, veremos a seguir, de forma breve, como ela surgiu e se “aperfeiçoou”.

Como nos lembra Campos (2006), principal autor que será utilizado nesta seção, os primeiros estabelecimentos que objetivavam prestar assistência com foco na Saúde Pública surgem em 1916, anterior a isto existiam as chamadas “Delegacias de Saúde”, Campos (2006, p.132), este projeto de saúde se quer se assemelha ao que temos hoje.

Uma das principais funções das “Delegacias de Saúde” eram coordenar o trabalho dos profissionais em diversos setores, tais como a inspeção sanitária de estabelecimentos e habitações, o controle de alimentos e bebidas, as campanhas de vacinação, e o suporte laboratorial, Campos (2006, p.132).

Para o autor a criação destas delegacias se deram pelas atribuições e responsabilidades que o Estado começou a ter em relação a Saúde Pública, Campos (2006, p.132). A profilaxia, os diagnósticos, permitiram o tratamento de doenças mais de perto, assim como houve a necessidade ou priorização para que o governo adotasse medidas sanitárias efetivas para enfrentar doenças endêmicas e epidêmicas. E isto tudo ocorria sem bases institucionais mais precisas, havia postos de Saneamento e Profilaxia Rural dedicados a prestar assistência, a um público específico e de forma permanente, mas nem tanto eficaz. Campos (2006, p.132).

Aos poucos, estas estruturas foram se difundindo pelo Brasil, a partir da criação do Serviço de Profilaxia Rural e em 1918 e, com o apoio da Fundação Rockefeller, os Postos foram sendo implantados nas capitais (2006, p.132).

Os esforços na ampliação dos Postos foi o pontapé inicial para a criação dos Centros de Saúde no ano de 1925, estes Centros se eclodiram na capital paulista em três unidades inicialmente, e foram vistos como uma grande evolução e organização na Saúde da época,

influenciado pela fundação ,esta fase foi denominada de *Nova Higiene*¹¹, Campos (2006, p.133).

Essa “reformulação sanitária”, a qual Campos (2006) chamou de Renovação, tinha por objetivo transformar a atuação então vigente, de polícia sanitária, em práticas dotadas de nova concepção, de cunho mais educativo e preventivo, Campos (2006, p.134). Tais mudanças buscavam um olhar mais consciente das famílias, e necessitavam de uma organização da Saúde Pública da época, como pode ser conferida a seguir:

A nova forma de atuação, por meio dessa rede local permanente de unidades de saúde, abrangeu duas novas metodologias ou ferramentas. Foram elas: a subdivisão das cidades em Distritos Sanitários para a ação das equipes e a Educação Sanitária às famílias. Por meio das visitas domiciliares sistemáticas, buscava-se monitorar e traçar o perfil epidemiológico de cada área. A partir de tal conhecimento, passava-se a atuar segundo as técnicas de prevenção e profilaxia disponíveis e a transmitir às famílias novos hábitos de higiene. (CAMPOS, 2006; p.134)

Conforme nos diz este autor, com o aumento das populações urbanas, a atuação sanitária se fazia necessária não só sobre o meio ambiente, mas considerava-se prioridade controlar e orientar famílias e indivíduos, Campos (2006, p.134).

Nesta época, a educação sanitária foi enfatizada, porque não bastavam as estruturas e estabelecimentos sanitários. O contexto social onde havia pobreza e mazelas sociais, condições de exclusão eram fatores preponderantes para a alta de incidência de doenças infectocontagiosas. Não restavam dúvidas de que a Educação era o principal alvo para a modificação das realidades sociais e sanitárias, Campos (2006, p.134).

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA TRAJETÓRIA

Para Campos (2006), a implantação dos Centros de Saúde em sua gênese, foi uma atitude de grupos “tecnoburocráticos”. Essas organizações se estruturam, duram anos e ate

¹¹ “A ideia de uma pedagogia higiênica organizou-se pela primeira vez no Brasil na segunda metade do século XIX, sendo a população-alvo dessa prática as famílias da elite. Iniciava-se uma cruzada para europeizar os costumes e urbanizar os hábitos da elite brasileira, com o objetivo de transformar o perfil sanitário da antiga família colonial, composta de agregados, escravos, domésticos e serviçais, em uma instituição conjugal e nuclear marcada pelo sentimento de privacidade^{1,4}. A intenção maior era legitimar a classe social por meio de seus atributos físicos, psíquicos e sexuais. Tal fato alimentou, indiretamente, ideologias racistas e preconceituosas, servindo para a manutenção da exploração das classes subalternas, em nome da superioridade racial e social das elites brancas.” (Silva, Meneghim, Pereira, Mialhe, 2017 p. 2540)

décadas, mas se fadaram, o que explica a característica tecnoburocrática e culturas organizacionais, como coloca o autor. O que se percebe, de acordo com o autor, é que estes Centros de Saúde inicialmente, tinham o “compromisso” com a dita higiene e educação das populações, visando combater a ignorância com a educação próxima às comunidades. (p.135).

Portanto, algumas questões sanitárias da época se tornaram um grande desafio, não dando conta a tal estrutura que se encontrava em vigor. Havia um quadro de doenças como a tuberculose, doenças venéreas, doenças materno-infantis, suscitando que os tais Centros de Saúde pudessem ser instrumentos de mudanças. Nas décadas de 1950 a 1970, os Centros de Saúde e seus projetos permanentes foram colocados em segundo plano e foram se transformando em uma organização conservadora, atuando de forma ritualista, não cumprindo o que prometia anteriormente. Daí, vindo a crítica dita *tecnoburocrática*, que o autor mencionou. (Campos, p.135).

Nesta mesma, época surge a medicina previdenciária, os grandes hospitais e ambulatorios dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, e a era do crescimento do complexo médico-industrial¹² (Campos, 2006, p.135).

Como visto no primeiro capítulo, “não havia um sistema que cobrisse a todos/as brasileiros/as, tinha-se a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária, e as empresas médicas, portanto a saúde não era um direito de todos/as, mas de quem pudesse alcançá-la” (Paim, 2008, p.94). Com a redemocratização do país em meados dos anos 80, um novo rumo ao crescimento da rede básica se iniciou. A sociedade brasileira lutava pela consolidação de seus direitos sociais e, por conseguinte, pelo direito dos excluídos à assistência à saúde. Com as lutas, o movimento da Reforma Sanitária estimulou inúmeras iniciativas de governos municipais, as ações envolviam a rede básica, que se expandiu com a implantação de novas unidades em comunidades de baixa renda Campos (2006, p.135).

Com a nova rede básica que estava se efetivando/ampliando, através das reformulações advindas das lutas sociais, e como colocou Campos, 2006, a lógica de assistência sanitária, privilegiando a universalização da assistência, integralidade das ações de saúde, e democratização da gestão setorial em uma nova fase por qual passava o país, se consolidaram

¹² “O conceito de complexo médico-industrial [CMI] tem sido utilizado, desde os anos 1980, no Brasil, para ressaltar as múltiplas e complexas inter-relações estabelecidas entre os diversos atores do setor saúde e destes com os demais setores da economia. O CMI é um produto histórico e particular da evolução do sistema de saúde. É um estágio em que, devido à necessidade de reprodução dos capitais investidos, as práticas capitalistas privadas se tornam hegemônicas e determinantes das funções, papéis e relações de cada ator no interior do próprio sistema” (VIANNA, 2002, p. 375).

através de grandes lutas , modificações da Saúde Pública, até a grande conquista do SUS, como conferimos a seguir:

Os Centros e Postos de Saúde passaram a ser privilegiados como estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços básicos à população, agora, não só em atividades de prevenção e realização de exames periódicos. Passou-se também a prestar assistência nas áreas básicas: clínica, pediatria e gineco-obstetrícia. Esse processo de descentralização da saúde previdenciária e da subsequente municipalização do sistema de saúde brasileiro se consolidou definitivamente com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPOS, 2006, p.136).

Sabemos que o SUS ainda se encontra avançando dentro daquilo que cremos que seja tido como o ideal de oferta de serviços de saúde, mas é necessário compreendermos que a ótica neoliberal , os ajustes fiscais , sucateamento dos serviços públicos vão de encontro a uma luta continua para enfrentarmos os impeditivos dos avanços ainda maiores ao sistema que, por mais que tenha evoluído, não se mantém ainda em sua plenitude. Não bastam somente as chamadas equidade, integralidade, intersetorialidade preconizadas na Lei 8080/90, para que se façam valer de fato, há os limites e as possibilidades históricas neste nosso complexo sistema de Saúde, tamanha grandiosidade no que ele propõe ser.

A trajetória da organização da APS/AB no país em 90 anos de história tem como principais características a sua permanência e continuidade. Houve momentos em que esta organização experimentou crescimento e dinamismo, alternados por períodos de estagnação e impasse. Foram três os momentos de crescimento: a implantação dos Centros de Saúde, entre 1926 e 1942; o movimento da Atenção Primária à Saúde e da Reforma Sanitária, entre 1978 e 1986, e a implantação do Programa de Saúde da Família, especialmente a partir da promulgação da NOB-96. Sem referência neste texto, é importante citar o movimento da medicina preventiva que, na década de 1960, buscou a revitalização dos Centros de Saúde. (CAMPOS, 2006, p.146).

Hoje vivemos na ótica do consumo, do sucateamento da coisa pública, do fantasma dos chamados “Planos Populares de Saúde”, que traz a “faca no pescoço” para o desmantelamento da Saúde Pública, e “olho gordo” austero dos governos neoliberais já iniciados na década de 1990, e o articulado golpe de Estado (no ano de 2016) ocasionado pelo governo de Michel Temer, que como nos diz Braz, foi um momento grave:

[...] cria o Programa de Parcerias de Investimentos (PPI) para execução de empreendimentos públicos de infraestrutura e abre espaço para outras medidas de privatização. Foi aprovado pelo Senado no início de setembro e agora só depende da sanção de Temer. E essa MP dará as coordenadas para o “privatizar tudo o que for possível”. Para este ano as prioridades do governo

Temer são: aprovação da chamada PEC n. 241, dos gastos públicos, que prevê o congelamento de investimentos por vinte anos, inclusive para a Saúde e a Educação;³ e a contrarreforma da Previdência Social, que prevê desvinculação das pensões do salário mínimo, aumento da idade mínima e do tempo de contribuição. (BRAZ, 2017, p.96)

Braz (2017), se referiu às organizações da gestão pós golpe de Estado de 2016, que trouxeram claramente as características duras, “*nua e crua*”, dos governos neoliberais que, como o autor se referiu, é reacionária, de ações conservadoras. Não bastando o que está descrito na citação acima, trouxeram também a flexibilização, o aumento da jornada de trabalho, a diminuição da jornada, mas com redução dos salários. Em todos os casos, buscaram avançar com uma contrarreforma trabalhista que tende a reforçar ainda mais a alta taxa de rotatividade da força de trabalho (Braz, 2017 p.95).

Com isso tudo, os desafios se tornaram maiores e se faz necessária a luta pela integralidade, através da organização do processo formativo, da formação política no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, na sua organização e gestão. Buscar priorizar a atenção primária, o foco nos usuários/as dos serviços em prol da humanização e na busca dessa integralidade, visando romper com olhares ainda hospitalocêntricos, os quais distanciam a visão do todo. É preciso pensar de onde vem o usuário/a, quem é esse/a usuário/a, quais as demandas de saúde e de atenção primária ele/ela traz, quais as expectativas em relação aos serviços e de suas relações com as equipes de saúde na atenção a saúde onde se acolhem famílias em seu sentido lato e de diversidade.

Para tal, se faz necessário que ocupemos, enquanto usuários/as do SUS, as conferências, os conselhos municipais e estaduais de saúde, seja como usuário, seja como profissional trabalhador do SUS, em busca de privilegiarmos e fazermos valer a articulação com os usuários frente às representações coletivas necessárias por meio da Lei 8.142/90.

De acordo com o trecho acima, não deixo de trazer aqui a lembrança na qual Damaso (1996) afirma:

Sim, as políticas sociais são filhas legítimas das injustiças que as engendraram. Não resultam de um dom, mas de um débito, eternamente inadimplente. Se, por um lado, são substanciais à formação do Estado Moderno, por outro põem a nu, no seu próprio exercício, que as sociedades modernas são injustas por sua própria constituição (Damaso, 1996, p.267).

