**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

Grazielle Tagliamento

**(IN)VISIBILIDADES CALEIDOSCÓPICAS: A PERSPECTIVA DAS
MULHERES TRANS SOBRE O SEU ACESSO À SAÚDE INTEGRAL**

**São Paulo
2012**

Grazielle Tagliamento

**(IN)VISIBILIDADES CALEIDOSCÓPICAS: A PERSPECTIVA DAS
MULHERES TRANS SOBRE O SEU ACESSO À SAÚDE INTEGRAL**

(VERSÃO CORRIGIDA)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Doutora em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora: Dra. Vera S. F. Paiva

São Paulo
2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Tagliamento, Grazielle.

(In)visibilidades caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral / Grazielle Tagliamento; orientadora Vera Silvia Facciolla Paiva. -- São Paulo, 2012.

164 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Mulher trans 2. Serviços de saúde 3. Estigmatização 4. Gênero 5. Direitos humanos I. Título.

HQ77

TAGLIAMENTO, Grazielle

(In)Visibilidades Caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Vera Silvia Facciolla Paiva

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof. Dr. Richard Parker

Instituição: Columbia University

Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria Juracy Filgueiras Toneli

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

Assinatura: _____

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia

Instituição: Universidade Federal de São Carlos

Assinatura: _____

<http://www.facebook.com/photo.php?fbid=300506799995171&set=a.145951508784035.29265.145951285450724&type=1&theater>

A TODAS AS MULHERES TRANS, QUE SÃO ANJOS,
GUERREIRAS, HUMANAS... QUE SÃO SIMPLEMENTE
MULHERES. A VOCÊS, MINHA PROFUNDA ADMIRAÇÃO
POR SEREM VOCÊS.

AGRADECIMENTOS

São várias as pessoas que fazem parte da construção desta pesquisa. Mas algumas delas estiveram presentes por meio de palavras, atitudes e ensinamentos que ainda reverberam em minha vida e me fazem ser quem eu sou hoje, mesmo que não estivessem presentes concretamente nestes últimos quatro anos. Por isso, não poderia deixar de agradecer ao meu pai (*in memoriam*), à Maria Juracy F. Toneli, à Gisele Mânica e à Janaina R. Furtado.

Agradeço, ainda, à minha família, meu suporte, meu continente; que permite que eu me lance ao mundo em busca dos meus sonhos e objetivos com a certeza de que sempre que precisar terei um porto seguro.

Ao meu sobrinho, Théo, que me ensinou durante os seus quatro anos de vida que o mundo pode ser muito simples, depende apenas de vê-lo assim.

À Fabiana, que, durante estes quatro anos, mesmo nos momentos mais complicados e estressantes, esteve ao meu lado com muito companheirismo e amorosidade.

À Meg, minha parceira nos momentos de “ócio criativo” e de escrita. Mesmo em silêncio, ou com latidos, esteve docemente ao meu lado.

À Vera Paiva, que me apresentou e ajudou a operacionalizar o quadro dos direitos humanos e da vulnerabilidade ao adoecimento, e que com carinho me orientou nesta pesquisa. Ótima parceria!

À Carla Amaral, Andreia Laís Cantelli, Josiane Bourges e Sabrina Mab Taborda, pela acolhida e parceria para a realização desta pesquisa.

A todas as entrevistadas, que gentilmente compartilharam as suas trajetórias de vida.

Ao Transgrupo, que muito me ensinou e proporcionou que este trabalho fosse realizado.

À CAPES, pelo incentivo financeiro, sem o qual não seria possível eu ter me dedicado a esta pesquisa.

