

RELATÓRIO



SEMINÁRIO

ZERO



DISCRIMINAÇÃO

nos Serviços de Saúde





RELATÓRIO



SEMINÁRIO

ZERO



DISCRIMINAÇÃO

nos Serviços de Saúde

SUMÁRIO

Relatório

SEMINÁRIO ZERO DISCRIMINAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO	7
DIA 1	11
ATIVIDADE 1	
O que é um serviço de saúde Zero Discriminação para você?	12
Trabalho em grupo – O que é um serviço de saúde zero discriminação para você?	15
ATIVIDADE 2	
O impacto da discriminação na saúde	19
Transfobia e saúde	19
Rafaelly Wiest – Mulher Trans Cientista Política e Diretora de Informação do Grupo Dignidade	
Saúde, Discriminação e direitos humanos	23
Micaela Cyrino – Artista Visual, Integrante do Coletivo Amem e Militante nas questões da saúde da Mulher Negra direitos sexuais e reprodutivos	
HIV, AIDS e Discriminação nos Serviços da Saúde	26
Carué Contreiras – Pessoa não binária vivendo com HIV/AIDS e Médico Pediatra	
ATIVIDADE 3	
Discriminação na saúde – o que os estudos apontam?	30
Racismo institucional: impacto na saúde da população negra no Brasil	31
Maria Inês Barbosa – Assistente Social, Professora e Pesquisadora	
Dados em relação à questão do HIV em pessoas trans	35
Maria Amélia Veras – Professora e Pesquisadora da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo	
Homofobia, acesso à saúde e PrEP no Brasil	39
Ricardo Vasconcelos – Médico Infectologista e Pesquisador	
A Discriminação contra a população trans nos serviços de saúde – evidências e ações para seu enfrentamento	41
Simone Ávila - Coordenadora do Ambulatório Trans de Porto Alegre.	
DISCUSSÃO	45

ATIVIDADE 4

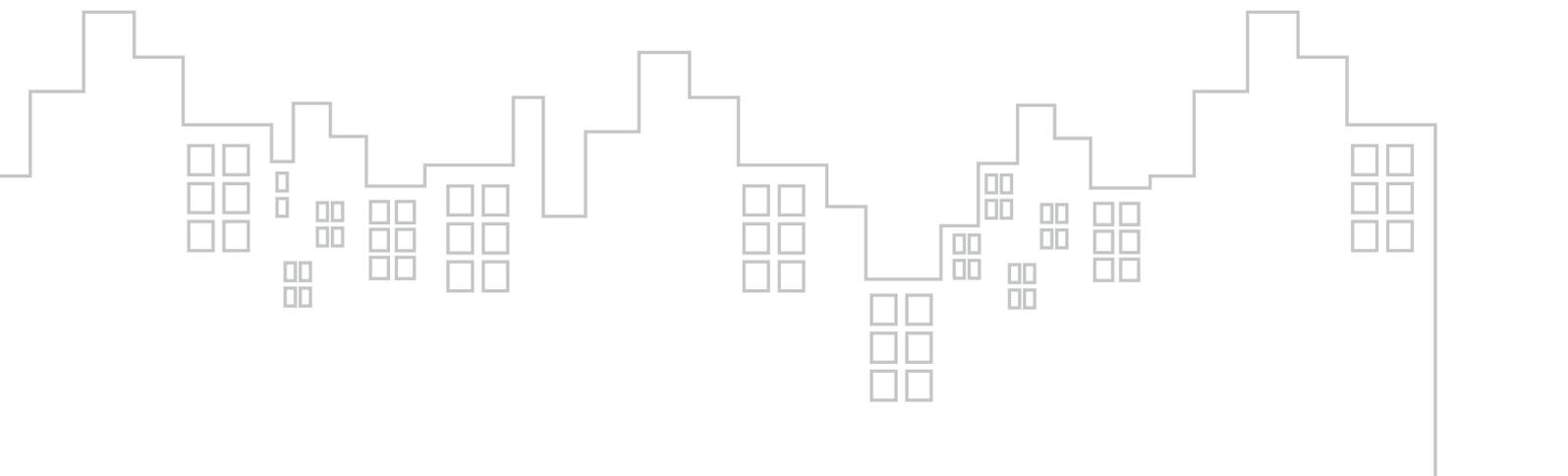
Boas práticas de Zero Discriminação nos serviços de saúde	51
TransSaúde: Um suspiro na Atenção Básica em Salvador Fernando Meira, Médico da Família e Consultório de Rua	52
Centro de Referência e Treinamento IST/AIDS - SP Naila Seabra, Médica Epidemiologista, Gerente de Prevenção no CRT	55
Privados de liberdade, mas não de direitos - RS Maria Letícia R. Ikeda – Coordenadora do Programa Estadual de IST, HIV e AIDS do Rio Grande do Sul	57
Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas - CRATOD Marcelo Ribeiro, Médico Psiquiatra, Pesquisador e Diretor do Centro	60
Programa Municipal de IST, HIV/AIDS - SMS – Campinas Josué Lima, Médico Infectologista, Coordenador do Programa Municipal de HIV/ AIDS do Município de Campinas	62
DISCUSSÃO	65

DIA 2

Trabalho em grupo – Padrões e diretrizes para um serviço de saúde Zero Discriminação no Brasil	72
---	-----------

ENCERRAMENTO

87



Anexo

DIÁLOGOS PARA ZERO DISCRIMINAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO	81
GAYS E OUTROS OUTROS HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS	94
PARTE 1. Experiências positivas nos serviços de saúde	94
PARTE 2. Perspectivas de um serviço de saúde Zero Discriminação	97
PARTE 3. Gerando propostas para ação	100
ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	102
PARTE 1. Experiências positivas nas universidades e postos de saúde	102
PARTE 2. Perspectivas de um serviço de saúde Zero Discriminação	104
PARTE 3. Gerando propostas para ação	108
TRAVESTIS E TRANSEXUAIS	112
PARTE 1. Experiências positivas nos serviços de saúde	112
PARTE 2. Perspectivas de um serviço de saúde Zero Discriminação	116
PARTE 3. Gerando propostas para ação	119
PESSOAS QUE VIVEM COM HIV	122
PARTE 1. Experiências positivas nos serviços de saúde	122
PARTE 2. Perspectivas de um serviço de saúde Zero Discriminação	128
PARTE 3. Gerando propostas para ação	131
PESSOAS QUE USAM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	134
PARTE 1. Experiências positivas nos serviços de saúde	134
PARTE 2. Perspectivas de um serviço de saúde Zero Discriminação	138
PARTE 3. Gerando propostas para ação	140

JOVENS DE TRANSMISSÃO VERTICAL	142
PARTE 1. Experiências positivas nos serviços de saúde	142
PARTE 2. Perspectivas de um serviço de saúde Zero Discriminação	146
PARTE 3. Gerando propostas para ação	150
TRABALHADORAS DO SEXO	152
PARTE 1. Experiências positivas nos serviços de saúde	152
PARTE 2. Perspectivas de um serviço de saúde Zero Discriminação	156
PARTE 3. Gerando propostas para ação	158
PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE	161
ARTICULAÇÃO	161
METODOLOGIA	166
PALAVRAS FINAIS	166

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) tem implementado desde 2014 a iniciativa Zero Discriminação, que celebra o direito de todas as pessoas a uma vida plena, digna e produtiva—não importando sua origem, orientação sexual, identidade de gênero, sorologia para o HIV, raça, etnia, religião, deficiência e tantos outros motivos de discriminação.

Em 2017, o UNAIDS lançou a versão em português da *Agenda para Zero Discriminação em Serviços de Saúde*, que apresenta um plano de ação a ser desenvolvido nos países através de parceria entre governo, sociedade civil, universidades e Nações Unidas para o alcance efetivo da zero discriminação nos serviços de saúde. A agenda fornece um quadro de ações complementares à *Declaração Conjunta das Nações Unidas para o Fim da Discriminação em Serviços de Saúde* que, entre outros itens, convocou os países a “revisar, fortalecer, implementar e monitorar políticas, regulamentos, padrões, condições de trabalho e ética dos profissionais de saúde, para a proibição da discriminação por qualquer motivo nos serviços de saúde.”

Em 2018, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DCCI) iniciou a implementação da *Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-chave em HIV, Hepatites Virais e outras IST*. A agenda tem como objetivo geral ampliar o acesso das populações-chave às ações de Prevenção Combinada e cuidado integral à sífilis, HIV/AIDS e hepatites virais. Entre seus objetivos específicos, destaca-se a qualificação do acolhimento das populações-chave na rede de atenção à saúde (RAS), considerando suas especificidades e suas demandas.

Considerando a congruência das duas agendas, o UNAIDS e o DCCI iniciaram um esforço conjunto para apoiar a construção de serviços de saúde que estejam efetivamente preparados para atender a diversidade de usuários, incluindo todas as populações-chave, sem discriminação. O ponto de partida seria a execução da Prioridade 2 estabelecida na Agenda para Zero Discriminação nos Serviços de Saúde: “definir padrões de um serviço de saúde zero discriminação e a Prioridade 5 do DCCI para 2019-2020 - ampliar o acesso às ações de prevenção, diagnóstico e tratamento para as populações-chave”.

Em julho de 2018, as duas instituições iniciam os chamados *Diálogos para a Zero Discriminação nos Serviços de Saúde* com o objetivo de

propiciar um espaço informal de escuta de usuários de serviços de saúde pertencentes às populações-chave. Estas pessoas foram ouvidas sobre suas experiências, expectativas e propostas para a construção de serviços de saúde zero discriminação. Esta iniciativa partiu da premissa de que as pessoas que vivenciam cotidianamente a experiência de acesso, ou não-acesso aos serviços de saúde, estão em uma posição privilegiada para avaliar a qualidade dos serviços, e, ao mesmo tempo, apresentar sugestões e recomendações para sua melhoria.

Durante quase dois meses, foram percorridas as cinco regiões do Brasil e, através destes diálogos, foi realizado um processo significativo de escuta aprofundada de mais de 70 pessoas—gays e outros homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, pessoas que usam álcool e outras drogas, trabalhadoras do sexo, pessoas privadas de liberdade e pessoas vivendo com HIV. Além disso, considerando suas experiências e necessidades específicas, foi realizado um diálogo com jovens vivendo com HIV de transmissão vertical. E ainda, para escutar o “outro lado”, foi realizada uma sessão de diálogo com estudantes e profissionais da área de saúde.

Importante destacar que cada população foi ouvida separadamente. Assim, os diálogos ocorreram entre pessoas que compartilhavam perspectivas comuns de pertencimento a um grupo social e sua relação com os serviços de saúde. Em vez de buscar respostas e soluções prontas, e até mesmo evitar a armadilha do “lugar comum” nas críticas e considerações negativas em relação aos serviços de saúde, o objetivo desta maratona foi o de escutar, atentamente e de forma propositiva, essas pessoas que, muitas vezes, não têm voz nestes espaços e que, de maneira mais frequente do que se imagina, enfrentam inúmeras dificuldades para que seu direito à saúde seja garantido por simplesmente serem quem são.

Para estimular que os diálogos fossem focados mais nas soluções do que nos problemas, todos os encontros começaram com as seguintes perguntas:

 Você poderia nos contar sobre uma experiência positiva em algum serviço de saúde?

 Que elementos fazem você considerar esta experiência positiva?

Essas perguntas partiam da premissa, posteriormente constatada em todos os diálogos, de que há, Brasil afora, experiências positivas de acesso das populações-chave aos serviços de saúde, e que estas experiências podem representar boas práticas replicáveis em diferentes localidades.

Outro conjunto de questões estimulou participantes a refletirem e discutirem se, e como, os marcadores sociais (identidade de gênero, orientação sexual, raça/etnia, renda, geração, ser trabalhador (a) do sexo, pessoa que usa álcool e outras drogas, pessoa privada de liberdade, etc) influenciam na abordagem, acolhimento e cuidados recebidos nos serviços de saúde.

No terceiro bloco de perguntas, as pessoas participantes do processo foram convidadas a refletir também sobre como seria um serviço de saúde ideal:

- 🚩 O que seria um serviço de saúde Zero Discriminação para você?
- 🚩 Quais seriam as principais diferenças entre o serviço que você acessa hoje para esse serviço de saúde Zero Discriminação que você descreve? E as semelhanças?

A partir de perspectivas individuais, estas pessoas eram convidadas a definir, de forma coletiva, quais eram suas reflexões em comum, e a apresentar propostas concretas para torná-las possíveis. Assim, a visão coletiva de cada grupo também foi considerada como parte do exercício de escuta e diálogo:

- 🚩 Em sua opinião—e na opinião do grupo—que pontos essenciais um serviço de saúde deve cumprir para que seja considerado um serviço Zero Discriminação?
- 🚩 Se você estivesse em uma posição de decisão, o que mudaria no serviço de saúde que você recebe? Que sugestões você daria para a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?

E, por fim, provocamos uma auto-reflexão sobre o papel exato de cada pessoa nesse processo de construção e consolidação de serviços de saúde Zero Discriminação:

- 🚩 Que ações você, como pessoas usuária do SUS, pode desempenhar para contribuir com a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?
- 🚩 Que pessoas, organizações, instituições você considera responsáveis ou parceiras para que seja alcançado sucesso na construção destes serviços?
- 🚩 Como resultado destas horas de diálogo, o que você considera que poderia, a partir de agora, começar a fazer, parar de fazer ou continuar fazendo para contribuir com esta construção de serviços de saúde Zero Discriminação?

Foram mais de 50 horas de diálogos gravadas e analisadas para a construção de um relatório com os principais apontamentos e recomendações para a definição de quais seriam os padrões de um serviço de saúde Zero Discriminação no Brasil. Contudo, a tarefa não estava finalizada neste ponto.

Nos dias 2 e 3 de outubro de 2018, o UNAIDS e o DCCI, em parceria com o Programa USP Diversidade da Pró-reitoria de Cultura e Extensão Universitária, realizaram, na cidade de São Paulo, o Seminário Zero Discriminação nos Serviços de Saúde. Mais de 70 representantes de vários setores da sociedade como, sociedade civil, universidade, profissionais e gestores de saúde, reuniram-se no Museu de Arte Contemporânea da USP para amplificar as vozes dos diálogos e dar seguimento à tarefa de construção dos padrões de um serviço de saúde Zero Discriminação no Brasil.

O Seminário serviu como um verdadeiro laboratório de ideias, construído com base na mesma metodologia dos Diálogos, ou seja, lançando mão de perguntas que estimulassem um debate propositivo e uma troca constante de reflexões, visões e perspectivas. Para isso, foram utilizadas diversas dinâmicas, com destaque para aquelas baseadas em trabalhos em grupo.

Nas próximas páginas são apresentados com detalhes a metodologia e os resultados de cada um dos dois dias do Seminário.





DIA 1



ATIVIDADE 1

O que é um serviço de saúde zero discriminação para você?



Os participantes foram divididos previamente em sete grupos sendo garantida a representação dos diversos setores (gestão, profissionais, sociedade civil e universidade) em cada um dos grupos. Durante 40 minutos, eles deveriam fazer um "brainstorm" (tempestade de ideias, na tradução literal para o português) a partir da seguinte questão: "O que é um serviço de saúde Zero Discriminação para você?"

Como forma de estimular o debate entre os participantes foi exibido um vídeo¹, gravado durante a realização dos *Diálogos para Zero Discriminação nos Serviços de Saúde*, que aborda experiências positivas nos serviços de saúde vividas pelas pessoas participantes dos Diálogos e as suas perspectivas do que seria um serviço de saúde Zero Discriminação.

As questões levantadas em cada grupo foram muito variadas e podem ser categorizadas nos seguintes eixos principais:

-  Acesso e acolhimento
-  Gestão/territorialidade
-  Educação em Saúde/Educação e formação permanente
-  Monitoramento e avaliação
-  Articulação/control social
-  Comunicação e representatividade
-  Estrutura dos serviços
-  Fortalecimento e implementação das políticas já existentes

Em relação a acesso e acolhimento, os grupos destacaram a importância de que os serviços de saúde estejam disponíveis nos locais onde são necessários e funcionando nos horários que atendam as pessoas que mais necessitam, sem barreiras ou dificuldades de acesso. Devem ser

1. Vídeo disponível no canal do Youtube do UNAIDS Brasil <https://www.youtube.com/watch?v=l-DOmeISLNg>



espaços onde todas as pessoas se sintam acolhidas, independentemente de orientação sexual, identidade de gênero, raça/etnia, sorologia para o HIV ou qualquer outra condição.

Sobre a gestão dos serviços, destacou-se a importância de que a gestão trabalhe de modo mais próximo aos profissionais, acompanhando o serviço de perto, e fazendo as intervenções nos momentos necessários. Também foi destacada a importância da discussão da territorialidade para que as pessoas possam ter a oportunidade de serem acolhidas onde se sentem bem. Ainda, foram levantadas questões relacionadas à necessidade de que a própria composição das equipes seja mais representativa das populações-chave.

Um ponto levantado em todos os grupos foi o de que, em um serviço de saúde Zero Discriminação, é fundamental que o estabelecimento tenha estratégias de capacitação dos profissionais para o atendimento de toda a diversidade de usuários, especialmente das populações-chave.

A formação deve se dar de modo continuado e abranger todos os profissionais envolvidos no serviço de saúde, desde a equipe de segurança e limpeza como também enfermeiros, agentes comunitários, médicos etc. Além disso, foi mencionada diversas vezes a necessidade de intervir na formação de futuros profissionais que ainda estejam em nível universitário.



Alguns grupos levantaram a importância de os serviços terem instrumentos e mecanismos efetivos de avaliação, com base no diálogo constante entre gestão e equipe, no fortalecimento dos mecanismos de ouvidorias e em uma maior participação de pessoas usuárias.

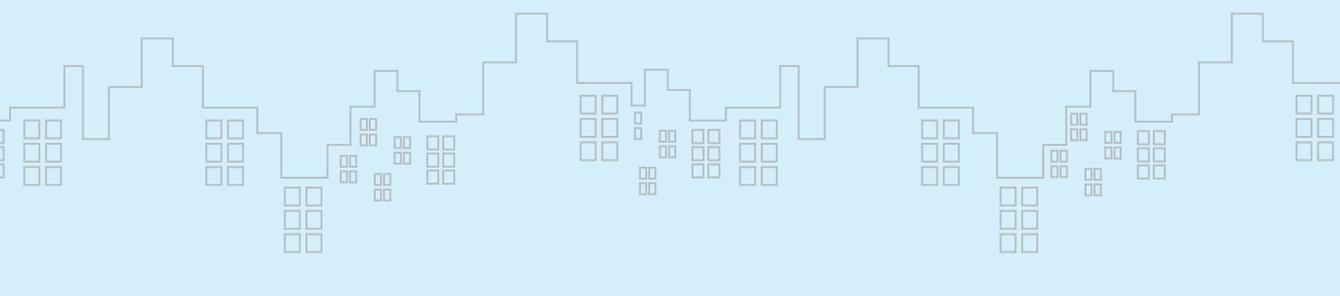
A participação dos usuários foi apontada como uma base fundamental em um serviço de saúde Zero Discriminação. A participação de pessoas usuárias não deve se limitar às estruturas formais de controle social (ouvidorias, por exemplo). Elas podem contribuir também em estratégias de formação continuada de toda a equipe e também em ações de acolhimento de outras pessoas usuários destes serviços.

A comunicação também foi um ponto bastante discutido nos grupos, considerada num sentido amplo, englobando desde as habilidades de comunicação dos próprios profissionais, até a disponibilização de informações para os usuários sobre seus direitos, cartazes que indiquem que o serviço é Zero Discriminação, campanhas na comunidade etc.

Também foram apontadas questões relativas à própria estrutura física dos serviços, que podem ser melhoradas para garantir um melhor acolhimento de todas as pessoas. A partir das discussões, observa-se que, mais do que grandes investimentos ou reformas, pequenos ajustes na estrutura do serviço, incluindo divisão de salas e cores, podem ter um grande impacto.

Por fim, diversos grupos levantaram a importância de resgatar, respeitar e efetivar as políticas e marcos já existentes, como a Política Nacional de Humanização, o uso do nome social, os planos de saúde voltados para populações específicas. Os grupos destacaram a importância de que não é necessário criar iniciativas ou ações do zero e que já há muito acúmulo no conhecimento e nos marcos sobre estas questões de não discriminação.

A seguir apresentamos um quadro com os principais pontos levantados em cada eixo:



TRABALHO EM GRUPO

O que é um serviço de saúde zero discriminação para você?

ACESSO E ACOLHIMENTO

- > Presença dos serviços onde há necessidade.
- > Unidades de saúde funcionando em horários compatíveis com a realidade da população.
- > Atendimento humanizado, livre de preconceitos.
- > Oferece serviços de saúde de qualidade independentemente da raça/cor, gênero, identidade de gênero, condição social, orientação sexual, e onde as pessoas podem se encontrar como sujeitos naquele ambiente.
- > Serviço com profissionais que tenham compromisso.
- > Serviço que sai da lógica de classificação de risco e entra em uma lógica de acolhimento, com escuta empática.
- > Atendimento não pode ser médico-centrado.
- > Respeito ao nome social.
- > Estratégias para alcançar as populações que não estão chegando aos serviços.

GESTÃO/ TERRITORIALI- DADE

- > Deve possuir fluxos assistenciais claros e resolutivos para evitar vários encaminhamentos desnecessários. A população deve ser informada sobre esses fluxos.
- > Necessidade de discutir a territorialidade para que as pessoas possam ter a oportunidade de serem acolhidas onde se sentem bem.
- > Trazer para a discussão cotidiana entre gestão e trabalhadores o quesito raça/cor como fator determinante para o acesso aos serviços de saúde, bem como questões relacionadas a orientação sexual e identidade de gênero.
- > Promover a conexão entre gestão e trabalhadores da saúde.
- > Serviço com um conselho gestor existente, em funcionamento, e que inclua as vozes específicas da população.
- > Equipes formadas com diversidade e representatividade.
- > Produção de mais dados sobre as populações prioritárias (trans, jovens de transmissão vertical, etc.)

- > Sistemas de saúde precisam ser readequados para a diversidade (falta nome social, identidade de gênero). Ex.: sistema de citologia não aceita a identidade de gênero.
- > Dialogar sobre e enfrentar o racismo institucional.
- > Os profissionais devem se despir de concepções pessoais e vestir os princípios do SUS.
- > A equipe deve contemplar profissionais específicos para cada demanda específica da população (ex. hebiatras).
- > A gestão deve efetivamente considerar os profissionais de recepção e segurança como parte do sistema

**EDUCAÇÃO
EM SAÚDE/
EDUCAÇÃO
E FORMAÇÃO
PERMANENTE**

- > Serviço que informe os usuários sobre os seus direitos.
- > Formação humanizada dos profissionais.
- > Estratégias de educação em saúde continuadas com metodologias mais participativas que envolvam todas as pessoas trabalhadoras da saúde, incluindo agentes comunitários, pessoas terceirizadas, etc.
- > Todas as pessoas trabalhadoras da saúde devem ser capacitadas e sensibilizadas para as questões que afetam as diversidades de usuários e usuárias.
- > Contemplar as questões da sexualidade e de identidade de gênero, para além das identidades heteronormativas
- > Passar a pessoas usuárias informações científicas sobre o uso de álcool e outras drogas e uso de medicamentos de modo a não criar barreiras, e para que as pessoas não abandonem seus tratamentos.
- > Trabalhar as questões religiosas ainda muito presentes no cotidiano de muitas pessoas que trabalham em serviços de saúde.
- > Promover cursos EAD (educação à distância) sobre diversidade sexual.
- > Incluir os temas relacionados à Zero Discriminação no currículo das universidades.
- > Desenvolver programas de sensibilização voltados a pessoas trabalhadoras da saúde.
- > Abordar as questões de religiosidade e como isto pode interferir no atendimento de usuários e usuárias.
- > Utilizar estratégias de formação entre pares.

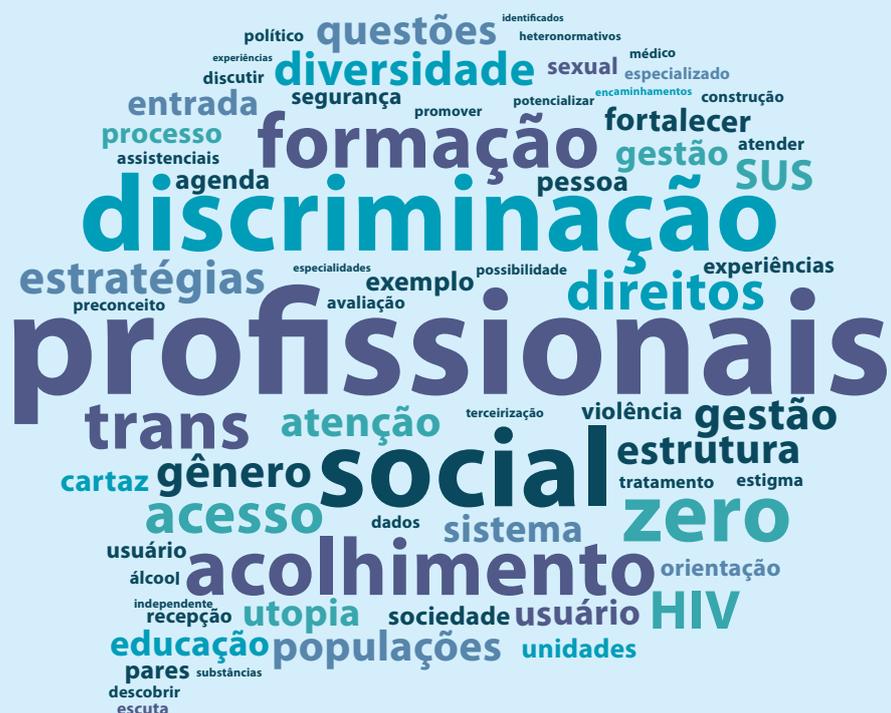
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">> Utilizar a ouvidoria e outros espaços de participação social para avaliar e qualificar os serviços.> Serviço com escuta sistemática de pessoas usuárias—e não somente ouvidorias, ou o simples “botão com a carinha sorrindo”.> Sistema de informação integrada (prontuários eletrônicos).
ARTICULAÇÃO/CONTROLE SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">> Fortalecer a visibilidade das pessoas vivendo com HIV, pessoas trans, gays e outras populações como forma de quebrar estigmas.> Incentivar ouvidorias e conselhos gestores, notificando os erros e formas de corrigi-los.> Controle social com mecanismos para recebimento imediato de denúncias nos próprios serviços e mecanismos de mediação de conflitos.> Fortalecimento da autonomia do usuários.> Serviço de avaliação permanente do usuário (ex: Fale Conosco).
ESTRUTURA DOS SERVIÇOS	<ul style="list-style-type: none">> Serviço de saúde com um ambiente acolhedor desde a entrada, com reconhecimento visual do princípio da Zero Discriminação.> Banheiros inclusivos para as diversidades de gênero.
FORTALECIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS JÁ EXISTENTES	<ul style="list-style-type: none">> Potencializar estratégias já existentes e aprender com experiências anteriores e suas metodologias.> Implementar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).> Dialogar e avançar com a agenda do HumanizaSUS.> Garantia do nome social e demais normas já postas.> Implementar as políticas de segmentos populacionais já existentes.

Abaixo segue a nuvem de palavras com as palavras mais utilizadas pelos participantes durante o trabalho em grupo.

NUVEM DE PALAVRAS

TRABALHO EM GRUPO

O que é um serviço de saúde Zero Discriminação para você?



ATIVIDADE 2

O impacto da discriminação na saúde



O objetivo desta atividade foi promover uma reflexão entre participantes do Seminário sobre o potencial de um sistema de saúde Zero Discriminação através de falas inspiradoras no formato similar ao dos TED Talks (TED, do acrônimo de Technology, Entertainment, Design—em português: Tecnologia, Entretenimento, Planejamento—é uma série de conferências sem fins lucrativos realizadas na Europa, na Ásia e nas Américas, destinadas à disseminação de ideias dentro de 18 minutos). As falas em um Ted Talk são conhecidas por trazerem uma ideia inovadora sobre determinado assunto, e que buscam inspirar as pessoas para que saiam do lugar comum sobre aquele determinado tópico, promovendo assim novas ideias e soluções para problemas de diversas áreas.

Cada uma das pessoas participante desta sessão recebeu um conjunto de perguntas para guiar a preparação de suas falas e foi convidada individualmente ao palco para uma fala de até 15 minutos sobre o tema proposto.

Abaixo segue um resumo de cada uma das três falas inspiradoras, com seus títulos e as perguntas norteadoras propostas pela equipe organizadora:

TRANSFOBIA E SAÚDE

Rafaelly Wiest

Mulher Trans Cientista Política e Diretora de Informação do Grupo Dignidade



Como a transfobia impacta na saúde das mulheres trans e travestis?

Como as travestis e transexuais têm enfrentado a discriminação no dia-a-dia?

Quais os principais avanços que tivemos nos últimos anos?

Como os diversos setores da sociedade ali presentes no Seminário podem ser aliados no enfrentamento à transfobia na saúde?

Em sua fala, Rafaelly Wiest disse que é necessário focar em questões emergenciais e questões legais no que se refere à saúde, principalmente em relação a questões da saúde LGBT. O Ministério da Saúde e o Comitê do antigo DAGEP² (Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa) coordenaram a construção da Política Nacional de Saúde Integral LGBTI e questões mais burocráticas como o plano operativo. Em termos legais, no SUS, para se realizar qualquer procedimento em uma Unidade Básica de Saúde, Pronto Atendimento ou até mesmo Centro de Urgência e Emergência, existem códigos que são operacionalizados e cuidados pelo DATASUS. Por conta de tentativas de burlar leis, que ocorriam no passado, nos dias atuais, está em vigência uma divisão desses códigos padrões por gênero de nascimento, ou seja, existem códigos designados para homens cis e mulheres cis.



Mulheres transexuais, ao retificarem seus documentos, passam a ser vistas como mulheres cis pelo sistema jurídico. Este fato muda a lista de procedimentos aos quais elas têm acesso no SUS. Dessa forma, se uma pessoa está com câncer de próstata, mas dentro dos códigos destinados a ela só existe a opção destinada ao câncer de útero, este não poderia ser utilizado para atendê-la. Contudo, o que acontece na prática é que o médico não vai deixar de fazer o atendimento e acaba usando um código similar para receber um recurso semelhante.

2. DAGEP (Coordenação Geral de Garantia da Equidade - COGE)

Ela também lembrou que, desde 1º de março de 2018, o direito à retificação de prenome e gênero diretamente nos cartórios passou a ser garantida pelo STF. Com essa desburocratização vem o desafio de como homens trans, que civilmente são reconhecidos como homens cis, conseguirão realizar pré-natal. Além disso, alguns ambientes, como um consultório de ginecologista, por exemplo, são historicamente pensados para o padrão “mulher-rosa” e “homem-azul”, o que, muitas vezes, torna este ambiente desconfortável para pessoas trans. Essas questões estão acontecendo e ainda não foram realizadas mudanças para abordar esses desafios.

Outra questão que é importante ser debatida, segundo ela, é a interação medicamentosa da terapia antirretroviral para HIV. Mesmo com toda política brasileira de AIDS, que é referência, no campo da infectologia ainda existem médicos que insistem em afirmar que não se pode fazer uso da terapia antirretroviral e fumar ou beber. Em termos de adesão ao tratamento, isso é negativo. Em 2015, durante a Conferência da IAS (International AIDS Society) em Vancouver, em uma mesa sobre interação medicamentosa, Rafaelly Wiest disse que perguntou sobre interação medicamentosa da TARV com álcool e outras drogas e houve um consenso de que a única que os estudos demonstraram riscos significativos é o ecstasy, e as demais substâncias possuem interações variáveis. Contudo, é importante que as recomendações sigam a diretriz de redução de danos para que a abstinência não seja uma condição inflexível para acesso ao tratamento antirretroviral. Um exemplo disso é que algumas trabalhadoras do sexo de Curitiba, que foram abordadas pela estratégia Viva Melhor Sabendo, afirmaram não tomar o medicamento antirretroviral porque haviam sido instruídas pelo médico que não deveriam tomar o medicamento quando bebiam. Contudo, elas também afirmaram que precisavam beber para aguentar o frio da noite da cidade. Dessa forma, fica claro que esse tipo de instrução pode se transformar em uma barreira de acesso e para a adesão ao tratamento.

Em sua apresentação, ela falou também da importância de se pensar na saúde da mulher lésbica, para que o serviço acolha e entenda que a relação da mulher com um pênis não deve ser condicionante para realização de um tratamento de rotina ou tratamento para possíveis ISTs ou HIV. Ainda que a prevalência de HIV seja menor nessa população é importante que esta não seja invisibilizada ou que isso justifique a falta de novas pesquisas e tecnologias. Afirmou que outro grande desafio é a questão do silicone industrial. No Brasil só existe um serviço de referência para o tema no interior de São Paulo e não existem incentivos reais para se pensar essa situação, que sempre foi uma realidade para as mulheres transexuais, mas que só ganhou atenção nacional quando aconteceram complicações com uma mulher cis. A necessidade de

promoção de pesquisas e estudos sobre o impacto do silicone industrial sempre foi uma demanda, um apelo das militantes trans.

Por fim, Rafaelly destacou que a saúde mental também deve estar em pauta. Em tese, desde 1992, a homossexualidade e lesbianidade não estão no Código Internacional de Doenças. Contudo, segundo ela, no Brasil, ainda existem estados que criminalizam, de forma velada, as práticas de pessoas homossexuais. As pessoas trans, por sua vez, ainda continuam na Classificação Internacional de Doenças (CID) até a publicação do documento, que será apresentado em 2019 e publicado em 2022, se aprovado na Assembleia Geral da ONU. Só então as pessoas trans sairão do bloco do DSM (Diagnostic and Statistical Manual) e passarão para um capítulo novo que será criado, deixando então de serem consideradas pessoas “disfóricas” para serem consideradas “incongruentes”, sendo alocados em incongruência de gênero. Esse novo capítulo tem sido chamado de questões relacionadas a gênero e sexualidade. Isso também é um grande desafio porque, até lá, as pessoas trans continuarão sofrendo o impacto de serem diagnosticadas dentro de uma patologia que, até 2022, estará no bloco de doenças mentais, o que carrega um estigma ainda mais pesado.