3.2 O PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - O PACS

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde o (PACS), existente desde o início dos anos 1990, foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS (BRASIL, 2001, p.05). A análise de ÁVILA (2011) sobre o PACS será utilizada nesta seção, pela potência em apresentar o histórico deste programa.

Segundo o autor, o embrião do PACS foi gerado no Ceará, em 1987, no município de Jucás, sendo posteriormente disseminado por todo o Estado como parte do Programa de Emergência, criado em decorrência da seca, ocorrida entre junho de 1987 e junho de 1988 (ÁVILA, 2011, p.162). O programa de emergência, voltado portanto para a fase da seca, selecionou cerca de 6.000 mulheres do sertão cearense, tendo como critério, que essas mulheres fossem empobrecidas: a ideia era a oferta de um salário por mês, durante a seca e suas repercussões na vida da população (p.162). Nesta época não se exigia nenhum grau de escolaridade para as agentes de saúde, somente que fossem mulheres respeitadas, e conhecidas na comunidade. Isso também denotava um caráter moralizante quanto à seleção, e tendo a situação social e financeira como quesitos desejáveis.

As ações destas mulheres agentes de saúde ligavam-se à realização da busca ativa de gestantes, a fim de encaminhá-las até as maternidades, uma vez que os partos no ambiente doméstico eram em torno de 30% (ÁVILA, 2011). Suas atividades eram também orientar sobre o aleitamento materno, vacinação das crianças, higiene e limpeza das casas.

O Estado do Ceará, em 1987, enfrentava muitas dificuldades com a estiagem, o que fez com que a fome se acentuasse, atingindo a população mais pobre. Logo a desnutrição apareceu, e o segmento materno infantil foi prioritário para o desenvolvimento das ações de saúde. O autor menciona que, com o fim da estiagem, as agentes continuaram a receber um salário prestando os serviços à comunidade, junto ao investimento do governo para a área da saúde. Observou-se uma melhora nos indicadores de saúde das crianças, com queda na mortalidade infantil (ÁVILA, 2011).

Para que realizassem essas atividades, as agentes passavam por uma espécie de treinamento supervisionado, a cada três dias, com um profissional da saúde. A repercussão do trabalho desempenhado pelas agentes de saúde foi tal, que o governo do estado decidiu institucionalizar essas trabalhadoras.

Criado pelo Decreto no 19.945, de janeiro de 1989, e regulamentado, posteriormente, pela Portaria no 232/92 e Decreto no 23.079, de fevereiro de 1994, se institucionaliza as

Agentes de Saúde (ÁVILA, 2011 p.163). Ao serem institucionalizadas, e com as exigências do PACS, o programa previa um processo de formação por meio da integração ensino-trabalho, recurso pedagógico que favorece melhor apreensão dos conteúdos programáticos, segundo o autor.

Mais tarde, o esforço de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil apresentou novas perspectivas desde a implantação da Estratégia de Saúde da Família (PSF), iniciado em 1994. A redefinição do modelo assistencial foi importante para corrigir os problemas anteriormente apontados. A equipe mínima previa a contratação de médicos de família e comunidade. (CAMPOS, 2006, p.140).

Para compreender melhor a trajetória da AB no Brasil, vale observar o trecho a seguir do documento Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do Ministério da Saúde, datado de 2001:

[O PACS foi] uma importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, qual hoje é compreendido como estratégia transitória para o (PSF) Programa de Saúde da Família [...] Inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados em Saúde. O desenvolvimento das principais ações deste Programa se dá por meio dos/as Agentes comunitários de Saúde (ACS), trabalhadoras/es que residem dentro da comunidade onde atuam. [...] Os/As ACS “atendem entre 400 e 750 pessoas, dependendo das necessidades locais”, e desenvolve atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas, individuais e coletivas nos domicílios e na ‘comunidade (BRASIL, 2001, p.05).

Todas as mudanças possuem grandes marcas históricas desta categoria profissional e do PACS em si. A territorialização permitiu a abordagem familiar e comunitária dos problemas de saúde, assim como o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e o usuário (Campos, 2006, p.140). Atualmente as ACS têm contribuído de forma eficaz na efetivação e consolidação da atenção primária, concomitantemente, e na luta diária resistindo aos descasos que ocorrem com as políticas públicas de saúde.

Utilizando-se a análise do processo de trabalho em saúde de Merhy e Feuerwerker (2009), notamos que os/as ACS não dispõem normalmente de tecnologias duras em saúde (instrumentos físicos que propiciem examinar o corpo biológico, por exemplo), ou não acessam essas tecnologias em seu trabalho. Porém, atuam diretamente com as mais variadas formas de vida e culturas familiares, onde muitas vezes se faz presente o senso comum, a

religião manifestada por elas, o que de certa forma, pode trazer um caráter de descrédito, ou uma forma de desqualificar sua formação tecnológica.

Quanto ao que se diz sobre tecnologias leves, podemos transpor o que nos dizem os autores sobre a perspectiva relacional entre médicos e usuários, para o processo de trabalho dos/as ACS:

A terceira caixa de ferramentas é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico. Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre médico e usuário. É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação médico-paciente adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo do médico nesse momento. É também neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar. Às tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos leves (MERHY, FEUERWERKER, 2009, s/p.).

Sobre o conceito de família, é colocado por Araújo e Veiga (2017), como: *“reconhecidamente uma das principais e mais longevas instituições sociais, tem sido recorrentemente usado ou acionado como estrutura estável, unívoca, eivado de conotações morais e objeto de posições políticas que criam antagonismos entre quem defende e quem não defende a família”* (2017, p.43).

O conceito em si demonstra a complexidade do público atendido pelos/as ACS, público esse que traz especificidades culturais e modos diversos de viver perante a sociedade. Um dos exemplos disso é o caso da resistência masculina frente aos serviços de saúde dentro da ESF, a qual será abordada mais à frente através das informações colhidas durante os relatos das trabalhadoras ACS.

A formação dos/das ACS foi indicada como necessária, especificamente, para que possam atuar no SUS, uma vez que é dada a complexidade do sistema em si e de suas implementações sobre aquilo que é direito e necessário quanto ao acesso a saúde das comunidades.

Como expõe Nogueira (2017), apesar de a formação específica dos/as ACS ser apontada em documentos anteriores como necessária ao seu exercício profissional no SUS, ainda existem muitas barreiras para que isso aconteça. Um exemplo é a ideia, mais comum, de que esses/as trabalhadores/as possam ser formados a partir de curso curtos, de temas em geral

voltados à prevenção de doenças, ou “capacitações em serviço”, se e quando existentes. Além disso, a pauta de um curso técnico, que possibilite itinerários formativos mais robustos e adequados à complexidade do trabalho dos/as ACS tem cada vez mais enfrentado obstáculos, seja pelo baixo reconhecimento da profissão, seja pela recusa dos gestores em realizarem o pagamento das duas etapas finais do curso, que devem ser financiadas pelos municípios.

O próprio trabalho dos /as ACS deve ser visto como parte do fato de a AB e a ESF se inserirem em um contexto amplo da política pública do SUS, que é complexo e extenso. Seu tamanho e sua amplitude de serviços ofertados buscam a integralidade, mas muitas vezes se sufocam, porque toda eficiência também envolve custos e boa gestão e sua divisão entre os atendimentos básicos e complexos. Segundo Pinheiro (2008):

A integralidade como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização. (PINHEIRO, 2008, p.256).

Muitas complexidades nos são postas quanto à valorização da categoria de ACS, quanto à implementação, aperfeiçoamento do PACS e muitas vezes não nos damos conta de temáticas tão específicas como a de gênero dentro da ESF. Como comentado, muitos são os limites no processo formativo dos trabalhadores, tanto ACS, quando da equipe mínima inseridas na APS. Prova disso, são os principais documentos norteadores da política e do sistema municipal de saúde em questão, nos quais sequer o termo gênero é encontrado, como será visto no adiante, quando tratarei de algumas especificidades a partir da AB do município pesquisado (Miguel Pereira - RJ).

Situando esta questão na atualidade, é necessário também trazer à tona, ainda que de modo breve, as disputas sobre a “Nova PNAB”, também conhecida no *métier* de sanitaristas como “PNAB do Golpe” (referindo-se ao golpe de Estado de 2016), colocada em marcha no final do ano de 2017. A nova Política Nacional de Atenção Básica teve sua portaria lançada a despeito de posição contrária do Conselho Nacional de Saúde, instância responsável pela deliberação e pela fiscalização da execução da política nacional de saúde no Brasil, conforme a Lei 8142, de 1990.

A portaria atual da PNAB é marcada pela flexibilização, pelo afastamento do ordenamento da AB pelas necessidades de saúde e pelo abandono do território como noção-

chave de organização do diagnóstico e do planejamento em saúde. As disputas em torno do lançamento da portaria de 2.436, de 21 de setembro de 2017, mobilizaram diversos grupos de trabalhadores e usuários do SUS, contrários à revisão (MOROSINI, FONSECA, 2017).

Em entrevista ao Setor de Comunicação da EPSJV, A ex-conselheira do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Liu leal, explica que na PNAB anterior, o número de ACS por equipe deve ser suficiente para atender a 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 agentes por equipe. Já a revisão da PNAB deixa isso em aberto, afirmando apenas que o número de ACS por equipe “deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2017).

De acordo com Márcia Valéria Morosini, professora-pesquisadora da Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio afirma em aula pública do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, promovida pela EPSJV, em 13/12/2017:

A nova PNAB não foi construída de forma democrática e participativa; nem mesmo o Conselho Nacional de Saúde teve suas preocupações acolhidas no processo de formulação dessa política. As modificações feitas nas atribuições dos ACS e ACE, por exemplo, não consideraram as especificidades históricas desses trabalhadores, nem os anseios do movimento organizado desses trabalhadores (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2017)

O texto da PNAB 2017, segundo Morosini, promove a relativização da cobertura, reposicionamento da Estratégia de Saúde da Família, reconfiguração das equipes, segmentação do cuidado – promovida pela oferta de serviços com padrões diferentes e para populações diferentes, além de mudanças nas atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos ACE.

Como também já destacado anteriormente, há a precarização das forças de trabalho e das políticas públicas de saúde, o avanço da privatização que se aprofunda a partir do processo de impeachment da presidente Dilma Rousseff, como caracterizou Márcia Valéria, que completou afirmando que a nova PNAB entra nesse rol de políticas e reformas que têm restringido direitos desde o golpe de Estado de 2016.

4 - NOTAS METODOLÓGICAS

Esta foi uma pesquisa que usou abordagem qualitativa, exploratória, que combinou diferentes técnicas de pesquisa. Buscou identificar as estratégias formativas sobre a temática diversidade de gênero e sexualidade, voltadas aos ACS do município de Miguel Pereira (RJ) e as percepções sobre essa temática entre esses/as trabalhadores/as do SUS.

Parti de uma descrição breve do município e de seu sistema de saúde, de modo a permitir a contextualização do fenômeno estudado. Como será mencionado juntamente aos resultados, para isso, realizei inicialmente um primeiro encontro informal com trabalhadores/as do nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Miguel Pereira, levando uma carta de apresentação que me apresentou ao município como pesquisadora. Este momento serviu para mapear o campo e não utilizei, de início, nenhum instrumento ou roteiro de entrevista. A partir de minhas primeiras impressões, verifiquei os trâmites necessários para conseguir acesso aos documentos da política e do sistema municipal de saúde (o atual Plano Municipal de Saúde e os Relatórios de Gestão), os quais, como se verá, apesar de serem de caráter público, devendo ser disponibilizados para qualquer cidadão, tive bastante dificuldade de acessar.

A partir desses documentos, obtive os dados consolidados a respeito de cobertura da ESF, número de equipes e de ACS. Observei minuciosamente os documentos, a fim de identificar possíveis menções às temáticas relacionadas a gênero e sexualidade, pelo menos no plano formal/documental da política e do sistema municipal de saúde de Miguel Pereira (RJ). A coleta de dados foi complementada por uma entrevista com a gestão da atenção básica do município (Anexo 2), que buscou caracterizar quais (ou se há) ações voltadas ao tratamento da temática entre os ACS e quais os espaços formativos para isso.

Este contato serviu, assim, para compreender como a temática é vista pelo nível central do sistema municipal de saúde. Além disso, esperava estabelecer um vínculo de confiança suficiente para a permissão institucional desta pesquisa, uma vez que é necessário, para acessar os/as ACS, que seja dado o aval da SMS. Foi ofertada, como contrapartida, a possibilidade de apresentar os resultados da pesquisa, como forma de contribuir com a efetivação da política municipal de saúde. No entanto, é importante dizer que inúmeras idas e vindas, embarreiramentos a esta pesquisa, tornaram curto o tempo para a realização do trabalho de campo, frente ao que eu pretendia inicialmente.

Isso inclui o fato de ter engravidado e tido uma filha ao longo do mestrado e não ter tirado licença, o que influenciou no prazo de defesa; o fato de, como moradora do município,

não contar com aparelhos públicos que viabilizem que a experiência de maternidade coexista com a do trabalho de pesquisa, sem que para isso se duplique ou triplique a jornada das mulheres, como mencionei em capítulo anterior; o fato de morar em um outro município, a cerca de 100 Km do Rio de Janeiro, onde é realizado o curso de mestrado, e os custos de mobilidade urbana serem muito grandes, além de eu ter ficado desempregada.

Como é bem conhecido, um programa de pós-graduação que funcione hoje nos moldes do que é exigido pela CAPES, não é pérvio nem a estudantes de classes populares, tampouco à experiência dos direitos reprodutivos. Certamente, essa é mais uma expressão do que a feminista Karen Giffin chamou de “direitos não reprodutivos”, quando localizava tantas barreiras aos direitos sexuais e, sobretudo reprodutivos, no neoliberalismo (GIFFIN, 2002).

Em um segundo momento, tive um encontro com os/as ACS que foram os/as interlocutores dessa pesquisa. Nessa ocasião, esclareci a pesquisa e me apresentei a eles/elas. Havia a previsão de fazer entrevistas com alguns deles/as, no entanto, pelo atraso na autorização da gestão do município e a consequente limitação no tempo da realização da dissertação, isso não aconteceu. O encontro ocorreu no auditório do Hospital Luiz Gonzaga, onde realizam as reuniões mensais com a coordenadora. Cabe dizer que as reuniões mensais acontecem aproveitando que é o dia de pagamento, quando todos/as podem estar juntos/as ao mesmo tempo. Apesar de poder ser considerada uma estratégia da coordenação para conseguir reunir todos/as, já que fazem “serviços de banco”, pois todos/as elas recebem e vão até a cidade para receber, isso já mostra um aspecto de precariedade dos processos de trabalho no município. Utilizando o espaço e a oportunidade desse encontro, procurei fugir da configuração de uma rede de interlocutores indicada apenas pela gestão municipal, de modo a complementar e/ou confrontar as impressões de pesquisa obtidas a partir do contato com o nível central do setor saúde do município.

Como não consegui outro momento de contato formal com as/os interlocutores/as da pesquisa ACS, em um momento posterior foi entregue a eles, viabilizado pela gestão, um roteiro de perguntas (Anexo 1), inspirado no modelo usado por Costa (2016) e inicialmente idealizado para orientar entrevistas semiestruturadas com os/as ACS. Com essa mudança de uso do instrumento, é importante mencionar que esta técnica trouxe muito mais as percepções dos/as interlocutores sobre sua prática. Nesse sentido, optei por priorizar respostas espontâneas e, assim, não foi passada às/aos interlocutores nenhuma orientação quanto ao seu preenchimento, conforme se verificará nas seções seguintes.

De acordo com Minayo e colaboradores (1994), *“pela sua importância, o trabalho de campo deve ser realizado a partir de referenciais teóricos e também de aspectos*

operacionais” (p.16). Para a autora, a inquietação se dá pela interferência e pela dinamicidade dos atores envolvidos na pesquisa quanto ao conhecimento da realidade. Nesse sentido, considere os instrumentos de coleta de dados imprescindíveis para a realização de pesquisa em um campo de trabalho que não é neutro. Assim, conforme disse antes, assumo minha implicação no processo de desenvolvimento da pesquisa.

Para Minayo (1994), “*o campo científico, apesar de sua normatividade é permeado por conflitos e contradições*” (MINAYO e col., 1994, p.10). Assim como há as contradições, há também as especificidades dos/das envolvidos/as em qualquer pesquisa, como por exemplo visões religiosas, pessoais, e culturais, as quais determinarão muitas vezes suas repostas em uma pesquisa qualitativa. Portanto, é importante dizer que, durante a realização do trabalho, procurei não expor nenhum juízo de valores, fazendo com que o/a interlocutor/a se sentisse o mais à vontade possível de participar do estudo livremente.

Em todas as etapas da pesquisa, apresentei com clareza os objetivos e a metodologia da análise, com o intuito de explicitar quais as intenções do trabalho. Comuniquei que seriam respeitados todos os aspectos éticos legalmente estabelecidos, como a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Utilizei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Anexo 3 - em toda interlocução e expliquei também que seria garantido o anonimato, que a pesquisa não traria riscos para os/as interlocutores/as, bem como o/a participante estaria livre para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, descartando-se, neste caso, os dados respectivos coletados.

Utilizei, em todo o processo, um caderno de campo para produzir notas e registrar minhas impressões sobre o trabalho.

5 – DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS E AS ACS, TRABALHADORAS, MULHERES INSERIDAS NO ÂMBITO DO SUS: FORMAÇÃO PERMANENTE OU INEXISTENTE NA TEMÁTICA DE GÊNERO E DIVERSIDADE EM MIGUEL PEREIRA?

5.1 RESULTADOS A PARTIR DA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

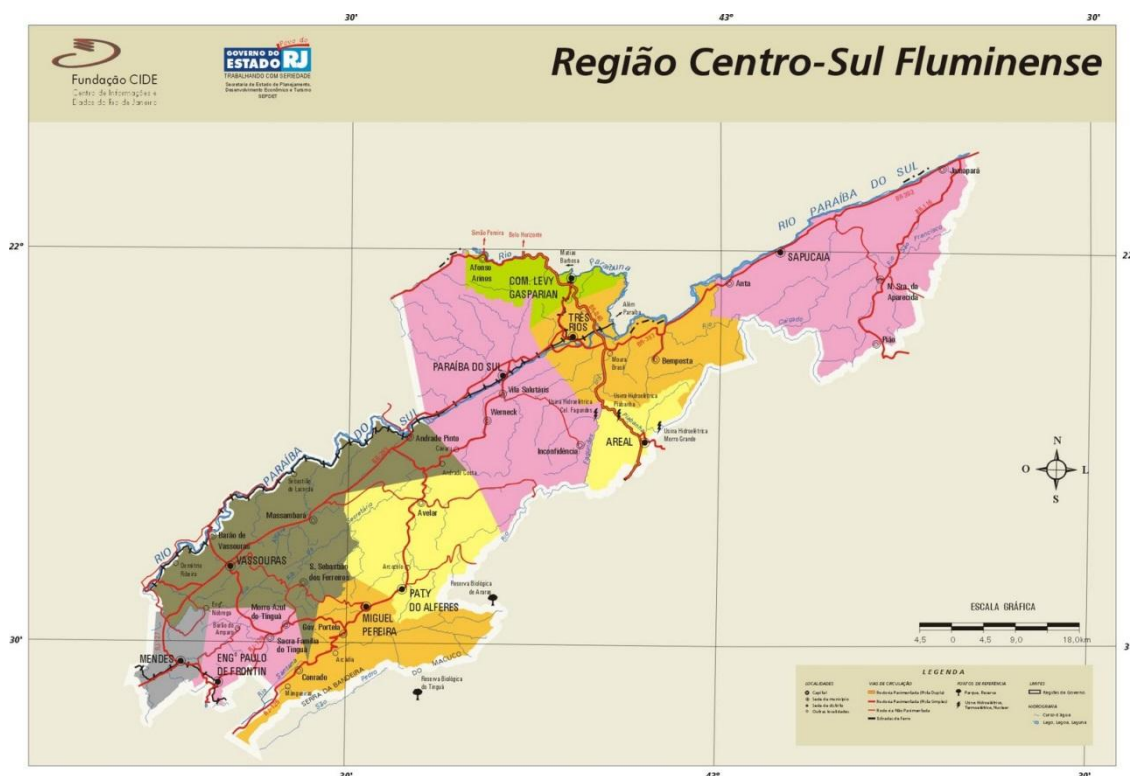
O município de Miguel Pereira (RJ) faz parte da região Centro-Sul Fluminense, composta pelos municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras, conforme apresentado nos mapas a seguir.

Ilustração 1 – Mapa das CIR – Regionalização do Estado do Rio de Janeiro, 2018.



Fonte: Assessoria de Regionalização da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>. No mapa aparece sinalizada a região Centro-Sul, a que pertence o município de Miguel Pereira. Acesso em 13 jul 2018. CIR: Comissões Intergestores Regionais.

Ilustração 2 – Mapa da Região Centro-Sul Fluminense



Fonte: Site Mobilidade Urbana. Disponível em:

<https://www.mobilidadefluminense.com.br/2017/07/regiao-sul-fluminense-miguel-pereira-e.html> Acesso em 13 de julho de 2018. Em detalhe, a região e seus municípios participantes.

De acordo com as informações colhidas no Plano Municipal de Saúde¹³ referente aos anos de 2018 a 2021 (PMS-MP), Miguel Pereira está localizada na parte interna da Serra do Tinguá, é um município jovem, tem apenas 60 anos de emancipação político-administrativa. Em 2010, Miguel Pereira tinha uma população de 24.642 habitantes, correspondente a 9,1% do contingente da Região Centro-Sul Fluminense, com uma proporção de 90,7 homens para cada 100 mulheres (PMS-MP, p14).

De acordo com o Plano Municipal, a Secretaria Municipal de Saúde de Miguel Pereira atua acompanhando uma população em torno de 24.893 habitantes, sem deixar de apontar a população flutuante da cidade. A estrutura do SUS abrange Unidades de Saúde da Família (USF), unidades satélites e unidades de referência, além do Hospital Municipal Luiz Gonzaga, que é referência para o município vizinho, Paty do Alferes, com uma população de 26.696 habitantes, oferecendo serviços de urgência e emergência (PMS-MP, p.07). (PMS-MP, p.07).

¹³ Chamamos de Plano Municipal de Saúde ao trecho referente às ações da pasta administrativa da saúde constantes do Plano Plurianual na administração pública. A existência deste documento é um dos critérios para repasse dos recursos específicos da Saúde, conforme prevê a lei 8.142 de 1990.