SAÚDE, DISCRIMINAÇÃO E DIREITOS HUMANOS

Micaela Cyrino

Artista Visual, Integrante do Coletivo Amem e Militante nas questões da saúde da Mulher Negra direitos sexuais e reprodutivos



A partir das suas vivências, como a saúde, a discriminação e os direitos humanos se relacionam?

De que formas a discriminação aparece nos serviços de saúde?

Quão perto/longe estamos para alcançar a Zero Discriminação nos Serviços de Saúde?

O que todas essas pessoas presentes no Seminário podem fazer a partir de hoje para enfrentar a discriminação e promover os direitos humanos nos serviços de saúde?

Micaela Cyrino levou reflexões sobre o impacto da discriminação e do estigma na vida das pessoas vivendo com HIV e transmissão vertical. Afirmou que estas pessoas foram criadas com limitações que se iniciam no pensar uma perspectiva de vida. Dessa forma, ao falar em Zero Discriminação esta perspectiva se esbarra na utopia e no desafio de pensar em como alcançá-la. É necessário formar estratégias, mas também reformulá-las a todo momento. Porque, segundo ela, no início da epidemia de AIDS, pensava-se somente nas populações específicas e nem se imaginava que crianças nasceriam com HIV e que, depois de nascidas, não se pensava que haveria uma sobrevida. Dessa forma, Micaela questionou como as pessoas olham para esse corpo que tem sido medicalizado há tantos anos. E quais são os impactos dos antirretrovirais nessa sobrevida.

Em sua apresentação ela falou da importância de se discutir sobre a relação entre HIV e AIDS e temas como longevidade e maternidade. Falou sobre como é possível atualizar o discurso e abordar a problemática do tratamento em um sistema de saúde que é racista e machista. Para Micaela, é necessário reunir forças e ideias para repensar o sistema que mata e oprime a todo momento. É importante rever toda a estrutura que tem uma memória da escravidão latente em todos lugares, que torna possível ver claramente a diferença entre negros e brancos. Acrescentou que, quando se fala em trazer todos para o diálogo, é necessário



questionar quais estratégias estão sendo usadas para, de fato, trazer todas as pessoas. Ademais, disse que a sociedade evolui a todo momento, então é importante alinhar também o diálogo entre gerações.



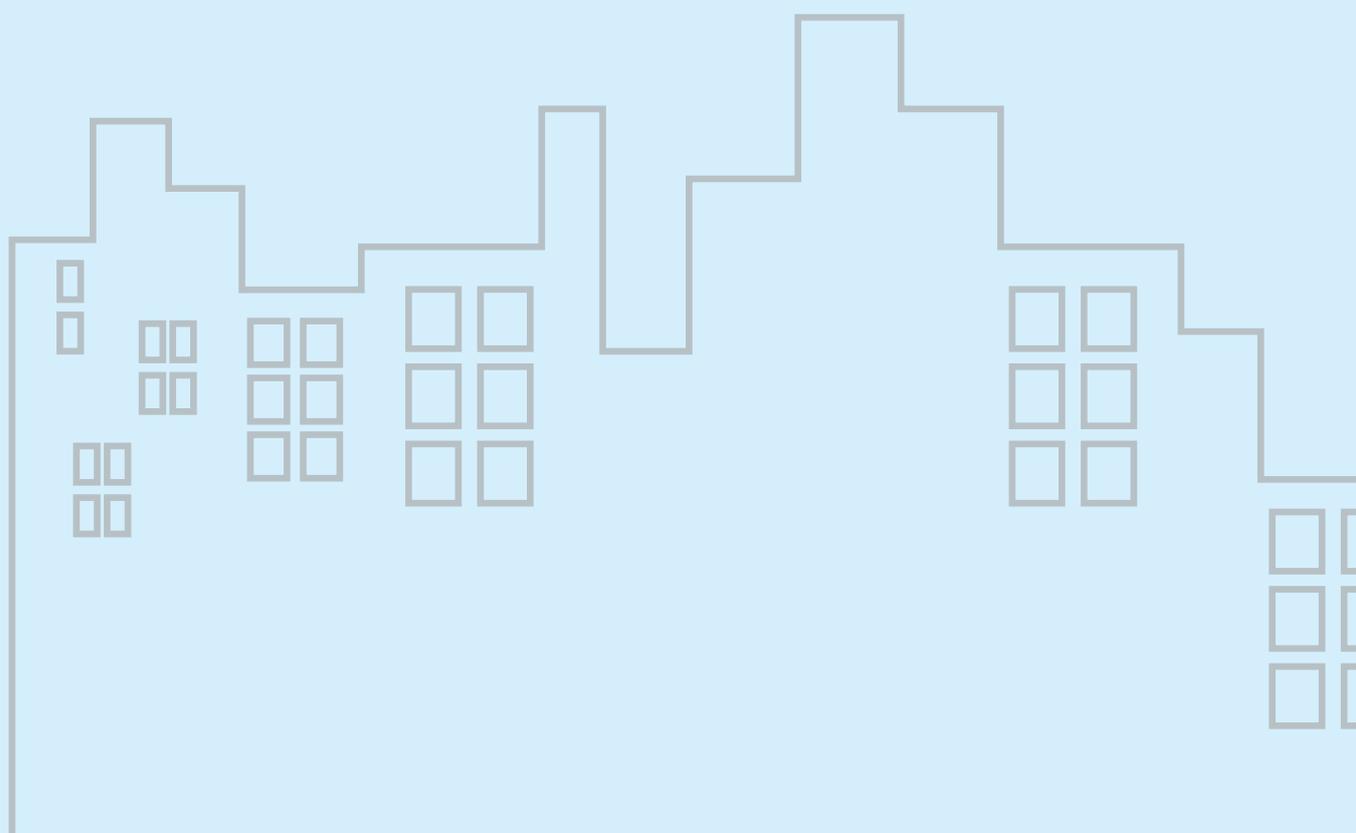
Em relação à discriminação, Micaela chamou a atenção sobre a importância de se atentar às diversas faces que esta pode tomar. Uma pessoa negra vivendo com HIV, por exemplo, pode sofrer um impacto muito mais agressivo por conta do racismo do que por conta da soropositividade para o HIV. Dessa forma, ela acredita ser necessário observar como o sistema de saúde trata a população negra que, na maioria das vezes, está marginalizada, assim como o ideário construído sobre a força da mulher negra que muitas vezes justifica violências, especialmente obstétricas. Dessa forma, as pessoas têm entendido cada vez mais a necessidade de questionar esses lugares, como o sistema não dialoga com usuários e usuárias e quais estratégias devem ser efetivadas para desmistificar essas questões.

Afirmou que pessoas vivendo com HIV muitas vezes vivem com uma perspectiva limitada de vida e com a dificuldade de ter toda vida ligada ao tratamento de AIDS, só conseguindo pensar no HIV e em manter uma carga viral indetectável. Para essas pessoas, existem várias especificidades e questões que mostram que não é tão simples, não é "só tomar o remédio", também é necessário dialogar sobre essas várias questões e, além disso, abrir espaço para as pessoas falarem e contarem sobre suas

experiências. Exemplificou dizendo que, em São Paulo, existe o Coletivo Amem, que fala sobre Positividade e Afetividade Negra e que mostra que as pessoas tiveram que criar estratégias, pois o sistema não as acolhe.

Contudo, mesmo pessoas que já vivem com HIV há muito tempo, falam sobre o assunto e entendem o impacto do vírus na vida. Por vezes, deparam-se com preconceitos terríveis mesmo por parte de profissionais de saúde. E, por isso, entende a importância de construir ferramentas para sanar esses problemas de discriminação, assim como pensar a longevidade e o acesso a informações que sejam acessíveis, inclusive na linguagem.

Em setembro de 2018, aconteceu o primeiro Seminário Regional de Transmissão Vertical e Infecção de HIV na Adolescência, que reuniu cerca de 70 adolescentes e jovens da região sudeste para abordar essa lacuna na discussão em relação a pessoas que nasceram com HIV ou se infectaram muito cedo. A partir desse encontro, foi elaborada uma carta que representa um marco para a juventude que nasceu com HIV ou que adquiriu a infecção na infância ou adolescência para colocar as demandas desse público, mostrando que as vidas dessas pessoas são muito maiores e complexas do que tratamentos medicamentosos e para reforçar que elas não são apenas números de prontuários ou adesão a remédios, mas que suas vidas importam.



HIV, AIDS E DISCRIMINAÇÃO NOS SERVIÇOS DA SAÚDE

Carué Contreiras

Pessoa não binária vivendo com HIV/AIDS e Médico Pediatra



Qual o lugar da discriminação na epidemia e na resposta do HIV?

Como a discriminação relacionada ao HIV se apresenta nos serviços de saúde?

O que é necessário fazer para enfrentar essa discriminação?

Carué Contreiras abordou a discriminação constantemente reproduzida pelos serviços de saúde. Disse que esta discriminação, que atualmente pode ser vista na ponta, no serviço de saúde, vem, na verdade, de muito antes. Segundo ele, a saúde, em geral, antes de ser discriminatória, é normativa e autoritária. A saúde coletiva trocou de nome e buscou se descolar desse padrão, mas não conseguiu e continua reproduzindo-o. Afirmou que esse contexto é potencializado quando combinado às diferentes discriminações presentes na sociedade.

Constatou que a cis-heteronormatividade que rege a sociedade também se reproduz no meio médico e na saúde pública, a qual se torna cis-heteronormatividade medico-sanitaria. Um exemplo disso é o Tratado Brasileiro de Pediatria que estava vigente até 2017 e que patologizava a homossexualidade e falava sobre “retenção na fase homossexual” e sobre o “trejeito lésbico-sapatão”. Então, segundo ele, é difícil falar sobre resolver a discriminação na ponta enquanto as instituições estão passando esse tipo de mensagem na formação dos profissionais. Este capítulo foi recentemente alterado e está melhor. Mas, segundo Carué, em julho de 2018, a Sociedade Brasileira de Pediatria emitiu uma nota em nome dos pediatras do Brasil criticando o desenho animado da Netflix com super-heroínas trans. Então isso ainda permeia as instituições.

Carué Contreiras levantou também a questão sobre o termo HSH, que, de acordo com ele, tem diferentes níveis de “uó”, sendo o pior de todos o HSH que inclui mulheres transexuais e travestis, que é o que está vigente na vigilância epidemiológica. Disse que tem outro HSH que é menos pior que inclui todos os gays e bissexuais, mas que agora foi substituído por gays e outros HSH, o que ainda exclui os bissexuais. Então as instituições, as políticas de saúde, a gestão de HIV, entre outros, querem discutir discriminação, mas continuam usando acepções como essas de HSH que fomentam a discriminação.

Falou que está saindo um novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) que rege todos os profissionais de saúde do país em relação a isso, e, finalmente, este vai contar com um capítulo sobre infecções anais bacterianas. Para Carué isto importante, visto que, antes desse protocolo, não existia subsídio técnico para tratar da vida sexual anal.



A epidemia de HIV e sua concentração em alguns focos tornou necessário que a saúde voltasse sua atenção para populações que nunca tinham sido olhadas, como a população LGBT. Para ele, contudo, sendo a saúde cis-heteronormativa, ela usou a situação para reduzir esta população ao HIV. Carué defendeu que esse reducionismo estatal LGBT é uma tendência, contra a qual o movimento LGBT se posiciona. Segundo ele, profissionais de saúde se deslocam até o Arouche, por exemplo, mas lá só serão ouvidas demandas relacionadas ao HIV, e que, se houver qualquer outro tipo de demanda, não será atendida.

O movimento social, por sua vez, realiza a discussão da saúde LGBT a partir da perspectiva dos direitos humanos, porém, invisibiliza o HIV. Ele cita o exemplo da Conferência Nacional LGBT de 2016, que produziu um relatório muito bom com muito trabalho do movimento e que fala bastante sobre saúde, mas no qual a palavra HIV aparece apenas cinco vezes

em 116 páginas. Um em cada cinco homens gays e uma a cada três mulheres transexuais vivem com HIV, mas em um relatório desse movimento, com tantas páginas, a palavra aparece apenas cinco vezes. Assim, por diversos motivos como a sorofobia, por associação que parte da sociedade cis-heteronormativa, o movimento LGBT busca a todo tempo se dissociar do HIV e acaba criando um ambiente hostil para pessoa vivendo com HIV. O movimento LGBT, ao invés de ter uma postura afirmativa, também assume postura sorofóbica e reclama constantemente de ser associado ao vírus como se isso o desabonasse. Carué questionou, então, qual o problema de ser associado ao HIV.

Afirmou que, atualmente, o movimento LGBT está retomando essa discussão, pois o orçamento dos Direitos Humanos diminuiu e este passou a necessitar do orçamento da saúde, o que é legítimo e não deve ser visto como um problema. Além disso, os dados estão mostrando uma piora, sobre a qual é necessário conversar, mas não através de um discurso que exclua a pessoa vivendo com HIV, como o discurso preventivista. Porque este discurso fala do HIV com quantidades abstratas e mensagens de “proteja-se”, “cuide-se”, “use PrEP”, “use camisinha”, mas sem defender os direitos das pessoas vivendo com HIV naqueles mesmos espaços. Esta é uma abordagem muito presente em programas de Estado e que o movimento LGBT acaba replicando.

Em sua fala, Carué disse que, por parte dos serviços de saúde, mesmo dos que estão acostumados a lidar com pessoas vivendo com HIV, a discriminação se dá com frequência através da lógica da vetorização. A lógica do perigo dessa pessoa para sociedade, que provoca um controle sobre os corpos e sobre a autonomia de tratamento da pessoa vivendo com HIV. Essa abordagem, por sua vez, não vem apenas do profissional que está na ponta, mas também dos protocolos e do nível central. Então, ele afirmou ser necessário pensar como a saúde pública normativa induz a essas situações e buscar o equilíbrio.

Carué disse acreditar que o campo do HIV vai liderar a não discriminação em relação à saúde LGBT, pois isso não vai vir do setor como um todo. Na prática, ter o UNAIDS patrocinando esse tipo de iniciativa é positivo, mas também nos estados e nos municípios o programa de HIV deve ter mais proatividade em incentivar a atenção básica a para produzir serviços de saúde Zero Discriminação. Também é necessário encontrar uma forma de se conectar com as instituições médicas, conselhos de classe e as sociedades das especialidades, como a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Ademais é necessária uma autoanálise para entender o que, no nível central, ainda está promovendo a discriminação, o que pode ser feito através de um Grupo de Trabalho (GT), por exemplo.

ATIVIDADE 3

Discriminação na saúde – o que os estudos apontam?



Objetivando alimentar as discussões do Seminário com dados e evidências sobre discriminação nos serviços de saúde do Brasil, o terceiro momento do primeiro dia do Seminário contou com quatro apresentações sobre discriminação contra pessoas LGBT, racismo institucional e acesso à PrEP nos sistemas de saúde.

Cada participante desta sessão de apresentações recebeu um conjunto de perguntas disparadoras para guiar a construção de suas falas. Cada pessoa foi convidada a falar individualmente no palco, com um tempo determinado de até 15 minutos. Ao final, foi aberta a possibilidade de perguntas pela audiência.

Segue abaixo um resumo de cada uma das quatro apresentações, com seus títulos e as perguntas norteadoras propostas pela equipe organizadora:



RACISMO INSTITUCIONAL: IMPACTO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL



Maria Inês Barbosa

Assistente Social, Professora e Pesquisadora

Quais são os principais dados e evidências que temos que temos do impacto do racismo/racismo institucional na saúde no Brasil?

Quais as intersecções do racismo, com a saúde sexual e reprodutiva e a epidemia do HIV?

Quais caminhos/desafios os dados apontam no enfrentamento do racismo nos serviços de saúde no Brasil.

Maria Inês Barbosa iniciou sua fala com uma saudação às ancestralidades e apresentando a filosofia de princípio africano, Ubuntu, que diz que “eu existo porque vocês existem e vocês existem porque eu existo”, e que, através disso, acredita ser possível fazer a diferença. Também disse ser importante recordar a imagem de Marielle e o trecho do poema de Audre Lorde, mulher negra, lésbica, mãe e poeta, tendo dedicado sua vida e talento contra o classismo, o sexismo, o racismo e a homofobia.

“[...] criar causa comum com aquelas outras que se identificam como fora das estruturas a fim de definir e buscar um mundo no qual todas nós possamos florescer.”

Afirmou que tal trecho do poema retoma a discussão sobre utopia, ou seja, acreditar que todos e todas podem florescer. Segundo ela, nos tempos bicudos atuais, o poema inspira o exemplo de postura perante a vida e os projetos políticos, em contraposição a projetos que discriminam, que são racistas, homofóbicos, sexistas. Para Maria Inês, é o momento que está sendo vivido pela sociedade brasileira e o assassinato de Marielle é um desses símbolos.

O racismo institucional é um determinante social em saúde. Chamando várias pessoas que sistematizaram o conceito de racismo institucional, Camara Jones, epidemiologista negra dos EUA, afirma que este é normativo, muitas vezes legalizado e frequentemente manifesto como desvantagens naturais. Maria Inês demonstrou como ele é estrutural, vem sendo codificado nas normas, costumes, leis, sem a necessidade de um perpetrador identificável. Evidencia-se, segundo ela, na ausência

de ação diante das necessidades e se manifesta tanto nas condições materiais quanto no acesso ao poder.

Destacou que, com grande frequência, fala-se sobre dados, mas que, muitas vezes, estes dados existem só que ainda assim não se traduzem em atuação. Muitas vezes, sabe-se onde está determinado grupo de pessoas em cada bairro, por exemplo, mas se essa informação não está racionalizada cartesianamente é como se não existisse. Então é necessário que aconteça uma melhor gestão de dados, pois existe um grande apego ao sistema racional e cartesiano no qual simplesmente reconhecer e ver a existência dessas pessoas não é suficiente. Lidar com os problemas através desse sistema para então destruí-lo é um risco, pois ao fazer isso, as pessoas se habituem a necessitar que as coisas estejam mensuradas, não bastando senti-las, tê-las presentes.

*“Se quer saber o final, preste atenção no começo.”
- Provérbio africano*



Maria Inês argumentou que a questão do racismo e da população negra é discutida sem discutir a população branca. E questionou o porquê? Esta é uma forma de pensar em que o branco passa a ser a referência, o outro é que precisa ser nominado. E, na realidade, essa é uma relação dialética: se o negro, o indígena e o cigano foram racializados, o branco também foi. Contudo, afirmou a pesquisadora, o branco é a referência e é isso que é chamado de ideologia da supremacia racial branca.

Dessa forma existem poucas pessoas, como Cida Bento e Lia Schucman, e poucos estudos no país que se dedicam ao tema de branquitude e de branqueamento.

“Na verdade, o legado da escravidão para o branco é um assunto que o país não quer discutir, pois os brancos saíram da escravidão com uma herança simbólica e concreta extremamente positiva, fruto da apropriação do trabalho de quatro séculos de outro grupo. Há benefícios concretos e simbólicos em se evitar caracterizar o lugar ocupado pelo branco na história do Brasil. Este silêncio e cegueira permitem não prestar contas, não compensar, não indenizar os negros: no final das contas, são interesses econômicos em jogo.”
(Maria Aparecida Silva Bento)

Com essa perspectiva, Maria Inês Barbosa afirmou ser possível reconhecer que a história da escravidão também está relacionada ao acúmulo de capital. E adicionou que, enquanto as pessoas não se debruçarem sobre isso, não existirão avanços. Também assumiu que algumas pessoas podem ser contra, o que é esperado, e aflorou e vai aflorar quando as pessoas negras quiserem ocupar espaços tidos e havidos para outro grupo. Porque, segundo ela, enquanto elas estiverem no lugar que é esperado que elas estejam, não existe confronto.

Em relação aos dados, argumentou que estes são muitos e são facilmente encontrados. A produção certamente pode ser melhorada, mas o que está disponível é mais do que suficiente para implantar políticas e estratégias de superação. De acordo com boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, “[n]o Brasil, os indicadores de saúde com base na variável raça/cor revelam desigualdades sociais persistentes no país e destacam os grupos mais vulneráveis”. Dialogou com esse texto frisando que esses grupos não apenas são mais vulneráveis, mas também mais vulnerabilizados. Porque com essa mudança, a vulnerabilidade deixa de ser um adjetivo, pois existe um contexto social que gesta essas pessoas e isso não é um atributo do grupo, da população. A semântica e a linguística expressam uma forma de compreender o mundo. Então, segundo ela, não são populações vulneráveis, são populações vulnerabilizadas.

Além disso, disse que, sempre que surgir a discussão sobre políticas públicas, é necessário questionar de que Brasil se está falando. Esse é um desafio para o tipo de proposta da estratégia que o Seminário se dispõe a realizar. Com qual Brasil a estratégia está lidando? Um exemplo de população frequentemente esquecida é a população cigana, para a qual até existem políticas do Ministério da Saúde, mas eles estão completamente ausentes na construção destas.

Falou que um dado muito interessante relacionado à saúde é o dado sobre transplantes. O Brasil tem o maior sistema público de transplantes do mundo, no qual, teoricamente, o primeiro da fila será o primeiro a ser atendido. Todavia, afirmou que quem mais se beneficia nessa fila são homens brancos. No caso do transplante de fígado, a ordem dos mais beneficiados por raça/cor é, em ordem decrescente: branca, parda, negra e amarela. E o que parece mais perverso é que a população negra é potencialmente a população doadora, pois morrem de mortes violentas, em idade precoce e hípidos. Então, segundo ela, a população negra é potencialmente doadora, mas não receptora. Questionou como isso acontece em uma fila democrática. E respondeu que, muito provavelmente, isto se dá porque os doadores e receptores são SUS-dependentes. Para receber um órgão a pessoa tem que estar com seus exames em dia e isso já diz muito sobre as condições de cada população.

Maria Inês Barbosa destacou que os dados têm que levantar perguntas, levantar questões e que é assim que o sistema vai sendo desconstruído. Existe o ideal e a utopia, mas a realidade se nós não agirmos tendo por luz essa utopia de direitos para todas as pessoas, ela não se constrói.

Quais desafios os dados apontam no enfrentamento do racismo no sistema de saúde no Brasil?

Afirmou que é importante rever os compromissos já assumidos e como a estratégia de Zero Discriminação dialoga com o que já foi feito pelo Humaniza SUS, por exemplo. Existe o costume de pensar o novo sem analisar o que já foi feito com práticas similares, o que já foi aprendido. Já houve também, em 2012, um fórum que envolveu Ministério da Saúde, o Sistema das Nações Unidas, entre outros, para enfrentamento do racismo na saúde, do qual saíram uma série de propostas, mas que não foram efetivadas.

Acrescentou que essas discussões, muitas vezes, ficam apenas em Seminários, pois quando os gestores vão discutir metas, essas questões discutidas não entram. Se retomar o último Plano Nacional de Saúde, vigente até 2019, é possível observar apenas poucas linhas, um ou outro exemplo sobre o tema da saúde da população negra. É esse o desafio, segundo ela. Também disse que todos são parte do problema e que, enquanto alguns só se virem como parte da solução, vamos continuar como estamos. Um exemplo disso é que esses planos são aprovados em Conselhos dos quais a sociedade civil também faz parte, e eles passam. No momento de pactuar o plano, não existem diretrizes do Ministério da Saúde que façam considerar o que foi falado nas políticas de equidade, Zero Discriminação ou Humaniza SUS. Para ela, se algo não está como diretriz, não existe. Afirmou que esse é o desafio.

DADOS EM RELAÇÃO À QUESTÃO DO HIV EM PESSOAS TRANS



Maria Amélia Veras

Professora e Pesquisadora da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo

Quais são os dados e estudos mais recentes sobre população trans e a epidemia do HIV?

Quais são os desafios para o acesso da população trans aos serviços de saúde?

Como a discriminação afeta a saúde da população trans e o que os dados apontam para as políticas públicas para o enfrentamento da discriminação?

Maria Amélia Veras levou, em sua fala, alguns projetos em relação à prevalência do HIV em pessoas travestis e transexuais que têm sido realizados em São Paulo:

-  Projeto Muriel (2014-2015) - estudo transversal realizado em sete municípios do estado de São Paulo. Foram entrevistadas 667 pessoas em relação ao acesso a direitos e serviços.
-  Projeto Divas - parte de um grande projeto do Ministério da Saúde realizado em 12 capitais brasileiras.
-  Coorte Transnacional (2017 - 2020 previsão)
-  Transamigas (2018 - 2019 previsão)

Afirmou que as pessoas transexuais, especialmente as mulheres transexuais e travestis são desproporcionalmente afetadas pela epidemia de HIV em todos os lugares do mundo onde existem estudos para analisar essa questão. Um estudo de meta-análise publicado em 2013, liderado por Stefan Barão com outros pesquisadores, analisou dados disponíveis de estudos quantitativos realizados em 15 países diferentes. A prevalência agrupada entre as pessoas trans, quando comparada à prevalência na população geral dos mesmos países, indicou uma probabilidade 49 vezes maior de uma pessoa trans estar infectada.

Constatou também que há uma literatura vasta indicando que o estigma relacionado às pessoas transexuais, em função da sua identidade de gênero, está associado ao risco aumentado dessa população de se

infectar por HIV. Afirmou que, evidentemente, essa associação não é da ordem da biologia, mas é mediada por fatores contextuais, como alguns dos estudos apresentados falam da relevância da rejeição familiar, da limitação ou dos impedimentos de oportunidades educacionais, do desemprego, da situação de moradia precária ou instável, da falta de acesso a cuidados de saúde e da violência policial ou de outros agentes da lei, dentre outros fatores. Então, é uma gama de questões muito complexas. Quando se fala de discriminação, segundo ela, falando-se sobre um tema complexo permeado por muitas interseções.



Maria Amélia apontou que, no Brasil, existe uma vasta literatura com metodologia qualitativa feita pelas ciências sociais estudando as pessoas transexuais há muito tempo, mas não faz muito tempo que existem estudos epidemiológicos mostrando como é que os indicadores de saúde se revelam nessa população. Um estudo realizado em Fortaleza, em 2012, encontrou uma prevalência de HIV de 12% entre as travestis que foram participantes do estudo. O Projeto Muriel, realizado em São Paulo, encontrou uma prevalência de 26%. Ambos estudos não colheram material biológico, o estado sorológico para HIV era autodeclarado. Em 2017, foi publicado um estudo realizado por Beatriz Grinsztejn, da FioCruz do Rio de Janeiro, com uma amostra substancial de travestis e transexuais e que contou com testagem, no qual 31,2% das pessoas participantes estavam infectadas pelo HIV. Nesse estudo da FioCruz, a Beatriz foi analisar quais fatores estavam associados a esses diagnósticos e foi constatado que ser da cor preta aumentava o risco em quase 23%,

história de trabalho sexual aumentava em 30% e história de uso de cocaína aumentava em 4,5%. O uso de drogas entre pessoas travestis e transexuais tem sido pouco estudado, mas atualmente está sendo feita uma coleta de dados sobre isso, mas eles não estão ainda analisados.

Maria Amélia firmou que o Brasil tem um contexto de extrema violência transfóbica, que vários autores falam sobre isso. A performatividade dos corpos trans incomoda, ela é revolucionária e desafia o *status quo*. Segundo ela, isso convoca essa violência que faz com que, há alguns anos, o país lidere os homicídios entre pessoas trans de maneira muito brutal, pois os homicídios possuem requintes de crueldade difíceis de serem compreendidos. No Projeto Muriel, cerca de 86% das pessoas disseram ter sido vítimas de discriminação em função da sua identidade de gênero. Um estudo qualitativo que se seguiu ao quantitativo mostrou que mesmo as pessoas que afirmaram não ter sido vítimas de discriminação revelaram várias situações interpretadas pela equipe da pesquisa como situações de extrema discriminação ou exclusão. É possível dizer que 100% da amostra experimentou situações de discriminação.

Em sua apresentação, a pesquisadora disse que é muito importante entender com que armas as pessoas se defendem nesses contextos. Foi estudado um pouco a relação dessas pessoas com instituições muito fundamentais da vida social e individual, como a família, a escola e o ambiente religioso. É, então, possível perceber que menos da metade das pessoas têm uma relação boa com essas instituições. As agressões relatadas nessa pesquisa foram: agressão verbal, humilhação, constrangimento, agressão física e policial. Ademais, essas agressões não são exclusivas, uma mesma pessoa sofre mais de uma dessas formas. É interessante também saber o que essas pessoas fizeram em relação à agressão sofrida; chama atenção que quase 50% diz não ter feito nada, o que leva a crer que as pessoas não têm recursos e não acreditam ou não contam com instituições públicas que deem apoio a esse tipo de situação.

A coorte transnacional acontece em San Francisco e em São Paulo e deve acontecer em outros países e outras regiões do mundo. Contou que este tenta criar uma plataforma de pesquisa sobre prevenção de HIV e outras IST, especialmente na população de mulheres trans. Ele tem seus investigadores principais nos Estados Unidos, de onde vem seu financiamento fundamental dos institutos nacionais de saúde, e possui, em São Paulo, o apoio imprescindível da Secretaria de Estado da Saúde, pelo CRT, que sedia o estudo e colabora materialmente com várias atividades. Para esse estudo, foram rastreadas 737 pessoas, sendo 530 elegíveis para a coorte, 238 retornaram para uma segunda entrevista seis meses depois e completaram um ano de seguimento. A prevalência

de infecção nesse estudo é de 28,4%. Em entrevistas, cerca de 40% declararam ter sofrido discriminação no acesso à saúde, 6,8% declararam já ter se testado para HIV antes do estudo, 2,4% declararam estar em uso de PrEP e essas pessoas estavam acessando algum tipo de protocolo, ou seja, não haviam sido alcançadas na distribuição do SUS, e 46% declararam ter praticado sexo anal desprotegido nos últimos seis meses. Outros indicadores foram, baixo suporte social (quase 14%), baixo suporte na família (quase a metade), escolaridade menor do que o primeiro grau (quase 32%), desempregadas (quase 80%), em situação de moradia precária (quase 18%) e vivendo na rua ou em abrigos (22,5%).

Trazendo dados de forma breve, destacou Maria Amélia, é possível dizer que existem altas taxas de estigma e alta prevalência de infecção por HIV. Ela afirmou que o estigma contra pessoas transexuais cria um ambiente complexo no qual é difícil mobilizar resiliência, porque elas não contam com nenhum tipo de fator social, familiar e institucional. As pessoas trans são muito resilientes, mas é preciso se dar conta de que não é possível responsabilizar a resiliência individual, é necessário oferecer suporte para conseguir atuar. As pesquisas são importantes para ir desvendando esses caminhos e mostrar os mecanismos pelos quais isso se perpetua, como a violência simbólica no uso dos nomes, dos pronomes e várias outras, e também é oportuno lembrar a interseccionalidade entre a discriminação contra pessoas transexuais e outros marcadores sociais, incluindo a questão da raça/cor especialmente no contexto do Brasil.



HOMOFOBIA, ACESSO À SAÚDE E PREP NO BRASIL



Ricardo Vasconcelos

Médico Infectologista e Pesquisador

Como a homofobia impacta o acesso à saúde?

Quais são os dados existentes sobre homens gays, discriminação e saúde no Brasil?

Que desafios e oportunidades a PrEP traz para alcançar a zero discriminação nos serviços de saúde?

Ricardo Vasconcelos iniciou sua fala trazendo a definição de homofobia, que é o medo irracional, a aversão ou a discriminação, motivados pela orientação sexual homossexual de um indivíduo. Ela pode existir numa sociedade de várias formas, mas que, com frequência, apresenta-se como violência, seja ela verbal, psicológica, sexual ou física.

Afirmou que, sendo um sentimento irracional, a homofobia não é justificável com argumentos e atinge suas vítimas pelo simples fato de elas existirem daquela maneira, como homossexuais. Constatou que, mesmo sendo um fenômeno social do campo das interações humanas, a homofobia provoca problemas na saúde individual das pessoas. Já existem inúmeros trabalhos que associam a ocorrência de homofobia à maior incidência em suas vítimas de transtornos psiquiátricos, abuso de álcool e outras drogas, suicídio e aumento da vulnerabilidade ao HIV e outras IST.

Um exemplo claro disso é a maneira como a epidemia de HIV se dissemina no Brasil. Enquanto a prevalência dessa infecção na população geral é baixa e não passa dos 0,4%, entre os gays e outros HSH ela saltou de 13% para quase 19% em menos de 10 anos, já chegando ao nível alarmante de 25% na cidade de São Paulo. Falou que um aspecto que chama a atenção também nesses dados é que enquanto a taxa de prevalência do HIV na população geral se mantém constante, entre homens gays esse número vem aumentando.

Explicou que, uma vez que a heterossexualidade é considerada algo natural, e normal, tudo o que for diferente disso será discriminado. Assim, a heterossexualidade presumida, quando quebrada, faz com que o profissional de saúde despreparado discrimine aquela pessoa. A consequência é que uma pessoa com orientação sexual diversa,

sabendo disso, não busca o serviço de saúde. Esse menor acesso aos serviços de saúde pela população homossexual, que, segundo ele, tem como principal causa a homofobia e discriminação sofrida nesses ambientes, é um dos fatores determinantes para os números apresentados acima. Outra consequência desse contexto de discriminação é que as pessoas busquem o serviço, mas escondam sua homossexualidade. Isso gera um contexto cruel de hierarquização das pessoas gays ou lésbicas, indicando que ser homossexual e não parecer é melhor do que ser e parecer.



Destacou que o despreparo dos profissionais para lidar com as demandas de saúde específicas da população homossexual é também um fator que a vulnerabiliza, privando-a do atendimento médico ideal. Um exemplo real que Ricardo Vasconcelos apresentou foi o de uma paciente mulher, jovem e lésbica que vive com HIV, que nunca teve nenhuma relação com homem na vida e que é casada com uma mulher há muito tempo. Ela foi em busca de dermatologista por questão de acne. O dermatologista sugeriu o remédio Roacutan, mas falou que só poderia prescrever se ela estivesse tomando anticoncepcional. Essa paciente disse que não havia a menor chance de ela engravidar durante o tratamento, mas mesmo assim o médico se recusou a prescrevê-lo. Isso demonstra o despreparo do profissional de saúde em saber acertar o tipo de prática sexual na qual a pessoa se envolve.