O Hospital Luiz Gonzaga foi municipalizado recentemente e vem passando por uma série de mudanças na gestão, como em suas estruturas, contando com 102 leitos (4,11 leitos por 1.000 habitantes) (PMS-MP, p.40). A gestão atual do Hospital é realizada pela Fundação Educacional Severino Sombra, através de um Termo de Colaboração, assinado após uma qualificação de empresas e chamamento público para a gestão da Unidade Hospitalar, junto ao município vizinho Paty do Alferes (p.41). Miguel Pereira conta com Unidade de Pronto Socorro para atendimentos de Urgência e Emergência, localizado nas dependências do Hospital. O serviço atende aos munícipes de Miguel Pereira e Paty do Alferes, assim como possui uma base do SAMU, para atender os dois, através de uma ambulância de suporte básico para a Rede de Urgência e Emergência na Região (p.41)

Ainda segundo o Plano Municipal de Saúde, até dezembro de 2017, o município de Miguel Pereira possuía nove equipes implantadas de AB, as quais totalizam 22.761 pessoas cadastradas, dando uma cobertura municipal de 91,5% pela Estratégia de Saúde da Família (p.68). As equipes são as seguintes, com suas populações adscritas:

Ilustração 3. Equipes de Saúde da Família Implantadas em Miguel Pereira e População Adscrita

ESF	População cadastrada
ESF Praça da Ponte	4737
ESF São Judas Tadeu	2467
ESF São José das Rolinhas	1335
ESF Pantanal	3097
ESF Conrado	1960
ESF Vera Cruz	1563
ESF Governador Portela 1	3360
ESF Governador Portela 2	2421
ESF Vila Selma	1831
Total	22771

Como conferido no Plano Municipal, o município apontou uma cobertura de AB para cerca de 100% da população, com 91% de cobertura da ESF, unidades de atendimento de média complexidade, especialidades e atenção básica como segue abaixo (PMS-MP, p.41,42):

- Fisioterapia Municipal, Atendimento multiprofissional nos Programas de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente), CAPS;
- Farmácia central Municipal, Dispensação Medicamentos do componente especializado;
- Vigilância em Saúde: VISA, Epidemiologia, Vig. em Saúde Ambiental, Zoonoses, Saúde do Trabalhador, PMCD, Atendimento de Programas de DST, AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Hepatites;
- Observamos prestadores de serviços inscritos no CNES apresentando produção de serviços para a Rede Municipal, sendo procedimentos ambulatoriais de atenção básica de média e de alta complexidade, laboratórios de análises clínicas/anatomia patológica e Clínicas de exames de diagnoses por imagem;

Quanto ao Programa Saúde da Mulher, Criança e ao Adolescente informado no Plano Municipal, o município vem oferecendo os serviços de exames preventivos, atendimentos de obstetrícia, atendimento ginecológico básico e ambulatório de patologia cervical. A equipe é composta por uma enfermeira coordenadora, uma técnica de enfermagem, 2 administrativos, 2 ginecologistas e 1 obstetra. Realizam no programa, o teste rápido nas gestantes e reuniões de planejamento familiar com a psicóloga e assistente social (p.65). Não há menções sobre atividades mais voltadas para a perspectiva da saúde ou dos direitos sexuais e reprodutivos, o que poderia, se fosse o caso, dar um indicativo de que há trabalhos no sentido de diminuir as desigualdades de gênero. O PMS-MP se restringe a localizar as atividades do Programa a uma descrição dos atendimentos que realizam.

Como pode ser analisado no Plano, até o ano de 2016, observa-se uma despesa total com Saúde de R\$ 23.434.677,14 dando uma média de R\$ 942,80 por habitante. Desse total das despesas 62% foram recursos municipais (próprios + royalties) e 38% recursos SUS. Somente com recursos próprios foram aplicados cerca de R\$ 12.500.000,00 (p.89). Podemos observar que o município tem buscado o fortalecimento não só da AB, mas também da alta complexidade, através da municipalização do hospital e de modificações necessárias para os atendimentos que, como comentado, inclusive é referência para mais um município (Paty do Alferes).

Observando os documentos institucionais do setor saúde do município de Miguel Pereira, disponibilizados para esta pesquisa, foi observado tanto na Programação Anual de Saúde (PAS-MP) (PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2018), quanto no Plano Municipal, que a temática de Gênero e Diversidade não se manifesta em nenhum momento

nestes documentos usados para referenciar este estudo, seja na AB, ou na média e alta complexidade.

Esta pesquisa não tem por objetivo tratar a questão na média e alta complexidade, mas destacar, neste trecho, a inexistência do assunto também ocorrida nesses níveis de atenção, o que nos mostra que, de modo geral o município não privilegia este espaço, se limitando à medicalização e ao planejamento familiar, porém sem a perspectiva de gênero. Isso será evidenciado mais à frente, através de informações colhidas por parte das ACS participantes neste estudo e da coordenação de AB.

5.2 A INTERLOCUÇÃO COM AS ACS E COM A COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

A partir deste trecho, me dirigirei às ACS no gênero feminino, uma vez que foram respondidos dezenove instrumentos de coleta de dados (Anexo 1), de quase trinta trabalhadoras lotadas no município, nos trazem as informações e constatações diversas, uma delas é de que, em sua maioria, são trabalhadoras mulheres inseridas no âmbito do SUS. A questão de gênero é demonstrada aqui como algo nada surpreendente, em se tratando da divisão sexual do trabalho dentro da Saúde, não só neste município, mas fato comum na sociedade de classes (HIRATA, KERGOAT, 2007; BARBOSA et al., 2012).

Como comentado, esta pesquisa se deu a partir de alguns momentos, o primeiro, na abertura de um protocolo na Prefeitura do município, através de uma carta formal produzida pela minha orientadora, datando de 26 de junho de 2017. Destaco a data, pela questão do tempo até ter obtido, as informações quais eu precisava, assim como o primeiro contato com as ACS.

O aceite ocorreu cerca de alguns poucos dias, logo após realizei contato telefônico marcando uma reunião onde me apresentei à coordenadora de Atenção Básica de Saúde, e à coordenadora de Educação Profissional em Saúde, e cerca de um mês depois ocorreu o primeiro (e último) encontro com as ACS, onde me apresentei, explicando a pesquisa, a qual foi bem aceita. Quase um ano depois (maio de 2018) os tão necessários documentos referentes a solicitações contidas na carta de apresentação, foram me enviados por e-mail (Plano municipal de Saúde atual, e os últimos relatórios de gestão). Ressalto que os mesmos têm caráter público, sobretudo por conta da diretriz constitucional de participação da comunidade na gestão e controle do SUS, referendada pela lei 8.142, de 1990, que trata, entre outras questões, do controle social nessa esfera da administração pública.

Tantos desafios me fizeram resistir às duras demoras da coordenação do município, junto às cobranças do comitê de ética da EPSJV-Fiocruz, as quais hoje, me fazem ironicamente me perguntar se foram só contratempos, ou gênero e diversidade causam ainda tanta inação?

Tratar gênero e sexualidade em qualquer situação é uma atividade delicada pelos tabus que a sociedade ainda concentram. Nesta primeira abordagem com a coordenação, a primeira impressão me demonstrou o caráter de desconfiança, ou medo de as gestoras não atingirem as expectativas, ou o assumido desconhecimento sobre o tema. Foi necessário expor com clareza a importância da pesquisa para que os objetivos se sobressaíssem em detrimento ao desconforto causado inicialmente.

Após a compreensão dos objetivos colocados, foi relatada pela gestão a carência em se tratar a formação na temática de gênero, e principalmente em relação ao público o qual eu tenho como objeto de análise, (a formação) das ACS. As dificuldades ocorreram durante todo o trabalho de campo. Conhecer a gestão local, residir no município, ser usuária direta dos serviços, conhecer o contexto *político* local, o qual se dá sob o viés conservador. Isso tudo desnudou as minhas impressões iniciais percebidas na coordenação, assim como ouvir, em conversas formais, que muitos assuntos são tratados estrategicamente sem oferecer grandes alardes, por muitas vezes ser de interesse e necessidades das equipes e usuários somente, e não de interesse de instâncias maiores (prefeito e secretários das pastas administrativas, por exemplo).

Em relação às ACS, houve uma receptividade maior, que denotou não só interesse, mas um *quê de arrimo*: “precisamos tratar este tema aqui”. Ou seja, as necessidades foram apontadas pela maioria presente no encontro (se não todas). A categoria colocou a incipiência do assunto - foi dito muitas vezes não ter sido abordado de forma direta na educação permanente dentro das unidades. Tive contato com dois dos homens respondentes neste encontro e vale dizer que sua participação teve destaque, pois disseram gostar muito de haver uma pesquisa sendo realizada e também apontaram a necessidade de se debater o tema.

Como comentado, estava previsto me reunir com as trabalhadoras ACS para a continuidade da coleta de dados em um segundo momento, o que nunca mais ocorreu. Após várias tentativas frustradas, enviei o instrumento (anexo 1) por e-mail à coordenação para que fosse distribuído entre as ACS como me foi sugerido, junto o TCLE (Anexo 2), o qual foi devidamente exigido pelo Comitê de Ética e assinado pelas participantes da pesquisa, inclusive a coordenadora da ESF, que também participa deste estudo através da coleta de informações por instrumento, enviado por email. Assim foram colhidas as informações

necessárias, até que me fossem devolvidas com sucesso. Abaixo serão postas mais detalhadamente tais constatações, seguindo também com a interlocução com a coordenadora da AB, qual finalizará esta sessão, podendo ser conferido o instrumento utilizado nos anexos apresentados nesta pesquisa , neste caso mais precisamente no (Anexo 3). Por ora, apresento um perfil geral dos trabalhadores e trabalhadoras que, no perfil e na tabela, nomeei como “interlocutores da pesquisa”.

Ilustração 4: Perfil de ACS Interlocutores da Pesquisa

Interlocutor	Gênero	Cor (IBGE)	Tipo de ESF	Vínculo de trabalho	Tempo de trabalho
ACS 1	Feminino	Parda	Urbano	Estatutário	13 anos
ACS 2	Masculino	Branco	Urbano	Concursado	13 anos
ACS 3	Feminino	Branco	Urbano	Concursado	9 anos 6 meses
ACS 4	Feminino	Branco	Urbano	Área da saúde	7 anos
ACS 5	Feminino	Parda	Urbano	Área da saúde	12 anos
ACS 6	Feminino	Parda	Urbano	Estatutário	7 anos
ACS 7	Feminino	Branca	Urbano	Estatutário	13 anos
ACS 8	Feminino	Parda	Rural	ACS	9 anos
ACS 9	Feminino	Branca	Rural	ACS	13 anos
ACS 10	Feminino	Parda	Rural	ACS	10 anos
ACS 11	Feminino	Negra	Rural	ACS	13 anos
ACS 12	Masculino	Branca	Rural	ACS	8 anos
ACS 13	Feminino	Parda	Urbano	Estatutário	13 anos
ACS 14	Masculino	Branca	Urbano	Estatutário	9 anos 6 meses
ACS 15	Feminino	Parda	Urbano	Estatutário	6 anos
ACS 16	Feminino	Parda	Urbano	Estatutário	7 anos
ACS 17	Feminino	Parda	Urbano	Estatutário	17 anos
ACS 18	Feminino	Parda	Urbano	ACS	9 anos 7 meses
ACS 19	Feminino	Branca	Urbano	Concursado	6 anos

Fonte: a autora. Elaboração em julho de 2018. Instrumento autoaplicado.

Ilustração 5. Consolidado do Perfil dos Interlocutores da Pesquisa

Freq Sexo		Freq Cor		Freq Tipo ESF		Freq Vínculo	
Feminino	16	Branca	8	Urbano	14	Estatutário	8
Masculino	3	Parda		Rural	5	Concursado	3
		Negra	1			Área da saúde	2
		Indígena	0			ACS	6
		Pardos + Negros	11				
Total	19		19		19		19

Fonte: a autora. Elaboração em julho de 2018. Consolidado a partir de instrumento autoaplicado. Freq = frequência absoluta. A média de tempo trabalhado na função foi de 123,5 meses (cerca de 10 anos e 4 meses), ao passo em que a mediana foi de 114 meses (cerca de 12 anos).

Ainda que não se trate de uma pesquisa de cunho quantitativo, o consolidado do perfil dos/das interlocutores/as da pesquisa nos ajuda a articular os achados do campo com estudos anteriores. Nesse consolidado, bem como na tabela, optei por apresentar os dados segundo sua frequência absoluta, evitando-se a frequência relativa (dados apresentados em percentuais), em função do número de interlocutores/as (19). Entende-se que o uso da frequência relativa poderia levar a uma falsa impressão do total de ACS abordados, majorando os resultados.

Em primeiro lugar, algo que chama a atenção é que, apesar de no instrumento de coleta de dados constar não o “sexo”, mas a palavra “gênero”, nenhum/a dos/as interlocutores utilizou denominações de identidade de gênero e/ou orientação sexual para se identificar, ficando restrito à classificação por sexo. Isso será comentado na seção em que apresento as respostas ao instrumento. Além disso, como mencionei, há maioria de ACS de sexo feminino (16 de sexo feminino e 3 de sexo masculino), o que vai ao encontro de pesquisas anteriores, como em Barbosa et al. (2012) e Nogueira (2017).

Aparentemente, e sem desprezar o contexto específico do município de Miguel Pereira, permanece o lugar da profissão de ACS na relação com a de cuidados em saúde, bastante identificado com a naturalização do papel de gênero de mulher cuidadora. Por outro lado, a baixa remuneração e o baixo reconhecimento das especificidades desta profissão também a tornam propícia a serem ocupadas por mulheres (BARBOSA et al., 2012).

Uma outra questão diz respeito à possibilidade de as mulheres buscarem pela profissão de ACS por trabalharem próximo às suas residências, o que pode viabilizar o rápido acesso ao

meio e às tarefas domésticas, o que está relacionado à manifestação da divisão sexual do trabalho, conforme exposta por Hirata e Kergoat (2007). Diante da ausência de aparelhos públicos de apoio à experiência da maternidade e do cuidado com pessoas adoentadas e/ou idosas (como creches, equipes de assistência domiciliar e cuidadores, por exemplo), muitas mulheres buscam por trabalho próximo de suas casas.

Isso acontece porque, além das atribuições do trabalho fora de casa, os processos de divisão sexual do trabalho levam ao que se conhece por “dupla jornada”, sendo comum a superposição da carga horária de trabalho no âmbito doméstico com o trabalho fora do espaço da casa. Assim, resta ainda às mulheres o trabalho invisibilizado e não remunerado dos “cuidados do lar”, como cozinhar, cuidar de outras pessoas de sua casa, lavar e passar roupas, limpeza da casa, etc. Para Hirata e Kergoat (2007), o processo de divisão sexual do trabalho assume um papel central no modo de produção capitalista, sendo fundamental para a exploração do trabalho e geração de mais-valia.

Em relação à cor dos/das interlocutores/as, observa-se que quase a totalidade dos/as ACS utilizou a classificação adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que classifica a cor/raça em branco, pardo, preto e indígena, restando apenas 1 pessoa que adotou a denominação “negra”. É possível que as/os interlocutores/as tenham mimetizado as fichas constantes dos sistemas de informação e cadastro utilizados na atenção básica, que seguem a classificação do IBGE, em detrimento da possibilidade de autoclassificação, uma vez que o instrumento foi autoaplicado. Aqui, elas/es teriam tido a liberdade de denominar sua cor/raça conforme entendessem.

Nesse sentido, há diversas críticas à metodologia adotada pelo Instituto mencionado, pois tende a suscitar um processo de “branqueamento” da população, ocultando a quantidade de pretos e pardos, sendo esta uma das expressões do racismo em nossa sociedade (FERREIRA, 2012). Em função disto, uma forma de tratamento dos dados é a soma das categorias “pretos e pardos” (como realizou Luna, 2018, em estudo sobre racismo); a partir daí, tem-se que, dentre os/as ACS, 10 se denominaram como pardos e 1 pessoa como “negra”, não tendo utilizado a classificação do IBGE. Somando-se os dois grupos, tem-se 11 pretos+pardos, frente a 8 pessoas que se denominaram como brancas.

O fato de os interlocutores terem, em sua quase totalidade, se utilizado para se autodeclararem a classificação do IBGE, já mostra que é necessário problematizar estas formas de classificação de um modo geral e, sobretudo, entre os trabalhadores da saúde, uma vez que há trabalhos que associam as expressões do racismo (incluindo o institucional) ao surgimento e perpetuação de problemas de saúde (OLIVEIRA, 2001; LÓPEZ, 2012).

Em relação ao tipo de ESF (urbano ou rural), percebi que as ACS de área urbana se expressaram mais, utilizando, inclusive, o verso da folha do instrumento. As que se apresentaram como membros de equipe da área rural se expressaram menos, sendo mais sucintas em suas respostas. Todas utilizaram, em média, cerca de apenas uma linha para suas respostas. Esta foi uma primeira observação, que cabe ser aprofundada posteriormente.

A multiplicidade utilizada pelos/as ACS para denominar seu tipo de vínculo já foi verificada anteriormente (NOGUEIRA, 2017). Dos 19 ACS, 8 deles indicam terem vinculação como servidores públicos. No entanto, o fato de 8 terem nomeado seu vínculo como “área da saúde” ou “ACS” indica possivelmente desconhecimento dos tipos possíveis de vínculos trabalhistas e, com isso, a necessidade de formação política específica neste sentido. Infelizmente, não foi possível, no tempo deste estudo, retornar a essa questão. Seria necessário avaliar quando foi o último concurso realizado pelo município (uma vez que uma parte se denomina “estatutário”), além de saber com a gestão as demais formas de vínculo empregatício.

A seguir, comento especificamente as perguntas do instrumento de coleta de dados que, para facilitar a compreensão do leitor, transcrevo aqui, além de inserir a totalidade do instrumento no Anexo 1.

Perguntas:

1. No mundo atual, o que é ser homem? E o que é ser mulher?
2. Quais são as atividades que você faz que você percebe como sendo de saúde do homem? E as de saúde da mulher?
3. No trabalho do ACS, tem alguma diferença que você perceba quando atende homens e mulheres? Quais são elas?
4. Quais as dificuldades de atender as mulheres?
5. E quais as dificuldades de atender os homens?

6. Você já atendeu algum usuário que é gay ou lésbica ou transexual/travesti? Como foi essa experiência? Você notou alguma necessidade diferente que a equipe deve ter pra atender essa pessoa?
7. Faz de conta que chega na unidade uma mulher que quer abortar. Qual você acha que deveria ser a abordagem da equipe de saúde?
8. E faz de conta que chega na unidade uma mulher que está abortando. Como a equipe deve agir?
9. Agora faz de conta que chega à unidade uma mulher que foi agredida pelo companheiro ou pela companheira. Como a equipe deve agir?
10. Quais as atividades que são feitas na unidade, por ACS ou outro membro da equipe, que têm a ver com a saúde sexual? E com a saúde reprodutiva?
11. Você já teve acesso a alguma capacitação, alguma aula ou algum acesso a material sobre gênero e sexualidade?

Em caso positivo: Qual foi? Como foi estudar isso pra você?

Em caso negativo: Você acha que é necessário ter capacitação sobre isso? Se você fosse bolar uma capacitação, como ela seria?

[12. O que você achou dessa nossa conversa?]

Lembro que, inicialmente idealizado para possibilitar uma entrevista semiestruturada, conforme mostra a pergunta de número 12, acabei por utilizar o instrumento como um questionário autoaplicado, que foi levado às ACS pela gestão municipal. Há de se ter em mente as possíveis perdas que deste empecilho. Contudo, parti a utilizar ao máximo para análise os dados de percepção que chegaram até mim, tendo comparado-os com minha implicação como usuária e moradora do município, com as análises dos documentos institucionais, as conversas com as gestoras, o encontro com as ACS e meu caderno de

campo. Desejo, posteriormente, continuar a pesquisa, levando a cabo as entrevistas que estavam previstas.

Cabe ainda dizer que, quando denomino “ACS A” ou “ACS B”, procurei não manter correspondência com a numeração apresentada no perfil descrito no Quadro 1. Em se tratando do longo tempo médio de inserção no serviço e tendo em vista o baixo número de trabalhadoras do município (30) e de respondentes (19), acredito que, se mantivesse essa correspondência, seria possível realizar a identificação do/a ACS interlocutor da pesquisa. Assim, dei preferência a apresentar desta maneira os resultados, de modo a preservar o anonimato requerido no TCLE. Cabe dizer que não notei diferenças entre as percepções dos respondentes do sexo feminino (16) para os do sexo masculino (3).

Quando as trabalhadoras ACS foram perguntadas sobre: “o que é ser homem e o que é ser mulher no mundo atual?”, as respostas são as mais variadas entre o grupo que participou da coleta de dados. Para a maioria delas, ser homem e ser mulher é estar inserido/a de forma igual no mercado de trabalho e espaços variados da sociedade, ou seja, creem numa certa igualdade entre os gêneros referente ao mercado de trabalho.

Sobre esta mesma pergunta, alguém afirma: “*Questão de escolha*” (ACS A), “*Questão do ponto de vista*” (ACS B) como disseram duas das participantes; ou “*Classificando na base do órgão sexual-pênis, vagina*” disse a outra ACS, que interpreta a identidade de gênero com uma visão biológica, algo muito recorrente nas respostas da maioria das participantes. Logo algumas respostas são mais intensas, como esta, que pode servir de exemplo: “*Na minha opinião, ser homem ou ser mulher é definido pela sua parte íntima (como nasceu). Depois ele pode até optar por qualquer opção sexual, mas como nasceu é que vai definir*”.

É claro que houve uma junção na percepção destas participantes, quando reúnem numa mesma “caixa” (sexo, gênero e “opção sexual”) o que nós chamamos de *orientação sexual*, que não deve ser vista como uma “opção”, como explica Bagagli (2017): “*Os estudos de gênero e sexualidade frequentemente levam em consideração tanto orientação sexual como identidade de gênero como recortes analíticos a fim de se visibilizar as questões políticas das mulheres e LGBT’s*” (BAGAGLI, 2017, p.137). Para a mesma autora, as identidades de gênero podem corresponder ou não com as expectativas sociais sobre o sexo atribuído ao nascimento – sendo designadas, respectivamente, como cisgênera ou transgênera (p.138).

Sobre o termo *sexo* ainda muito usado, trago aquilo que Aquino (2006) explica:

Inicialmente, a expansão do termo *gênero* ocorreu sem decréscimo do uso da adoção do *sexo*. No final dos anos 80, *sexo* passou a ser reservado para

definir comportamentos e práticas sexuais: sexo anal vaginal ou oral, sexo seguro, profissionais do sexo, entre outros. (AQUINO, 2006, p.122).

A autora ressalta que essa “diferenciação” ocorreu após o *gênero* ser tomado emprestado pela gramática inglesa através das feministas anglo-saxãs na academia, ao longo da década de 1970.

Essa percepção foi comum a quase todas as respostas das 19 participantes, o que acompanha a visão biológica para a definição do que é ser homem ou mulher, com exceção de somente duas respostas que seguem abaixo, as quais de forma fictícia chamarei de ACS “A” e ACS “B”:

“Hoje em dia com essa abertura no que se diz respeito ao grupo LGBT e orientação sexual, a questão de ser homem e mulher perde o padrão que existia, ou seja, por exemplo o modo de que homem veste calça/cor azul e mulher saia/vestido cor de rosa, na atualidade ser homem ou mulher parte de cada um para com o gênero, uma identificação individual, como exemplo eu sou mulher, tenho corpo de mulher, mas posso ser o que eu quiser”(ACS A).

E uma segunda resposta:

“O gênero homem, mulher continua sendo definido tomando como base a genitália, porem esta classificação hoje é mais social do que biológica. É uma questão complicada, devido sua complexidade e as várias nomenclaturas usadas, transexual e transgêneros indivíduos que não se encaixam no padrão “normal” que a sociedade impõe.” (ACS B).

As duas ACS participantes, acerca da pergunta n.1, reconhecem a complexidade no que diz respeito ao que seja ser homem e ao que seja ser mulher, bem como a diversidade de gênero representadas na sigla LGBT, que atualmente inclui os intersexos e pessoas trans.

As ACS “A” e “B” tentam, e com sucesso, explicar de acordo com seus conhecimentos, trazendo à tona a visão de homogeneidade, a qual a sociedade ainda impõe sobre os padrões de gênero. Isso acontece ainda que uma delas use o gênero para explicar a genitália masculina ou feminina, que o sexo tem por papel definir comportamentos ou práticas sexuais, já apontadas por Aquino (2006).

Em relação às perguntas 2 e 3 do instrumento de coleta de dados, as ACS afirmam em maioria que, a *campanhas outubro rosa e novembro azul* destacam as atividades específicas de cada gênero, como a exemplo dos exames específicos, estimulados nesta fase do ano por parte do Ministério da Saúde, que visa chamar a atenção para a procura dos serviços de prevenção, onde atuam de forma engajada as equipes na ESF em torno da campanha. Isso também imprime à cor rosa como feminina e o azul como cor masculina, um sexismo que se torna “normal” sem visão aparentemente danosa, porém que perpetua papéis sociais de gênero, já discutidos no capítulo 1.

No entanto, na pergunta de número 4, as ACS colocam não possuir nenhum problema ou dificuldades em atender as mulheres, fato oposto a quando são perguntadas sobre quais seriam as dificuldades de atender aos homens, na pergunta 5.