Segundo ele, esses fatores, juntos, provocam uma falsa invisibilidade de gays e lésbicas ao sistema de saúde brasileiro. Falsa porque esses indivíduos não comparecem nos atendimentos de saúde, mas aparecem mais tarde nos números que evidenciam o fracasso na atenção prestada à saúde, como nos casos de câncer de colo de útero em mulheres lésbicas, ou de AIDS diagnosticada já em estágio avançado entre homens gays. O médico afirmou que, ao notar tudo isso, é fácil perceber que a atenção integral de saúde não está sendo oferecida como previsto na Constituição e nos princípios do SUS e que isso é uma violação dos direitos humanos. O atendimento da população homossexual com discriminação nesses serviços, assim como da bissexual e transexual, priva essas pessoas da atenção integral à saúde e aumenta, com isso, sua mortalidade. Além de violar estes marcos, segundo ele, este quadro traz aumento de gastos para os cofres do país.

Em sua fala, Ricardo Vasconcellos afirma que esta é uma questão complexa. Não é uma lei, um fórum estabelecendo diretrizes que resolverá esta questão. Contudo, afirmou que é possível saber que qualquer que seja a tentativa de abordar esse assunto vai passar por uma capacitação dos profissionais de saúde que fazem esse atendimento, destacando a importância de priorizar o respeito a essas pessoas e à autonomia delas. A tentativa de vinculá-los e mantê-los em um serviço que historicamente os marginalizou vai ser hercúlea, mas uma vez vinculados e atendidos com acolhimento por esses profissionais de saúde, é possível resolver as questões de saúde trazidas aqui.

Dessa forma, ele argumentou ser importante destacar que a PrEP chega como uma oportunidade de ouro para o início desse processo. Justificou que a PrEP é uma das mais potentes estratégias de prevenção do HIV já desenvolvidas. Ela aborda a questão da vulnerabilidade ao HIV de maneira bastante satisfatória, uma vez que, para ter acesso a ela, é necessário testar essas pessoas para IST, possibilitando controlar também as outras infecções além do HIV. A PrEP também torna possível vincular essas pessoas que têm sido marginalizadas ao sistema de saúde e ao acompanhamento trimestral. Além disso, os profissionais que atendem PrEP estão sendo sempre capacitados, pois a política prevê uma reciclagem para eles. Então, ele afirma que o modelo de atendimento da PrEP é um avanço na superação das barreiras de acesso que a homofobia traz para essa população. Só no primeiro semestre de 2018, aponta, já é possível observar mais de 2700 pessoas classificadas como gays e outros HSH e quase 90 travestis e pessoas trans em acompanhamento trimestral no SUS. O médico questionou qual ambulatório do SUS já acompanhou tanta gente dessas duas populações de três em três meses até hoje, e afirmou que isso é inédito. Contudo, ele admitiu que existem muitas

críticas sobre quem são esses gays, se são realmente os mais vulneráveis, e a mesma coisa para a população trans, mas argumentou que é um começo. Com o modelo de atendimento da PrEP é muito possível combater esse estigma.

Finalizou dizendo que é possível concluir que a homofobia é, sem dúvidas, uma barreira no acesso à saúde, seu enfrentamento é complexo e a PrEP é uma excelente oportunidade para se iniciar esse processo.

A DISCRIMINAÇÃO CONTRA A POPULAÇÃO TRANS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – EVIDÊNCIAS E AÇÕES PARA SEU ENFRENTAMENTO



Simone Ávila

Coordenadora do Ambulatório Trans de Porto Alegre

Quais são os dados mais recentes sobre população LGBTI e saúde no Brasil?

Como enfrentar a discriminação contra a população LGBTI nos serviços de saúde?

Como funciona e quais os resultados do projeto Transdiálogos?

Simone Ávila iniciou sua fala contando que, em Porto Alegre, a Secretaria Municipal de Saúde criou, em novembro de 2017, a área de Saúde Integral LGBTQI+. Então, no momento da elaboração da política municipal, iniciou-se com uma adaptação da Política Nacional de Saúde LGBT. Disse que, inicialmente, foram feitos dois formulários online: um para profissionais de saúde dos serviços da atenção primária e outro para população LGBT. Foram 229 respostas de profissionais de saúde e apenas 90 respostas de usuários LGBT. No formulário voltado para os profissionais, por exemplo, era questionado se a pessoa perguntava para o usuário qual a orientação sexual dele ou dela, 80% disseram que sim ou às vezes. Contudo, no formulário para os usuários, 80% das pessoas responderam que nunca foram perguntadas sobre sua orientação sexual.

Diversas ações intersetoriais e entre secretarias têm sido realizadas em Porto Alegre. Uma delas é um estudo sobre as notificações de violência

no SINAN. Estão sendo analisados os dados a partir de 2014, quando a ficha foi alterada e incorporou orientação sexual e identidade de gênero. A gestora questionou, então, como enfrentar a discriminação contra a população LGBTI nos serviços de saúde. E respondeu que, apesar de não ter uma resposta, alguns pontos devem ser considerados, como ações intersetoriais e entre secretarias, a inclusão das temáticas de diversidade sexual e diversidade de gênero na formação acadêmica de profissionais de saúde, a inclusão de representantes dos movimentos sociais no momento de pensar em políticas públicas, processos de educação permanente de todas as equipes de saúde, não só atenção primária ou serviços especializados, mas toda a rede, além de matérias de apoio e de comunicação que possam ajudar nisso.

Contou que, em Porto Alegre, está sendo iniciado um processo de estabelecimento de critérios para serviços de saúde amigáveis para pessoas LGBT. A iniciativa se inspira em um índice municipal de equidade que existe nos Estados Unidos, que possui cinco pilares, mas que está sendo adaptado para a realidade de Porto Alegre. Afirmou que essa necessidade de adaptação existe, pois um dos pilares, por exemplo, refere-se às violências e os registros destas, sendo esse um dos pilares mais fortes com seus crimes sendo investigados pelo FBI; contudo, no Brasil não existe nem orientação sexual e identidade de gênero no boletim de ocorrência.



Em relação aos Transdiálogos, Simone explicou que o projeto é uma capacitação em serviço da atenção primária com vistas a possibilitar o acesso aos serviços pelas populações vulneráveis, em especial pelas pessoas trans. Essa é uma iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde que tem apoio do PNUD e do UNAIDS. De janeiro de 2015 até março de 2018 ficou sob responsabilidade da área de IST/AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose e, a partir daquele momento, estava sob responsabilidade da área de Saúde Integral LGBTQI+.

Esse projeto conta com uma atriz, uma mulher cisgênero que faz a personagem Bete. Essa personagem foi criada por ela como trabalho de conclusão do seu curso de artes cênicas na universidade federal e quando ela fez laboratório na ONG Igualdade. A dinâmica é que ela chega sozinha para atendimento na unidade de saúde, apenas a diretora da unidade sabe do treinamento. Ela vai para o atendimento como qualquer outra pessoa e a equipe de técnicos e técnicas da Secretaria e pessoas trans do movimento social ficam do lado de fora. Isso acontece em um dia no qual já existe uma reunião de equipe agendada, de forma que essa procura por atendimento acontece cerca de meia hora antes da reunião, para que seja possível debatê-la posteriormente. É observado então o tipo de acolhimento dado desde o porteiro, os tipos de barreiras encontradas e vinculadas ao estigma e à discriminação, o uso do nome social, a presença de constrangimentos interpessoais ou sociais e o tipo e a qualidade do acolhimento e dos encaminhamentos dispensados à travesti.

Simone contou que, ao retornar para a reunião com a equipe da unidade, Bete faz os relatos sobre como foi o atendimento. Ela segue montada por bastante tempo e a equipe acredita que ela é uma travesti. Relatou também que são abordados tópicos como direitos humanos, diversidade sexual, acolhimento, estigma, discriminação, identidade de gênero, demandas específicas de saúde e HIV/AIDS e outras IST.

Os produtos desses quatro anos de projeto foram a realização de um Seminário Municipal sobre a Saúde das Pessoas Trans com 200 profissionais que trabalham em unidades de saúde, a capacitação de 553 profissionais de saúde (estimando 38% de profissionais vinculados aos serviços), a produção e divulgação de uma cartilha para profissionais de saúde abordando as temáticas trabalhadas na capacitação e a produção de um vídeo documentando o método com legendas em português, inglês e espanhol. Até março de 2019 serão feitas intervenções em 68 unidades de saúde, o que corresponderá à 84% dos serviços, e duas em Canoas para a transferência de tecnologia, produção de um vídeo-tutorial para agentes comunitários de saúde no qual é discutido identidade de gênero, orientação sexual e como preencher esses campos no e-SUS. Já partindo

para a avaliação de impacto, as 51 unidades nas quais o Transdiálogos já foi aplicado estão sendo avaliadas para observar se houve mudanças em como essas unidades estão registrando identidade de gênero e orientação sexual no cadastro do e-SUS.

DISCUSSÃO

GEORGIANA BRAGA achou importante explicar por que o Transdiálogos usa uma atriz cisgênero.

Em resposta, **Simone Ávila** afirmou que é sabido o quanto as pessoas trans são discriminadas e sofrem violência no sistema de saúde e falou que, por esses motivos, eles não queriam que uma travesti ou uma mulher transexual revivesse as mesmas situações. Por exemplo, em uma ocasião, o porteiro de uma unidade puxou a atriz pelo braço e tentou tirá-la da unidade de saúde só por ter interpretado que ela era uma travesti. Então a intenção é não reproduzir essas vivências extremamente desagradáveis.

MICAELA CYRINO perguntou se existe algum sistema de monitoramento e orientação em relação à PrEP porque ela acredita que existe um uso compulsório de medicalização. Ela tem amigos que já usaram a PrEP algumas vezes e gostaria de saber como está o olhar para isso, se existe um diálogo para falar sobre a medicalização, sobre estar vulnerável ao HIV a todo momento e ter a medicalização como uma fuga, e falar também sobre os efeitos da medicalização no corpo.

Ricardo Vasconcelos iniciou dizendo que a proposta da Prevenção Combinada no Brasil inclui um acolhimento que dá autonomia para a pessoa escolher qual é a estratégia de prevenção que cabe no contexto de vida dela. E que, no manual de diretrizes do Ministério da Saúde para os serviços que vão oferecer PrEP, há uma frase lindíssima que fala que as melhores estratégias de prevenção contra o HIV são aquelas que o indivíduo escolhe, que entende como funciona e é capaz de usar de maneira correta e constante. Então quando se coloca a PrEP como vindo quase como uma medicalização compulsória, não é para ser nada disso. Se alguém estiver recebendo esse tipo de atendimento é porque a reciclagem precisa ser melhorada. Afirmou que é algo novo e questionou a audiência sobre o que no Brasil até hoje deu autonomia para a pessoa

escolher. Acrescentou que iniciar e parar a PrEP repetidas vezes é parte da vida, pois as pessoas não têm um padrão estático de vulnerabilidade às IST. As pessoas têm época de vida sexual mais e menos ativa. Por isso, ele respondeu que acredita ser importante que a pessoa viva e perceba isso.

HELIANA DE MOURA fez uma colocação para Maria Inês Barbosa dizendo que, há dois anos, o Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP) fez um Encontro Nacional em Porto Alegre e, há um mês, um Seminário em Fortaleza. Elas perceberam quando foram fazer o projeto do encontro que as mulheres negras morriam mais e estão morrendo de causas relacionadas à AIDS e outras questões que as vulnerabilizam, como violência. Dessa forma, o MNCP começou chamar outros movimentos, como o negro, o feminista, o LGBT, para estarem juntos a elas e para tornar possível a transversalização do tema HIV. Disse que isso se fez necessário porque elas perceberam que, nos eventos desses outros movimentos, o HIV não era pautado. Heliana Moura ainda se referiu a Ricardo Vasconcelos dizendo que o que tem sido percebido em relação à PrEP é que existe um perfil e que a população vulnerabilizada não tem sido alcançada, mas que as pessoas que acessam o medicamento têm um perfil branco, elitizado, que já tem um acesso maior às informações. Perguntou então, o que ele teria a dizer sobre como pensar formas de acessar outras populações.

SYMMY LARRAT disse ver muito, em diversos dados, a constatação de que a vulnerabilidade, a exclusão e o estigma são fatores determinantes para o avanço da epidemia. E, por outro lado, também é possível notar o encarecimento do processo do debate da AIDS com a juventude e, em contrapartida a isso, um movimento real com uma nova forma de aglutinar essa juventude, principalmente LGBTI, que parte do empoderamento. Afirmou que essas ocupações urbanas estão trazendo para essa juventude a ideia de que “eu posso ser como eu sou”, contudo, o diálogo sobre HIV e AIDS não está sendo feito com essas pessoas, sendo que a população vai para essas ocupações urbanas para consumir empoderamento, principalmente os LGBT negros da periferia. Perguntou, então, que empoderamento é esse que é necessário para superação do estigma e se essa é uma forma de dialogar com essa

juventude para começar a debater e enfrentar questões como os suicídios e o avanço da epidemia.

Em relação à pergunta, **Ricardo Vasconcelos** afirmou que esse perfil que o Brasil está vendo de quem está chegando primeiro a PrEP não é um fenômeno só brasileiro. Disse que todos os lugares do mundo que já recomendaram PrEP tiveram o mesmo padrão. Os EUA e a França mostraram que, na primeira onda de PrEP, chega primeiro quem tem mais acesso à informação. E é necessário um grande esforço para fazer essa informação chegar a quem muitas vezes mais se beneficiaria. Destaca que o que a **Symmy Larrat** falou tem tudo a ver com isso e que talvez usar quem pode capilarizar e chegar nessa população que não se está chegando pelas vias normais seja uma saída.

Maria Inês Barbosa afirmou que não se pode esquecer, dentro do que está sendo pautado, que é uma luta pelo poder e que, por trás disso, existe uma relação de poder e esses temas só vieram à tona forçados. Em seu campo de atuação de saúde da população negra, ela fez a primeira tese do país sobre Racismo e Saúde em 1998. Vinda do movimento social, ela foi para academia para se pautar essas questões. Então, os desempoderados que se empoderaram, segundo ela, trazem isso para a mesa e a sugestão, enquanto sociedade civil e movimento, é verificar que isso é uma relação de poder, de desconstrução do status quo, pois, isso vai implicar que nós também queremos estar no poder com uma outra perspectiva. A pesquisadora afirmou também que não basta só mudar de cara, intelectuais, como o psiquiatra Fanon, chamam a atenção para “peles negras, máscaras brancas”, quando a pessoa incorpora a visão de mundo do outro. O que as pessoas negras interiorizaram do racismo também precisa ser desconstruído para que entendam que podem estar lá e fazer parte para, então, conseguirmos avançar. Disse que tem a ver também com quem ocupa os cargos de mando de gestão, porque são indicações. Assim, as pessoas que indicam também devem ser pressionadas porque as pessoas negras querem estar lá compartilhando desse poder. E do outro lado também precisa haver uma força para reagir às políticas feitas ou não feitas. Isso implica que a sociedade civil tem que estar mais fortalecida e estar lá, pois isso não se ganha se conquista. Para ela, as pessoas não vão abrir mão de seus privilégios sozinhas, e estar em determinadas posições é uma questão de privilégio.

SALVADOR CORREA resgatou um pouco da trajetória do Brasil na resposta à epidemia, afirmando que houve uma resposta satisfatória na década de 1990 e início de 2000, que centralizou esforços na valorização dos Direitos Humanos com campanhas construídas em parceria com a sociedade civil para grupos e populações que são mais afetadas. Contudo, afirmou que o contexto político atual é de grande retrocesso e traz à tona questões como “ideologia de gênero”, e uma série de outras coibições que vão acontecer, como a abordagem saúde na escola com perspectiva de gênero e identidade. Então, nesse cenário político, questionou como é possível ver a implementação de políticas voltadas para a Zero Discriminação que possam alcançar, na prática, as pessoas que são vítimas dessa situação.

ARTUR VIEIRA fez uma provocação, afirmando que a população de rua é permeada por todas as questões que estavam sendo conversadas, mas que nas falas dessa sessão não foi em nenhum momento recordada. Questionou a ausência dessa população tão discriminada, inclusive em serviços de saúde, em um seminário que é Zero Discriminação.

Nesse contexto, **Simone Ávilla** explicou que o tempo e o tema eram limitados por isso não foi possível abordar. Mas acrescentou que em Porto Alegre eles estão iniciando uma política municipal LGBT enquanto uma área da secretaria, e que, na semana anterior, havia sido realizada, em parceria com a equipe que trabalha com população de rua, uma oficina sobre identidade de gênero, orientação sexual e direitos humanos com 15 multiplicadores em situação de rua que participarão desse projeto para dignidade, moradia, entre outros. Então é um início. Na área do HIV, por exemplo, outros projetos, como o Fique Sabendo, também trabalham diretamente com população de rua.

ANDREY CHAGAS parabenizou a iniciativa de Porto Alegre porque ir para dentro do serviço e discutir como as coisas acontecem é muito potencializador. Destacou também que é importante começar a falar da interseccionalidade das vulnerabilidades a partir dos estudos, das experiências e dos projetos. Quem está no departamento da atenção básica um dia é chamado para discutir a saúde da mulher, no outro a saúde do idoso e no outro a dos adolescentes e etc., ou seja, os grupos estão

sempre separados e isso dificulta também o trabalho na sua operacionalidade. Então é importante fazer recortes em estudos para identificar quais são os níveis de vulnerabilidade. Outra questão levantada foi sobre pessoas sofrerem mais preconceito em determinados locais, mas não em outros. Perguntou se o projeto Transdiálogos, em Porto Alegre, tenha percebido isso em unidades mais centrais que já têm mais contato com pessoas LGBTI em comparação a unidades de periferia ou rurais.

Simone Ávila respondeu que eles não conseguem saber muito sobre essas questões dos locais. Mas afirmou que as unidades de saúde que são estratégia de saúde da família e que têm agentes comunitários de saúde, parecem apresentar preconceito menor porque estão ali, conhecem a família e a pessoa, fazem parte da casa. Então, muito mais do que ser uma região mais central ou periférica, acredita que essa questão está mais relacionada ao formato do serviço de saúde. Assim, as equipes da estratégia da saúde da família, na opinião de Simone Ávila, parecem menos discriminatórias e preconceituosas do que das demais unidades de saúde.

MARIA AMÉLIA VERAS disse que o que ela tem aprendido com a população de pessoas transexuais é bastante paradoxal. Por um lado, ela acredita que não só a população de pessoas transexuais, mas também os homens que fazem sexo com homens, especialmente nesse caso a juventude, têm de fato iniciado o desenvolvimento de um ativismo e de um “se colocar” socialmente. Deu como exemplo os espaços e as ocupações públicas que têm sido feitas por esses jovens em São Paulo, pois, no centro da cidade, milhares de jovens da comunidade LGBT e pessoas que usam drogas e evocam suas escolhas sexuais se reúnem e se apresentam no mesmo contexto em que vivemos institucionalmente um retrocesso muito grande, então existe um embate. Quando se fala da necessidade de empoderamento, tem um exemplo muito interessantes que é do projeto Transamigas, que busca melhorar a adesão de mulheres travestis e transexuais ao tratamento do HIV. Então, para melhorar essa questão, estão iniciando uma intervenção que consta de navegação por pares. Houve um processo seletivo que selecionou nove mulheres travestis e transexuais igualmente afetadas pelo HIV e que são aderentes ao seu próprio tratamento para ajudar pares em seu processo. A equipe de pesquisa trabalha

ATIVIDADE 4

Boas práticas de Zero Discriminação nos serviços de saúde



O quarto momento do Seminário objetivava trazer para discussão experiências de boas práticas nos serviços de saúde. Assim, foi realizado um painel que contou com cinco apresentações sobre serviços de diversos contextos, bem como os desafios para alcançar a Zero Discriminação nos serviços de saúde a partir da perspectiva de profissionais e gestores de saúde.

Inicialmente, cada participante teve 10 minutos para falar brevemente sobre sua experiência, destacando os motivos de seu êxito. Sugeriu-se que, no relato da experiência, estas pessoas destacassem as seguintes questões:

- 1) Contexto de criação e objetivos da experiência apresentada
- 2) Metodologia e atividades realizadas
- 3) Resultados alcançados
- 4) Lições aprendidas

Após esta primeira etapa, a moderadora conduziu o debate em torno de questões relacionadas aos avanços e desafios para o alcance da Zero Discriminação nos serviços de saúde no Brasil.



TRANSSAÚDE: UM SUSPIRO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SALVADOR

Fernando Meira

Médico da Família e Consultório de Rua



Fernando Meira iniciou sua apresentação explicando que o bairro das Sete Portas, em uma comunidade conhecida como Pela Porco, em Salvador, sempre foi marcado pela pobreza. Em 2003, uma pesquisadora fez uma etnografia sobre a fome e usou a experiência das pessoas dessa comunidade. Nesse bairro, passa um rio e, na beira deste, tem algumas travestis que se prostituem de noite. Ele contou que, em 2015, o Consultório na Rua chegou a essa região. O Consultório na Rua é um serviço da atenção básica e que funciona trabalhando com população em situação de rua. Quando o projeto chegou à região já havia alguns dispositivos de algumas ações que já tinham acontecido, como o Ponta de Cidadania, ação da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos e do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), que trabalhava com redução de danos e tinha um contêiner na rua com o dispositivo de banho. Além disso, teve um projeto que aconteceu até 2014 com a execução de uma ONG e parceria com o governo federal, no qual foi feita uma atividade de campo noturna para mapear esse território e sua demanda. Isso foi importante porque era sabido que aquele território era ocupado pelas travestis a noite, mas não se conhecia essas pessoas nem quais eram suas demandas de fato.

Dessa forma, quando o Consultório na Rua chegou a esse território, essas atividades já haviam acontecido, mas elas não puderam ter continuidade. Fernando contou que a equipe do Consultório na Rua topou dar continuidade a essa investigação que havia sido iniciada. Em 2015, foram feitas 15 atividades de campo noturnas, por vezes quinta-feira, por vezes sexta-feira, de 22h30 a 1h30. Nesse momento, o projeto foi realizado com apoio do CETAD. O Consultório na Rua atuava no local pela manhã e à noite. Pessoas que trabalhavam no Ponto Cidadania, pessoas que já haviam participado da pesquisa em 2014 e pessoas do Consultório na Rua formaram essa equipe, cujo núcleo duro era composto da antropóloga Luana Malhe, a estagiária de psicologia Mariana Pires, o enfermeiro que tinha feito residência em saúde mental Gustavo Menezes e o próprio Fernando Meira como médico de família e comunidade.

Segundo ele, em 2015, foram realizadas essas incursões no campo e levantadas algumas demandas que eram pertinentes à atenção básica e as que não eram da atenção básica não pareciam muito complexas, como pensar em redução de danos e tratamento para algo como complicações do silicone industrial—que de fato não tem tanta coisa produzida—e a outra questão era da hormonização, sobre a qual já existiam alguns manuais internacionais que inclusive orientavam a atenção primária. Então a equipe foi se apropriar desses assuntos e, no final do ano, percebeu que estava ocupando o território de uma forma talvez inadequada, já que eles chegavam com um carro laranja que fazia barulho quando dava ré. Em função disso, ele conta que, em um determinado dia, chegaram ao campo e não encontraram nenhuma das mulheres, mas quando eles esconderam um pouquinho e passaram o carro para o outro lado da rua, elas apareceram todas.



Dentro das atividades implementadas à noite, chegaram a fazer testes rápidos para HIV, mas essa prática não se sustentou, não sendo possível manter a oferta de teste rápido nessa atividade. Então, conta o médico, a maior instrução era relacionada à redução de danos. Dessa forma, a demanda identificada foi relativa ao uso de cocaína e álcool somados à questão da hormonização e silicone industrial.

Fernando relatou que as travestis que frequentavam aquele território, então, demandaram que precisavam ir ao serviço de saúde. Contou que o que a equipe fez foi perguntar se elas iriam ao serviço de saúde caso houvesse um momento específico voltado para que elas conversassem com o médico. A resposta foi positiva. Então, em 2016, passaram a ser realizados atendimentos específicos para a população trans e travestis no 14º Centro de Saúde, às sextas-feiras à tarde. Eram agendadas seis consultas por turno mais a demanda espontânea. Além da consulta médica, havia um espaço de acolhimento não hierarquizado e que não era necessariamente um espaço pré-atendimento, mas algumas pessoas iam lá só para esse momento. Nesse espaço, as pessoas também eram encaminhadas para o movimento social, fator que acabou sendo muito interessante pela questão da autoafirmação e da identidade.

O resultado alcançado foi conseguir levar, para dentro do serviço, as pessoas trans e travestis que não frequentavam o serviço em função da dificuldade, em Salvador, de se ter um serviço que acolhesse essas pessoas. Essa investigação conseguiu mostrar à Secretaria de Saúde, de forma objetiva, quais eram as reais demandas dessa população. Nesse momento, a Secretaria disse que esses atendimentos não poderiam ser realizados devido ao ambulatório trans da atenção especializada. Contudo, ao entender a situação, o atendimento foi liberado.

Em relação aos desafios, apesar desse serviço ter sido criado a partir das demandas da população que pretende atender, o médico contou que este ainda não havia conseguido alcançar as travestis. Disse que, desde o início, em abril de 2016, eram acompanhadas cerca de 90 pessoas trans, sendo a maioria homens trans.

Para Fernando, é possível e necessário centralizar o cuidado integral das pessoas trans na atenção básica. Para isso, deve ser alterada a portaria que fala do processo transexualizador que diz que só é pertinente à atenção básica o encaminhamento para o serviço especializado, pois todo o acompanhamento hormonal pode ser realizado nesse serviço. Como no exemplo da Argentina, que garantiu na Constituição a autoafirmação da identidade de gênero e isso favoreceu que o Ministério da Saúde produzisse um manual específico para a atenção básica, através do qual dispensa-se o laudo para fazer prescrição de hormônio. Ao conversar sobre essa baixa adesão das travestis, Fernando Meira disse que Symmy Larrat o explicou que a hormonização para as mulheres transexuais e travestis é, no geral, muito padronizada e normatizadora, que gera consequências que, muitas vezes, as travestis não querem e é só isso que esse serviço tem a oferecer. Mas, segundo ele, pode haver muitos outros motivos que devem ser pensados.

Por fim, a articulação com os movimentos sociais é imprescindível para o fortalecimento da identidade dessas pessoas e deve fazer parte da perspectiva de cuidado nesse campo.

CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO IST/AIDS - SP

Naila Seabra

Médica Epidemiologista, Gerente de Prevenção no CRT



Naila Seabra iniciou afirmando que é essencial enfrentar o estigma e a discriminação para chegar ao fim da epidemia de AIDS. Levando em conta essa premissa, o Programa Estadual de DST/AIDS criou um grupo de trabalho para abordar essas questões. O GT Zero Discriminação, como o grupo é chamado, trabalha a discriminação principalmente em relação às pessoas vivendo com HIV. Disse que está havendo um recrudescimento da epidemia, principalmente entre jovens gays, que mostra que houve também um erro estratégico na medida em que, na intenção de minimizar o estigma da AIDS em relação a essa população, deixou-se de discutir a importância do risco da infecção por HIV nessa população.

Afirmou que é sabido que a prevalência da infecção entre gays e outros HSH é maior do que em outras populações e que, adicionalmente, em um recorte de raça/cor é possível visualizar que, quando se trata de infecção por HIV, os números crescem em todas as populações, branca, parda e preta. Contudo ao observar os números de AIDS, segundo ela, a curva da população branca diminui, enquanto isso não acontece com as populações parda e negra. Naila explicou que isso é uma consequência do racismo institucional porque os programas de saúde não conseguem dar uma resposta adequada para a demanda dessa população. A taxa de detecção de 2010, no município de São Paulo, para a população de HSH branca é de 18% e, para a preta, de 39,7%. Quando se analisa o risco relativo de AIDS, o risco de uma pessoa preta desenvolver a síndrome é 2,4 vezes maior do que o risco de uma pessoa branca. Também disse que, se avaliar a taxa de mortalidade, então, esta é muito maior nas pessoas pretas do que nas pardas e brancas. Tornando possível observar que o preconceito, como o professor Kabengele disse, é tonalidade-dependente. E, se fizer um estudo da adesão aos serviços por parte da população preta, também haverá constatação de que é a que apresenta

a pior adesão. Então, segundo a gestora pública, é importante trabalhar essa questão, pois o fator raça/cor perpassa todas as questões da AIDS, inclusive entre gays e outros HSH.

Ao se tratar das pessoas trans, um dos caminhos encontrados para buscar enfrentar a discriminação nos serviços foi a questão do nome social, pois este tem uma importância no sentido da colocação do indivíduo na sociedade que extrapola até a própria cirurgia. Estão sendo realizadas campanhas publicitárias com a escola Metodista, como a “Não deixe que pequenas diferenças impeçam grande conexões”. Também foi realizado um seminário reunindo vários profissionais da rede para discutir a questão da Zero Discriminação e que resultou em algumas proposições, como o GT que é composto por várias pessoas e tem uma possível pesquisa para identificar a discriminação enfrentada por pessoas vivendo com HIV, população LGBT e população negra nesses serviços. Então, será realizado um trabalho com os serviços e com pessoas usuárias do serviço para aplicar esse questionário objetivando entender em que momento a discriminação se concretiza e o que pode ser feito para mudar isso. Afirmou que a discriminação também tem sido muito discutida nos fóruns de prevenção, pois levar essa discussão para o serviço é uma forma de fazê-lo refletir e avançar.



PRIVADOS DE LIBERDADE, MAS NÃO DE DIREITOS - RS

Maria Letícia R. Ikeda

Coordenadora do Programa Estadual de IST, HIV e AIDS do Rio Grande do Sul



No início de sua fala, Letícia Ikeda disse que a população prisional reúne todas as populações que já foram mencionadas, mas que só aparece em uma perspectiva que a sociedade não gosta de ter. O contexto nessa população é de uma altíssima prevalência de HIV e tuberculose. Ademais, as barreiras ao acesso em relação ao atendimento intraprisional e extramuros da prisão são diversas, assim como dentro das instituições prisionais e do serviço do SUS. No Sanatório Parthenon, em Porto Alegre, existem profundas dificuldades e houve eventos traumáticos, como por exemplo, quando um senhor na década de 80 fugiu e ao fugir, sua escolta tentou atirar nele e atirou por todo o hospital. Isso gerou uma lei específica para algumas instituições do Estado do Rio Grande do Sul que define que os funcionários da unidade recebem adicional de risco de vida e não só de insalubridade. Outros eventos também ocorreram e contribuíram para criar um clima de pouquíssima animosidade e muitas inadequações no atendimento e acolhimento dessas pessoas.



Letícia afirmou que esse era o contexto no Rio Grande do Sul como um todo até o início dos anos 2000. A pessoa que estava privada de liberdade, mesmo quando internada em hospitais, ficava numa situação muito hostil, como em quartos com grades e algemadas. Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional começou a surgir, e o Rio Grande do Sul, vendo todos esses dramas, entra em uma perspectiva de adotar essa política e adicionar ainda alguns benefícios estaduais.

O Sanatório Parthenon então abraçou isso como uma equipe de referência para saúde prisional e para o estado, nos agravos nos quais eles têm a melhor expertise. Então, eles participaram de um estudo de prevalência em 2009 e, a partir disso, foi implantada porta de entrada. Começaram a ocorrer, assim, várias capacitações. Na década de 90, o GAPA já havia realizado capacitações em relação ao sistema prisional e para esse sistema prisional. Contudo, relata a médica e gestora pública, nesse novo momento o diferencial, era a integração das capacitações dos agentes penitenciários com os agentes da saúde juntos. Assim, essas capacitações reúnem saúde, presídio, estado e município. Além disso, o matriciamento das ações é feito por médicas do sanatório que, em alguns momentos, vão dentro da cadeia e acompanham o que está acontecendo *in loco*. Tudo isso em parceria com o Departamento de Tratamento Penal (DTP), a área de saúde prisional da Secretaria Estadual de Saúde e a Liliane Pastoriz do Ministério Público da área de Direitos Humanos. Para Letícia, a importância dessa ação é a reunião de todos esses matizes ao redor da saúde prisional.

A definição dos fluxos dos ambulatórios dentro do sanatório também foi importante para evitar brigas, de forma que também está bem definido quando o caso deixa de ser do sanatório e volta a ser da equipe prisional. Letícia relatou que, na carona disso, a Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) também se tornou parceira e realizou uma primeira amostra de saúde prisional no ano de 2017 e a segunda em outubro de 2018. Além disso, ela contou que outras ações têm sido feitas, como palestras do Ministério Público, que reuniram o judiciário no fórum para capacitação dos seus servidores sobre questões relacionadas a HIV e tuberculose, sendo sempre os dois agravos juntos.

O resultado foi a consolidação do sanatório como uma referência estadual para a questão da saúde prisional, o grupo de discussão com o Ministério Público é constante com a Dra. Liliane e o pessoal do DTP e houve um momento exponencial de equipes de saúde prisional no estado do Rio Grande do Sul. E as lições aprendidas foram:

O processo de educação dos profissionais deve ser continuado e pactuado com a gestão, mas também com a ponta. Então tudo é preparado com os grupos que vão ser afetados diretamente por essas capacitações;

Compromisso gera comprometimento, a equipe de saúde tem o compromisso e o sistema prisional sabe e sempre pode ser acionada quando necessário;

Cada local tem seu tempo, cada casa é uma casa e cada casa tem sua lógica que deve ser respeitada;

Tem que ter decisão política, no caso, esta aconteceu quando o estado decidiu que isso seria realizado e apoiado para conseguir efetivamente o controle da epidemia de AIDS e tuberculose;

Sempre pode haver uma pedra no caminho. Por exemplo, em 2018, houve o resgate de um preso no sanatório. Mas eles já têm mecanismos de controle e buscaram dizer que, com essas pedras, farão grandes edificações ou pontes, mas jamais muros;

Nesse sentido, Leticia afirmou que o estado do Rio Grande do Sul entendeu que pode funcionar e pode melhorar, e o Programa de AIDS do estado decidiu colocar o sistema prisional e as pessoas privadas de liberdade como população prioritária na Mandala de Resposta à Epidemia de AIDS no Rio Grande do Sul para dar visibilidade a essa população que é invisível e que todo mundo quer que seja.

Dentro das ações, é possível ver oficinas que foram feitas no presídio dentro dos projetos: uma campanha contra preconceito tem sido trabalhada e vai ser lançada em 1º de dezembro; e o curso de especialização, que também será lançado no final de 2018, com módulos específicos sobre Direitos Humanos e todas as questões levantadas em sua fala. Alinhado a este curso, haverá cursos de extensão com 1.200 vagas para servidores da saúde do estado do Rio Grande do Sul, dentro dos quais existe um trabalho contra discriminação e as questões que envolvem saúde prisional para que estas sejam tiradas da invisibilidade e para que o conhecimento seja compartilhado.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS - CRATOD

Marcelo Ribeiro

Médico Psiquiatra, Pesquisador e Diretor do Centro



Marcelo Ribeiro falou sobre a experiência do Centro de Referência de Álcool Tabaco e outras Drogas (CRATOD) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Este serviço focado na região da Cracolândia—centro de São Paulo—, pessoas em situação de rua, usuárias de álcool e outras drogas e a população trans. Desde 2013, o serviço foi ampliado e incluiu ações de baixa exigência, desde intervenções de campo na região da Cracolândia até oferta de internação para desintoxicação. Nesse contexto foi necessário pensar especificamente na população em situação de rua porque 70% das pessoas que frequentam o serviço estão nessa situação. Marcelo contou que, em determinado momento, surgiu também a necessidade de pensar na população trans, pois esta população estava sendo discriminada até mesmo nos serviços oferecidos pelos centros de acolhimento, como por exemplo na questão de uso dos banheiros.

O CRATOD está estruturado com ações na rua onde existe uma série de ações de abordagem comunitária, especificamente voltadas para o grupo de diversidade, ações de urgência, de pronto atendimento, um CAPS-AD e uma série de encaminhamentos. Na Cracolândia, o programa tem a Unidade Recomeço Helvétia, que consiste em um prédio de 10 andares que oferece desde espaços de convivência (academia, sala de jogos, cozinha comunitária e cursos), unidades de internação e moradia para homens e mulheres, incluindo pessoas trans) e realizam ações de campo por meio de “Conselheiros”, que são trabalhadores com funções semelhantes a Agentes de Redução de Danos. As pessoas que acessam a Unidade Helvétia para tratamento sobre o uso de drogas são, necessariamente, acompanhadas pela equipe do CAPS-AD do CRATOD. Então, o usuário é avaliado e atendido de acordo com a classificação SUS de emergência, urgência e não-urgência.

Na Unidade Helvétia, são realizados 100 banhos por dia e entregues os kits-banho com toalha, roupas íntimas descartáveis, absorventes, etc. Nessa ação de baixa exigência existe também um protocolo de pés, no qual eles cuidam dos pés dos usuários no intuito de se aproximar e conhecê-los. As instalações contam também com uma academia e uma quadra para os usuários, onde são realizadas várias atividades, uma cozinha experimental, uma enfermaria de desintoxicação (na qual os

usuários podem ficar de 15 a 30 dias), assim como uma moradia, na qual eles podem ficar até seis meses.



As pessoas atendidas que querem e conseguem se tratar vão ao CAPS-AD do CRATOD, onde é feita uma primeira avaliação de risco utilizando o protocolo Manchester SUS. Marcelo explicou que, em todos os casos, após a primeira avaliação, são oferecidos os testes para HIV, sífilis e outras ISTs. Via de regra, a população trans é significativamente mais jovem tendo menos de 30 anos e tem uma prevalência maior de situação de rua e sintomas psicóticos na primeira avaliação, assim como uma prevalência maior de HIV em relação à população cis que procura os serviços e uma incidência de sífilis bastante alta também. O médico psiquiatra afirmou que o CRATOD também possui uma unidade dispensadora de medicamentos antirretrovirais e tem uma unidade de isolamento em caso de suspeita de tuberculose. Para os pacientes interessados na desintoxicação, é captada uma vaga na Central de Regulação Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) para a qual eles são encaminhados. Também são encaminhados para a Unidade Helvética, que oferece internação temporária e desintoxicação. Dentre esses, 75% dos casos são encaminhados para rede CAPS do território ou para Comunidades Terapêuticas conveniadas com o Programa Recomeço.

Por fim, afirmou que, anualmente, são 15 mil atendimentos em triagem, 9 mil pacientes odontológicos, 3 mil internações, 3 mil grupos no CAPS e 33 mil banhos. É um serviço bastante movimentado e estruturado para a população trans.

PROGRAMA MUNICIPAL DE IST, HIV/AIDS - SMS CAMPINAS

Josué Lima

*Médico Infectologista, Coordenador do Programa Municipal
de HIV/AIDS do Município de Campinas*



Josué Lima explicou que Campinas é a terceira maior cidade do estado de São Paulo e 14ª do Brasil, possui 109 serviços de saúde do SUS sendo 65 unidades básicas de saúde. A cidade tem uma atenção ao HIV/AIDS especializada bastante estruturada, tradicional e antiga, e afirmou que a preocupação não está focada nos serviços já tradicionais, conhecidos e que fazem um trabalho bastante interessante, mas, sim, no que as unidades básicas de saúde estavam fazendo para garantir o acesso das pessoas, principalmente em ações de prevenção, insumos, testes rápidos e IST.

Josué contou que foi realizada uma avaliação situacional em relação a todas as unidades básicas, com objetivo de conversar para elaborar diretrizes conjuntas pactuadas e com foco na oferta de novas tecnologias que, provavelmente, ainda não tinha sido assimiladas pelas unidades. Então, segundo ele, os eixos de avaliação foram: insumos de prevenção, testagem e aconselhamento em HIV e sífilis (que posteriormente incluiu as hepatites B e C) e a abordagem das IST.



O gestor público explicou que o panorama inicial observado foi de que as ações de prevenção na rede básica foram perdendo força devido às demandas assistenciais massacrantes, que são muito comuns nas unidades básicas de saúde, e também por algumas outras situações de epidemias que apareceram como dengue e zika, que exigiram muito das unidades. Com isso, as ações de HIV/AIDS foram perdendo espaço, além do contexto do município que, politicamente, vivenciou situações muito complicadas com constantes trocas de secretários de saúde, por exemplo. Afirmou que também foi observada a importância de pautar essas ISTs de forma contínua.

Em relação aos insumos de prevenção, notaram que todas as unidades possuíam preservativos, contudo, estes eram distribuídos de uma forma muito passiva. Apenas 40% das unidades tinham materiais informativos. Pouco mais de 12% das unidades realizavam os testes rápidos para HIV e sífilis e, quando realizados, eram basicamente devido a risco biológico. Por outro lado, 66% relataram espontaneamente que fariam os testes rápidos nas unidades caso estes estivessem disponíveis e caso houvesse uma capacitação para os profissionais. Josué também relatou que 18,5% disseram ter profissionais capacitados para aconselhamento e entrega de resultado. Então, foi depreendido que o foco de ação deveria ser oferecer capacitações em relação a ações de prevenção combinada e teste rápido.

Foram realizadas sete oficinas de prevenção para equipes de enfermagem e agentes comunitários de saúde para todos os cinco distritos de saúde, com foco na distribuição proativa dos preservativos. Depois, foram distribuídos dispensadores de preservativos próprios para cada uma das unidades de saúde, junto com o projeto, que já existia, de distribuição de preservativos nos banheiros dos cinco maiores terminais de ônibus de Campinas. Também foi realizado um fórum regional levando informações sobre prevenção combinada e oficinas do mesmo tema para os agentes comunitários de saúde. Josué afirmou que, atualmente, Campinas distribui 4 milhões de preservativos nas unidades básicas de saúde, mais um milhão em ações de prevenção e nos terminais de ônibus.

O gestor público destacou que a maior demanda, contudo, era relacionada aos testes rápidos. Então foram organizadas capacitações com momentos teóricos e práticos, fugindo um pouco do modelo do Ministério da Saúde. Nesse momento a equipe do Programa de HIV/AIDS de Campinas teve pelo menos 4 horas de contato com 99% dos profissionais de enfermagem das 65 unidades básicas, o que possibilitou uma percepção a respeito destes profissionais não somente em relação ao HIV/AIDS, mas também para fazer uma sensibilização.

O momento prático de aplicação dos testes era antecedido pelo momento de reflexão e sensibilização. Nessas ocasiões, temas relacionados à discriminação eram tratados e, na formação para entrega do resultado, eram discutidos temas como vulnerabilidade, sexualidade e acesso, além de toda uma discussão mais ampliada. A percepção foi de que, embora houvesse uma preocupação muito grande em sensibilizar os profissionais, havia uma desinformação muito grande em relação à atualidade a respeito do HIV e da AIDS. Um conhecimento muito precário em relação ao conceito “indetectável igual a intransmissível” e à oferta do tratamento para todas as pessoas independentemente da contagem de CD4.

Então, todas as definições mais atuais e novas tecnologias da mandala da prevenção combinada foram trabalhadas, para que os profissionais voltassem às unidades preparados para oferecer o teste, mas com bastante envolvimento em relação ao que eles estavam oferecendo, para evitar perda de oportunidades.

Josué mencionou também que o monitoramento foi feito em dois momentos, sendo o primeiro individual, em cada unidade de saúde, e posteriormente, envolvendo os distritos e os apoiadores dos distritos. O resultado foi que o município partiu de oito unidades básicas fazendo os testes rápidos para 100% das unidades básicas. E afirmou que, atualmente, ao se falar das novas tecnologias, abordagens e envolvimento de fatos, os profissionais estão atualizados sobre o assunto.



DISCUSSÃO

VALÉRIA FERNANDES, representando o sistema prisional do estado de Pernambuco, perguntou para Naila Seabra sobre qual foi a localidade onde foram identificadas as pessoas para participarem da pesquisa.

Naila Seabra respondeu que as pesquisas que eles vão fazer serão realizadas nos serviços especializados de DST/AIDS do estado de São Paulo e em algumas unidades básicas que tenham relação mais efetiva com o tema e, adicionalmente, serão entrevistados profissionais e usuários. Também serão realizadas entrevistas através da internet.

Valéria Fernandes também perguntou para Josué Lima como é feito o acompanhamento do paciente após a entrega do resultado. Disse que, em sua experiência no sistema, eles têm um acompanhamento psicossocial após a entrega do resultado devido ao índice de suicídio. E que é importante não apenas fazer a referência da medicação, mas também abordar a saúde mental.

Josué Lima explicou que eles treinaram a equipe de enfermagem para oferecer os resultados nas unidades básicas de saúde e que uma das grandes dificuldades percebidas era realmente a de dar os diagnósticos positivos. Por isso, era feito um treinamento à parte para aprofundar as técnicas e deixá-los mais seguros. Explicou que os resultados positivos são imediatamente encaminhados para os centros de referência nos quais existe uma estrutura muito grande de médicos, infectologistas, psiquiatras, psicólogos e profissionais de enfermagem. Então, quando esses pacientes são encaminhados, existe uma retaguarda muito grande inclusive para prevenir a questão do risco de suicídio.

GEORGIANA BRAGA manifestou preocupação em relação à redução de danos. Disse que sabe que o Departamento fez um trabalho muito grande em relação a definir o que é redução de danos. Adicionou que viu, em várias falas, o papel da Zero Discriminação nesse quesito e questionou se esta não pode ser atualizada de uma maneira que se torne mais abrangente do que essa caixinha que ela hoje representa. Falou em redefinir e levar para o exterior, porque lá fora também se fala muito do mesmo.

FERNANDO MEIRA afirmou, em relação à redução de danos, que é fundamental fortalecer o papel e a função das pessoas que trabalham nestes serviços e que lidam com questões

de álcool e outras drogas, como no exemplo do CRATOD. Ele questionou se o redutor de danos não seria a figura que foi colocada como conselheira. Afirmou que se deve pensar na formação da categoria profissional de redução de danos porque hoje o Consultório na Rua, por exemplo, tem uma dificuldade de contratar esses profissionais porque não existe um código brasileiro de ocupação para isso. Contou que, em Salvador, eles estão organizando com a vereadora Marta Rodrigues a construção do cargo de redutor de danos no município. Afirmou que não adianta levar esta questão como se fosse algo pertinente apenas aos psicólogos, médicos e assistentes sociais, mas que é necessário retomar a ideia daquelas pessoas que surgem do território.

Fernando Meira fez um esclarecimento sobre a normatização dos corpos das travestis que seria causada pela hormonização e que ele havia mencionado em sua fala. Explicou que a hormonização com estrogênio tende a diminuir a testosterona, o que provavelmente causaria como consequência uma dificuldade erétil. Essa seria a normatização do corpo da travesti e da mulher trans pela tecnologia de hormonização que hoje está sendo desenvolvida, que é uma adequação da hormonização das mulheres cis para as mulheres trans. Esse é o desafio.

EDUARDO DE MATOS iniciou parabenizando as pessoas que trouxeram à tona a população de rua afirmando que eles ficam sempre esperando a oportunidade para falar sobre essa questão que é tão complexa. Afirmou que a primeira informação que ele teve sobre HIV, enquanto morador de rua, foi aos 29 anos e partiu de um amigo LGBT egresso do sistema prisional. Então, perguntou a Letícia Ikeda como é possível envolver uma maior intersectorialidade de forma a garantir um suporte para um egresso prisional que já sai com tantas questões e muitas vezes monstros na cabeça impostos pela sociedade, mas que simples orientações acabam libertando e dando equilíbrio nesse ressignificar. Apresentou outra questão para Marcelo Ribeiro afirmando que alguns dos pontos apresentados trazem um certo desconforto, mas que a intenção da crítica era ser construtiva. Afirmou que se falar em “tratamento”, sobretudo ao abordar Zero Discriminação, já condiciona o outro a uma condição de doente, então a palavra “cuidado” seria mais adequada. Adicionou que “recuperação” não existe, pois, as pessoas têm só uma vida.

Eduardo contou que, com 29 anos, morando na rua, com vínculo familiar interrompido, sendo egresso do sistema prisional, já sem dentes e pesando 48kg, nem ele acreditava nele mesmo e foi quando ele teve a oportunidade não de recuperar, mas de ressignificar sua história. Ele entendeu que as pessoas têm dois extremos aos olhos da sociedade, um positivo e um negativo. O positivo é quando estuda, tem casa própria, carro, viaja etc, enquanto o outro extremo é o “vagabundo”, tem envolvimento com a justiça, é pobre, mora de aluguel, e ele estava abaixo desse patamar considerado negativo. Foi quando ele descobriu que tinham pessoas do extremo positivo indo até o lugar onde ele estava para buscar conhecimento, como os antropólogos, os acadêmicos, os pesquisadores que ficaram dias, semanas e meses com eles. Mas que, mesmo com todo o conhecimento, aquelas pessoas que estavam lá observando o lugar onde ele estava nunca chegariam a 100% do conhecimento daquela situação, mas ele sim, porque havia passado por aquilo. Então ele afirmou que não acredita que tenha que recuperar a vida dele, mas ressignificar e utilizar o que foi aprendido em um contexto positivo. Porque uma das cicatrizes da alma que ele tem é a lembrança de ter acordado depois de três dias usando crack, estar andando na rua e ver uma mãe com sua filha atravessando a rua para evitá-lo. Hoje, ele está no Conselho Nacional de Saúde, é convidado para estar presente no seminário que estava sendo realizado, está fazendo faculdade e é educador social e redutor de danos concursado na secretaria municipal de saúde. Por isso, a proposta dele é falar das diversas representações que ele tem mesmo depois tudo que ele já passou, para então afirmar que não é sobre recuperar, mas sim ressignificar.

Marcelo Ribeiro afirmou que as questões pautadas são difíceis e que, apesar de estar nessa área faz 20 anos, não tem certezas. Afirmou que não acredita em redução de danos como Política Nacional isolada, mas como parte de uma Política Nacional maior e combinada com outras áreas. Disse que isso é, na prática, o que o CRATOD faz, pois não é possível pensar em uma estratégia de redução de danos apenas de demanda ou de oferta.

Falou que concorda com Eduardo, que talvez ele mesmo venha de uma cultura na qual se fala muito em recuperação e que tem exemplo de pessoas que vêm da rua e que ralaram, sofreram e falam em recuperação, como a Ariadne. Mas afirmou que se ressignificar foi a palavra mais adequada, que ele a adotaria sem problema algum. Acredita que a maneira como as pessoas colocam suas experiências tem de ser

valorizada acima de tudo e que se recuperação soa como reformatar ou algo ruim, então essa palavra realmente não serve e deve ser buscada uma nova. Contudo, disse que não usa recuperação com essa ideia, mas no conceito de partir da experiência que já existe, e amadurecer, ampliar e se transformar em uma pessoa com perspectiva ampliada e mais autônoma. Disse que essa era ideia, mas que se ela não soa bem que é, sim, necessário pensar em outros termos.

Em relação ao tratamento, afirmou que é só uma pequena parte. Disse que consiste na parte formal que, às vezes, dura apenas de 15 a 30 dias. Colocou a reinserção como a parte mais interessante, na qual entra a redução de danos, que envolve o dia a dia e a retomada da vida. Falou que é o que eles chamam de recuperação, mas que pode ser chamado de ressignificação. Contou que tem um teórico para o qual uma vez perguntaram se ele acreditava em recuperação espontânea e ele respondeu que toda recuperação é espontânea. O serviço oferece uma ajuda, mas o que o indivíduo faz é por ele mesmo.

Letícia Ikeda disse que, em termos de saúde, quando se fala em Zero Discriminação, é importante estar sempre se ressignificando. Falou que é de formação médica e que esta formação é muito dura, não se permitindo o pensamento da ressignificação. Para um médico ressignificar uma prática ele tem que aceitar muitos desafios. Nesse sentido, contou uma história da sua experiência trabalhando na cadeia, na qual ela entrou em um quarto de hospital e perguntou para a pessoa que estava morrendo o que esta pessoa queria dela e a pessoa respondeu “eu queria tanto uma Coca-Cola”. Ela disse que, nesse momento, olhou para o paciente e para os dois policiais que estavam com ela no quarto e disse que não poderia dar o refrigerante. Mas ela era recém-formada e não sabia o poder que tinha com seu carimbo. No dia seguinte o PM olhou para ela e disse “sabe a Coca-Cola? Vai tomar no inferno”, que havia sido a maneira que ele encontrou de contar para ela que o paciente havia morrido e que aquilo para ela foi horrível.

Ela mencionou isso para falar sobre ressignificar as práticas, porque ela foi descobrindo seu poder e sua capacidade de ressignificar e o que ela podia receitar. Tempos depois, ela entrou em um outro quarto e um outro paciente pediu uma Coca-Cola e ela viu isso como a oportunidade para que ela se redimisse e se ressignificasse, e prescreveu uma Coca-Cola. Contou que tudo que era prescrito em uma receita entrava. E afirmou que isso ajuda a refletir sobre a questão da redução de danos e o que é droga, já que uma substância uma vez prescrita em receita médica não é droga. Então, ela receitou o refrigerante, o paciente tomou e posteriormente morreu. Depois disso, as pessoas começaram a brincar que aquela





DIA 2



ATIVIDADE



O objetivo do segundo dia do Seminário foi o de construir propostas e diretrizes de um serviço Zero Discriminação no Brasil. Com base nas discussões do dia anterior, foram identificados seis eixos temáticos que devem trabalhados para alcançar um serviço de saúde Zero Discriminação. Esses eixos foram:

- 🚩 Gestão;
- 🚩 Estrutura;
- 🚩 Comunicação;
- 🚩 Acolhimento e atendimento;
- 🚩 Participação social; e
- 🚩 Educação permanente.



Os participantes do seminário foram convidados a se reunirem em seis mesas de acordo com a metodologia do café mundial—uma metodologia de trabalho em pequenos grupos que permite que todas as pessoas participantes discutam todos os temas entre si. Os grupos tinham 20 minutos de discussão cada e, após o término desse tempo, as pessoas tinham que trocar de mesa, de forma aleatória, para discutirem todos os temas apresentados de maneira positiva. Permanecendo na mesa, a pessoa encarregada da relatoria transmitia para as novas pessoas da mesa a mensagem deixada por participantes anteriores. Ao final da sessão, a relatoria de cada mesa era apresentada no formato de “polinização cruzada” de cada diálogo, compartilhando as questões pontuadas em cada mesa.



A seguir, apresentamos um quadro com o compilado dos resultados de discussão em cada um dos grupos:

TRABALHO EM GRUPO

Padrões e diretrizes para um serviço de saúde Zero Discriminação no Brasil

- GESTÃO**
- > Gestão participativa, envolvendo trabalhadores e trabalhadoras, e controle social;
 - > É papel da gestão fazer conversas sistemáticas com profissionais para avaliar e monitorar constantemente práticas de discriminação. Sendo, fundamental a criação de sistemas de avaliação e monitoramento com escuta de todas as pessoas que trabalham no serviço;
 - > A gestão deve conhecer as propostas das últimas conferências para se pautar no planejamento do serviço;
 - > Garantir a laicidade é uma questão fundamental;
 - > Garantir nome social de usuários e servidores;
 - > Garantir o princípio da impessoalidade nos serviços;
 - > Criação de comitês que também respondam às metas de Zero Discriminação, para que a gestão não fique somente a cargo de uma pessoa;
 - > Incluir nos planejamentos ações para enfrentar o estigma e discriminação;
 - > Garantir transparência, pois é necessário ter dispositivos para tornar as decisões mais acessíveis;
 - > Criar, por meio do CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde, uma agenda de capacitação mensal, dos temas relacionados à Zero Discriminação;
 - > Fortalecer e popularizar a ouvidoria para qualificar a avaliação dos serviços;
 - > Envolver as pessoas que trabalham na gestão dentro do processo de educação permanente;
 - > Estabelecer metas de financiamento para Zero Discriminação nos planos plurianuais. Os serviços precisam incidir nos processos de planejamento de gestão financeira do município. O conselho gestor pode ser um parceiro fundamental;
 - > Garantir, na contratualização de profissionais, o compromisso de um atendimento livre de discriminação;

- GESTÃO**
- > Incluir os temas Zero Discriminação na agenda dos concursos públicos e dos processos seletivos;
 - > Adequar os sistemas de informações para que possam identificar as populações mais vulneráveis. De forma a produzir informações estratégicas, para ajudar a ampliar a acessibilidade das populações nos serviços de saúde, melhorando as práticas e qualificando a gestão do cuidado;
 - > Aplicar oficinas de formação e atualização às equipes responsáveis pelo Sistema de Informação, pois as pessoas que operam essas informações precisam saber como utilizá-las;
 - > Os serviços de saúde precisam conhecer melhor os seus territórios, para conhecer suas múltiplas vulnerabilidades e propor ações baseadas nisso;
 - > Elaborar indicadores que possibilitem identificar uma unidade Zero Discriminação, pois cada unidade pode desenvolver ações para instituir essa meta nos serviços;
 - > Estabelecer premiação para profissionais que alcancem as metas Zero Discriminação;
 - > Os serviços precisam estar voltados à resolutividade e agilidade no atendimento. Tempo de espera é uma das barreiras para o acesso ao cuidado.

- ESTRUTURA**
- > Serviço acolhedor e visualmente claro, que oriente o tipo de atendimento que será oferecido na unidade, que situe as pessoas no espaço do serviço e com mensagens que comuniquem acolhimento (bom dia, você está na sala de espera; bom dia, você seu atendimento será feito por tais profissionais);
 - > Espaço confortável para pessoas usuárias e profissionais;
 - > Cartazes informativos. Ex: cartaz de respeito ao uso do nome social, sobre racismo, “esse é um ambiente Zero Discriminação”;
 - > Reduzir barreiras físicas do serviço que impacta na discriminação (grades, portas de vidro, muitas salas e corredores). Buscar um ambiente sem muitas divisões e que facilite a circulação;
 - > Estabelecer um ambiente de sociabilidade e convivência. Ex. serviços com espaços alternativos para oficina, uma biblioteca, um espaço cultural. Integrar a população ao serviço (espaço para que as pessoas da comunidade possam mostrar sua arte com exposições, música, capoeira);

- ESTRUTURA**
- > Criar espaços de acolhimento. Ex. Na entrada do serviço ou no balcão de recepção ter uma placa/cartaz com dizeres que facilitem o acolhimento, o uso do nome social e auto-referência de identidade de gênero e de raça/cor: “Como você quer que eu te chame?”, “Saúde é um direito”, “Aqui respeitamos o nome social”, com a informação do decreto que regulamenta o uso do nome social.;
 - > Fazer do balcão de recepção um local de informação. Sendo que a escuta qualificada deve ser feita em espaço com profissionais de saúde, em um lugar com privacidade;
 - > Em serviços de HIV, especialmente, a farmácia ser um espaço mais aberto (não pode ser uma pequena janela na qual a pessoas precisa falar alto sua demanda para que a pessoa do outro lado consiga escutar);
 - > No layout do serviço não deve haver uma identificação por agravo (aids, sífilis, etc) e sim um layout neutro, voltado à saúde integral;
 - > População de rua – devem ser pensadas estruturas que possam romper com os limites das paredes, nas quais profissionais possam ir a campo;
 - > Colocar dispositivos de preservativos em vários espaços do serviço;
 - > Proporcionar um ambiente laico sem símbolos e textos religiosos e TV em programas religiosos;
 - > Ter informação sobre o controle social, com telefone do Conselho de Saúde e lista de ONGs;
 - > Estrutura física com acessibilidade (física e audiovisual) e sinalização (banheiros, sala de espera);
 - > Garantir alimentação para quem vai fazer exame em jejum;
 - > Garantir a presença de intérprete de libras para o diagnóstico;
 - > A utilização da tecnologia a favor da estrutura. Ex. painéis eletrônicos para chamar pacientes, porém, observar as limitações das pessoas analfabetas e cegas;
 - > Estrutura multiprofissional, não médico-centrada e horizontalizada.
 - > Realizar momentos de avaliação e debate das reclamações e sugestões colocadas por pacientes na avaliação do atendimento. O momento deve ser feito em conjunto, gestão e usuários/as;

- ESTRUTURA**
- > Profissionais devem receber capacitação e orientação sobre os campos de auto-referência (identidade de gênero, raça/cor) para perderem o medo de perguntar à pessoa usuária sua cor, sua identidade de gênero e orientação sexual;
 - > Avaliar como estruturar a agenda e o tempo de consulta; flexibilização da agenda e dos horários de atendimento para facilitar o acesso da população de rua e trabalhadoras do sexo;
 - > Não deve ser necessário ter tutores (profissional de assistência social, policial etc) para realização do atendimento à população de rua;
 - > Adequar e ampliar o horário de funcionamento dos equipamentos de acordo com a demanda da comunidade;
 - > Estrutura territorializada respeitando a linguagem, hábitos e costumes daquele território;
 - > Melhorar a qualidade do serviço - quebrar a ideia “senso comum” de que o SUS é para pobre e por isso tem que oferecer o mínimo;
 - > Estabelecer uma estrutura mais ágil de atendimento (quando possível). Buscando quebrar a cultura de que o SUS demora mesmo e que tem fila etc.;
 - > Garantir que o atestado não venha em nome do serviço para evitar constrangimento. Ex. Serviços de HIV/AIDS;
 - > Garantir estruturas aos consultórios na rua;
 - > Propor uma política de incentivo financeiro para os serviços de saúde Zero Discriminação. Sugestão: incluir um componente no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e garantir esse financiamento por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
 - > Atualizar o Sistemas de informação incluindo e orientando o preenchimento dos campos (nome social e identidade de gênero).

- COMUNICAÇÃO**
- > A comunicação deve ser acessível, visível, em várias linguagens.
 - > Deve explicitar, de forma clara, os direitos (exemplo nome social, as orientações daquele serviço, o que existe no local);
 - > Deve ser cuidadosa, verbal e não verbal, as linguagens corporais e as mensagens subliminares também tem que ser trabalhadas;

- COMUNICAÇÃO**
- > As linguagens devem se adequar a cada comunidade e deve ser feita com a participação destas comunidades. Não utilizar linguagem técnica, academicista, já que a linguagem deve se acessível e compreendida por todas as pessoas;
 - > A comunicação deve ter adequação regional, cada cidade, comunidade, bairro tem a sua própria linguagem;
 - > Os serviços devem apostar em uma comunicação multimídia, de acordo com as especificidades da população, dando ênfase na comunicação entre pares;
 - > Devem ser produzidos materiais de comunicação que contemplem pessoas com deficiências, documentos em braile e pessoas habilitadas para libras;
 - > Os serviços devem ter autonomia e tempo para planejar a maneira como vão se comunicar com os usuários;
 - > As propostas de comunicação repassadas pelo Governo Federal para estados e municípios devem vir acompanhadas de notas técnicas, orientações adequadas de como as equipes devem trabalhar com o material disponibilizado;
 - > Antes de comunicar, o serviço deve conhecer qual a sua população;
 - > O serviço deve avaliar se a comunicação está sendo absorvida pelos usuários;
 - > O diálogo deve existir e ser feito entre diferentes entes (federal, estadual e municipal);
 - > A comunicação deve expressar mensagens que se comuniquem com diferentes faixas etárias da população;
 - > As unidades devem possuir salas de espera, onde sejam veiculados vídeos mobilizadores, como o que foi apresentado no seminário;
 - > Deve haver atualização constante dos materiais, considerando as novas tecnologias, especialmente sobre as IST, HIV e AIDS;
 - > Que a comunicação considere os aplicativos que podem dispor de informações sobre o que e onde os serviços são oferecidos;
 - > Investir numa comunicação visual do ambiente, tornando acolhedor e deixando claro para o usuário que aquele espaço respeita todos os segmentos populacionais, orientações sexuais e formas de amor;
 - > Criação de grupos focais com a participação de usuários e usuárias para testar se a comunicação elaborada pelos serviços está sendo absorvida;

- COMUNICAÇÃO**
- > Os materiais de comunicação devem considerar a representação dos grupos mais vulneráveis da população;
 - > Profissionais com treinamento e habilidades de comunicação, com foco em comunicação não violenta e mediação de conflitos;
 - > Comunicação deve ser laica sem trazer qualquer conotação religiosa;
 - > Os materiais de comunicação, campanhas, cartazes, devem ser elaborados com a participação de pessoas usuárias de diferentes segmentos da população;
 - > Manter a caixinha de sugestões nas unidades de saúde, considerando que nem todas as pessoas usuárias possuem outras ferramentas como e-mail, telefone, etc;
 - > As unidades, a depender de onde estão localizadas, devem ter materiais que dialoguem especialmente com a população de migrantes considerando as ações que o Brasil tem desenvolvido para responder ao aumento na demanda de migrantes da Venezuela e outros países;
 - > Devem haver materiais para profissionais que tratem sobre o não julgamento, independentemente das práticas das pessoas usuárias (Ex. Pessoas que usam drogas);
 - > Pensar na comunicação para ações extramuros como forma de tornar a Unidade de Saúde um ambiente de convivência, propiciando a interação desta com a comunidade;
 - > A comunicação deve ser capaz de superar os avanços tecnológicos e trazer em seus conteúdos um componente de humanização;
 - > A comunicação deve reconhecer e respeitar a competência cultural das pessoas;
 - > Criar espaços dentro dos serviços onde a equipe possa expor e debater sobre as demandas e dificuldades encontradas no cotidiano e formas de superação.

- ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO**
- > O acolhimento deve iniciar desde a entrada na unidade. Acolhimento é visual, verbal e expressão corporal;
 - > Deve ser baseado na humanização que prevê o diálogo para compreensão da demanda, durante o atendimento;
 - > Deve acontecer desde o momento que a pessoa usuária entra na unidade, acolhimento deve ser visual, verbal, expressão corporal;

**ACOLHIMENTO
E ATENDIMENTO**

- > Profissional deve disponibilizar a escuta para acolher e entender a demanda real do usuário;
- > Acolhimento enquanto uma técnica, deve ser treinada e desenvolvida. Necessário identificar também profissionais que tenham muita dificuldade.
- > Deve utilizar estratégias de acolhimento interessado na prevenção e orientação para a adesão ao serviço (oferecer um chá, dizer quanto tempo demora para o atendimento). Acolhimento precisa ser trabalhado como estratégia de adesão;
- > O atendimento deve ser resolutivo e diminuir a espera;
- > O atendimento é baseado em protocolos que devem nortear e qualificar o atendimento;
- > Deve reativar e utilizar a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde (Lei 1820/2009)
- > Criar situações de pertencimento, em que as pessoas se sintam bem-vindas, ao invés da sensação de que estão atrapalhando— isso facilita adesão;
- > Uso de plaquinha com a pergunta na recepção “Como quer que eu te chame?”, pois isso já introduz o diálogo, outra forma de abordar, é primeiro dizer seu nome para que a outra pessoa também se identifique. Respeitando a identidade individual da pessoa usuária;
- > Atendimento baseado na empatia e livre de julgamentos de valor;
- > Todos as pessoas que trabalham no serviço de saúde devem conhecer quais são os serviços ofertados em sua unidade;
- > Garantir privacidade, incorporação dos direitos humanos na relação com usuários;
- > Diferenciar acolhimento de triagem, acolhimento tem que superar os aspectos biomédicos e deve incluir aspectos da integralidade;
- > Prover acesso a saúde para quem está fora da unidade, pois muitas populações são discriminadas antes de chegar aos serviços;
- > As unidades e profissionais devem proporcionar acesso à saúde sem punição ao uso de drogas e aborto;
- > Utilizar frases que dialogue com usuários. “Você chegou em XXX, esse é um serviço que não aceita discriminação”, “Esta é a sala de... Aqui você receberá uma classificação de risco e receberá seu atendimento...”, “Você está na sala de enfermagem...”;

**ACOLHIMENTO
E ATENDIMENTO**

- > Utilizar vídeos, painel eletrônico com informações educativas que diminua estigmas e discriminação nas salas de espera;
- > Garantir o atendimento, mesmo que a pessoa não tenha consulta agendada, podendo ela ser atendida por outro ou outra profissional que supra sua demanda;
- > Agentes de saúde precisam atuar na redução de danos, sem julgamento, sem discriminação;
- > Desburocratizar o acolhimento que não é de classificação de risco, podendo ser feito por todas as pessoas da equipe de profissionais;
- > Pensar em atendimentos que acolham a população de rua. Como é o acolhimento na rua? Quais aspectos diferenciam um atendimento feito pelo consultório na rua do atendimento feito em uma UBS?;
- > Para pessoas em situação de rua, a abordagem deve levar em conta o cotidiano, onde dormir, onde comer, como encontrar essa pessoa para dar continuidade, se pelo equipamento social ou de saúde. O serviço deve auxiliar no resgate da autoestima da população de rua;
- > O atendimento médico e de enfermagem não devem partir e que todas as pessoas são heterossexuais e cisgênero, ou seja, não deve haver uma heterossexualidade e cisgeneridade presumida;
- > A equipe de acolhimento deve ser composta a partir da representatividade disponível (ter pessoas negras, LGBT etc), que proporcione a abordagem entre pares e educação popular em saúde;
- > Remover barreiras, diminuindo estresse entre pessoas usuárias e profissionais. Devem ser identificadas ferramentas que diminuam barreiras e aproxime a pessoa usuária do serviço, algumas barreiras são, a janelinha na hora de preencher a ficha em que paciente e recepcionista precisam falar alto para se ouvirem, o horário fixo de atendimento, esse horário poderia ser ampliado além das 17h, e assim a pessoa usuária não precisar chegar às 5h da manhã para pegar uma ficha ou perder um dia de trabalho para realizar uma consulta;
- > Realizar primeiro o acolhimento e depois se preocupar em preencher uma ficha;
- > Informatizar o processo, digitalizar arquivos físicos e tornar o prontuário uma ferramenta eletrônica que seja compartilhada entre os serviços. Assim, a pessoa usuária não precisaria

**ACOLHIMENTO
E ATENDIMENTO**

- preencher uma ficha toda vez que precise ir a uma unidade de saúde;
- > Extinguir fichas e burocracias desnecessárias. Serviços com baixa exigência têm melhor acolhimento.
 - > A recepção deve funcionar como um balcão de informações, e como profissionais ali não são da área de saúde, precisam de educação permanente sobre humanização e acolhimento.
 - > A recepção deve receber pessoas usuárias e direcioná-las para receber escuta qualificada por profissionais de saúde. Em muitos casos, a pessoa usuária vai buscar algo que não diz na recepção, então deve ser dada a ela a oportunidade de ter um espaço mais adequado para escuta e poder falar com privacidade;
 - > Para acolher é preciso mapear as questões sociais da população. Manchester é diferente de acolhimento.
 - > Acolhimento em qualquer unidade, independentemente de onde mora.
 - > Capacitar a equipe de pessoas terceirizadas como seguranças e recepcionistas. Quem está na frente deve saber acolher com qualidade e encaminhar para onde a pessoa usuária precisa— a primeira triagem é fundamental;
 - > Acolhimento de acordo com especificidades e dos grupos locais, onde tem mais imigrantes, homens trans, linguagem laica além dos idiomas (tradutores locais);
 - > Quando a equipe acolhe bem, a pessoa se comunica melhor, relaciona-se melhor e faz vínculo. A equipe deve proporcionar bem-estar, pois se alguém tem um problema de saúde e busca ajuda, ela espera encontrar um atendimento que acolha e não há julgue;
 - > Acolhimento não se encerra na recepção, deve estar em todos os procedimentos dos equipamentos;
 - > O trabalho de agentes comunitários é fundamental no processo de acolhimento;
 - > Usar termo: “acolhimento centrado na pessoa”, com ética, sem julgamento, que envolva o contexto social, territorial e ambiental;
 - > A falta de estratégia para lidar com analfabetismo e a falta de habilidade com a linguagem de libras pode dificultar o acolhimento;
 - > Não pode haver dificuldade de acesso dos adolescentes,

a necessidade da presença de alguma pessoa com mais de 18 anos acompanhando para que adolescentes possam ser atendidos e atendidas;

- > Trabalhar questões de gênero, raça e outros temas que atravessam o julgamento de profissionais;
- > Para pessoas em situação de rua, a abordagem deve ser sobre o cotidiano, onde dorme, onde come, como encontrar esta pessoa para dar continuidade ao atendimento, seja pelo serviço social ou de saúde.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

- > Em um serviço Zero Discriminação, o controle social não pode ser confundido como espaço de queixa e transtorno, e nem visto como algo acessório. O controle social deve trabalhar com autonomia e em parceria com a gestão em prol da melhoria do serviço;
- > Fortalecer o debate conceitual da participação e do controle social. Todas as pessoas devem entender a importância, papéis, mecanismos de participação e controle social;
- > Deve haver um conselho gestor ativo, efetivo e representativo de todas as populações. Caso os conselhos oficiais não sejam representativos, devem se buscar mecanismos para que essa diversidade seja representada;
- > Os diferentes conselhos devem ter uma melhor estrutura, incluindo financiamento e equipe, para garantir uma participação efetiva;
- > Garantir que as prerrogativas e poderes dos conselhos estabelecidos na lei sejam respeitadas;
- > A Zero Discriminação deve ser pautada não somente nos conselhos de saúde, mas também conselho das mulheres e conselho de direitos humanos;
- > Deve haver um diálogo entre os diferentes controles sociais de diferentes temas;
- > Criar comissões intersetoriais de Zero Discriminação nos municípios, com pessoas nomeadas e capacitadas para monitorar e avaliar indicadores;
- > Incluir o debate de Zero Discriminação nas conferências de saúde e outras conferências;
- > Apostar em espaços informais de participação social e diálogo com pessoas usuárias dos serviços;

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

- > Valorizar os saberes das pessoas que são estigmatizadas. Ninguém entende mais de discriminação que as pessoas discriminadas. Que as pessoas não sejam somente alvo, mas que possam trazer suas vivências de capacitação e que possam construir de forma horizontal este conhecimento;
- > Mapear estratégias sociais existentes locais e usar estas pessoas e organizações como caminho de diálogos para esta população;
- > Capacitar o controle social (as redes, movimentos e ongs) de modo contínuo para que possam efetivamente executar seu papel;
- > Conscientizar a gestão e profissionais de saúde sobre o direito de participação da sociedade civil nos processos de construção e monitoramento da política de saúde;
- > Estimular e formar novas lideranças, especialmente de setores que normalmente não têm participado;
- > Criar mecanismos para avaliação das queixas recebidas, das medidas de resolução aos problemas, exemplo, caixinha de sugestões e avaliação para que a pessoa usuária do serviço avalie o atendimento;
- > Publicizar os resultados das reclamações das pessoas usuárias. Não basta haver um canal de reclamações, mas as pessoas devem receber um feedback. Isso é uma forma de estimular que todas usem estes mecanismos (Disclosure);
- > Construir indicadores da ouvidoria, e estes serem monitorados e avaliados, como parte dos indicadores da gestão do serviço;
- > Cartazes e locais para avaliação devem ser parte da rotina dos serviços, de forma simples, para que todas as pessoas possam saber que há alguém ou um espaço para o qual ela possa falar sobre como foi o atendimento naquele dia.
- > Espaço online de visibilidade para o controle social.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

- > Não é necessário inventar a roda. Resgatar e implementar os marcos legais, diretrizes, planos do SUS, e resultados de conferências nacionais etc.
- > A metodologia deve ser participativa e os temas devem ser incluídos na rotina dos serviços. Os momentos das reuniões rotineiras dos serviços devem ser oportunidades para se desenvolver educação continuada, de acordo com a realidade de cada serviço, na UBS—por ex.: pode-se ter reuniões de equipes para discussão e amadurecimentos dos processos de trabalho;

**EDUCAÇÃO
PERMANENTE**

- > Construir agendas de debate com base na demanda e nas dificuldades que vão surgindo;
- > A gestão precisa oferecer uma estrutura para que as conversas, grupos de trabalho aconteçam, com a presença da figura de mediação de conflitos na rotina dos serviços;
- > Garantir formação humanizada de novos e novas profissionais de saúde que estão chegando no mercado (graduação e pós-graduação);
- > Criar uma ferramenta digital que registre e avalie o/a profissional que participou das formações realizadas pelos serviços de saúde;
- > Pensar em novas metodologias de formação, que tornem a formação menos “enfadonha”;
- > Consultório na rua: profissionais de saúde precisam se apropriar dessa dinâmica de atendimento fora dos serviços convencionais (o que poderia ser aprimorado por meio da participação dos conselhos de classe na educação permanente);
- > A educação permanente deve ter sempre em foco a formação de pessoas multiplicadoras;
- > Devem ser realizados momentos de formação presenciais (possibilidade de oferecer incentivos profissionais para participarem das formações);
- > Os territórios precisam pensar a educação permanente com as suas especificidades para conseguir ativar processos de mudança. O trabalho de sensibilização precisa focar na micropolítica, em agentes capazes de fazer alguma diferença—empatia;
- > Possíveis parcerias: pensar-se na intersetorialidade, por exemplo, com universidades, de preferencialmente, as públicas e, sobretudo, com a sociedade civil (a participação da sociedade civil é fundamental). Mas há que se pensar em incentivos financeiros para essa participação. A sociedade civil deve protagonizar a definição dos conteúdos das formações;
- > Metodologia possível: rodas de conversa das equipes pessoas usuárias dos serviços, para se inserir as vivências de cada território. Estas pessoas precisam ser partícipes dessa construção. No entanto, o baixo quórum de profissionais precisa ser monitorado; a educação permanente precisa passar por uma transformação paradigmática para voltar a ser efetiva;
- > Inserir temas como racismo, políticas LGBT, machismo e redução de danos nas formações, com metas, para o alcance e disseminação de boas práticas;

**EDUCAÇÃO
PERMANENTE**

- > Cursos online: conceitualização e com modalidades diferentes (abordagem de comunicação, dos corpos trans). Formação básica para todas as pessoas que entrem nos serviços para trabalhar, qualquer seja sua função;
- > Profissionais devem ser informados logo no primeiro dia de trabalho que de “esse é um serviço de saúde que não aceita discriminação de nenhum tipo”;
- > Revisão de conteúdo: a produção de conteúdos deve contar com a participação das pessoas usuárias dos serviços (e deve constar algo do tipo: “curso preparado com a participação da população LGBTI”); módulos com aprofundamento de especificidades (“idoso LGBTI, pessoas com deficiência, pessoas que vivem com HIV, pessoas que vivem com AIDS”)— a transversalidade deve estar sempre presente nas formações;
- > Atualização dos conteúdos e implementação das estratégias do Humaniza SUS nos serviços de saúde;
- > Mecanismo de feedback da capacitação realizada: criação de indicadores para a educação permanente nos serviços;
- > A educação permanente precisa ser inserida nos processos de trabalho e não ficar estagnada no conteúdo;
- > Oferta de workshops a distância ou presenciais que abordem temas básicos correlatos à Zero Discriminação. Definição de indicadores que “creditem” que o serviço cumpriu com a capacitação por meio de oficinas;
- > Incluir, o tema Zero Discriminação nos currículos de concursos públicos;
- > Avaliação e monitoramento: aplicabilidade do conhecimento depreendido nas diversas capacitações na rotina de trabalho.
- > Desenvolver mecanismos de avaliação das capacitações e de mensuração de resultados da mudança nas rotinas;
- > Incluir o tema “Zero Discriminação”, de forma transversal, em iniciativas já desenvolvidas, como capacitações sobre Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT), teste rápido e TB. Individualizar a abordagem com a necessidade de cada serviço e nível de atenção;
- > Articulação entre Saúde e Educação para vinculação de projetos de extensão, garantindo participação, incentivo e estímulo das populações em todo o processo (no ombro a ombro, na rotina diária dos serviços);
- > Criar um selo Zero Discriminação vinculado a algum tipo de incentivo financeiro.

ENCERRAMENTO



Ao final do dia, os relatores de cada grupo apresentaram para a plenária os resultados das discussões.





ANEXO



DIÁLOGOS

ZERO



DISCRIMINAÇÃO

nos Serviços de Saúde



INTRODUÇÃO

Em 2017, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) lançou a versão em português da Agenda para Zero Discriminação nos Serviços de Saúde, que apresenta um plano de ação com sete prioridades para o alcance da Zero Discriminação nos serviços de saúde. Entre as prioridades do plano, destaca-se a necessidade de “definir os padrões para um serviço de saúde Zero Discriminação”. Em 2018, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde iniciou a implementação da Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-chave em HIV, Hepatites Virais e outras ISTs.

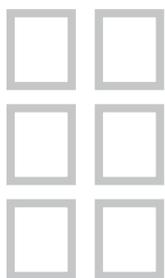
Como parte deste esforço conjunto e para dar início à construção dos padrões de um serviço de saúde Zero Discriminação no Brasil, o UNAIDS, em parceria com o DIAHV, organizou uma série de oito Diálogos para a Zero Discriminação nos Serviços de Saúde, com o objetivo de propiciar um espaço de escuta de pessoas usuárias de serviços de saúde sobre suas experiências, expectativas e propostas para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação.

Durante quase dois meses, percorremos as cinco regiões do Brasil e, através destes diálogos, conduzimos um processo significativo de escuta atenta e aprofundada de mais de 70 pessoas provenientes de populações-chave para a resposta ao HIV— gays e outros homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, pessoas que usam álcool e outras drogas, trabalhadoras do sexo e pessoas privadas de liberdade—, incluindo diálogos com jovens de transmissão vertical, pessoas vivendo com HIV e estudantes e profissionais da área de saúde.

Reunimos, nestas páginas, um resumo das mais de 50 horas de conversas registradas nos Diálogos que aconteceram em Brasília (DF), Salvador (BA), Porto Alegre (RS), São Paulo (SP), Manaus (AM) e Recife (PE).

Antes de buscar respostas e soluções prontas, o objetivo deste processo foi o de escutar, atentamente, o que estas pessoas tinham a nos dizer sobre suas experiências de Zero Discriminação na rede pública de saúde e sobre o que cada indivíduo considerava importante para a construção, promoção e disseminação destas práticas.

De forma propositiva, e tendo uma série de perguntas disparadoras como guia para a condução desta escuta aprofundada, buscamos o envolvimento de pessoas que muitas vezes não são ouvidas e que enfrentam inúmeras dificuldades para ter seu direito à saúde garantido, simplesmente pelo fato de serem quem são.



Estes encontros proporcionaram oportunidades únicas de reflexão, com perguntas como:

- Você poderia nos contar sobre uma experiência positiva que teve em algum serviço da rede pública de saúde?
- Que elementos fazem você considerar esta experiência como positiva?
- Você acredita que ser uma pessoa "como você" (do seu jeito e com suas identidades e características) influencia na abordagem que você recebe no serviço de saúde?
- Que outros aspectos relacionados à sua pessoa costumam influenciar nessa abordagem?

As pessoas participantes foram convidadas a refletir também sobre como seria um serviço de saúde ideal—ou o serviço de saúde de seus “sonhos”:

- O que seria um serviço de saúde Zero Discriminação para você?
- Quais seriam as principais diferenças entre o serviço que você acessa hoje e esse serviço de saúde Zero Discriminação que você descreve?
- E quais seriam as semelhanças?

A partir dos sonhos individuais, estas pessoas eram convidadas a definir, de forma coletiva, seus sonhos em comum, e a apresentar propostas concretas para torná-los realidade. Assim, a visão coletiva de cada grupo também foi considerada como parte do exercício de escuta e diálogo:

- Em sua opinião—e na opinião do grupo—que pontos essenciais um serviço de saúde deve cumprir para que seja considerado um serviço Zero Discriminação?
- Se você estivesse em uma posição de decisão, o que mudaria no serviço de saúde que você recebe?
- Que sugestões você daria para a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?

E, por fim, provocamos uma auto-reflexão sobre o papel exato de cada pessoa nesse processo de construção e consolidação de serviços de saúde Zero Discriminação:

- Que ações você, como pessoa usuária do SUS, pode desempenhar para contribuir com a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?
-

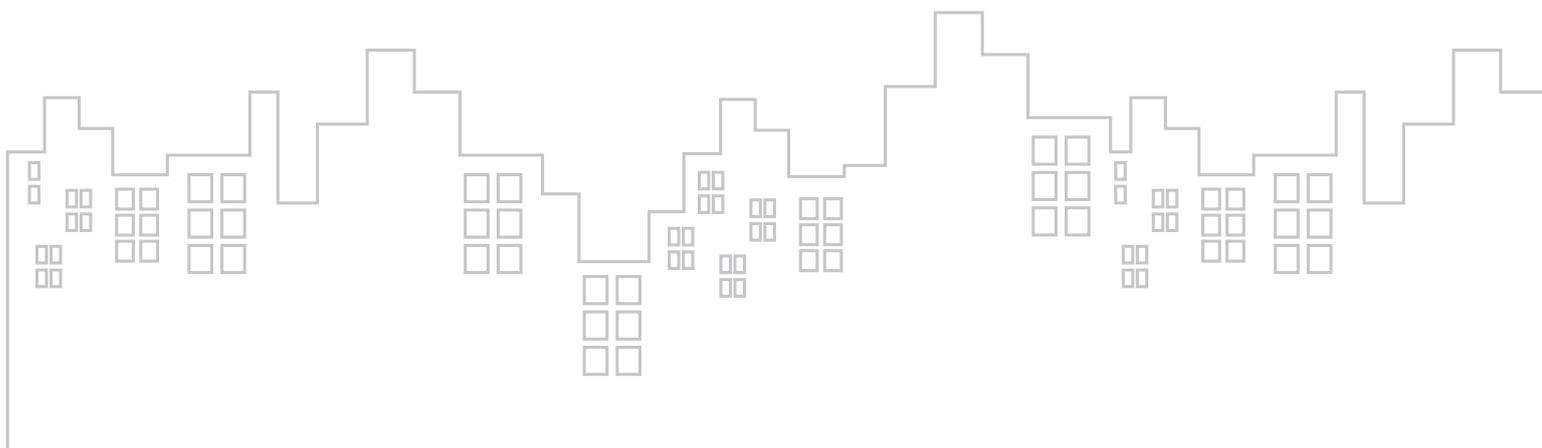
- Que pessoas, organizações, instituições você considera responsáveis ou parceiras para que seja alcançado sucesso na construção destes serviços?
- Como resultado destas horas de diálogo, o que você considera que poderia, a partir de agora, começar a fazer, parar de fazer ou continuar fazendo para contribuir com a construção de serviços de saúde Zero Discriminação?

Nas próximas páginas, encontram-se os relatórios de cada um dos Diálogos, na ordem temporal em que foram realizados.

Boa leitura!



**#ZeroDiscriminação
nos Serviços de Saúde**



GAYS E OUTROS OUTROS HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS



PARTE 1 EXPERIÊNCIAS POSITIVAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Você poderia nos contar sobre uma experiência positiva que teve em um serviço de saúde enquanto pessoa usuária?

Que elementos fazem você considerar esta experiência como uma experiência positiva?

A maioria das pessoas participantes descreveu experiências relacionadas a atendimento em serviços especializados de IST e HIV (CTA ou hospital-dia). Os relatos incluem a busca por serviços como testagem, tratamento para o HIV, PEP e PrEP.

- **Um bom acolhimento ao realizar o teste rápido e o olhar humanizado de profissionais na hora do atendimento.** “A pessoa que me atendeu foi muito educada, ela não se preocupou se eu era gay ou não. Eu cheguei lá na rodoviária, peguei a ficha, fiz o exame e pronto.”
- **Atendimento com respeito à individualidade e na procura pela PrEP no hospital-dia.** “Lá, a gente responde um questionário bem grande antes de receber a PrEP, essas perguntas a moça falou que é para nos conhecer melhor antes de começar a tomar os remédios, e também depois que começar a tomar vai ter todo um acompanhamento. As perguntas foram feitas de modo bem tranquilo, me senti à vontade para responder.”
- **Uma conversa descontraída para quebrar o receio de realizar o teste e aconselhamento pós-teste com respeito à sexualidade.** “Quando eu fiz o teste, o médico ele me falou um monte de coisa sobre a camisinha que não podia deixar de

usar porque tinha muitos casos de HIV entre os jovens e tudo o que eu perguntava ele respondia, com naturalidade.”

- **Atendimento com hora marcada.** “Quando eu fui fazer o cadastro da PrEP é assim, a gente vai lá e eles marcam um dia pra gente voltar. É bom porque a gente não demora muito esperando porque a consulta demora bastante até a gente responder todas as perguntas que ela faz.”

OUTROS ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO TRATAMENTO RECEBIDO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Você acredita que a sua orientação sexual influencia na abordagem que você recebe no serviço de saúde?

Que outros aspectos relacionados à sua pessoa (idade, raça, sexualidade, classe, contexto/situação de vida...) podem influenciar nessa abordagem?

Ao serem questionados sobre a influência, na abordagem recebida no atendimento, ao revelarem sua orientação sexual, todas as pessoas afirmaram não poder falar abertamente sobre orientação sexual e muito menos sobre suas práticas sexuais nos atendimentos realizados fora dos serviços especializados para HIV e outras IST.

Em depoimento, um dos presentes afirmou que deixaria de abordar um problema de saúde caso fosse necessário falar sobre sua orientação sexual em um posto de saúde próximo a sua casa, reflexo do medo de que alguém saiba de suas práticas sexuais. São temerosos ao surgimento de fofocas causadas pelo vazamento do diagnóstico por profissionais que moram na mesma comunidade e os conhecem. Além da orientação sexual, outras características foram colocadas como fatores que podem influenciar na abordagem e no atendimento a pessoas usuárias desta população no serviço de saúde:

- **Racismo:** “Meu namorado estava bem doente aí fui com ele no hospital, cheguei lá fui na recepção falar com a moça para ele ser atendido e todo mundo passando na frente dele, dois pretinhos, né. Eu precisei começar a gritar para ele ser atendido e perguntar se era porque eram dois pretinhos que todos passavam na frente, só assim ele foi atendido.”

- **Ser um gay mais afeminado:** “Se você é afeminado, eles falam logo “lá vem a bichinha”, sem falar nas piadas que a pessoa tem que escutar para ser atendido.”
- **Ser de uma faixa etária mais nova (adolescente - jovem):** “Quando você é adolescente você não tem o direito de fazer o teste porque eles só liberam se seus pais forem lá, até as consultas você tem que fazer acompanhado com a sua e quando você está sozinho você não tem coragem de falar que é gay porque vá que ele conte para sua mãe.”
- **Classe social:** “A pessoa que é pobre é de periferia como eu sou, e às vezes não se veste bem, claro que não vai ser atendido como aquele que mora na zona sul e chega lá todo bem vestido. Quando a gente fala que mora em tal lugar a atendente faz logo aquela cara de medo.”
- **Nível de educação:** “Quando você tem formação você consegue acessar bem mais do que aquele que não estudou. A PrEP mesmo, a gente observa que a maioria que faz uso são aqueles gays de classe média tudo formado. Já as Travestis que não estuda e a maioria trabalha de noite na rua quase não tem lá fazendo PrEP”
- **A limitação do horário de atendimento, entre 8h e 17h de segunda-feira à sexta-feira:** “Você estuda, as vezes você trabalha e aí não tem tempo de ir nesse horário isso dificulta o atendimento porque você precisa perder aula para ir no médico se consultar.”



PARTE 2

PERSPECTIVAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE ZERO DISCRIMINAÇÃO

Nesta segunda parte, buscamos conhecer quais as primeiras palavras ou frases que, para o grupo, definiriam um serviço de saúde Zero Discriminação. Imergindo nessa perspectiva, as pessoas participantes foram estimuladas a pensar responder às seguintes questões:

O que seria para você um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as principais diferenças do serviço de saúde que você acessa hoje para um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as semelhanças?

- **Um serviço em que eu possa ir sem medo de ser quem sou.** “A gente vai lá no posto de saúde mais já vai pensando o que dizer e como se defender da piadinha que vai ouvir do mal atendimento que vai receber.”
- **Um serviço em que eu não me sinta discriminado em nenhum momento, desde a portaria.** “Se você é mais afeminado sabe que vai escutar piadinha antes mesmo de entrar no hospital, o próprio vigia vai falar alguma como “olha ela”, “você falou que ela não vinha hoje” que você sabe muito bem que isso foi para você.”
- **Um atendimento realmente acolhedor.** “Que a gente chegue lá e possa ser atendido sem preocupação.”
- **Um serviço de saúde no qual a própria equipe tenha representatividade da população, incluindo profissionais negros e LGBTI.** “É preciso que quando a gente chegue para ser atendido possa tem um gay, um negro, uma trans lá para te atender. Por quantos médicos negros você já foi atendido? Eu por nenhum.”

- **Um serviço com empatia e respeito às individualidades sem julgamentos morais** “Que você possa olhar para o profissional e ele não esteja te julgando com os olhos.”
- **Que possua uma identidade visual que transmita acolhimento com cartazes e materiais informativos.**
- **Pessoas usuárias com voz e poder de ação, garantindo ferramentas de controle social como canais de ouvidoria e informações sobre direitos.**
- **Ampliar o sigilo profissional no atendimento para outros profissionais além dos médicos e enfermeiras, como recepção e agentes de saúde;** “A pessoa vai lá fazer o teste para HIV - e da positivo - a mulher que faz o teste é sua vizinha aí conta para um, que conta para outro e começa aquela fofoca e daqui a pouco o bairro todo tá sabendo.”
- **Profissionais mais próximos à comunidade realizando campanhas de prevenção e cuidado a saúde integral.**
- **Acompanhamento assistencial a pessoas usuárias do serviço; que profissionais da assistência social possam indicar serviços como CRAS e outros serviços de assistência que possa interessar à pessoa atendida.**
- **Melhorar a comunicação entre a pessoas usuárias e médicos, que a pessoa atendida não tenha medo ou vergonha de falar sobre sexualidade ou da sua orientação sexual com seu médico ou sua médica.**
- **Equipe multidisciplinar com profissionais que tenham treinamento e capacitação para uma abordagem integral de atenção a saúde. Transmitindo segurança nos atendimentos.**

PONTOS-CHAVE PARA UM SERVIÇO DE SAÚDE ZERO DISCRIMINAÇÃO

Depois dessa chuva de ideias, o grupo foi convidado a definir, em cinco pontos-chave, o que seria um serviço de saúde Zero Discriminação. O grupo estabeleceu que os pontos-chave seriam: comunicação, representatividade, acolhimento, treinamento e gestão.

COMUNICAÇÃO	> Divulgação extensiva dos serviços para as populações-chave e utilização de elementos visuais que promovam igualdade.
REPRESENTATIVIDADE	> Contratação de profissionais pertencentes às populações-chave, fortalecendo a perspectiva do diálogo entre pares.
ACOLHIMENTO	> Atendimento humano, solidário e atento às subjetividades das pessoas usuárias, com incentivo à adesão e à não-evasão de pessoas de população-chave.
TREINAMENTO	> Capacitação contínua de profissionais de saúde que tenham comprometimento com o sigilo e a ética profissional em geral e orientados à promoção integral da saúde.
GESTÃO	> Menos burocracia no atendimento; > Valorizar o papel da pessoa usuária como promotora de saúde; > Aceitar e aplicar sugestões de pessoas usuárias dos serviços; > Tornar a ouvidoria um espaço bem estruturado, menos burocrático e estimular o uso desse canal de feedback.

PARTE 3

GERANDO PROPOSTAS PARA AÇÃO

Nesta terceira parte, o grupo foi convidado a pensar em propostas concretas para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação. A partir dos sonhos individuais, os participantes foram convidados a definir, de forma coletiva, quais eram seus sonhos em comum, e a apresentar propostas concretas para torná-los realidade. Assim, a visão coletiva, de cada grupo também foi considerada como parte do exercício de escuta e diálogo. As seguintes perguntas disparadoras foram apresentadas:

Imagine que você esteja numa posição de decisão e com recursos a sua disposição. Que ações/estratégias você colocaria em prática para a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação? (formato de brainstorming)

Que ações você como usuário(a) do SUS pode desempenhar para contribuir com a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?

Como você acha que a sociedade civil pode contribuir para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação?

As propostas apresentadas pelo grupo foram agrupadas nas seguintes categorias: estrutura do serviço, formação/capacitação da equipe, comunicação e gestão:

ESTRUTURA DO SERVIÇO

- Retirar a janela que separa a pessoa atendida e o profissional da farmácia.
- Viabilizar UBS itinerantes para facilitar a mobilidade das pessoas usuárias e acesso ao serviço.

FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO

- Realizar treinamento focal com profissionais e pessoas usuárias dos serviços de saúde sobre orientação sexual e a participação dos jovens e do movimento social.
- Incluir o tema Zero Discriminação nos cursos de Saúde nas universidades e nos cursos técnicos de Saúde;
- Treinar profissionais de todas as áreas do serviço sobre HIV, IST e questões LGBTI.

COMUNICAÇÃO

- Produzir cartazes e mensagens como: “Este é um serviço de saúde Zero Discriminação!” “Esta UBS respeita sua Orientação Sexual!” “Este hospital respeita o seu Nome Social!” Proporcionando um espaço acolhedor;
- Disponibilizar, nos espaços de espera, informações sobre PEP e PrEP;
- Disponibilizar informações nas mídias sociais.

GESTÃO

- Criar canais que possam solucionar dúvidas e oferecer orientações por telefone;
- Expandir os horários de atendimento das UBS para a noite;
- Realizar conversas sobre Zero Discriminação nas salas de espera.

PESSOAS USUÁRIAS/CONTROLE SOCIAL

- Realizar pesquisas e levantamentos sobre: adesão de tratamento, pessoas atendidas no serviço e qualidade do serviço;
- Realizar reuniões com a comunidade, rodas de conversas e momentos de sugestões e críticas construtivas para melhorar o atendimento;
- Oferecer serviços itinerante nas escolas e periferias;
- Mobilizar pessoas usuárias do serviço a participar dos espaços de monitoramento e melhorias da unidade de saúde.
- O diálogo foi encerrado com o feedback e avaliação das participantes.

ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE



PARTE 1 EXPERIÊNCIAS POSITIVAS NAS UNIVERSIDADES E POSTOS DE SAÚDE

Quais experiências positivas você já vivenciou na universidade ou serviços de saúde em relação à discriminação e à promoção dos direitos humanos na saúde?

- **Debates sobre violência da mulher nos cursos de saúde.**
“Foi muito gratificante produzir um documentário e debates sobre a violência da mulher na faculdade e poder ver meninos reconhecendo que realmente as mulheres passam por vários tipos de violência. Isso vai ser muito importante para quando ele for atuar como profissional da saúde.”
- **A oportunidade que a universidade oferece a estudantes de ir até a comunidade;** “Trabalhar em um projeto da universidade, que ajudava uma comunidade a diminuir os casos de sífilis em uma situação de vulnerabilidade social. As mulheres possuíam relação desprotegida com um chefe da favela, e foi preciso uma proposta multidisciplinar para conscientizar sobre a importância da prevenção.”
- **Participação e empatia da gestão da universidade em realizar uma metodologia de ensino ativa.** “Nós temos aulas de casos clínicos desde o primeiro ano, saúde da família depois saúde da mulher. Temos todas as semanas simulações de atendimento para aprender a identificar um problema de saúde dentro de um contexto social.”
- **As legislações e posições judiciais que obrigam um atendimento sem discriminação.** “As pessoas não estão mudando porque perceberam que esse é processo benéfico, as pessoas estão mudando por medo de processos jurídicos

e o mesmo acontece nos cursos de medicina. O aluno sabe que perde ponto na avaliação se ele não tratar a trans pelo nome social, então na frente da professora ele trata da forma correta, porém quando a professora sai ele não está nem aí e começar a chamar pelo nome de registro.”

- **Educação entre pares (entre os próprios estudantes).**
“Quando estamos em aulas nas comunidades e um colega age sem levar em conta aquele contexto social do local temos a função de alertar o nosso colega e lembrar o que nos foi transmitido.”
- **Educação permanente com foco em estudantes da área da saúde.** “Você dar instrumento de voz para uma galera que não sabe que tem fortalecendo o controle social e essa juventude.”
- **Projeto Jovens pela Paz.** “Uma política pública construída pelo conselho municipal de juventude e aprovado pela câmara municipal de Campos dos Goytacazes/RJ, a primeira política pública de prevenção a homicídios da juventude negra do meu município.”
- **Atendimento com hora marcada no Hospital-Dia para que pacientes não precisassem ficar horas esperando o atendimento. E, para quem não conseguiu marcar horário, foi criada a sala de acolhimento garantindo privacidade e sigilo de acordo com a demanda destes e destas pacientes.**



PARTE 2

PERSPECTIVAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE ZERO DISCRIMINAÇÃO

O que seria para você um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as principais diferenças do serviço de saúde que você acessa hoje para um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as semelhanças?

Nesta segunda parte, buscamos conhecer quais as primeiras palavras ou frases que, para o grupo, definiria um serviço de saúde Zero Discriminação. Imergindo nessa perspectiva, as pessoas participantes foram estimuladas a pensar e a responder às seguintes questões:

- **Equipe de saúde formada por pessoas negras e LGBTI;**
- **Ambiente acolhedor com uma abordagem não violenta.** “Você ter o cuidado na forma que fala e que pergunta para que a entonação da sua voz ou a maneira que você pergunta não pareça ser algo violento.”
- **Serviço integrado às demandas de pacientes.** “Porque nada adianta você medicar sem levar em conta o social daquela pessoa.”
- **Atendimento laico.** “Como o estado é laico e chegamos em um hospital e tem uma cruz na parede, e a todo tempo tem um pastor invadindo teu leito. Não tenho nenhum problema com isso mas é preciso que você respeite as outras religiões.”
- **Atendimento sem discriminação.** “Que os usuários se sintam respeitados e possam usar o banheiro de acordo com que se identificam, ou banheiro unissex. Por que tem que separar?”
- **Consultas mais humanizadas e com uma duração maior de tempo e com espaços para tirar dúvidas durante as consultas.** “É preciso respeitar as individualidades de cada usuário, sabemos que cada usuário traz uma demanda diferente que precisa ser respeitada. Não adianta atender o paciente em 5 minutos quando aquele caso dele demanda um tempo maior.”