Relatam que são os homens os mais resistentes quanto à participação de atividades na unidade, e que não tratam suas questões de Atenção Primária à Saúde como as mulheres. Segundo as interlocutoras, eles são os mais “descuidados com a saúde”, na afirmação da maioria das ACS.

Para os autores Albano, Basílio e Neves (2010), “*A baixa procura por atendimento à saúde possui fatores de ordem cultural, sexual, de gênero e escolaridade*”, fato que coloca em risco a maioria da população masculina, que muitas vezes é tabagista, hipertensa e que se priva também da participação nos direitos sexuais e reprodutivos, que continua sendo colocados como de responsabilidade das mulheres.

Por outro lado, como apontam Gomes, Nascimento e Araújo (2007), cabe problematizar em que medida as unidades de saúde estão preparadas para se adequarem à população masculina. Por exemplo, a maior parte das UBS não funcionam no terceiro turno (período noturno), quando, em uma sociedade em que pesa a divisão sexual do trabalho, os homens cis têm maior disponibilidade para comparecerem às consultas, sem serem descontados ou perderem tempo de suas jornadas de trabalho.

Em relação à pergunta de número 6 contida no instrumento de coleta de dados, “*Você já atendeu algum usuário que é gay ou lésbica ou transexual/travesti? Como foi essa experiência? Você notou alguma necessidade diferente que a equipe deve ter pra atender essa pessoa?*”, referindo-se a essa questão, as ACS se percebem em maioria como promotoras da igualdade no acesso ao serviço de AB. Relataram não haver nenhuma diferenciação quanto aos atendimentos, não trazendo questionamentos maiores e nem necessidades específicas de se atender tal público usuário/a (gay ou lésbica ou transexual/travesti).

Destaco que respostas como essas podem de fato revelar a invisibilização dessa população, pois suas especificidades não estão colocadas, como as necessidades de “transformação”, modificações corporais e/ou transição de gênero a estes grupos específicos, que requer o despir de qualquer juízo de valor quanto a suas necessidades, como salientado abaixo:

A vida de mulheres e homens trans – transexuais, travestis e transgêneros – parece apresentar a transformação do corpo como crucial na sua produção, que pode ser realizada por meio de diversos recursos, cujo objetivo final pode residir na obtenção de um corpo que represente o pertencimento a uma perspectiva de gênero desejada, felicidade, beleza, ganhos financeiros para as pessoas trans que trabalham com sexo, saúde, bem-estar físico, psíquico e social¹⁻⁴. As estratégias de transformação dos corpos podem variar entre uso de hormônios, aplicações de silicone industrial em seios, nádegas, coxas, quadris e outras partes do corpo; pela realização de cirurgias plásticas, tais como histerectomias para retirada do útero, mastectomia para retirada das mamas, transgenitalização para mudança das genitálias, entre outros recursos cuja escolha será mediada pelas vontades pessoais e subjetividades em negociação com necessidades profissionais e condições socioeconômicas para adquiri-las. Nesse sentido, a vida de homens e mulheres trans, com suas singularidades e particularidades, solicita ao Estado e aos serviços públicos de saúde um tratamento diferenciado, com atendimentos especializados que compreendam suas necessidades de transformação corporal como necessidade em saúde, bem como os demais desdobramentos políticos, estéticos, sociais, econômicos e culturais de seus processos de transição no gênero como componentes de seus processos de saúde e doença”. (ROCON et al., 2018, p.9).

Sobre a pergunta de número 7, mais uma vez os relatos das participantes são bastante recorrentes, a pergunta posta é referente a uma suposta paciente da AB que quer realizar um aborto, e o que elas (as ACS) acham sobre como deveria ser a abordagem da equipe de saúde. A maioria relata algo como a resposta a seguir: [que buscaria acolher para] *“conversar, orientar quanto aos riscos da prática, buscando soluções melhores, acalmando e buscando compreender os motivos.”*

Duas das respostas colhidas através do instrumento não ficaram claras para mim, o que precisaria aprofundar o instrumento, ou buscar a informação noutro momento:

“Acolher essa mulher, oferecendo toda a atenção possível, orientando o mal que pode causar e oferecendo ajuda com os serviços disponíveis pelo SUS”
(ACS A).

E a segunda resposta:

“Acolher, orientar quanto ao risco a sua saúde. Explicar para não tomar nenhuma decisão precipitada de cabeça quente. Oferecer apoio e mostrar todos os serviços disponíveis pelo SUS, sempre respeitando a opinião e decisão da pessoa” (ACS B).

Nos casos acima, apesar de mencionarem o acolhimento, não ficou claro se as respostas são mediadas por algum tipo de moralização sobre um suposto mal de fazer um aborto (*mal que pode causar*, para ACS A), nem se as ACS em questão entendem que o procedimento de aborto seguro estaria disponível no SUS. Isso, até o momento, fora situações específicas, não está previsto em lei.

Em continuação à coleta de dados, na pergunta de número 8, a qual é também referente ao aborto: *“E faz de conta que chega na unidade uma mulher que está abortando. Como a equipe deve agir?”* Em unanimidade, todas as participantes, relatam o acolhimento para o socorro imediato especializado no hospital de referência do município, que seria o Hospital Luiz Gonzaga.

Em relação ao aborto, o governo brasileiro é signatário de documentos de Conferências das Nações Unidas que o consideram grave problema de saúde pública, e recomendam que os países revisem as leis que penalizam a prática do aborto considerado inseguro (BRASIL, 2005, p. 21), no entanto não possuímos uma legislação que permita de forma segura o ato, o que tem levado a morte milhares de mulheres que o fizeram de forma insegura.

Para as autoras Anjos et al. (2013), *“O ato de abortar de forma insegura pode ser considerado uma injustiça social. Índices de mortalidade decorrentes do aborto, na maioria das vezes, refletem mulheres solteiras ou separadas judicialmente”* (ANJOS, K. F.; SANTOS, V. C.; SOUZAS, R.; EUGÊNIO, B. G. 2013, p.555). O risco é aumentado quando se trata do perfil de mulheres que recorrem à prática, que na maioria das vezes são mulheres pobres, negras que enxergam no aborto sua última solução de organização da vida social qual já é fragilizada.

Noticiado em 2016 como um direito humano reconhecido pela ONU (JUSTIFICANDO, 2018), o que geralmente ocorre no Brasil é justamente a criminalização deste procedimento e a imposição de diversas barreiras mesmo às mulheres que se “adequam” às situações previstas em lei, como em casos de estupro (MADEIRO, DINIZ, 2016). Ainda que muitas das percepções das ACS sobre as questões relativas ao aborto apresentem o intuito de agir de modo *acolhedor*, as respostas trazem pistas de que é necessário debater o

atendimento à mulher em situação de abortamento nas equipes de saúde, organizando uma linha de cuidado específica.

Referente à pergunta de número 9 *“Agora faz de conta que chega à unidade uma mulher que foi agredida pelo companheiro ou pela companheira. Como a equipe deve agir?”* A maioria das participantes relata que o primeiro passo é o acolhimento, tratamento de possíveis lesões físicas ocasionadas pela violência e posteriormente, realizar orientações sobre a Lei Maria da Penha, junto à equipe da unidade, que poderia encaminhá-la ou não para outros equipamentos, como delegacias especializadas, ou redes de serviços disponíveis. Isso mostra, por um lado, a permeabilidade das informações sobre esta lei entre as trabalhadoras. Por outro lado, as respostas não mencionaram que, nesses casos, a notificação da situação de violência pelas equipes e serviços de saúde é compulsória, prevista por regulamentação específica do Ministério da Saúde (GARBIN et al., 2015). Isso pode significar desconhecimento desta obrigatoriedade e dos desafios aí implicados.

Quando questionadas quanto à número 10, *“Quais as atividades que são feitas na unidade, por ACS ou outro membro da equipe, que têm a ver com a saúde sexual? E com a saúde reprodutiva?”*, quase todas as participantes citam a “sala de espera”, a qual é usada por toda a equipe para orientações sobre os métodos contraceptivos, DST/Aids, planejamento familiar. Citam também a distribuição de preservativos, orientações sobre a possibilidade da realização da vasectomia para os homens e laqueadura para as mulheres que estão dispostas a realizar de acordo com a legislação vigente.

Sobre isso, cabe dizer que a laqueadura ou esterilização cirúrgica é regulamentada pela Lei nº 9.263/96, que trata do planejamento familiar, a qual estabelece no seu artigo 10 os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução. Somente sendo permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

- I – em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;
- II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos (BRASIL, 1996).

Moura, Silva e Galvão (2007), em estudo na ESF de oito municípios no Ceará, mostraram que ainda há inúmeros problemas de acesso à laqueadura, como a baixa oferta de serviços e a moralização ou desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, sobre este procedimento. Isso aponta que o papel feminino de reprodução biológica ainda se apresenta nas práticas sanitárias, sobretudo se compararmos com as menores barreiras encontradas para a realização da vasectomia.

Além disso, vale notar a recorrência de práticas voltadas à ação sobre o corpo biológico, que em geral são orientadas por um “roteiro” de prevenção próprio do que seria uma atividade correta ou segura sobre saúde. Ainda que tenham seu valor, muitas vezes essas práticas educativas “prontas” carregam muito dos valores que perpetuam as desigualdades de gênero (MORAES, 2004). Essas são atividades geralmente centradas numa perspectiva biologizante e que se apresentam longe da realidade dos/as usuário/as.

A penúltima pergunta (11), referente ao instrumento de coleta de dados, diz respeito à formação das ACS quanto ao tema gênero, e se já realizaram ou tiveram acesso a alguma capacitação, ou aula sobre a temática. É importante mencionar que somente duas delas disseram que sim. Na mesma pergunta tiveram a opção de dizer como construiriam uma capacitação caso pudessem, ou tivessem que construir.

Sobre isso, as respostas são igualmente recorrentes no grupo participante da pesquisa, informando que construiriam uma capacitação através de palestras, cursos, rodas de conversa, caso tivessem certa propriedade sobre no assunto. Assunto que ao mesmo tempo se faz necessário para a atuação cotidiana delas, por ser pouco ou nunca tratado. E, levando em consideração a recorrência das respostas que referendam os papéis tradicionais de gênero, me reporto mais uma vez às considerações de Aquino (2006), que lembram os desafios que cercam essas atividades:

Além da influência direta do feminismo na academia, organismos como a Organização Panamericana da Saúde têm promovido a institucionalização da perspectiva de gênero nas pesquisas e políticas públicas de saúde, embora isso não ocorra sem distorções conceituais. Sua generalização tem frequentemente esvaziado o poder heurístico do conceito, ao reduzi-lo à descrição das diferenças entre homens e mulheres em mera substituição ao sexo. (AQUINO, 2006 p.123)

Em relação à última pergunta (12) do instrumento, foi relacionada ao que elas acharam sobre o instrumento da coleta de dados, o que trouxe uma diversidade de dizeres bem interessantes. Destaco alguns abaixo e faço uma relação com os dizeres de Aquino (2006),

sobre a falta de se tratar a temática a partir da perspectiva de gênero como forma de desconstruir a colocação do sexo no “espaço” do gênero ou de sua perspectiva. Para a autora, uma situação comum na América Latina, é que *“os problemas aumentam quando se trata de línguas latinas, onde não se observa o significado sexual de gênero, termo que geralmente alude à ideia de classificação, seja como estilo ou escola literária, seja como unidade taxonômica em biologia.”* (AQUINO, 2006 p.123).

Trechos dos instrumentos referentes às respostas da questão 12:

“Sim é sempre importante que a nossa opinião chegue às outras pessoas” (ACS A).

“Gostei, me fez refletir sobre minhas atitudes perante as situações colocadas, percebi que preciso estudar sobre o assunto (gênero e sexualidade) para melhor atender e informar os pacientes” (ACS B).

“Muito interessante. Contribuiu bastante para o meu conhecimento, principalmente na pergunta nº1, pois é uma pergunta bem complexa de se responder, pois cada um tem sua maneira de pensar, agir e de se expor. E do meu ponto de vista, acho que cada um tem que ser o que quiser” (ACS C).

“um teste para saber se estamos executando o trabalho com eficiência” (ACS D).

Como se pode perceber, algumas ACS se sentiram fiscalizadas quanto à sua atuação, como se estivessem sendo “medidas” sobre o que seja o certo ou errado em campo. Isto, por si só, já merece um segundo momento, para além desta pesquisa, a fim de colocarmos algumas questões que nos deixam, sim, na dúvida sobre nossos papéis na sociedade, no campo de trabalho pelas interpretações diversas que uma pesquisa pode causar, sobretudo em se tratando de gênero/sexualidade. Cabe, portanto, a continuidade deste trabalho.

De modo geral, e em relação à última pergunta utilizada no instrumento de coleta de dados, percebi que foi um momento de reflexão de suas ações, de problematizarem, se questionarem, sejam como mulheres, trabalhadoras, ou em suas relações sociais/pessoais.

5.3 A INTERLOCUÇÃO COM A COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Em relação à interlocução com a coordenação de AB (Anexo 2), a gestão informou que atua nesta função há 8 anos, tendo como “estatutário” como vínculo empregatício. Quando questionada sobre quais eram as suas maiores dificuldades quanto ao tema, gênero e diversidade dentro da gestão, a gestão refere que, infelizmente, a diversidade de problemas existentes no cotidiano da gestão do trabalho na saúde, *“nos faz não “pensar” e planejar ações referentes a assuntos tão importantes como esse”*.

Porém, a coordenação diz que pensar o assunto, e ao conversar com as/os ACS, percebe que os/as profissionais possuem muitas dificuldades em separar suas vidas pessoais da vida profissional. Afirma que, em se tratando das/dos ACS, as trabalhadoras deixam “pré-conceitos”, religiosidades interferirem diretamente nas ações do trabalho.

Para as autoras Faria e Seidl (2005) que travam discussões e pesquisas a respeito das religiosidades no campo da saúde, referem que *“essa associação possui raízes histórico-culturais muito antigas, presentes em mitos gregos, em rituais indígenas e nas inscrições bíblicas, que influenciaram e ainda vem influenciando a cultura ocidental nos tempos atuais”* (FARIA; SEIDL, 2005, p.382).

Assim, é comum essa interferência da religiosidade, não só em relação às ACS, mas trata-se de um fato característico nos setores da saúde, que lidam cotidianamente com o nascer, o morrer, com a doença, com a cura, e o cuidado. Ainda temos a influência vocacional e profissional de instituições hospitalares que nasceram a partir das Casas de Misericórdia, e possuem nas suas histórias a visitação de lideranças religiosas, como pastores, padres e freiras.

Quanto às questões citadas relacionadas aos “pré-conceitos” apontados em relação às ACS, podemos cotejá-las com o exposto por Duarte (2018),

infelizmente sabemos que as situações de discriminação e preconceito institucional, bem como o despreparo e a falta de conhecimento sobre identidade ou expressão de gênero e orientação sexual, o completo descaso e ignorância formam o cerne da questão. (DUARTE, 2018, p.7).

Podemos compreender que o “*pré-conceito*”, a discriminação de grupos não heteronormativos, e as questões da diversidade de modo geral são a *mola mestra* que enreda os desafios da atuação e formação para a ampliação e efetivação de políticas públicas para o rompimento dessas ações (discriminatórias), as quais estão no seio da sociedade, conforme mencionado no primeiro capítulo. Isso referenda que, muito possivelmente, as barreiras a uma visão menos gendrada heteronormativamente, no interior dos serviços de saúde, não se resume apenas às práticas das ACS, mas são um desafio a ser transposto pela coletividade dos trabalhadores da saúde. No entanto, cabem maiores investigações a esse respeito.

Em continuação, ao ser questionada na pergunta número 4 (ver anexo 2) “*Quais os maiores desafios enfrentados hoje na gestão da ESF quanto ao tema Gênero e sexualidade (caso haja)?*” Responde que:

“A maior dificuldade é que o assunto seja tratado com os profissionais de saúde, gestores e população de forma adequada. É fazer com o assunto faça parte de pautas de encontros para planejamento de ações, onde os profissionais estejam preparados para lidar com esse assunto de forma profissional e sem julgamentos.”

Logo, a gestão reconhece os desafios mencionados, uma vez que compartilha que existem dificuldades no enfrentamento da temática, informando que há a necessidade de espaços para se trabalhar as pautas, bem como a incorporação nas ações diárias, no planejamento das ações da gestão, o que trouxe no bojo de suas falas as lacunas encontradas nos documentos institucionais (Plano Municipal), apresentados anteriormente. Por fim, na última pergunta, (número 5) do instrumento utilizado, informa que, na função de gestão, nunca realizou capacitações/especializações a respeito da temática de gênero/ diversidade, o que faz disso um ponto comum com as trabalhadoras ACS interlocutoras deste trabalho.

Muitos desafios se expressaram como urgentes na presente pesquisa, seja no processo de formação das ACS trabalhadoras da rede de serviços, seja na perspectiva formativa dos demais trabalhadores da saúde do município em análise. Isso remete para possíveis desafios presentes no campo de atuação desses profissionais, ainda que este não tenha sido o objeto deste trabalho.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou fazer uma análise qualitativa, sobre as estratégias formativas quanto à temática de gênero e sexualidade, voltadas ao processo formativo das trabalhadoras Agentes Comunitárias de Saúde, categoria tão necessária dentro da Atenção Básica à Saúde, em geral, e no município de Miguel Pereira (RJ), especificamente. Conforme a pesquisa foi se desdobrando e mudanças na perspectiva metodológica se impuseram, este trabalho apresentou também percepções das ACS sobre a temática.

Compreendemos através desta pesquisa e através do referencial teórico usado que, as ACS são trabalhadores/as exclusivas do SUS, se dedicam a atuar como identificadoras das necessidades dos usuários e usuárias, sendo elas uma das representações comunitárias significantes dentro do complexo SUS. Têm, a princípio, uma missão fundamental na participação popular no sistema de saúde no Brasil.

O tema gênero tem sido considerado cada vez mais necessário aos debates na saúde pública, e é importante que seja tratado em espaços de inserção e potencial capilaridade, como é o caso da Atenção Básica, onde o direito à saúde deve se materializar de forma primária a usuários e usuárias diversos. Isso sinaliza a importância em se buscar saber sobre a formação das ACS, que agem viabilizando os direitos sociais, e podem melhorar as condições de acesso através das políticas de saúde. Isso as torna um “instrumento”, ou melhor, potenciais protagonistas para privilegiarem o gênero, a diversidade, os direitos humanos, que ultrapassam seu setor de atuação.

Apesar disso, frente aos desafios cada vez maiores da precarização de seu trabalho, as ACS logo esbarram na visão, nos limites das ciências médicas, biológicas e do cunho religioso e colonial, que fizeram e ainda fazem o debate de gênero ser tão limitado nestes espaços, dada a hegemonia heterossexual e o senso comum. Isso faz com que devam ser consideradas relevantes as estratégias formativas em gênero, preferencialmente pensadas para as especificidades desta categoria, e em relação com a realidade de seus territórios de moradia e atuação.

Foi isto que fez com que eu destinasse a esta categoria de trabalhadoras, esse campo, sua formação, como objeto de estudo. Isso porque a saúde ainda é um campo de enfrentamento tão dotado do insistente biologicismo para tratar a diversidade de gênero, principalmente na Atenção Básica, onde muitas vezes os gestores colocam seus olhares em detrimento ao direito de se tratar o assunto.

A partir da trajetória da pesquisa e dos resultados deste trabalho, constatei que há uma inexistência de espaços para que esse assunto seja tratado na atenção básica do município de Miguel Pereira (RJ), a fim de proporcionar a formação permanente destas trabalhadoras para lidar com a diversidade de gênero. Ou, melhor dizendo, o que se nota é um vazio de espaços institucionais destinados a essa questão.

Como se viu, a chamada “sala de espera”, tão mencionada por elas, traz ainda a perspectiva medicalizadora, contraceptiva, do controle e limites postos por questões centradas no corpo biológico, como DST/Aids, na distribuição de preservativos. Isso, como se o assunto fosse circunstanciado, esgotado à medicalização, contracepção, que se esgotam em si. Isso pode desprezar a liberdade da sexualidade feminina, a busca coletiva e futura por direitos sexuais e reprodutivos, a exemplo da despenalização do aborto e da promoção da diversidade de gêneros.

Ocorre que a temática de gênero e a sexualidade não faz parte do cotidiano de formação dessas trabalhadoras, tampouco dos documentos institucionais da política municipal de saúde. Não houve nos instrumentos de coleta de dados nenhum resquício, assim como nos documentos municipais de uma diretriz que sinalize para a discussão do tema voltada seja a reduzir as desigualdades de gênero, seja a visibilizar as especificidades das identidades que fogem à heteronormatividade.

Isso denota o cumprir somente daquilo que está preconizado em campanhas do Ministério da Saúde voltadas a organizar o processo de trabalho na atenção básica, como o “Outubro Rosa” e o “Novembro Azul”. No entanto, a perspectiva de integralidade colocada no texto de outras políticas nacionais de saúde, como a de Saúde da Mulher, Saúde do Homem e Saúde da População LGBT, resta silenciada.

Por fim, ressalto que, a despeito do silenciamento institucional sobre a temática, as ACS se mostraram ávidas pelo debate e reconhecem nele um lugar importante no cotidiano dos serviços de saúde. Diante de meu lugar de mulher moradora do município e de usuária do SUS, fica a responsabilidade de ir além das fronteiras e do recorte deste trabalho de pesquisa, desdobrando e cobrando, como cidadã, a execução de possíveis ações voltadas à formação das ACS com quem travei interlocução ao longo desse tempo. Afinal, a implicação, sob a forma do engajamento político, é um aspecto fundamental na produção dos conhecimentos feministas.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, MMM. **Origem e Evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará**. Perspectivas e controvérsias. RBPS, Fortaleza, 24(2): 159-168, abr./jun., 2011

ALBANO, B.R.; BASÍLIO, M.C.; NEVES, J.B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde. *Revista de Enfermagem Integrada*, v.3, n.2, 2010. Disponível em <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoesc-GRACIELI-ROSSETTI-GIUMBELLI.pdf> Acesso em 20 jul 2018.

ANJOS, K. F.; SANTOS, V. C.; SOUZAS, R.; EUGÊNIO, B. G. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, jul/set 2013

AQUINO, Estela, M.L.Gênero e saúde no Brasil *Rev Saúde Pública* 2006;40 (N. Esp):121-32

BARBOSA, Regina Helena Simões et al . Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 751-765, Sept. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**: área profissional saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Lei Nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996.

BAGAGLI, Beatriz Pagliarini. Orientação sexual na identidade de gênero a partir da crítica a da Heterossexualidade e cisgeneridade como normas.

<https://periodicos.unifap.br/index.php/letras> Macapá, v. 7, n. 1, 1º semestre, 2017

BRAZ, Marcelo. O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 128, p. 85-103, jan./abr. 2017

BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**/Judith; tradução, Renato Aguiar. – 8º ed. – Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CAIRES, Luiza. Núcleo estuda marcadores sociais da diferença. Agência USP de Notícias. <http://www.usp.br/agen/?p=15350> Acesso em 08 ago 2017.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil; **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v.2, nº 6, jul / set 2006

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: Desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunicação, saúde, educação.** V. 9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005 b.

CECCIM, Ricardo Burg.; FERLA, Alcindo. **A educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

CÔRREA, Carlos; PFEIFFER, Claudia Castellanos; LORA, Adriano Peres. O Agente Comunitário de Saúde - Uma História Analisada. RUA [online]. 2010, no. 16. Volume 1 - ISSN 1413-2109 Consultada no Portal Labeurb – *Revista do Laboratório de Estudos Urbanos do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade* <http://www.labeurb.unicamp.br/rua/>

DAMASO, Romualdo. Justiça Social e Cidadania da Saúde: para uma crítica da Moral Sanitária. In EIBENSCHUTZ, C., org. *Política de saúde: o público e o privado* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 312 p. Disponível em <http://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732-14.pdf> Acesso em 20 jul 2018.