- **Atendimento sem julgamentos.** “Que no atendimento a equipe de saúde não faça caretas e gestos estranhos quando chega uma pessoa trans para o atendimento. O julgamento não está apenas na fala está no olhar também.”
- **Reconhecer e entender os aspectos psicossociais de pacientes respeitando suas individualidades;**
- **Gestão efetiva e sustentável (ativa e participativa), menos burocrática.** Depoimento 1. “A sintonia da equipe na hora do atendimento ao usuário ajuda a qualificar aquele atendimento e o paciente se sentir bem acolhido.” Depoimento 2. “Democratização dos equipamentos no tratamento de saúde mental, não só para os pacientes, mas para os funcionários também. Os novos profissionais, os estudantes já saem da faculdade adoecidos por causa da pressão pelos resultados e tudo isso interfere muito na forma que esse profissional vai atender o outro.”
- **Ampliar os mecanismos de ouvidoria tornando-os mais acessíveis e garantindo resposta a demanda da pessoa que realizou uma denúncia;**
- **Fortalecer uma epidemiologia inclusiva, Zero Discriminação;**
- Capacitar pessoas usuárias do serviço de saúde. “É preciso fortalecer e investir na sociedade civil e no controle social com rodas de conversas, formações e materiais de divulgação dando voz para sociedade.”
- **Um serviço com espaço para discussão e reflexão da equipe, com reuniões e programações efetivas;**
- **Revisar a estrutura das unidades para que favoreçam a confidencialidade e sigilo.** “Estrutura que garanta a confidencialidade da consulta. Possuindo um espaço reservado para a triagem e ela não seja feita ali na frente de todo mundo e com todos ouvindo.”
- **Sem discriminação por classe social.** Que todos possam ser atendidos sem ser levado em consideração o lugar que mora ou a forma em que se veste;
- **Efetivar as políticas públicas existentes;**
- **Com a uma participação mais rotativa nos conselhos de saúde e que a comunidade possa participar.** “Muitas pessoas ainda desconhecem sobre esse espaço de voz da comunidade.”

- **Que possua insumos como preservativos na entrada dos postos de saúde facilitando sua retirada sem precisar de consultas ou preenchimento de cadastros;**
- **Escuta terapêutica. Levar cuidado e atenção à saúde emocional a comunidade;**
- **Materiais de divulgação e publicidade sobre valorização da diversidade;**
- **Criar mecanismos de avaliação da gestão e do atendimento, como caixa de sugestão e reclamação;**
- **Realização de pesquisas de satisfação (mensalmente);**
- **Maior atenção à prevenção, levando mais debate aos jovens de periferia e às comunidades**
- **Construção popular de um serviço de saúde Zero Discriminação.**
“Um serviço horizontal, que as informações e as condutas não sejam passadas de cima para baixo mas sim discutidas e chegue ao um ponto comum entre profissionais e usuários do sistema”.



PONTOS-CHAVE PARA UM SERVIÇO DE SAÚDE ZERO DISCRIMINAÇÃO

Depois dessa chuva de ideias, o grupo foi convidado a definir, em cinco pontos-chave, o que seria um serviço de saúde Zero Discriminação. O grupo estabeleceu que os pontos-chave seriam: acolhimento, educação permanente, gestão, estrutura e controle social.

ACOLHIMENTO

- > Um serviço de saúde Zero Discriminação é aquele onde toda e qualquer pessoa usuária seja acolhida e atendida com empatia, respeito às diferenças, com equidade, respeito ao nome social, sem julgamentos de quaisquer formas.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

- > Um serviço de saúde Zero Discriminação é aquele onde exista educação continuada, com cursos de capacitação e reciclagem, quanto aos sistemas de informação, formulários, notificação de agravos, questões de gênero, raça/etnia, além de valorização da introdução e fortalecimento das disciplinas de humanidades nas escolas de saúde.

GESTÃO

- > Um serviço de saúde Zero Discriminação é aquele onde exista gestão ativa e participativa, com horizontalidade na tomada de decisões, levando em consideração a multiprofissionalidade, redução na burocratização em saúde e a longitudinalidade nos atendimentos.

ESTRUTURA

- > Um serviço de saúde Zero Discriminação é aquele onde exista estrutura adequada para manutenção da confidencialidade durante e pós atendimento, com presença de sistema de informação, fichas respeitando o nome social, com materiais de valorização da diversidade amplamente visíveis, além de presença de insumos e medicamentos para terapias adequadas.

CONTROLE SOCIAL

- > Um serviço de saúde Zero Discriminação é aquele onde exista construção e participação popular em todas as fases do “fazer saúde”—da ouvidoria aos conselhos participativos—respeitando sua autonomia, fortalecido pela educação permanente em saúde.
-



PARTE 3

GERANDO PROPOSTAS PARA AÇÃO

Nesta terceira parte, o grupo foi convidado a pensar em propostas concretas para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação. A partir dos sonhos individuais, as pessoas foram convidadas a definir, de forma coletiva, quais eram seus sonhos em comum, e a apresentar propostas concretas para torná-los realidade. Assim, a visão coletiva, de cada grupo também foi considerada como parte do exercício de escuta e diálogo. As seguintes perguntas disparadoras foram apresentadas:

Imagine que você esteja numa posição de decisão e com recursos a sua disposição. Que ações/estratégias você colocaria em prática para a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação? (formato de brainstorming)

ACOLHIMENTO

- Construir sala de acolhimento para a realização do preenchimento de cadastro e fichas;
- Respeitar as decisões de pacientes e suas necessidades;
- Promover a sensibilização e criação de empatia acerca da discriminação com profissionais de saúde;
- Orientar profissionais sobre acolhimento humanizado antes de iniciar suas funções;
- Padronizar os ambientes de acolhimento das unidades de saúde;
- Estimular e promover espaços seguros a quem busca a unidade sem julgamentos e discriminações;
- Manter sempre as formas de acolhimento individualizadas de acordo com as necessidades de cada pessoa, sempre sem discriminar;
- Incluir na CLT punição a profissionais que não respeitarem a Zero Discriminação, podendo até resultar em demissão por justa causa;
- Exercer sempre a ética profissional garantindo sigilo e respeito às demandas de pacientes.

CONTROLE SOCIAL

- Criar um aplicativo em que a pessoa usuária do serviço possa acessar informações sobre direitos e também possa realizar denúncias;
- Formar lideranças comunitárias para serem multiplicadoras da Zero Discriminação e meios de prevenção às ISTs na comunidade;
- Promover espaços comunitários para falar sobre IST/AIDS, prevenção e tratamento;
- Fortalecer a participação da comunidade nos conselhos de saúde;
- Realizar capacitação da sociedade em UBS, hospitais, escolas, igrejas, terreiros e outros;
- Promover espaços de diálogos nas salas de espera;
- Investir na qualificação dos movimentos sociais com *workshop* e formações;
- Desenvolver um sistema de tecnologia da informação TI para a comunidade acompanhar as deliberações feitas entre sociedade civil e gestão, exemplo App de celular, para troca de informações;
- Tornar visível o direito da pessoa usuária nas unidades de saúde, exemplo, cartaz igual ao que diz que profissionais não pode ser desacatados ou desacatadas e cartilhas sobre os direitos das pessoas usuárias e canais de denúncias;

GESTÃO

- Gestão participativa com o controle social, que escute as demandas e repasse para SES ou SMS;
- Uma gestão com reais habilidades para aquela função;
- Selecionar a Gestão através de um processo seletivo democrático sem indicações políticas partidárias;
- Valorizar profissionais que cumprem com um atendimento sem discriminação;
- Realizar reuniões periódicas, entre a equipe e lideranças comunitários para avaliação da demanda e do atendimento;

- Desburocratizar garantir a divulgação dos canais de denúncias como ouvidorias;
- Realizar reuniões multidisciplinares com a presença de médicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com o objetivo de expor, sugestões, reclamações, melhorar a comunicação entre profissionais e gerar um melhor atendimento à comunidade;
- Estabelecer que as contratações para cargos em saúde (gestores e gestoras) só podem ser feitas mediante capacidade e experiência comprovadas;
- Garantir transparência nas decisões tomadas pela gestão;

EDUCAÇÃO PERMANENTE

- Pactuar com as SMS e as escolas de saúde e UNA-SUS, capacitação, treinamentos e propiciar a criação de boas práticas de atendimento;
- Garantir reuniões bimestrais para treinamento dos profissionais;
- Mudar e melhorar os planos curriculares dos cursos de saúde;
- Atualizar equipe médica, demais profissionais de saúde e a comunidade sobre os índices epidemiológicos da região;
- Formar profissionais de saúde sobre os princípios, diretrizes e programas do SUS;
- Incluir a disciplina Zero Discriminação desde o 1º ano nos cursos de medicina;
- Criar legislação sobre a Zero Discriminação e punir os atendimentos discriminatórios;
- Sancionar leis que estipulam que a prática profissional e o exercício das profissões estão vinculadas a necessidade de atualização constante, incluindo a prática de humanidades;
- Aumentar a rigidez na avaliação e monitoramento de estudantes nos cursos de saúde, no que diz respeito aos direitos humanos;
- Promover um bônus ao profissional a quem participar de formações em direitos humanos.

ESTRUTURA

- Diminuir a burocracia e dar maior agilidade na implementação de melhorias e instalações de serviços e equipamentos;
- Aumentar os investimentos em saúde e efetivar os órgãos de fiscalização;
- Aumentar a fatia do PIB para a saúde;
- Facilitar a distribuição de preservativos vaginais e penianos, deixando-os disponíveis na recepção, nos banheiros e consultórios;
- Criar prontuários eletrônicos com nome social;

Que ações as associações de estudantes/profissionais podem desempenhar para contribuir com a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?

- Levar o debate da Zero Discriminação para a universidade;
- Levar as informações adquiridas durante o diálogo para os trabalhos realizados na comunidade por meio dos projetos acadêmicos;
- Realizar autocríticas a partir deste diálogo;
- Criar mecanismos que atraia a comunidade para a universidade e vice-versa;
- Tornar-se o primeiro passo para a mudança. "A mudança começa em nós, não adianta querer mudar apenas o outro."

O diálogo foi encerrado com o *feedback* e *avaliação* dos participantes.

TRAVESTIS E TRANSEXUAIS



PARTE 1 EXPERIÊNCIAS POSITIVAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Você poderia nos contar sobre uma experiência positiva que teve em um serviço de saúde enquanto pessoa usuária?

Que elementos fazem você considerar esta experiência como uma experiência positiva?

A maioria das pessoas participantes trouxe experiências de atendimentos realizados em centros especializados (ambulatório trans ou serviço de IST). Interessante observar que a maioria relatou não ter tido experiências anteriores de busca de serviços de saúde com receio de sofrer discriminação. Algumas pessoas do grupo relataram ter buscado pontualmente serviços privados, muitas vezes recomendados por outras pessoas trans.

- **Primeira consulta à ginecologista.** Depoimento 1. “O primeiro atendimento ginecológico depois da transição, o fato da minha ginecologista ser uma mulher cis, negra ela não destoa. Ela entende a demanda, ela tem uma humanidade. Além de um atendimento médico, agora a gente tem uma relação de amizade e eu nunca imaginei que eu pudesse ter uma relação boa com o ginecologista, e que pudesse haver um atendimento sem violência. Ela é uma mulher que procura outros profissionais com o mesmo perfil para que não haja nenhum tipo de transfobia.”. Depoimento 2. “Enquanto homem trans possui meu nome retificado e nesse processo que eu tentei acessar a ginecologista na cidade de Simões Filho/BA, a profissional foi muito sensível e me atendeu super bem, fez o que pôde para que eu não passasse nenhum tipo de constrangimento nesse espaço que majoritariamente é de

mulheres cisgêneras.”¹ Depoimento 3. “A segunda vez que eu acessei ao ginecologista foi no ambulatório trans com a Dr^a Patrícia, quando eu olhei para ela e vi uma mulher negra isso me deu um certo conforto. E ela ficou quase uma hora conversando comigo, conversamos sobre várias coisas, teve uma escuta sensível (considerado fator importante na relação médico e usuário). Ela estava disponível para aprender comigo, a partir do momento que ela entendeu que eu também produzo conhecimento com o meu corpo e que esse conhecimento também precisa ser levado em consideração.”

- **Atendimento realizado no ambulatório trans.**

Depoimento 1. “A disponibilidade de atendimento em um ambulatório com demanda prioritária para pessoas trans. Mesmo com as demandas do serviço os profissionais se comprometeram a atender as demandas do ambulatório trans. Exemplo, uma médica tem reservado um dia na sua agenda para atender os homens trans.” Depoimento 2. “A forma que foi identificado os profissionais para contemplar o quadro do ambulatório trans. Foi realizado algumas atividades para que as pessoas pudessem entender sobre gênero e orientação sexual. Nessas atividades foi realizado um filtro dos profissionais, e cooptados a fazer parte da equipe aqueles que se demonstraram empolgados evitando os que sinalizavam desconforto com a temática por meio de gestos enrijecidos e caras ‘feia.’”

- **Atendimento com respeito ao nome social sem necessidade de solicitar que isso seja feito.**

Depoimento 1. “Sensibilidade em perguntar o nome pelo qual gostaria de ser chamado em um atendimento”; Depoimento 2. “Respeito do nome social pela psicóloga do CTA, que sempre pergunta o nome que a pessoa quer ser chamada.”

- **Ação de mobilização, respeito ao nome social.**

“No dia da visibilidade trans o movimento fez uma placa que dizia sobre o decreto do nome social e identidade de gênero em algumas unidades de saúde na cidade de São Paulo. Está placa foi baseada em uma já existente que fala sobre o desacato ao funcionário público no exercício da função ou em razão dela.”

- **Expansão do atendimento ambulatorial para travestis e transexuais em unidades básicas de saúde.**

“Terem levado

1. Apesar do atendimento acolhedor e positivo, o usuário encontrou dificuldades após a realização da consulta. O sistema de TI que recebeu o exame coletado pelo usuário não autorizou sua realização por não entender que um homem pudesse realizar um exame de coleta do preventivo.

para algumas unidades básica de saúde na cidade de São Paulo os serviços oferecidos nos ambulatórios Trans como a dispensação de hormônios. Toda a comunidade mudou e pessoas que não usavam o serviço naquela unidade passou a ir e encontraram profissionais mais preparados, e a unidade ganhou novos profissionais como fonoaudiólogos.”

- **Atendimento específico para pessoas trans em uma unidade básica de saúde** . Iniciativa em uma unidade básica que reservava um dia da semana a atender travestis e transexuais em Salvador. A iniciativa tinha por objetivo desafogar o ambulatório de uma demanda muito presente da população trans neste equipamento,;
- **Atendimento com respeito à identidade de gênero**
 “O atendimento diferenciado em um CTA , tanto a infectologista quanto da assistente social e da psicóloga, elas sempre nos tratam no feminino e não precisam perguntar como eu quero ser chamada. Eu falo que sou XXX e ela me trata sempre por XXX sempre no feminino”.

Além da identidade de gênero, que outros aspectos relacionados à sua pessoa (idade, raça, sexualidade, classe, contexto/situação de vida...) podem influenciar nessa abordagem?

- **Raça/cor:** “A transexual branca acaba tendo um atendimento diferenciado se comparado a uma transexual negra. Eu sou uma transexual negra, pobre e de periferia. Eu sou discriminada por minha cor e por minha condição social.”
- “Eu sou um cara negro, mas não sou um cara negro retinto. Se um dia chegar um cara mais negro que eu o tratamento vai ser diferente. Nesse momento a leitura feita será de um menino branco se estiver eu e ele, seremos abordados, mas a abordagem entre eu e ele vai ser diferente. A minha abordagem vai ser diferente, porque eu sou... “branco demais para ser negro e negro demais para ser branco”. E isso no serviço de saúde é racismo, ele é institucionalmente racista.”
- **Passabilidade:** “A passabilidade da pessoa trans é importante em alguns aspectos mas em outros ela não é. Eu não consigo confrontar o preconceito com a minha passabilidade, porque se eu não sofro ele eu não tenho como desconstruir do outro.”

- **Interseccionalidade:** “Precisamos pensar nas interseccionalidades, você ser um cara trans negro, um cara trans do interior, e/ou gordo.”
- **imposição de uma religião:** “Religião impositiva na hora do atendimento. As pessoas precisam entender que elas estudam sobre saúde dentro da sua graduação e não estudam a bíblia. As pessoas têm colocado suas perspectivas religiosas em cima das coisas que acontecem dentro do SUS.”
- **Modo de se vestir:** “Padrões considerados ‘normativos’, o modo de se vestir, esse marcador também influencia no modo em que você vai ser tratado. A pessoa considerada bem “vestida” de acordo com o que a sociedade determina. Tem um atendimento diferente de quem se veste com roupas curtas por exemplo.”
- **Falta de empoderamento/informação:** “Falta de empoderamento é um agravante no acesso ao SUS. Se você não tem informação nem diálogo com o movimento e desconhece seus direitos terá maior dificuldade de acessar determinados serviços.”
- **Olhar Cisnormativo:** “Olhar cisnormativo dos profissionais e de toda a rede de atenção, pensar quem acessa e quem não acessa, quem é retificado e quem não é, quem parece mulher cis e quem não é. Uma coisa atravessada com raça, com trabalho social ou percepção de quem é puta demais mesmo que não seja trabalhadora do sexo. É pensar nesse olhar ‘normativo’ dos profissionais não só na relação, mas também que tipos de procedimentos são sugeridos.”
- **O tom da voz:** “Entonação da voz, (grave de mais quando mulher trans/travesti ou muito aguda quando homem trans).”



PARTE 2

PERSPECTIVAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE ZERO DISCRIMINAÇÃO

Nesta segunda parte, buscamos conhecer quais as primeiras palavras ou frases que, para o grupo, definiriam um serviço de saúde Zero Discriminação. Imergindo nessa perspectiva, as pessoas participantes foram estimuladas a pensar responder às seguintes questões:

O que seria para você um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as principais diferenças do serviço de saúde que você acessa hoje para um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as semelhanças?

- **Ter uma política de contratação e permanência para profissionais trans;**
- **Possuir práticas que promovam espaços de construção entre instituição e comunidade;**
- **Garantia de investimentos.** “Sem corte de investimentos para que o serviço consiga garantir as demandas existentes e as novas demandas.”
- **Formação permanente e continuada.** “Formações contínuas que informe sobre as questões de identidade de gênero.”
- **Respeito ao nome social e à identidade de gênero;**
- **Campanhas educativas.** “Realizar campanhas específicas para população de travestis e transexuais, falando dessas especificidades e que dialogue com a comunidade.”
- **Atendimento.** “Garantir um atendimento humanizado, com respeito às identidades de gênero inclusive as não binárias”; “Garantir atendimento com agilidade nas demandas básicas como consultas ao clínico geral e realização de marcação e realização de exames.”

- **Atendimento não patologizante.** “Possibilitar acesso não patologizante (cishétero/normativo) para populações LGBTI, com conhecimento sobre as identidades corporais, dialogando com o conhecimento trazido pelos usuários. De forma a alinhar a prática ao discurso, um atendimento com equidade.”
- **Saúde integral.** “Garantir atendimentos sem a necessidade de laudos, que se preocupe com a saúde integral e saúde mental dos usuários.”²
- **Atendimento sensível às diferenças de cada pessoa usuária.** “Ser sensível aos corpos desviantes da ‘norma padrão’, garantindo um atendimento igualitário e suas diferenças. Incomoda um pouco existir um espaço específico para a população trans. Precisamos que a unidade de saúde que já atende as demais pessoas possa ser sensível para também atender a população trans respeitando o nome social, sua identidade de gênero e suas especificidades.”
- **Respeito ao estado laico.** “Possuir um atendimento laico sem interferências e imposição de dogmas religiosos.”
- **Representatividade.** “Ter pessoas trans na equipe de funcionários.”
- **Ética profissional.** “Ser um serviço justo, que não precise lembrar aos profissionais que uma pessoa trans também é cidadã, e tem o direito de ser atendida de acordo com suas necessidades;
- **Diálogo entre profissional e pessoas usuárias.** “Que o médico possa conversar e entender a demanda do usuário e que haja transparência no atendimento.

2. Mulheres travestis e pessoas transexuais que desejam iniciar a hormonização (terapia hormonal) nos ambulatórios de processo transexualizador necessitam ser diagnosticadas com incongruência de gênero. Ação patologizante a sua identidade de gênero.

PONTOS-CHAVE PARA UM SERVIÇO DE SAÚDE ZERO DISCRIMINAÇÃO

Depois dessa chuva de ideias, o grupo foi convidado a definir, em cinco pontos-chave, o que seria um serviço de saúde Zero Discriminação. O grupo estabeleceu que os pontos-chave seriam: Respeito aos direitos conquistados, comunicação, representatividade, educação permanente e laicidade.

RESPEITO AOS DIREITOS CONQUISTADOS	> Garantia e respeito aos direitos conquistados pela população trans e travestis.
COMUNICAÇÃO	> Comunicação efetiva que promova a equidade, visibilizando as identidades trans e travestis.
REPRESENTATIVIDADE	> Equipe de saúde formada por pessoas trans e travestis. Tendo as cotas como mecanismo de reparação.
EDUCAÇÃO PERMANENTE	> Formação obrigatória e periódica para profissionais de saúde abrangendo equipes médicas, de enfermagem, recepção, e outras categorias de profissionais pertencentes aos equipamentos do serviço.
LAICIDADE	> Promover atendimento humanizado e equânime que respeite a laicidade e as diversidades de gênero, sexualidade, raça, classe e religiosidade. De maneira despatologizante as identidades trans e travestis.

PARTE 3

GERANDO PROPOSTAS PARA AÇÃO

Nesta terceira parte, o grupo foi convidado a pensar em propostas concretas para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação. A partir dos sonhos individuais, as pessoas participantes foram convidadas a definir, de forma coletiva, quais eram seus sonhos em comum, e a apresentar propostas concretas para torná-los realidade. Assim, a visão coletiva de cada grupo também foi considerada como parte do exercício de escuta e diálogo.

Imagine que você esteja numa posição de decisão e com recursos a sua disposição. Que ações/estratégias você colocaria em prática para a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação? (formato de brainstorming)

Que ações você como usuário(a) do SUS pode desempenhar para contribuir com a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?

As propostas apresentadas pelo grupo foram agrupadas nas seguintes categorias:

RESPEITO AOS DIREITOS CONQUISTADOS

- Garantir saúde reprodutiva para os homens trans. “A política de saúde do homem é produzida para o homem cis. É preciso pensar a saúde do homem com essas especificidades enquanto homem trans.”
- Conscientizar a população, através de visitas da equipe de saúde a comunidade;
- Levar a Zero Discriminação para os conselhos de classe. “Existem várias portarias e decretos, porém além disso é preciso que os conselhos de classe como o Conselho Nacional de Medicina (CRM), o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e outros conselhos também possa dar encaminhamentos e orientar contra as discriminações”.

Atualizar o sistema de informação (TI), com informações e campos como nome social, homem no ginecologista, mulher no urologista.

COMUNICAÇÃO

- Realizar comunicação de Impacto, campanhas de respeito às pessoas trans (vídeos e textos), construídas em parcerias com pessoas trans para formação e distribuição nos equipamentos³;
- Fixar placas: “Eu respeito o nome social”, “Aqui atende travesti”, “Trans nesse espaço sempre terá nosso respeito.”

REPRESENTATIVIDADE

- Criar um sistema de cotas no SUS para garantir pessoas trans enquanto profissionais de saúde;

EDUCAÇÃO PERMANENTE

- Incluir disciplina obrigatória nos cursos de saúde e medicina sobre travestilidade e transexualidade;
- Realizar capacitação/reciclagem de todos os funcionários (médicos, enfermeiros, recepção, outros): “atendimentos livres de preconceitos e posições religiosas, orientação sobre uso do banheiro e respeito ao nome social. Formar os profissionais sobre: O que é identidade de gênero? Quais são as identidades de gênero? Como tratar e abordar as pessoas trans e travestis. E que todas as unidades de saúde possam promover estas capacitações e assim consiga chegar a Zero Discriminação;”
- Incluir nos concursos públicos conteúdos sobre corpos trans e um curso de formação para o profissional aprovado (requisito obrigatório para que o aprovado assume a vaga).

ATENDIMENTO

- Definir punições para tratamentos transfóbicos. “Muitas vezes as pessoas trans são punidas só por ser quem são, logo é preciso que a discriminação seja punida e não a pessoa que está sendo discriminada.”
- Fiscalizar o modo com que profissionais atendem as pessoas usuárias do serviço;

3. As campanhas devem ter o nome “TRAVESTI” em destaques e não apenas no rodapé dos cartazes por exemplo.

- Incluir as especificidades do homem trans na política de saúde do homem.

Aproximando-se do final, perguntamos que ações você como do SUS pode desempenhar para contribuir com a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?

Que ações você como usuário (a) do SUS pode desempenhar para contribuir com a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?

Como você acha que a sociedade civil pode contribuir para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação?

- Desenvolver dentro da comunidade trans o sentimento de pertencimento ao SUS: com divulgação de campanhas e roda de diálogos.
- Aumentar a ida ao SUS. “É competência nossa dentro da nossa população trans estimular essa busca ao SUS. Se a nossa população procurasse o SUS uma vez por ano para fazer um check-up e tivesse isso como meta, o que já seria muito importante.”
- Participação social. “Participar do conselho municipal de saúde e associação de bairro e que não seja apenas um espaço de cotas. É preciso que estes espaços também possam dar voz às demandas da população trans.”
- Popularizar o debate sobre HIV/AIDS e IST, falar mais para os jovens como pega, como não pega, sobre os métodos de prevenção.
- Fortalecer a organização política da população trans e unificar o movimento dialogando também com quem não está no movimento. Reunir as pessoas trans mais novas e as mais experientes que já estão a um tempo na militância e fortalecer os trabalhos de base.
- Falar sobre saúde de forma integral.
- Parar de ter vergonha de falar sobre sexo.
- Fala sobre HTLV.

O diálogo foi encerrado com o feedback e avaliação das participantes.

PESSOAS QUE VIVEM COM HIV



PARTE 1 EXPERIÊNCIAS POSITIVAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Você poderia nos contar sobre uma experiência positiva que teve em um serviço de saúde enquanto pessoa usuária do serviço?

Que elementos fazem você considerar esta experiência como uma experiência positiva?

- **Atendimento com espaço para diálogo entre pessoas usuárias do serviço e profissionais.** "A sensibilidade da médica do SAE em Novo Hamburgo, ela nos dar liberdade para falar sobre vários assuntos sem vergonha, e conversar sobre a troca de medicação".
- **Atendimento com apoio efetivo e atenção para que as pessoas usuárias do serviço tenham adesão ao tratamento.** Depoimento 1. "Uma médica que se preocupa com o usuário e com a adesão desse usuário ao medicamento. Uma profissional que ama sua profissão e faz os atendimentos com garra sem querer perder o paciente"; Depoimento 2. "A psicóloga faz com que a gente compreenda nossa situação, e encontre vontade para seguir em frente". Ela é muito engajada e diz "vamos nós juntos!". Implementou junto o Comitê de Investigação de Mortalidade pelo HIV. "Ao receber o caso daquela pessoa que foi a óbito e começa a ver o histórico daquela pessoa. Em sua maioria das vezes foi porque o teste não foi ofertado. Às vezes a pessoa já teve dez passagens em anos e nunca teve o diagnóstico porque era muito novo ou com mais idade e julgaram que aquela pessoa não transava e o teste de HIV não era solicitado causando um diagnóstico tardio que o levou a óbito."
- **Atendimento efetivo e ágil.** "O exame de CD4 que antes era realizado apenas uma vez por mês hoje é realizado de

segunda-feira à sexta-feira e o resultado que demorava em torno de 30 dias agora é possível ser entregue em 10 dias no SAE de Novo Hamburgo.”

- **Atendimento acolhedor.** “Após a saída de alguns médicos do SAE que eu me tratava, a enfermeira chegou pra mim e disse que eu teria que procurar outro lugar porque lá não ia ter mais médico pra me atender. Ai eu sai de lá com meu prontuário na mão e fui procurar outro SAE que pudesse me aceitar. E me surpreendi, no primeiro SAE que eu fui chorando, desesperada com o meu prontuário na mão, a enfermeira me acolheu, perguntou o que eu tinha e porque estava chorando. E eu respondi que era porque eu tinha acabado de sair de um SAE porque não tinha médicos e que eu teria que interromper meu tratamento. Ela então, prontamente me acolheu, aceitou que eu fosse atendida lá e me explicou tudo direitinho, pedindo para eu me acalmar porque eu não iria ficar sem fazer meu tratamento. E mesmo depois que alguns médicos precisaram sair, a equipe foi bastante atenciosa, passava uma segurança sabe, me explicavam que iriam mudar de médico, mas que eu não preciso ficar preocupada porque eu continuaria sendo bem tratada e que o novo médico era tão bom quanto esse que estava saindo.”
- “A atividade realizada em uma unidade móvel (ônibus) do Projeto Fique Sabendo Jovem, que foi onde eu descobri minha sorologia. Eles foram muito bem atenciosos, me explicaram tudo. Um aconselhamento sem julgamentos, falando que eu poderia me tratar, onde eu poderia ir para fazer o tratamento. Eu acho que o projeto facilita o acesso e a locomoção no território com profissionais capacitados e compreensíveis as individualidades de cada usuário.”
- **Atendimento acolhedor e com empatia.** “Os atendimentos com infectologistas e dermatologistas, passaram por residência em medicina de saúde da família conseguem acolher melhor o indivíduo. Eles demonstram mais empatia e acolhimento parece que são mais humanizados porque tiveram a oportunidade de vivenciar um pouco das demandas e necessidades da comunidade.”
- **Ser bem recebido no serviço de saúde, com educação e respeito.** “Um bom atendimento é aquele que você chega e a pessoa que vai te atender, te recebem como um sorriso, te cumprimenta com um bom dia! Boa tarde! Em que posso ajudar? Demonstrando atenção e respeito.”

- **Unidade de saúde com um visual e comunicação que promovam o respeito.** “Você chega no CTA tem vários cartazes que falam das populações-chave, dos gays, das trans, do nome social, do negro, campanhas de prevenção tudo isso torna aquele lugar mais acolhedor. Você se sente mais confortável quando ver tudo isso.”
- **Atendimento ético e sem discriminação.** “O cuidado em não discriminar ou expor o usuário na hora do atendimento. Antes o atendimento ao infectologista, as pessoas vivendo com HIV passavam na frente dos outros usuários até que uma vez uma das pessoas passou maior constrangimento. Uma moça da limpeza gritou ‘chegou mais um alí da AIDS’, a possibilidade daquela pessoa voltar é zero. Porém agora todas as pessoas são atendidas de forma igualitária e sem precisar se identificar na entrada sua sorologia para o atendimento.”
- **Mudança na estrutura do SAE.** “O ambulatório mudou o nome de ‘ambulatório de HIV’ para ‘ambulatório de epidemiologia’ garantindo mais segurança e conforto aos usuários na hora do atendimento. Um atendimento sem julgamentos e com garantia de sigilo da sua patologia;
- **Menos rotatividade no quadro de profissionais.** “No SAE os profissional já te conhece e chama você pelo nome isso gera empatia e uma maior confiança no profissional na hora do atendimento. Outra coisa é a dispensação de remédios, não precisamos mais ir a Porto Alegre.”
- **Facilidade na marcação de consultas.** “No hospital nós podemos ligar e marcar nossa consulta sem precisar ir às 5h da manhã e enfrentar uma fila para pegar uma ficha e só assim poder ser atendida.”
- **Atendimento sem julgamentos.** “Eu me sinto muito confortável em falar com o meu médico, ele me deixa muito confortável para falar sobre o que eu quiser sem julgamentos, explica tudo o que posso e o que não posso. Ele olha para você olho no olho. Tem um tom de voz calmo.” “Eu nunca saí do hospital sem ter marcado meus exames de CD4 e carga viral no HNSC.”
- **Respeito às individualidades de cada pessoa usuária do serviço.** “O meu infectologista sempre se demonstra disponível e aberto para falar sobre a minha medicação, e quando eu quis trocar ele foi muito aberto a isso e me explicou sobre as possibilidades dessa troca. Outra coisa que também me faz

considerar uma experiência positiva é a preocupação dele em buscar e indicar outros profissionais como endocrinologistas, que também possam compreender a demanda de uma trans com sorologia positiva.”

OUTROS ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO TRATAMENTO RECEBIDO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Você acredita que ser uma pessoa vivendo com HIV influencia na abordagem que você recebe no(s) serviço(s) de saúde?

De que forma e com que frequência?

Que outros aspectos relacionados à sua pessoa (idade, raça, sexualidade, classe, contexto/situação de vida...) podem influenciar nessa abordagem?

- **Situação geracional.** “Ser jovem as vezes te limita acessar alguns serviços por exemplo. No posto de saúde, a última vez que eu fui tomar vacina de gripe, ela viu que eu era uma pessoa nova que não tinha mais idade nem estava gestante aparentemente, então me perguntou por que eu queria tomar a vacina. Respondi porque eu sou portadora de doença crônica. E mesmo com várias pessoas no posto de saúde ela então perguntou. Que doença? São esses detalhes que incomoda, eu fiquei assim. Eu preciso responder o que eu tenho? É um direito que eu tenho de não responder o que eu tenho.”
- **Classe social:** “A questão social é muito relevante na hora de procurar o SUS, ele quer um modelinho que vá procurar o atendimento. Limpinho, arrumadinho dos pés à cabeça. E na verdade a população carente não vive dessa forma, e às vezes a própria pessoa se nega a procurar o atendimento para não se deparar com um atendimento que vai julgar e discriminar, olhando feio e olhando de cima a baixo.”
- **Raça/cor:** “Eu sou uma pessoa branca um homem branco formado em direito e ativista, e não tenho dificuldades para acessar o SUS, mas se você é um operário, um morador de rua

negro ou não branco dentro do SUS e falarem algo equivocado ou que você não goste, essa pessoa não terá a possibilidade de contestar aquilo, essa frustração vai fazer com que essa pessoa saia com a cabeça baixa e deixe de ser atendido. Uma diferença fenomenal entre uma pessoa branca com ensino superior para uma pessoa moradora de rua, negra ou não branca.”

- **Identidade de gênero:** “Em muitos atendimentos é preciso que as próprias pessoas trans expliquem para os profissionais o que é o nome social. Isso dificulta o acesso porque muitas não tem essa paciência e disposição para em todo atendimento ter que capacitar um profissional quando ele já deveria ter essa capacitação para exercer aquela função.”
- **Questões relacionadas à saúde reprodutiva:** “Mulheres cis ou homens trans vivendo com HIV e em situação de gravidez, pouco se fala nos direitos reprodutivos desta população. Não existe capacitação dos profissionais para lidar com essas situações, viver com HIV e gravidez. Além das formações profissionais também é preciso informar aos usuários podem sim engravidar. Dar orientações se a mãe pode ou não amamentar seu filho, se deve ou não manter o tratamento.”
- **Mobilidade urbana:** “Como alguém que mora no meio rural e não tem acesso a um meio de transporte gratuito vai conseguir manter o seu tratamento? Essas pessoas além de terem dificuldades de mobilidade precisam reservar um dia inteiro para se deslocar até a unidade de saúde e se deparar com outras dificuldades como o médico não atender no horário, cancelamento da consulta, falta de medicamentos ou medicação parcelada. Tudo isso dificulta adesão ao tratamento.”
- **Saúde mental:** “Não existe uma integração para lidar com a depressão. Muitas pessoas já vem com quadros de depressão e ansiedade antes do HIV e para ter acesso a esses atendimento é preciso ir a um CAPS e muitas vezes esse CAPS fica do outro lado da cidade dificultando o atendimento e podendo ocasionar abandono ao tratamento.”
- **Falta de informação e empoderamento:** “Quando você busca conhecer mais sobre o sistemas e seus direitos você consegue acessar mais o serviço porque de uma certa forma os funcionários sabem que você vai falar mesmo, vai denunciar vai procurar quem resolva aquele problema e isso faz com que o atendimento aconteça da forma que deve ser.”

- **Uso de álcool e outras drogas:** “A gente observa que o álcool e o uso de drogas estão muito ligados ao abandono e assim a dificuldade na adesão, causando a perda do usuário. O uso de drogas pesa muito na hora do atendimento, em um dos tratamentos que precisei fazer de hepatite o médico impôs que era preciso eu estar em situação de abstinência e que eu teria que fazer acompanhamento com o psiquiatra, sendo que isso pra me é muito difícil. A gente consegue parar com o crack mais tem a questão da manutenção para poder viver tranquilo. O que muitas vezes os profissionais não entendem e nos negam tratamento.”
- **Imposição de uma religião:** “É comum a falta de assistência para o HIV nas cidades do interior e além disso ao entrar nas UBS do campo o que mais se vê são santinhos de igreja e nenhuma informação vinculada a camisinha, PrEP e HIV.”
- **Estigma.** “Um dos grandes entraves para gente no meu ponto de vista é esse estigma que é dado para as pessoas vivendo com HIV. Passados quase quatro décadas e a gente não conseguiu tirar. Um grande problema não só aqui no Brasil, mas no mundo inteiro. Nós temos que mudar isso! Ao mesmo tempo acredito que pôr a gente não conseguir assumir esse estigma e esse preconceito consigo próprio impede que a gente consiga ir adiante e tentar tirar esse estigma. Somos pessoas idôneas, saudáveis, muitos com informação outros sem informação. Acho que nós que devemos dizer que somos e não o que as pessoas acham por aí. Eu não tenho vergonha de dizer que vivo com HIV.”

PARTE 2

PERSPECTIVAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE ZERO DISCRIMINAÇÃO

O que seria para você um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as principais diferenças do serviço de saúde que você acessa hoje para um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as semelhanças?

Nesta segunda parte, buscamos conhecer quais as primeiras palavras ou frases que, para o grupo, definiriam um serviço de saúde Zero Discriminação. Imergindo nessa perspectiva, as pessoas participantes foram estimuladas a pensar responder às seguintes questões:

- **Ser um serviço com linguagens e abordagens alinhadas com as práticas.** “Informação sobre a população LGBTI existe, mas é preciso alinhar o discurso a prática, não adianta ter a teoria e não ter o tato com a prática.”
- **Possuir equipes humanizadas no geral (incluindo equipe médica).** “Existem muitos médicos que só pensam no financeiro e não no amor a profissão, é preciso ter um olhar mais humano. Principalmente nesta profissional, porque para cuidar de pessoas antes de tudo você precisa gostar de pessoas.”
- **Respeitar a pessoa atendida em suas diferentes condições sociais, de gênero ou raça, independente se homem ou mulher cisgênero, negro, branco, travesti, mulher trans ou homem trans;**
- **Acolher a pessoa atendida em seu bem-estar físico e mental e garantir um atendimento multidisciplinar e de qualidade.**
Depoimento 1. “Não é só o infectologista mas ampliar a rede com outros profissionais como psicólogo, dermatologista, endocrinologistas que normalmente possuem maior dificuldade para acessá-los. É preciso ser mais ágil e mais disponível esse acesso;” Depoimento 2. “nós que vivemos com HIV desenvolvemos “n” patologias e quando procuramos outros especialistas como dermatologistas, psicólogos, geriatras e/ou urologista parece que esses profissionais não existem.”

- **Realizar *feedback* da consulta, preocupando-se mais com a pessoa usuária do serviço e a forma em que ela se sentiu durante o atendimento. Esse processo de escuta proporciona melhorias no atendimento;**
- **Educação continuada e capacitações efetivas de profissionais da equipe médica da atenção básica.**
“A falta de educação incide em tudo. Com educação eu não tenho estigma e preconceito porque eu enxergo ele como é.”
- **Garantir um atendimento ético e com sigilo.** “É um direito seu de falar ou não sobre sua sorologia, então garantir que seja uma decisão do paciente e não do profissional de saúde”
- **Acolher todas as necessidades e especificidades sem julgamento.** “O ideal seria chegar para o atendimento e o profissional entender a demanda daquele que está procurando o serviço.”
- **Garantir um atendimento livre de discriminação de gênero e patologia. Com profissionais capacitados e treinados;**
- **Respeitar os horários de atendimento, com menos tempo de espera;**
- **Acabar com tabus, como tratar sobre HIV se as pessoas ainda estão presas em tabus sobre sexo e discriminação ao HIV;**
- **Que a descentralização respeite as questões regionais e que ela não seja algo imposta sem respeitar a realidade local de cada região.** “Não me sinto bem em ter que ir me consultar na unidade básica que fica do lado da minha casa, que os profissionais fazem parte da comunidade - causando tensão - a qualquer momento essa pessoa pode falar ou gritar minha patologia.”
- **Um serviço sem automatização.** “Às vezes esquecem que somos pessoas e nos oferece um atendimento desumano e mecânico.”
- **Facilitar o acesso ao serviço e à informação sobre os métodos de prevenção e tratamento;**
- **Integrar a saúde mental com a saúde sexual.**

PONTOS-CHAVE PARA UM SERVIÇO DE SAÚDE ZERO DISCRIMINAÇÃO

Depois dessa chuva de ideias, o grupo foi convidado a definir, em cinco pontos-chave, o que seria um serviço de saúde Zero Discriminação. O grupo estabeleceu que os pontos-chave seriam: acolhimento, atendimento, educação permanente, estrutura/gestão.

ACOLHIMENTO	> Um acolhimento levando em conta vulnerabilidades, especificidades, necessidades, integralidade e equidade de cada indivíduo.
ATENDIMENTO	> Um atendimento sem julgamentos, sem preconceitos e sem barreiras de acesso. Que possa garantir sigilo do atendimento e ética profissional de forma integral e equânime. Um atendimento multidisciplinar que respeite os princípios e diretrizes do SUS.
EDUCAÇÃO PERMANENTE	> Que profissionais de saúde possam receber capacitações efetivas e continuadas. Capacitações com a contribuição e participação de pessoas usuárias, para que elas possam falar de suas vivências considerando sua singularidade. Proporcionando a profissionais a oportunidade de se atualizar e conhecer técnicas sociais de atendimento.
ESTRUTURA/ GESTÃO	> Fortalecimento dos fluxos, serviços integrados visando os princípios do SUS. Que respeite os ciclos de vida, especificidades, intra e intersectorialidade e transversalidade.

PARTE 3

GERANDO PROPOSTAS PARA AÇÃO

Nesta terceira parte, o grupo foi convidado a pensar em propostas concretas para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação. A partir dos sonhos individuais, as pessoas participantes foram convidadas a definir, de forma coletiva, quais eram seus sonhos em comum, e a apresentar propostas concretas para torná-los realidade. Assim, a visão coletiva de cada grupo também foi considerada.

Imagine que você esteja numa posição de decisão e com recursos a sua disposição. Que ações/estratégias você colocaria em prática para a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação? (formato de brainstorming)

Que ações você como usuário(a) do SUS pode desempenhar para contribuir com a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?

Como você acha que a sociedade civil pode contribuir para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação?

EDUCAÇÃO PERMANENTE

- Desenvolver capacitação para profissionais com a participação de pessoas usuárias dos serviços para que estes e estas profissionais possam entender a demanda a partir do ponto de vista de cada população-chave;
- Capacitar infectologistas e outros e outras profissionais para atender pessoas com HIV que possuam outras patologias como câncer e outras especificidades como uso de álcool e outras drogas;
- Realizar ações de educação permanente de profissionais com foco em técnicas de atendimento e acolhimento;
- Reforçar a produção e distribuição de materiais informativos sobre IST, HIV/AIDS;

- Contratar organizações da sociedade civil (OSC) para preparação e realização de capacitação de equipes médicas e de demais profissionais;
- Realizar palestras em escolas sobre prevenção e saúde, diminuindo estigmas relacionados ao HIV e combate a discriminação por gênero e orientação sexual;
- Garantir reuniões periódicas de avaliação do serviço com a participação de profissionais e pessoas usuárias dos serviços de saúde;

ESTRUTURA/GESTÃO

- Desenvolver atividades de prevenção da saúde mental com profissionais e pessoas usuárias do SUS;
- Realizar ações de informação na comunidade para acabar com estigmas ao HIV, preconceitos e discriminações de gênero e orientação sexual, raça/cor e pessoas em situação de rua;
- Adequar os espaços e informações dirigidas ao público, propiciando um espaço mais acolhedor e livre de discriminação.;
- Implantar e implementar os comitês de mortalidade. “Ação extremamente importante para o monitoramento do atendimento porque através dele é possível perceber o que se é preciso fazer e aonde foi o erro”. Incluindo nas fichas campos sobre estigmas e discriminação;
- Implantar e implementar linhas de cuidado na prevenção;
- Realizar campanhas para trabalhar prevenção informando sobre o indetectável, Indetectável é igual a Intransmissível (I = I!);
- Garantir financiamento para o fortalecimento dos serviços e garantia na resposta às demandas;
- Construir parcerias com universidades e assim construir práticas humanizadas desde a formação;
- Construir políticas de respeito às escolhas de pessoas usuárias dos serviços de saúde como sua decisão e escolha do serviço que deseja realizar seu tratamento;
- Implantar ambulatórios LGBTI e para trabalhadoras do sexo;

- Implantar estruturas como tecnologias e televisões nas salas de espera, com transmissão de temas sobre as populações-chave, estigma e discriminação, prevenção, tratamento e informações de telefones úteis;
- Garantir a efetividade das ouvidorias, melhorando seu funcionamento e ampliando o quadro de funcionários;
- Implementar unidades móveis e que estenda os horários de atendimento;
- Garantir estruturas que possibilitem um atendimento adequado sem exposição das pessoas, com uma identidade visual composta por cartazes sobre prevenção, tratamento e que eduque contra estigmas e discriminação possibilitando visibilidade positiva das populações-chave;

Aproximando-se do final, buscamos que as pessoas participantes refletissem sobre como elas enquanto usuárias ou sociedade civil organizada poderiam ajudar a construir serviços de saúde Zero Discriminação.

Que ações você como usuário(a) do SUS pode desempenhar para contribuir com a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?

Como você acha que a sociedade civil pode contribuir para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação?

- É responsabilidade nossa falar mais sobre PeP e PrEP e não esperar apenas dos serviços;
- Acolher mais as pessoas e indicar sobre o teste rápido;
- Participar mais das salas de espera nos serviços especializados e acolher cada vez mais as pessoas que descobriram sua sorologia naquele espaço;
- Debater com o grupo temas como estigmas e adesão.

O diálogo foi encerrado com o *feedback* e *avaliação* dos participantes .

PESSOAS QUE USAM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS



PARTE 1 EXPERIÊNCIAS POSITIVAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Você poderia nos contar sobre uma experiência positiva que teve em um serviço de saúde enquanto pessoa usuária?

Que elementos fazem você considerar esta experiência como uma experiência positiva?

- **Acolhimento com respeito às pessoas que usam álcool e outras drogas.** “No serviço que frequento, os profissionais são capacitados a acolher bem, e o fato deles conhecerem a demanda e de ser um lugar específico para receber os usuários de drogas faz com que os profissionais sejam preparados a nos atender desde a portaria. Eu sou uma pessoa viciada em cocaína, mas eu sempre vou a esse serviço porque lá eu sei que vou receber atenção carinho e que as pessoas não vão me julgar, vou ser bem acolhida, vou ser ouvida e tudo isso é o que faz com que eu queira volta. É um espaço onde eu posso me pentear, me maquiar, é um espaço onde eu posso continuar sendo eu.”
- **Atendimento com rapidez, agilidade e sem julgamento.** O participante fala ter problemas de epilepsia e hipertensão e por isso procura sempre o mesmo posto de saúde porque os profissionais já conhecem sua demanda, sendo assim o participante considera ser atendido com rapidez e agilidade sem julgamento. “Eu tenho pressão alta, e quando eu tenho convulsão porque tenho epilepsia eu chego lá e já sou logo atendido, só depois que eles vão preencher aquela ficha.”

- **O mesmo equipamento possui posturas diferentes para pessoas usuárias diferentes.** Uma das participantes nos falou ter sido negado atendimento nesse posto de saúde por ser transexual e usuária de droga a participante precisou se dirigir até um hospital filantrópico que atende pelo SUS onde conseguiu ser atendida. A participante nesta ocasião estava com um ferimento na cabeça feito pelos skinheads que atingiu sua cabeça com pedras. A participante considera ter sido uma experiência positiva o atendimento na Santa Casa. Pontua ter sido um atendimento sem julgamentos e sua identidade de gênero não foi colocada como barreira de acesso. Diferente do que aconteceu na busca do primeiro atendimento;
- **Atendimento realizado pelo consultório na rua.** “Um ponto positivo que eu tive na área da saúde, foi quando eu tive uma discussão com meu namorado e eu sofri uma agressão, ele me quebrou três costelas. Eu então procurei o ambulatório do centro da cidade, lá eles nem me avaliaram simplesmente disseram que não era competência deles. Eu então questioneei para onde ir e eles me falaram para ir pro municipal, só que o municipal é muito longe. Falei que era morador de rua e não tinha condições de ir até lá andando, perguntei se tinha uma ambulância e eles também negaram esse serviço. Sai desse ambulatório e fiquei sentado na calçada na frente da unidade. Chorava de dor e desespero, quando passou o pessoal do consultório na rua e me abordou perguntando o que eu tinha, eu falei e na mesma hora eles entraram lá no ambulatório, falaram lá e me colocaram para dentro. Fizeram os primeiros socorros e em seguida conseguiram me transferir para o municipal.”
- **Demonstração de preocupação do serviço de saúde com a pessoa usuária.** “O serviço que está acompanhando meu tratamento, eu vejo a preocupação deles pelo paciente, a disponibilidade de escuta que eles oferecem mesmo quando para falar de coisas particulares e não somente do problema de saúde.”
- **Atendimento sem preconceito.** “O atendimento nesse serviço é diferenciado porque é um atendimento sem preconceito, pode ser gay, trans chegar fedido de cobertor nas costas e vai ser atendido do mesmo jeito. E se você chega mais debilitado é quando você vai ser mais acolhido porque essa pessoa que chega assim é a pessoa que está precisando de mais atenção. É essa atenção que nos ganha e nos faz se entregar ao tratamento.”

- **Profissionais que conhecem a vivência das pessoas usuárias de álcool e outras drogas.** “Um diferencial desse serviço é que boa parte dos profissionais são ex usuários de drogas e como já passaram por situações parecidas entendem o que hoje somos nós que estamos passando. E pensa, eu preciso dar uma atenção maior pra ele se não ele vai acabar desistindo.”
- **Atendimento e acolhimento positivos independentemente de a pessoa chegar em situação de uso recente de substâncias.** “No serviço em que fui atendido minha recepção foi bem objetiva tive um desfalecimento na hora, um momento de negação do tratamento e a profissional me acolheu muito bem, explicando que aquele era um espaço de saúde e que eu iria receber apoio e atenção. Aquilo me fez permanecer no espaço e mesmo em dias que eu cheguei muito bêbedo eu fui bem acolhido.”
- **Quando há um bom acolhimento a pessoa sente vontade de voltar para aquele serviço.** “Esse serviço atende muito bem as pessoas, é isso que causa interesse em voltar e se tratar. Nesse mundo que a gente vive a gente não tem interesse, o interesse nesse mundo que a gente vive é a dependência e se a gente é acolhido e tem outros motivos para estar ali a gente vai procurar. Mas se a gente não é bem acolhido e só tem motivos para sair de lá é aí que a gente vai se afundar. Como você vai resgatar alguém se você fecha a porta para ela.”



OUTROS ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO TRATAMENTO RECEBIDO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Você acredita que ser uma pessoa que usa drogas influencia na abordagem que você recebe no(s) serviço(s) de saúde? De que forma e com que frequência?

Há diferença de acolhimento quando aparece seu uso ou quando você se coloca como uma pessoa que usam álcool e outras drogas?

Que outros aspectos relacionados à sua pessoa (idade, raça, sexualidade, classe, contexto/situação de vida...) podem influenciar nessa abordagem?

- **Situação de rua:** Depoimento 1 “Quando estamos na rua, a gente liga para o SAMU e ele não vem. Teve um caso que eu precisei levar um companheiro meu dentro de um carrinho daqueles de catar lixo porque a gente ligou lá e eles não vinham”. Depoimento 2 “O índice de morte só não é maior por causa do consultório na rua. A pessoa que está usando muito e passando mal prefere ficar na rua do que ir para um serviço desse e ser maltratado sendo discriminado.” Depoimento 3 “Eu já usei o SUS como cidadão normal e como morador de rua, e a diferença que eu vi é super grande. É muito diferente, o enfermeiro vem com cara de nojo para tocar em você, coloca duas luvas.”
- **Identidade de gênero:** “As meninas trans não entram nessa unidade por ser um espaço hostil e majoritariamente masculino de ex-presidiários e transfóbicos onde chamam as meninas trans de demônios. Por isso as meninas precisam ir até a esse serviço”.
- **Orientação sexual:** “Tem lugares que eu vou e eu não posso usar o banheiro porque eu sou gay, então eu tenho que sair do serviço e procurar um banheiro em outro lugar se não eu sou agredido. Eu não vou deixar de fazer as coisas que eu acho bom porque o serviço não me aceita. Se eu tiver vontade de abraçar meu namorado eu não posso abraçar com medo de ser agredido pelos seguranças num serviço que atende pessoas que usam drogas.”



PARTE 2

PERSPECTIVAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE ZERO DISCRIMINAÇÃO

Nesta segunda parte, buscamos conhecer quais as primeiras palavras ou frases que, para o grupo, definiriam um serviço de saúde Zero Discriminação. Imergindo nessa perspectiva, as pessoas participantes foram estimuladas a pensar responder às seguintes questões:

O que seria para você um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as principais diferenças do serviço de saúde que você acessa hoje para um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as semelhanças?

- **Um serviço em que profissionais de saúde não transfiram os problemas particulares para o atendimento às pessoas usuárias deste serviço.**
- **Um serviço no qual profissionais de saúde possuam maior preparação para atender as pessoas usuárias do serviço em suas particularidades, gays, travestis, trans, pessoas usuárias de álcool e outras drogas entre outras;**
- **Possuir políticas de incentivo ao respeito com capacitações sobre atualidades e respeito ao próximo quebrando tabus sobre determinados temas como sexualidade, ISTs e uso de drogas;**
- **Um atendimento sem julgamentos das pessoas que usam álcool e drogas.** Depoimento 1 “Qualquer pessoa pode estar nessa situação, médico diz que fumar faz mal mais fuma, que não pode beber mais bebe, drogado é só o vizinho.” Depoimento 2 “Um atendimento com profissionais capacitados na redução de danos e ele consiga me atender mesmo quando eu tenha exagerado no uso de álcool ou outras drogas.” Depoimento 3. “Com espaços que possamos realmente entrar e ser atendidos, nós que somos usuários de drogas ou quando estamos na rua não conseguimos nem entrar no hospital.”



- **Um atendimento laico sem imposição religiosa, tratamento com educação e gentileza.** “Bom dia! Boa noite! Independente se você é trans, negro ou de alguma religião”.
- “Eu só vi isso nesse serviço, se não me deixam nem entrar num hospital como vou fazer o teste de HIV?.”
- **Um serviço sem barreiras e pré-diagnósticos.** “Um serviço que não dificulte o atendimento colocando barreiras como pré-diagnósticos para que eu desista de ir aquele serviço. Eu pedi uma internação quando eu estava no ‘batidão’ todo dia, aí o médico lá foi me pedir um exame do escarro eu não estou doente disso eu só quero cuidar dessa parte da droga.”
- **Que possua protocolos mínimos de atendimento para profissionais saberem como tratar e atender as especificidades de cada população;**
- **Um serviço com agilidade e com respeito às individualidades de cada pessoa usuária;**
- **Um serviço com mecanismos de punição para os casos de discriminação.** “Possuir punições para os profissionais que tratem com discriminação os usuários.”
- **Amor pela profissão e respeito às pessoas usuárias do serviço.** “Um serviço que o profissional goste e tenha amor pela sua profissão e pelo ser humano, tratando a todos com respeito, sem preconceitos por religião, orientação sexual ou classe social.”



PARTE 3

GERANDO PROPOSTAS PARA AÇÃO

Nesta terceira parte, o grupo foi convidado a pensar em propostas concretas para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação. A partir dos sonhos individuais, as pessoas participantes foram convidadas a definir, de forma coletiva, quais eram seus sonhos em comum, e a apresentar propostas concretas para torná-los realidade. Assim, a visão coletiva de cada grupo também foi considerada.

Imagine que você esteja numa posição de decisão e com recursos a sua disposição. Que ações/estratégias você colocaria em prática para a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação? (formato de brainstorming)

Que ações você como usuário(a) do SUS pode desempenhar para contribuir com a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?

Como você acha que a sociedade civil pode contribuir para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação?

- Garantir a realização do teste rápido nas unidades especializadas no atendimento às pessoas usuárias de álcool e outras drogas;
- Construir sentimento de humildade e ações de pró-atividade quando o atendimento de pacientes exigir algum equipamento que, por algum motivo, não esteja disponível ou quebrado por exemplo. Dar suporte para que este paciente consiga ser transferido para outra unidade de saúde que possua o equipamento necessário para realizar o atendimento. “Eu quando tive convulsão bati a cabeça e a tomografia não foi feita, eu poderia ter tido algum coágulo na cabeça. Será que se fosse outra pessoa que não bebesse eles teriam tratado assim também ou teria encaminhado para fazer essa tomografia em outro lugar?”
- Realizar cursos de primeiros socorros ministrados pelas equipes de saúde para a comunidade e para as pessoas que usam álcool

e outras drogas. “Para que em casos de overdose ou qualquer outro excesso no uso de drogas os próprios usuários consigam agir e socorro aquele que precisar”;

- Garantir uma linguagem acessível à pessoa usuária do serviço e que a equipe médica possa prescrever medicamentos levando em consideração a classe econômica e social da pessoa usuária do serviço. “Não adianta prescrever uma medicação que não possua dispensação no SUS ou que os pacientes não possuam condições financeiras de realizar sua compra”.
- Construir, nas unidades de saúde, ambientes de acolhimento, confiança e diálogos com a população. “Muitas vezes deixei de ir a um lugar porque eu pensava, eu vou fazer o que? Vou ser motivo de chacota. A droga, ela deixa você vulnerável, ela deixa você incapacitado para qualquer coisa e muitas vezes até pra ir ali e pegar um copo d’água. E para você ajudar uma pessoa que está nessa situação, é com conversa, com atenção é com palestra não é com remédio. Ter um profissional e pessoas dando suporte e mostrando para aquele usuário que ele tem como sair, que ele tem como se salvar e a sua importância. Porque a droga e a sociedade tiram o seu valor.”
- Investir na identidade visual das unidades de saúde falando sobre o uso de álcool e outras drogas principalmente nas unidades especializadas com cartazes que transmitam mensagens positivas “como, Você é muito forte! Você é capacitado para isso! Vamos fazer juntos! Você está preparada para isso!”
- Capacitar os profissionais sobre a política de redução de danos;
- Investir no consultório na rua para garantir o atendimento além dos horários pré- estabelecidos de 8h às 17hs. E poder levar o acesso a assistência em saúde as pessoas que não vão as unidades físicas porque estão em dependência, em constante “batidão.”
- Investir na contratação de profissionais que gere identidade com as minorias, contratando profissionais que já foram pessoas usuárias de drogas, LGBTI e negros;
- Construir espaços de socialização e atividades em grupo entre as pessoas usuárias do serviço.

O diálogo foi encerrado com o feedback dos participantes sobre a quinta sessão de uma série de sete diálogos.

JOVENS DE TRANSMISSÃO VERTICAL



PARTE 1 EXPERIÊNCIAS POSITIVAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Você poderia nos contar sobre uma experiência positiva que teve em um serviço de saúde enquanto pessoa usuária?

Que elementos fazem você considerar esta experiência como uma experiência positiva?

- **A demonstração de interesse de profissionais pela pessoa usuária e por suas particularidades.** “Quando eu comecei a fazer rimas eu nunca achei que a infectologista fosse gostar tanto. Essa atenção dada pela equipe médica te faz sentir acolhido e importante naquele espaço.”
- **Acolhimento e apoio como suportes para a adesão.** “Uma experiência que marcou muito, foi a fase de negação, quando eu não queria me tratar tudo isso fez com que eu ficasse muito mal. Quando eu fiquei grávida passei por muitos julgamentos, mas a obstetra no hospital me atendeu muito bem. Sempre falando coisas para me acalmar como: Para! Não fica neurótica, vai dar tudo certo. Sua bebê vai ficar bem e vai nascer saudável. Sempre disposta a tirar dúvidas me atendeu muito bem, me sentia muito confortável.”
- **Compartilhamento das informações que são importantes para a nossa própria saúde em linguagem acessível.** “O dentista do serviço que me atende foi muito atencioso comigo, meu dente quebrou e começou a sangrar fiquei desesperada aí fui no dentista sangrando. Ele me atendeu, fez todo o tratamento e ainda pudemos conversar sobre o problema no meu dente.”



Ele perguntou: Você toma Ritonavir?

Eu respondi: Sim, desde que eu tomo remédio.

Ele: Então provavelmente seu dente está enfraquecido por causa da medicação e precisando de cálcio.

Ele depois conversou com minha infectologista sobre essa possibilidade de reposição de cálcio. Eu achei o máximo ele se dispor a me explicar o que estava acontecendo e alerta sobre essa necessidade de fazer reposição de cálcio devido ao longo período que tomo remédios.”

- **Criação de um grupo para adesão.** Também no CRT, a articulação de criar um grupo com pessoas que possuem dificuldades de ir às consultas, grupo acompanhado por uma assistente social e uma médica. “Eu acordei assim com a médica, eu marco consulta aí eu tenho uma viagem e por isso não vou a consulta, ela passou o telefone dela e falou: Quando acabar seu remédio ou não for a consulta eu tento te encaixar.”
- **Informações claras e objetivas sobre minha situação de saúde.** “Atenção e preocupação do médico em falar a verdade sobre meu diagnóstico e me ajudar a entender o meu problema.”
- **Atendimento sem julgamentos e com possibilidade de abordagem de todos os temas.** Depoimento 1. “Quando você tem um diálogo com o médico e ele age naturalmente. Isso quebra aquela formalidade e você passa a não ter medo de falar sobre certas coisas. Eu só tive isso uma vez e eu achava muito bom poder falar abertamente com o médico sem medo de julgamento.” Depoimento 2. “Eu tinha um médico que eu conseguia conversar sobre sexualidade nas consultas, ele explicava sobre as ISTs e o uso da camisinha. Mas hoje eu não tenho esse mesmo diálogo com esse novo médico.”



OUTROS ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO TRATAMENTO RECEBIDO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Você acredita que ser um jovem vivendo com HIV de transmissão vertical influencia na abordagem que você recebe no serviço de saúde?

Que outros aspectos relacionados à sua pessoa (idade, raça, sexualidade, classe, contexto/situação de vida...) podem influenciar nessa abordagem?

Além da sorologia positiva para o HIV outras características influenciam na abordagem e no atendimento a estas pessoas usuárias no serviço de saúde:

- **Infantilização:** Depoimento 1. “Somos muito infantilizados, quando falamos que somos de transmissão vertical, começam a falar devagar como se estivesse falando com uma criança. Fala oh coitadinho, a culpa é da mãe dele.” Depoimento 2. “Jovens/adultos de transmissão vertical ainda passam por sessões de tratamento na pediatria, sem conseguir fazer a transferência para o tratamento com o médico adulto. As pediatras possuem um afeto quase obsessivo, você vai na pediatria e ganha até chocolate. Enquanto no atendimento adulto há um grande choque de realidade e ruptura da adesão porque lá o médico não possui empatia, sendo um atendimento mecânico, consulta, receita medicação e pronto. Necessitamos do profissional Hebiatra para ajudar na transição dessa fase de criança/adolescente para jovem/adulto.”
- **Raça/cor:** “O fato de eu ser negra, os ginecologistas tiram umas conclusões muito pesadas e agressivas, associado com uma higiene que eles garantem que não existe numa pessoa negra. E se você fala: tenho HIV. Se a pessoa não sabe que é de transmissão vertical então. Você olha para a pessoa e ela te coloca aquela cara de nojo. Ser negra existe a associação da não higiene. Uma vez eu tive conjuntivite bacteriana e o médico então me julgou dizendo: É porque você vai ao banheiro e não lava as mãos. Eu pensei. Você vai no banheiro comigo né pra saber que eu não lavo as mãos.”

- **Saúde reprodutiva:** “Eu passei um tempo sem tomar remédios e nessa mesma época eu fiquei grávida, isso me fez passar por vários momentos de discriminação no hospital de referência. Eram vários comentários tipo assim: Nossa você não tem juízo? Você é louca? Além de pôr a vida do rapaz em risco ainda engravida. Você sem se tratar e ainda faz isso. Foi uma época muito difícil, saí de lá chorando muito com vontade de me matar.”
- **Falta de informação de profissionais ou curiosidade excessiva com perguntas não relacionadas ao atendimento buscado.** “Tive um problema no joelho e precisei ir ao hospital, o hospital muito lotado terrível. E me identificando enquanto jovem de transmissão vertical, passei por vários constrangimentos e posições curiosas como, desde quando você se trata? Mas você toma remédio desde quando? Parecia um ET entrando ali. Eu só quero aliviar minha dor e as pessoas ainda ficam enchendo o saco.”
- **Estigma e discriminação relacionados ao HIV.** “As pessoas desconhecem sobre a transmissão vertical, uma vez eu falei para uma menina que eu tinha nascido com HIV e ela reagiu super mal. Chegou a me questionar e dizer que eu estava mentindo que não se nascia com HIV e se afastou de me, parou até de falar comigo por causa do estigma e da discriminação.”

PARTE 2

PERSPECTIVAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE ZERO DISCRIMINAÇÃO

Nesta segunda parte, buscamos conhecer quais as primeiras palavras ou frases que, para o grupo, definiriam um serviço de saúde Zero Discriminação. Imergindo nessa perspectiva, as pessoas participantes foram estimuladas a pensar responder as seguintes questões:

O que seria para você um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as principais diferenças do serviço de saúde que você acessa hoje para um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as semelhanças?

- **Um serviço de saúde Zero Discriminação deve possuir equipes médicas que gostem da sua profissão, buscando compreender as dificuldades das pessoas usuárias do serviço;**
- **Empatia e respeito, poder se colocar no lugar da pessoa atendida, entender, respeitar e não julgar as demandas trazidas pelas pessoas usuárias do serviço;**
- **Que busque formações e informações antes de julgar qualquer demanda que chega a unidade.** “Muitos acham estranho e desconhece sobre os jovens de transmissão vertical”;
- **Procurar esclarecer as dúvidas de pacientes, principalmente quando você é adolescente.** “Nós temos dúvidas de como se relacionar se abrir para as outras pessoas, dificuldades de falar sobre sexualidades, sobre nossa sorologia e dificuldades de aderir ao tratamento. Com quem eu vou falar sobre isso? Meu pai não tem HIV, minha irmã não tem, minha mãe já faleceu, com quem eu vou conversar? Só tem os médicos e ainda bem que eu tenho o pessoal do Poder Jovem agora.”
- **Procurar auxiliar as dificuldades de pacientes sobre os efeitos do tratamento como dores, náuseas, gastrites etc.,**

que acaba fazendo com que algumas pessoas abandone o tratamento. “Tentar dar dicas de como tomar o remédio e ficar bem depois, e não apenas julgar e falar que tem que tomar os remédios.”