DE BARROS, Daniela França et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, Mar. 2010

DUARTE, Marcos José de Oliveira. Diversidade sexual e de gênero e seguridade social: a questão da saúde LGBT em análise. 4º Seminário Internacional de Educação e Sexualidade. 2º Encontro Internacional em Estudos de Gênero. Vitória, 2018. Disponível em http://www.gepsexualidades.com.br/resources/anais/6/1467407746_ARQUIVO_Marco_Saud_eLGBT_UFES_2016.pdf Acesso em 01 novembro 2018.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Política Nacional de Atenção Básica: retrocessos a caminho? Entrevista por André Antunes. 22/09/2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-nacional-de-atencao-basica-retrocessos-a-caminho> Acesso em 09 novembro 2018.

FARIA, Ana Lúcia G. Invitações Pós-coloniais. In: **Infâncias e pós-colonialismo: pesquisas em busca de pedagogias descolonizadoras.** Ana Lúcia Goulart de Faria, Alex Barreiro, Eliana

Elias de Macedo, Flávio Santiago, Solange Estanislau dos Santos (Org). Campinas: Leitura Crítica; Associação de Leitura do Brasil – ALB, 2015. p.11-24.

FARIA, Juliana Bernardes. SEIDL, Eliane Maria Fleury: Religiosidades e Enfrentamentos em Contextos e Doenças: Revisão da Literatura. *Psicologia: Reflexão e Critica*, 2005, 18 (3), pp381-389

FERREIRA, Antônio Honório. Classificação racial no Brasil: por aparência ou por origem? 36º Encontro da ANPOCS. 2012. Disponível em <https://www.anpocs.com/index.php/papers-36-encontro/gt-2/gt30-2/8192-classificacao-racial-no-brasil-por-aparencia-ou-por-origem/file> Acesso em 14 jul 2018.

FOUCAULT, Michel. **Historia da Sexualidade1: A vontade de saber**, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A Guillhon Albuquerque. - 4º ed - Rio de Janeiro/ São Paulo, Paz e Terra, 2017.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

GARBIN, Cléa Adas Saliba; DIAS, Isabella de Andrade; ROVIDA, Tânia Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Ísper. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1879-1890, 2015.

GÊNERO E DIVERSIDADE NA ESCOLA: formação de professoras/es em Gênero, Sexualidade, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais. Caderno de atividades. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM GÊNERO E RAÇA. **GPP-GerR: módulo II/** Orgs. Maria Luiza Heiborn, Leila Araújo, Andreia Barreto. – Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, 2010.

_____. **Gênero e diversidade na escola**: formação de professoras/es em Gênero, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais. Livro de conteúdo. Versão 2009. – Rio de Janeiro : CEPESC; Brasília : SPM, 2009.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):103-112, 2002.

GOMES, R; NASCIMENTO E. F; ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, 2007.

HIRATA, Helena & KERGOAT, Daniele. **Novas configurações da Divisão Sexual do Trabalho**. Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas, v.37,n.132:595-609, SET-2007

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330290&search=rio-de-janeiro|miguel-pereira|infograficos:-informacoes-completas> Acesso em: de março 2017

JUSTIFICANDO. Aborto como direito humano. 11 de julho de 2018. Disponível em: <http://justificando.cartacapital.com.br/2018/07/11/aborto-como-direito-humano/>

LAURETIS, T. Feminist Studies/Critical Studies: Issues, terms, and contexts. In Lauretis, T. (ed.) *Feminist Studies/ Critical Studies*. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press, 1986.

LEITE, Vanessa. A escola já é diversa, entrevista realizada em 01/07/2015, Disponível em <http://www.clam.org.br/entrevistas/conteudo.asp?cod=12195> Acesso em: de março de 2017.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121-134, 2012.

LOURO, Guacira Lopes, **Um corpo estranho ensaios sobre a sexualidade e teoria queer**/Guacira Lopes Louro- 2. Ed/3. Reimp- Belo Horizonte: Autentica ,2016.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Guacira Lopes Louro - Petrópolis, RJ Uma perspectiva pós-estruturalista /: Vozes, 1997.

LOURO, Guacira Lopes. **Teoria queer: uma política pós-identitária para a educação**. Revista de Estudos Feministas, Florianópolis, v. 9, n. 2, 2001 . Disponível em . http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2001000200012

MADEIRO, Alberto Pereira. DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2):563-572, 2016.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-225.pdf>. Acesso em 12 jul 2018.

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MORAES, Danielle Ribeiro de. **AIDS, saúde reprodutiva e prevenção: estudo de caso sobre práticas educativas em uma ONG (Rio de Janeiro / Brasil)**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2004. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5361> Acesso em 13 jul 2018.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. / Organização de Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini; Márcia Cavalcanti Raposo Lopes; Daiana Crús Chagas; Filippina Chinelli e Monica Vieira. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

MOROSINI, Marcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.1: e00206316. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00206316.pdf>. Acesso em 01 novembro 2018.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães da; GALVAO, Marli Teresinha Gimenez. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 961-970, 2007.

NOGUEIRA, Mariana Lima. **O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva**. Tese. Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana, 2017. 542 f. Disponível em: <http://ppfh.com.br/wp-content/uploads/2018/05/tese-normalizada-VERS%C3%83O-FINALIZADA-MARIANA-NOGUEIRA.pdf> Acesso em 13 julho 2018.

OLIVEIRA, Fátima. Saúde da população negra: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0081.pdf> Acesso em 19 jul 2018.

PEREIRA, Pereira, Isabel Brasil **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. ã 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil**/Celi Regina Jardim Pinto- São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.- (Coleção História do povo brasileiro)

PIRES, Denise E. Divisão Social do Trabalho. In: **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Isabel Pereira e Julio França (Orgs). Rio de Janeiro: EPSJV: 2008.

ROCON, Pablo Cardozo et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 22, n. 64, p. 43-53, Mar. 2018

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 10, 2002. Disponível em: . Acesso em: 15 jun. 2018.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v.16, n.2, jul./dez. 1990, p. 5-22

SAFFIOTI , Heleieth. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Gilney C. Os sentidos construídos por profissionais de saúde inseridos em equipes de Consultórios na Rua da Cidade do Rio de Janeiro sobre o consumo de crack por mulheres. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública, 2016. 138p.

Documentos Institucionais:

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL PEREIRA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018– 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL PEREIRA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DE MIGUEL PEREIRA.

ANEXO 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM ACS

Identificação numérica do/a ACS:

Gênero:

Cor:

ESF a que pertence: () meio rural () meio urbano

Tipo de vínculo de trabalho:

Tempo de trabalho na ESF:

Perguntas:

1. No mundo atual, o que é ser homem? E o que é ser mulher?
2. Quais são as atividades que você faz que você percebe como sendo de saúde do homem? E as de saúde da mulher?
3. No trabalho do ACS, tem alguma diferença que você perceba quando atende homens e mulheres? Quais são elas?
4. Quais as dificuldades de atender as mulheres?
5. E quais as dificuldades de atender os homens?
6. Você já atendeu algum usuário que é gay ou lésbica ou transexual/travesti? Como foi essa experiência? Você notou alguma necessidade diferente que a equipe deve ter pra atender essa pessoa?
7. Faz de conta que chega na unidade uma mulher que quer abortar. Qual você acha que deveria ser a abordagem da equipe de saúde?
8. E faz de conta que chega na unidade uma mulher que está abortando. Como a equipe deve agir?
9. Agora faz de conta que chega à unidade uma mulher que foi agredida pelo companheiro ou pela companheira. Como a equipe deve agir?
10. Quais as atividades que são feitas na unidade, por ACS ou outro membro da equipe, que têm a ver com a saúde sexual? E com a saúde reprodutiva?
11. Você já teve acesso a alguma capacitação, alguma aula ou algum acesso a material sobre gênero e sexualidade?

Em caso positivo: Qual foi? Como foi estudar isso pra você?

Em caso negativo: Você acha que é necessário ter capacitação sobre isso? Se você fosse bolar uma capacitação, como ela seria?

12. O que você achou dessa nossa conversa?

ANEXO 2
QUESTIONÁRIO GESTOR ESF

Gênero:

Cor:

- 1- Tipo de vínculo de trabalho:
- 2- Tempo de trabalho na gestão da ESF:
- 3- Quais as suas maiores dificuldades (ou se há) quanto ao tema, gênero e diversidade para você dentro da gestão?
- 4- Quais os maiores desafios enfrentados hoje na gestão da ESF quanto ao tema gênero e sexualidade (caso haja)?
- 5- Quais capacitações/especializações você realizou sobre a temática gênero/diversidade?
() nenhum, nunca realizei nenhum curso, capacitação relacionado ao tema;
() já realizei algo que tratou do tema;

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Prezado/prezada participante,

Você está sendo convidado/convidada a participar da pesquisa intitulada “***Diversidade de gênero e o processo formativo dos/das ACS na atenção em saúde do município de Miguel Pereira - RJ***”. Esse estudo, de autoria de Érica Aparecida Monsorens da Silva, é parte integrante do programa de pós-graduação stricto sensu, na modalidade de mestrado profissional em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ), sob orientação da professora-pesquisadora Danielle Ribeiro de Moraes.

Esta pesquisa tem como objetivo central analisar as estratégias formativas sobre a temática diversidade de gênero e sexualidade, voltadas aos ACS do município de Miguel Pereira (RJ). Acreditamos que a sua participação na pesquisa, seja como ACS, ou gestor possa contribuir com a construção de estratégias de formação em saúde sobre essa temática, quais poderão ser adequadas às especificidades de atuação dos/das ACS, o que é visto como um dos benefícios da presente pesquisa. Os nomes dos/das entrevistados/as não serão apresentados em hipótese alguma, a assinatura e rubrica neste TCLE não identifica o entrevistado, apenas informa e garante o resguardo de informações, já que os questionários usados não serão identificados em hipótese alguma, apenas serão respondidos e entregues a pesquisadora.

Caso você concorde em participar, subscrevendo este TCLE, você atesta ciência de que sua participação é voluntária e, portanto, não é obrigatória. Também está ciente que não sofrerá nenhuma retaliação, constrangimento, sanções ou penalizações caso não queira participar. Além disso, toma ciência que seu anonimato e privacidade serão garantidos, de tal modo, que qualquer dado que lhe possa identificar será omitido.

Rubrica- entrevistado- _____

Rubrica- pesquisador/a _____

O material coletado, será mantido em posse da pesquisadora e armazenado, por pelo menos 5 (cinco) anos em local seguro, acessível apenas a ela. Ainda, que a qualquer momento que julgar necessário, a pesquisadora deve prestar informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa. Está ciente de que sua participação no estudo será a entrevista. O tema abordado será gênero, sexualidade e como essas questões são vistas por você e tratadas no serviço. Está ciente que a realização da entrevista terá a duração de cerca de 1 (uma) hora. Está ciente, de que há um risco potencial de ser questionado/questionada sobre um determinado conteúdo que possa lhe constranger e, para evitar que isso aconteça, a pesquisadora se compromete a aceitar respostas parciais à entrevista e a garantir que a entrevista se dê em lugar reservado. Está ciente que esta pesquisa não apresenta benefícios diretos e imediatos a você; está ciente de que, caso haja questionamentos que você se sinta constrangido/constrangida, você poderá não responder. Esta ciente, de que pode desistir da pesquisa em qualquer momento anterior à publicação dos resultados. Está ciente, de que os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em palestras, artigos científicos, congressos e relatórios, desde que respeitem o anonimato dos/das entrevistados/as.

Tendo lido o trecho anterior, desse modo considerando-me suficientemente esclarecido/a, assino esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Das quais, uma será mantida sob minha guarda e outra em guarda da pesquisadora. “Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Contatos:

1) Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Av. Brasil, 4365. Manguinhos – Rio de Janeiro – CEP 21040-360. Site: www.epsjv.fiocruz.br Tel.: (21) 3865-9710.

2) Érica Aparecida Monsores da Silva. Telefone: (24) 99295-1246 e-mail: erica2014as@gmail.com

Rubrica- entrevistado- _____

Rubrica- pesquisador/a - _____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.

Declaro que estou ciente dos objetivos e condições da minha participação na pesquisa e concordo em participar (Assinatura do/da participante da pesquisa)

Érica Aparecida Monsores da Silva (EPSJV/FIOCRUZ) Pesquisadora responsável pelo estudo.

Rubrica- entrevistado/a - _____

Rubrica- pesquisador/a - _____