- **É importante que os médicos deem atenção à vida e à saúde integral de pacientes para que, em casos de abandono do tratamento, a equipe médica consiga dialogar sobre a importância da adesão e abandonar essa justificativa terrorista.** Impor medo só atrapalha o processo de adesão. Depoimento 1. “É preciso um certo vínculo com o médico, que o atendimento não seja mecanizado passa receita e pronto. Não adianta você só tomar o remédio porque ele sozinho não vai salvar sua vida. É preciso se alimentar bem, fazer caminhadas e cuidar da saúde emocional.”. Depoimento 2. “Quando você fica adolescente e não quer tomar remédio não existe diálogo eles falam: Ou você toma ou você vai morrer. E não se fala sobre sexualidade, nunca era um diálogo fluido, você busca informação e sempre recebe uma negação. Qualquer coisa que você fala recebe um grito de reprovação”; Depoimento 3. “O médico não conhece o paciente e às vezes quando a gente desabafa ele só faz: há! Daqui uns dias vai passar e vai melhor. Mas as coisas não são bem assim.”
- **Que médicos e médicas parem de tratar os jovens/adultos de transmissão vertical como crianças;**
- **Atendimentos com mais respeito ao próximo, demonstrando cuidado e atenção à pessoa em atendimento;**
- **Que seja um atendimento profissional sem invasão da vida pessoal, com curiosidades e perguntas de como você “pegou isso.”**
- **Ética entre equipe médica e pacientes, garantindo um atendimento com respeito ao sigilo;**
- **Um atendimento olho no olho desde as pessoas da segurança, da farmácia e até todos e todas profissionais e pessoas usuárias do serviço. Um serviço de saúde mais inclusivo para todas as pessoas sem discriminações;**
- **Reformas nos equipamentos que proporcione espaços mais acolhedores e confortáveis para diálogos além dos guichês de informação;**
- **Garantia de acesso total ao diagnóstico. Às vezes você quer saber sobre o seu quadro e muitas informações são negadas e/ou omitidas;**

- Acesso a informações e pesquisas sobre doenças, o hospital só tem os cartazes para informação com mensagens como: “Previna-se! Cuidado! Tudo muito superficial.” É preciso um canal que a pessoa possa acessar pesquisas sobre doenças além do HIV no próprio sistema de saúde;
- Atendimentos com pontualidade, para que os pacientes não precisem esperar tanto. “Se a gente chega atrasado perdemos a consulta, mas se é o profissional que atrasada nada acontece.”
- Profissionais mais compreensíveis e educados, que possam exercer três qualidades específicas empatia, respeito e amor à profissão. Que isso seja cumprido por quem está na recepção até os próprios médicos;
- Que possua protocolos de atendimento e de orientação às pessoas usuárias do serviço sobre os efeitos colaterais dos medicamentos e maneiras para favorecer adesão ao tratamento.



PONTOS-CHAVE PARA UM SERVIÇO DE SAÚDE ZERO DISCRIMINAÇÃO

Depois dessa chuva de ideias, o grupo foi convidado a definir, em cinco pontos-chave, o que seria um serviço de saúde Zero Discriminação. O grupo estabeleceu que os pontos-chave seriam: acesso à informação, serviços, atendimento e consultório/equipe.

ACESSO À INFORMAÇÃO	> Garantir o acesso a informação para pessoas usuárias, com uma linguagem acessível e atualizada. Criando um canal aberto de diálogo entre pessoas usuárias e serviço que possibilite gerar fluidez no atendimento.
SERVIÇO	> Um serviço de saúde efetivo e atualizado que consiga possibilitar mais fluidez e menos burocracias, especialmente para os adolescentes e jovens.
ATENDIMENTO	> Garantir um atendimento olho no olho com equidade, respeito, empatia e educação de forma ativa. Que compreenda a saúde integral e específica de cada indivíduo.
CONSULTÓRIO / EQUIPE	> Que o profissional de saúde seja ele médico, enfermeiro, recepcionistas etc., toda a equipe técnica trate as pessoas de transmissão vertical sem infantilizar o jovem/adulto. Criando espaços de diálogos sem julgamentos e/ou terrorismo, procurando esclarecer as dúvidas do paciente e garantindo acesso total sobre seu quadro clínico. Exercitando a compreensão e individualidade de cada pessoa usuária além do HIV.

PARTE 3

GERANDO PROPOSTAS PARA AÇÃO

Nesta terceira parte, o grupo foi convidado a pensar em propostas concretas para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação. A partir dos sonhos individuais, as pessoas participantes foram convidadas a definir, de forma coletiva, quais eram seus sonhos em comum, e a apresentar propostas concretas para torná-los realidade. Assim, a visão coletiva de cada grupo também foi considerada como parte do exercício de escuta e diálogo.

Imagine que você esteja numa posição de decisão e com recursos a sua disposição. Que ações/estratégias você colocaria em prática para a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação? (formato de brainstorming)

Que ações você como usuário(a) do SUS pode desempenhar para contribuir com a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?

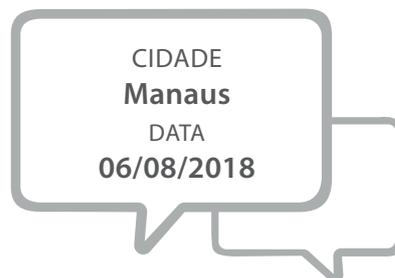
Como você acha que a sociedade civil pode contribuir para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação?

- **Garantir diálogos entre pacientes e profissionais da equipe médica.** “Seria muito interessante se a médica falasse assim: Pode acontecer isso e isso. Qual sua dificuldade para tomar este medicamento? E a partir desses diálogos orientar o paciente sobre as reações ocasionadas pela medicação.”
- **Construir valores sociais em todas as idades que contribua para a não produção de discriminação e reprodução de estigmas as pessoas vivendo com HIV;**
- **Atualizar e revisar os currículos dos cursos de saúde.** “Não dá para os novos médicos infectologistas estudarem o que foi estudado a trinta anos atrás.”
- **Garantir que médicos e médicas sejam capacitados com formações sobre as populações-chave e juventude.** Que eles possam fazer residência médica em comunidade “carente”. “Se você cresce em um ambiente que é o tipo do Paulistano,

“você estuda aqui na USP, mora na Maria Antônia você conhece isso aqui mesmo, você nascendo em SP e o máximo que você faz é ir estudar fora. Você estuda medicina e vai trabalhar no Grajaú e vai lidar com pessoas totalmente diferentes do seu contexto. O que esse médico precisa acessar no estudar dele para saber e interagir com essa população que é diferente do seu contexto social. Por isso é preciso que ele faça residência na quebrada, participe de formações com jovens. É o mínimo que ele precisa fazer para saber lidar com pessoas e é isso. Se ele escolheu ser um médico ele precisa saber lidar com pessoas. Mas as vezes eles só querem ver o lado econômico e sair prescrevendo medicações.”

- **Construir coletivamente espaços para troca de diálogos entre pessoas usuárias, funcionários e funcionárias (rodas de conversas, oficinas, canais para perguntas e respostas, eventos informativos, palestras, seminários e sarau);**
- **Criar mecanismos com Informações diretas para as pessoas usuárias do serviço como cartazes e jornal mural com linguagens acessíveis e materiais atualizados sobre PEP e PrEP, prevenção combinada e indetectável é igual intransmissível (i = i);**
- **Contratar médicos e médicas negros e negras e outras representatividades que dialoguem com a população;**
- **Criar um app, que possa agendar a retirada do medicamento para diminuir o tempo de espera na fila da farmácia. Que possua abas para avaliação do atendimento, dos médicos e outros profissionais. Com informações sobre os medicamentos como seus efeitos colaterais e sua interação com outros medicamentos. E Enquete sobre qual o melhor horário para realizar o uso do medicamento;**
- **Proporcionar educação continuada, que possibilite atualizações sobre tratamentos e demandas trazidas pelos pacientes. “Orientar e se informar sobre o convívio do paciente, às vezes você não sabe porque o paciente tem faltado às consultas e não tem aderido a medicação.”**
- **Garantir a efetividade das ouvidorias nos serviços de saúde;**
- **Garantir um acesso igualitário nos diferentes ambientes e diminuir os processos burocráticos nos atendimentos. “Ter o acesso ao laudo por exemplo para renovar o cartão de passagem chega a demorar meses pela quantidade de coisas que eles pedem e lugares que eles mandam a gente ir.”**

TRABALHADORAS DO SEXO



PARTE 1 EXPERIÊNCIAS POSITIVAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Você poderia nos contar sobre uma experiência positiva que teve em um serviço de saúde enquanto pessoa usuária?

Que elementos fazem você considerar esta experiência como uma experiência positiva?

- **O atendimento em um serviço de saúde durante a vigência de um projeto voltado para trabalhadoras do sexo.**

“Eu me sentia mais confortável em usar o SUS quando tinha o atendimento nesse serviço porque eu já sabia que elas estavam preparadas para nos receber, havia um diálogo bom com a médica. Achava bem legal a ficha de triagem que elas tinham, perguntavam quantos clientes você tinha por dia, se você tinha parceiro fixo. E elas perguntavam com educação, o jeito e o tom da voz diz muito. A discriminação não é feita só com palavras, e sim com o jeito, com o olhar.”

- **Um atendimento com atenção e sem julgamentos feito pela ginecologista na Fundação Alfredo da Matta, pela profissional de saúde em um serviço específico.**

“Na primeira consulta que eu fui a esse serviço para procurar um atendimento de IST, contrai herpes e eu não sabia o que era, dói muito. E como a ONG já tinha essa comunicação com essa profissional de saúde, eu fui lá, cheguei toda desconfiada pensando, vou passar por tudo aquilo de novo. A triagem teve uma sequência de perguntas sobre quantos parceiros eu tinha, e a mulher da recepção foi bem cuidadosa em perguntar, e eu respondi de boa, um ótimo atendimento. Na consulta a médica teve a abertura de conversar comigo sobre o uso correto da

camisinha, ela mesma perguntou se eu sabia como usar a camisinha, eu respondi que os homens mesmo que colocam neles. Ela então, me ensinou como usar, falando que o preservativo teria que ser desenrolado até o final do pênis e que era preciso tirar todo o ar no fim, falou tudo direitinho o que eu não sabia que tinha que fazer. Explicou também sobre a herpes e a IST, depois fiz o exame e ela toda preocupada se eu estava sentindo dor na hora do exame. Depois me perguntou se eu queria fazer o exame de HIV. Eu considero que foi um bom atendimento porque eu tive todo tempo para conversar sem medo de ser julgada. E o rapaz que estava lá para ajudar a fazer o exame também foi bem educado, em nenhum momento fez nenhum tipo de piadinha que geralmente acontece quando a gente fala que é trabalhadora do sexo.”

- **O espaço para atendimento das trabalhadoras do sexo em serviço específico.** “Essa experiência que vou falar é a única em 11 anos de associação, a parceria com esse serviço para atender as profissionais do sexo. As trabalhadoras do sexo conseguiam ser atendidas e realizar seus exames de forma periódica, uma parceria que durou 4 anos. Elas iam na associação pegavam o encaminhamento para ir ao hospital e no mesmo dia elas faziam exames de HIV, Hepatite, Sífilis e o preventivo. Porém depois que mudou a direção não conseguimos manter essa parceria porque a nova direção falou para elas irem aos postos de saúde perto da casa delas. E no posto de saúde elas não falam que são trabalhadoras do sexo por causa dessas discriminações, o atendimento não é feito da forma que deveria ser feito.”
- **A flexibilidade de horário no atendimento, durante a parceria feita entre associações e hospital.** “O atendimento não necessitava marcar horário, o que facilitava o acesso ao serviço porque muitas trabalham o dia todo ou a noite toda e ter essa agilidade no atendimento facilita o acesso ao serviço”.

OUTROS ASPECTOS QUE INFLUENCIAM NO TRATAMENTO RECEBIDO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Você acredita que o fato de ser uma trabalhadora do sexo influencia na abordagem que você recebe no serviço de saúde?

Que outros aspectos relacionados à sua pessoa (idade, raça, sexualidade, classe, contexto/situação de vida...) podem influenciar nessa abordagem?

- **Classe social e forma de se vestir:** “Se você está malvestido de sandalhinha o atendimento é muito diferente daquele que está “bem vestido” para eles. Eu fui levar minha irmã que estava passando mal, e assim que cheguei só porque eu estava “bem vestida” de salto alto a recepção foi me receber, fez venha, venha, venha, rapidinho preencheu a ficha ali mesmo. Perguntou o que ela tinha e pediu para aguardar que o médico já ia atender. Em seguida chegou uma senhorinha de chinelinho pé sujo com um adolescente que quebrou o pé, demorou muito esse atendimento, a senhora falava e que ele estava sujo porque estava trabalhando de pedreiro e caiu de um andaime aí não deu tempo de trocar de roupa e correu para o hospital. Eu fui preciso pegar a ficha dessa senhora e chamar a atenção deles. Custava pegar e levar para emergência? Não é só porque a pessoa está suja que ela merece ser mal atendida.”
- **Raça/cor.** “Eu digo assim, eu sou branca por acaso. Minha avó é neta de escrava e minha irmã é negra igual minha avó. Se comparar o atendimento que eu recebo com o que minha irmã recebe por ser negra é muito diferente. Ela é enfermeira tem o COREN mas não conseguiu emprego de enfermeira, conseguiu de faxineira e não conseguiu de enfermeira. Relaciono isso a cor dela, muita gente não quer ser atendida por uma pessoa da palma da mão amarela.”
- **Discriminação aos povos indígenas:** “Aqui no Amazonas temos muita gente com traços indígenas e isso é outro ponto que o atendimento também fica a desejar.”
- **Xenofobia:** “Temos muitas meninas que vem da Venezuela, tem toda a discriminação de ser de fora e não falar bem a nossa

linguagem, é muito difícil entender elas quando elas falam muito rápido. Eu peço, mulher fala devagar que a gente te entende, mas tem horas que elas falam bem rápido aí não dá para entender. E ainda tem aquela história que elas trazem outras doenças, fazia tempo que não existia sarampo em Manaus. Hoje temos uma crise muito grande de Sarampo e Caxumba em Manaus. O atendimento delas é feito mais por causa dessas doenças e não por causa da sua profissão.”

- **Imposição de uma religião Cristã:** “Quando o profissional ver que você não segue a religião deles e você fala que é trabalhadora do sexo, eles acham que as trabalhadoras do sexo é do demônio e quer logo converter você.”
- **Discriminações acumuladas:** “Ser profissional do sexo e mulher já são considerados dois problemas, e de periferia terceiro problema é negra quarto problema.”



PARTE 2

PERSPECTIVAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE ZERO DISCRIMINAÇÃO

Nesta segunda parte, buscamos conhecer quais as primeiras palavras ou frases que para eles definiriam um serviço de saúde Zero Discriminação. Imergindo nessa perspectiva, os participantes foram estimulados a pensar responder as seguintes questões:

O que seria para você um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as principais diferenças do serviço de saúde que você acessa hoje para um serviço de saúde Zero Discriminação?

Quais seriam as semelhanças?

Entre os anseios temos que um serviço de saúde deve:

- **Ter médicos e médicas, agentes de saúde e todos e todas profissionais capacitado/as para atender todo tipo de pessoa.** “Se eu vou no médico e o médico não olha pra mim eu me levanto na hora. Eu falando e ele de cabeça baixa só escrevendo. Primeiro a pessoa precisa ouvir, analisar para depois ver o que pode fazer e não chegar e antes de ouvir a pessoa já está com a receita pronta. É preciso começar principalmente pelos médicos, iniciar de cima para baixo.”
- **Ter equipes de direção e gestão capacitadas, sensíveis e comprometidas com as demandas das trabalhadoras do sexo.** “A profissional do sexo cuida muito do seu corpo, não poder ter nenhuma ferida a gente trabalhar com o corpo, é preciso ter um atendimento.”
- **Com menos rotatividade de profissionais de saúde capacitados e capacitadas.** “O que temos hoje é uma equipe que muda sempre. É preciso que os novos profissionais só sejam contratados depois de uma capacitação.”
- **Com alimentação para pacientes que precisam ficar muitas horas esperando o atendimento ou estejam acompanhando algum ou alguma paciente;**

- Que garanta acesso à saúde das trabalhadoras do sexo podendo falar abertamente sobre sua profissão sem julgamentos, estigmas e discriminação; Que possua sigilo no atendimento e o que eu procuro no serviço de saúde não seja falado nos corredores e os meus vizinhos fiquem sabendo o que procuro ou que sou trabalhadora do sexo.”
- **Com um atendimento em que a pessoa da recepção/ triagem não repita em voz alta o que o paciente ou a paciente falou.** “Uma vez estava com dor no pé da barriga e fui no posto. O constrangimento já começa na hora de fazer a ficha todo mundo alí naquela fila em pé e sempre tem aquela pergunta, qual sua profissão? E quando falei que era prostituta a pessoa da recepção ainda repetiu em voz alta o que eu falei, Prostituta! Aí todo mundo foi e se afastou de me. O primeiro atendimento é com a pessoa da recepção e essa também deve ser preparada, e atender uma trabalhadora do sexo. Até pode não ser normal para ele, mas disfarça. Porque se a pessoa for mal atendida já ali ela não volta mais.”
- **Que facilite o teste de HIV em postos de saúde e nos serviços especializados sem burocracia para o uso da PEP com pessoas capacitadas sem julgamentos.** “No hospital, referência no município, tem sido muito difícil para as meninas fazerem a PEP quando a camisinha estoura.”
- **Que possua identidade visual como cartazes que acolha a população do sexo.** “Nos cartazes podem ter orientações de como os profissionais de saúde devem tratar uma trabalhadora do sexo e não resumir a trabalhadora do sexo como Puta. Porque para eles quando você fala que é trabalhadora do sexo, é tudo Puta.”
- **Primeira coisa que profissionais de saúde tem que demonstrar é simplicidade e deixar pacientes à vontade para falar o que pensa;**
- **Atendimento laico** “Que profissionais não misturem problemas particulares e ideologias religiosas no ambiente de trabalho. Quando vamos a um posto de saúde estamos procurando ser atendidas e não de se converter em alguma religião.”
- **Que os serviços possam tratar da saúde mental e ansiedade da trabalhadora do sexo, com assistência social e psicólogos.** “Viver na rua é viver em constante espera e isso causa muita ansiedade.”

PARTE 3

GERANDO PROPOSTAS PARA AÇÃO

Nesta terceira parte, o grupo foi convidado a pensar em propostas concretas para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação. A partir dos sonhos individuais, as pessoas participantes foram convidadas a definir, de forma coletiva, quais eram seus sonhos em comum, e a apresentar propostas concretas para torná-los realidade. Assim, a visão coletiva de cada grupo também foi considerada como parte do exercício de escuta e diálogo.

Imagine que você esteja numa posição de decisão e com recursos a sua disposição. Que ações/estratégias você colocaria em prática para a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação? (formato de brainstorming)

Que ações você como usuário(a) do SUS pode desempenhar para contribuir com a construção de um serviço de saúde Zero Discriminação?

Como você acha que a sociedade civil pode contribuir para a construção de serviços de saúde Zero Discriminação?

- Realizar capacitações de profissionais com a participação das trabalhadoras do sexo. “Para saberem com a gente se sente quando eles nos atendem mal. É preciso esse momento de escuta nas dificuldades.”
- Educar profissionais de saúde para combater estigmas e discriminação em relação às trabalhadoras do sexo. “Você não pode ser discriminado pela sua profissão e as pessoas precisam entender que a prostituição é uma profissão como qualquer outra. Ninguém pergunta como a XXX é, tem filho tem família? Só tem aquele preconceito que escuta por aí. É preciso mostrar que as trabalhadoras do sexo são pessoas normais como qualquer outra. As trabalhadoras do sexo também estudam, tem família. Muitas vezes as pessoas só veem o estigma relacionado à prostituição.”

- Investir em informações sobre as trabalhadoras do sexo, com um cadastro em que elas possam falar sobre suas demandas, e assim conseguir mapear o número de trabalhadoras do sexo na cidade, os pontos de prostituição e realizar abordagens e busca ativa no campo de trabalho delas;
- Garantir o atendimento dos postos de saúde além dos horários hoje pré-estabelecidos de 8h às 17hs. Podendo expandir esse atendimento para o turno da noite e aos sábados. “Além de todo constrangimento em falar que somos prostituta, o atendimento já é precário, temos que chegar às 5hs da manhã para pegar uma ficha. E no meu caso, demora é perda de dinheiro, perdi a manhã para esperar o médico. E chegando lá o médico olhou a fichinha e falou: Não era para você está aqui, era para você está lá no ginecologista. Eu disse: Não, eu quero saber o resto do meu corpo, estou com uma dor de cabeça. Você acha que prostituta só tem problema de vagina e cu. Ele então se estressou comigo, ele disse que eu estava descendo o baixo nível. Vai fazer diferença se eu falar que eu sou pedreiro, o atendimento seria igual? Ele só nos conhece pelo que está escrito ali naquele papel então tanto faz se eu sou pedreiro ou uma faxineira, o atendimento deveria ser igual.”
- Construir prontuários eletrônicos para não precisar preencher ficha de cadastro em todo atendimento;
- Garantir que as pacientes possam avaliar todos os atendimentos realizados no SUS. E facilitar o acesso e informações sobre as ouvidorias e canais de denúncias;
- Limitar o uso do celular por médicos e profissionais na hora do atendimento e consultas. “Na hora do atendimento se o profissional usa o celular, da intenção de que aquela pessoa que está ali para ser atendida não é tão importante.”
- Aproximar as pessoas usuárias do serviço dos profissionais e retirar o vidro que separa ambos na hora da triagem e de preencher qualquer ficha;
- Realizar fiscalização do atendimento por áreas com perguntas rápidas às pessoas usuárias de como tem sido os atendimentos daquela área;
- Garantir o atendimento à saúde mental das trabalhadoras do sexo, com profissionais capacitados e capacitadas, como assistente social e psicólogos e psicólogas para tratar ansiedade, depressão e o uso de álcool e outras drogas;

- Atendimentos laico, sem imposições religiosas;
- Investir em ferramentas de informação através de aplicativos de celular. “Hoje toda menina tem um celular e nós usamos muito as redes sociais de Facebook, WhatsApp então poderia ter mais informações pra gente divulgar para elas.”

O diálogo foi encerrado com o feedback e avaliação das participantes.



PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE



Como uma ação no âmbito da Agenda para Zero Discriminação em serviços de saúde implementada em parceria pelo UNAIDS e pelo DIAHV, foi realizado, em Recife, no dia 06 de setembro de 2018, o Diálogo com as pessoas privadas de liberdade no Presídio Frei Damião Bozzano (PFDB). Considerando as especificidades desta população, foi necessário fazer modificações na metodologia dos Diálogos, o que resultou em um relatório também em formato diferenciado dos demais.

ARTICULAÇÃO

A organização deste diálogo demandou um processo de articulação em nível federal entre o DIAHV e o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) do Ministério Extraordinário da Segurança Pública. A proposta da Agenda para Zero Discriminação em serviços de saúde foi apresentada pelo DIAHV para os participantes do Grupo de Trabalho (GT) sobre Saúde Prisional tendo sido acordada no âmbito do GT. O DEPEN sugeriu que o diálogo fosse realizado em uma das unidades prisionais de Recife e se prontificou em realizar os contatos para articulação com a Secretaria Executiva de Ressocialização (SERES) do Estado de Pernambuco. O Estado indicou a Presídio Frei Damião Bozano (PFDB) para a realização do diálogo.

O DIAHV fez contato com as Coordenações de IST, HIV/Aids do Estado de PE e do Município de Recife para informar sobre a realização da oficina e convidar representantes das coordenações para participarem.

Em relação às pessoas privadas de liberdade (PPL), importante destacar alguns aspectos em relação ao perfil e ao que foi informado no momento em se apresentaram, pois, a partir destas informações, é possível identificar elementos importantes relacionados ao acesso a serviços de saúde:

J, 41 anos

Em 2014, foi privado de liberdade. Até aquele momento, nunca teria procurado o serviço de saúde pois achava que não teria nada. Ao entrar

no Sistema Prisional foi feita a triagem na qual passou pela testagem rápida, onde foi identificado o HIV. Ele informa ter contraído de relações feitas sem preservativos com profissionais do sexo. Ao realizar vários exames, foi descoberto que ele estava com tuberculose, para a qual iniciou o tratamento. Agradeceu muito à enfermeira da unidade, e informa que, hoje, suas relações sexuais são com uso de preservativos.

AS, 21 anos

Em 2014, foi privado de liberdade. Ele informa que não procurava o serviço de saúde próximo à sua casa pois, para conseguir marcar uma consulta, ele teria que acordar às 4 da manhã para conseguir marcar o atendimento. AS relata que é extremamente difícil conseguir atendimento. E que em 2014, foi acometido pela tuberculose (adquirida na Unidade Prisional), identificada por meio da realização de exames de escarro. Após algum tempo, foi colocado em liberdade e não procurou nenhum serviço de saúde para atendimento. Em maio de 2018, retornou ao sistema prisional, onde na Unidade de Triagem (Porta de Entrada) realizou exames de escarro e foi identificada tuberculose. Hoje, ele está no terceiro mês de tratamento. Informa também que sua avó, uma funcionária da saúde, ao ter conhecimento da doença do neto, foi procurar a unidade de saúde para também realizar o exame, porém teve grande dificuldade, ficou aproximadamente 15 dias para conseguir atendimento (segundo relato, esta intervenção ocorreu mais rapidamente pois ela é uma profissional da área da saúde).

B, 27 anos

Informa que estava morando nas ruas, foi acolhido pelo programa Atitude, por meio do qual foi encaminhado para realizar vários exames. Foi diagnosticado com o HIV e encaminhado para o hospital de referência de Recife, onde realizou, ao longo de três anos, o tratamento de forma intermitente (com várias interrupções devido ao uso de drogas). Ao adentrar no sistema prisional, após um período, teve problemas de saúde e foi encaminhado para atendimento extramuros. Realizou alguns exames, dentre eles Raio-X, e foi identificado com tuberculose. Atualmente realiza o tratamento diretamente observado e já está com 4 meses de uso de medicação para TB.

A, 25 anos

Informa que utilizou o sistema de saúde fora do sistema prisional com muitas dificuldades, pois ele é asmático e fazia uso de drogas. Foi privado de liberdade em 2002 e já teve 5 reincidências. Em julho de 2018, ao

entrar novamente para o sistema prisional, foi feita, na Porta de Entrada, exames de triagem e, através da coleta do escarro, foi identificada tuberculose. Hoje, encontra-se em tratamento (há três meses).

H, 32 anos

Informa que nunca procurou atendimento nas unidades de saúde, sentia receio de procurar devido pelo fato de ter tido relações sexuais com várias parceiras, inclusive prostitutas. Ao entrar para o sistema prisional, em 2016, fez os exames e descobriu que vivia com o HIV. Com isso, iniciou o tratamento dentro da unidade prisional (informa que o atendimento de saúde da unidade prisional é muito bom). Foi diagnosticado com tuberculose (TB) dentro da unidade prisional, iniciou o tratamento e o completou em seis meses. H informa que a religião deu suporte para seguir a vida dentro da unidade prisional. Hoje tem uma parceira, faz uso de preservativo e informa que sua família tem muita dificuldade em conseguir atendimento nas unidades de saúde. Atualmente não faz mais uso de drogas. Sente que há menos preconceito em relação à TB do que em relação ao HIV.

E, 28 anos, travesti

Informa que entrou no mundo das drogas e era extremamente dependente de crack. Foi acolhida pelo projeto Atitude e encaminhada para o CPP (comunidade pequenos projetos) na cidade de Igarassu. Neste local, teve relações sexuais com o companheiro que também estava no CPP. Foi embora do convívio da família e começou a emagrecer intensamente, novamente foi viver nas ruas. Informa que era profissional do sexo e nem sempre usava preservativo, pois os clientes pagavam um valor maior no programa para ter relação sem camisinha. Novamente o programa Atitude a resgatou e a encaminhou para unidade de saúde. Foi quando ela recebeu o diagnóstico de que vivia com HIV. Foi privada de liberdade em 2017 e, dentro da unidade prisional, começou a se tratar de forma correta. Informa que hoje só tem relação sexual com o uso de preservativo. Tem um companheiro na Unidade e vai casar! Relata que a mãe mora em Porto de Galinhas e que o atendimento lá é bom.

M, 29 anos, travesti

Informa que, aos 13 anos de idade, começou a vida sexual como profissional do sexo e disse que nunca fez nenhum programa sem preservativo, teve envolvimento com as drogas e a partir do uso do crack começou a negligenciar o preservativo. Informa que, todos os anos, realizava check-up no posto de saúde, porém sempre teve

dificuldade para conseguir acesso, tendo que dormir na fila para conseguir atendimento. Relata sua experiência de atendimento de saúde extramuros como sendo terrível. Foi acometida por um quadro depressivo. Em 2014, foi privada de liberdade, quando iniciou o tratamento de HIV e o abandonou, pois o “3 em 1” não estava bom. Foi colocada em liberdade e, em 2017, foi novamente privada de liberdade, quando teve um agravamento do quadro ficando internada por cinco dias no hospital. Conta que foi muito mal atendida, relata que o atendimento que teve fora da unidade prisional foi de muito descaso e discriminação por ser travesti e ser pessoa privada de liberdade. Foi transferida para o Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP), fez tomografia e identificou tuberculose visceral. Neste local, foi muito bem atendida e ficou 28 dias internada. Relata que, dentro da unidade prisional, tem valorização como ser humano e que os profissionais de saúde a tratam com respeito. Hoje, faz tratamento para tuberculose, para HIV e a depressão (começou a utilizar psicotrópico desde que teve crise de abstinência) porque tem psiquiatra e infecto atendendo na unidade. M informa que, durante o período em que estava nas ruas, foi acolhida pelo programa Atitude, porém saiu dele devido ao atendimento da psicóloga. Participa do grupo de discussão sobre higiene pessoal, bucal, ambiental e sobre respeito. Disse que não faz uso do hormônio porque não é oferecido. A superintendente que estava presente vai articular para que as meninas trans e travestis recebam esse insumo.

JP, 31 anos, agente de saúde

Entrou para o Sistema Prisional em 2002, essa já é a terceira vez que está no sistema. Atualmente, não possui nenhuma doença crônica e não faz uso de nenhuma medicação. Trabalha como agente de saúde fazendo a articulação com as pessoas privadas de liberdade, encaminhando as solicitações. Incentiva as pessoas privadas de liberdade a aderir e seguir com o tratamento. Informa que realiza todos os exames preventivos. Antes de estar privado de liberdade, nunca procurou o serviço de saúde. Hoje ele vê a importância deste serviço e orienta a família a procurar a unidade de pronto atendimento (UPA).

R, 28 anos, agente de saúde

Trabalha como agente de saúde dentro da unidade prisional, teve uma lesão no pé e informa que, quando estava fora do presídio, procurou o serviço de saúde, mas não teve atendimento, mesmo tendo pessoas na unidade trabalhando. Informa que foi muito descaso e que não quiseram atendê-lo. Dentro da unidade prisional teve o atendimento necessário. Ele diz que, na unidade prisional, a saúde é melhor.

JM, 34 anos, cadeirante

Entrou para o sistema prisional em 2004 (nessa época, era tudo muito ruim, um chiqueiro; sem exame nenhum). Em 2015, não teve atendimento nenhum e, agora, em 2018, após levar um tiro na coluna deixando-o em uma cadeira de rodas, nesse momento teve acesso aos serviços de saúde. Informa que fez testagem nos postos de saúde, por já ter a experiência do irmão que vivia com HIV. Foi pessoa usuária de drogas e, desde 2018, após adentrar pela terceira vez na unidade prisional, parou de usar drogas. Quando passou pela Unidade de Triagem teve escaras (por ser cadeirante) e o atendimento foi negligenciado. Chegou no presídio com uma ferida enorme e foi tratado. Ele informa que a equipe de saúde da unidade prisional é especial devido à atenção, à humanidade e à dedicação que tem com as pessoas privadas de liberdade. Que a equipe faz o serviço de forma correta, conforme os protocolos, sem "arrumadinhos", e que os respeita independentemente do que fizeram ou da patologia que têm. Ele conta que, sempre que são abordados, estão com um sorriso. Ele informa que gostaria muito que o atendimento que eles têm fosse estendido para os familiares. Faz acompanhamento com fisioterapeuta. Atualmente é casado.

METODOLOGIA

A metodologia deste diálogo demandou adaptações em função do tempo reduzido em relação aos demais diálogos. No total, foram três horas para a atividade, conforme determinado pela unidade prisional como tempo máximo possível para que as pessoas privadas de liberdade pudessem participar. Assim, a metodologia centrou-se na busca de informações sobre acesso, de uma forma geral, destas pessoas a serviços de saúde antes de elas entrarem para o sistema prisional e depois de estarem no sistema prisional. Também se buscou informações sobre o acesso à rede de cuidados em saúde utilizada por seus familiares.

PALAVRAS FINAIS

PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE:

- dedicação;
- atenção;
- continuem bons assim;
- trabalhar pelo certo;
- respeitam, cumprimentam, são humanos;
- energia positiva, motivam;
- aqui é mais rápido;
- ter um médico o tempo todo;
- os pacientes devem ser separados pelo agravo que têm;
- plantão 24 horas de pelo menos um profissional de saúde;
- trabalhador não pode atender quem escolhe; tem que atender todas as pessoas;
- uma placa com: respeite a cor, o gênero...; respeite a pessoa privada de liberdade no seu atendimento;
- tirar profissionais (incluindo médicos e enfermeiros) corruptos;

TRABALHADORES

- que os profissionais permaneçam na equipe por muito tempo;
- agente penitenciário tem que estar junto com a saúde (essencial); na visita nas celas é importante que perguntem como estão, que identifiquem sintomas;
- importante os agentes de saúde;
- o que ajuda é o entrosamento da equipe; o problema é a rotatividade;
- desempenham um trabalho próximo ao da saúde da família, criação de vínculos;

ACOLHIMENTO	> A atenção em saúde para pessoas privadas de liberdade deve estar pautada no princípio da universalidade do acesso previsto pelo SUS.
--------------------	--

EDUCAÇÃO PERMANENTE	> Agentes penitenciários devem ser constantemente sensibilizados e sensibilizadas quanto à importância do cuidado em saúde para as pessoas privadas de liberdade e o impacto direto na saúde dos próprios agentes e seus familiares. Expandir conhecimentos sobre os sinais e sintomas da tuberculose, possibilitando o rápido diagnóstico.
----------------------------	---

GESTÃO	> Espera-se que o sistema psisional seja passageiro, mas em relação às condições crônicas ou algumas infecções, tal qual é o HIV, a longitudinalidade do cuidado depende do contra-referenciamento para um serviço de saúde, disponibilizando relatório completo e observações médicas.
---------------	---