RESUMO

TAGLIAMENTO, G. **(In)Visibilidades caleidoscópicas:** a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral. 164 f. 2012. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

As mulheres trans são consideradas e tratadas como figuras abjetas, por não se enquadrarem no sistema de normas de gênero e sexualidade vigentes na sociedade. Com isso, há os processos de estigmatização e discriminação à sua identidade de gênero, produzindo a negação de seus direitos enquanto cidadãos, inclusive do direito à saúde integral. Por outro lado, recentemente foram produzidas políticas públicas voltadas a essa população, com o intuito de garantir os seus direitos humanos. Diante desse cenário, buscou-se descrever e compreender como se dá o acesso das mulheres trans aos serviços de saúde e à saúde integral no município de Curitiba, à luz das práticas sociais, individuais e programáticas envolvidas em tal processo. Para tanto, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com a utilização do recurso das cenas, com sete mulheres trans residentes em Curitiba. Para a análise do material obtido, foram eleitas as cenas que mais expressavam o seu (não)acesso à saúde integral, que compuseram, posteriormente, uma narrativa sobre o percurso e vivência delas na área da saúde, tendo como pano de fundo o quadro dos direitos humanos e da vulnerabilidade, e as normas regulatórias de gênero. O exame desse material possibilitou observar que as mulheres trans têm uma trajetória na área da saúde marcada pela violação de seus direitos humanos e à saúde, demonstrando que, por mais que existam documentos que garantam esses direitos, a efetividade destes na vida cotidiana das mulheres trans esbarra em barreiras individuais, sociais e programáticas (que são permeadas e produzidas primordialmente pelas normas regulatórias de gênero), que aumentam a sua vulnerabilidade ao adoecimento. À luz das cenas e narrativas trazidas pelas mulheres trans entrevistadas e considerações apontadas, ao longo deste texto, com base no quadro teórico adotado são oferecidas na conclusão algumas recomendações para o aumento da qualidade das políticas públicas e legislação vigentes, para que assim haja um aumento na efetividade das ações pautadas nesses documentos.

PALAVRAS-CHAVE: Mulher trans. Serviços de saúde. Estigmatização. Gênero. Direitos humanos.

ABSTRACT

TAGLIAMENTO, G. **Kaleidoscopic (in)visibilities**: the trans women's perspective on their access to the integral health. 164 f. 2012. Thesis (Doctoral) – Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2012.

The trans women are considered and treated as abject beings, because they don't frame in the system of gender and sexuality norms effective in the society. With that, there are the stigmatization and discrimination processes to their gender identity, producing the denial of their rights while citizens, including the right to the integral health. On the other hand, recently, public politics turned to that population were produced, with the intention of guaranteeing their human rights. Before that, it was looked for to describe and to understand how the trans women's access to the services of health and the integral health in the municipal district of Curitiba happens, to the light of the social, individual and programmatic practices involved in this process. For so much, semi-structured interviews were accomplished, with the use of the scenes resource, with seven trans women residents in Curitiba. For the analysis of the obtained material, they were chosen the scenes that expressed more their (not) access to the integral health, which composed, later, a narrative on the course and existence of them in the health field, having as backdrop the picture of the human rights and of the vulnerability, and the regulatory norms of gender. The exam of that material made possible to observe that the trans women have a path in the health field marked by the violation of their human rights and their right to the health, demonstrating that, no matter how much documents that guarantee those rights exist, their effectiveness in the trans women's daily life bumps into individual, social and programmatic barriers (that are permeated and produced firstly by the regulatory norms of gender), that increase their vulnerability to the illness. To the light of the scenes and narratives brought by the trans women interviewees and of the considerations pointed along this text, with base in the adopted theoretical picture, they are offered in the conclusion some recommendations for the increase of the quality of the current public politics and legislation, so that there is an increase in the effectiveness of the actions ruled in these documents.

KEYWORDS: Trans woman. Services of health. Stigmatization. Gender. Human rights.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Humanidade e Direitos.....	16
1.2 A Literatura Disponível sobre o Acesso das Mulheres Trans à Saúde Integral.....	19
1.3 Objetivos	30
1.3.1 Objetivo geral.....	30
1.3.2 Objetivos específicos.....	31
2 AS MULHERES TRANS NA LEGISLAÇÃO E NOS DOCUMENTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS ...	32
2.1 Legislação e Políticas Públicas.....	34
3 AS PRÁTICAS DISCURSIVAS E AS CENAS COTIDIANAS	48
4 CAMINHOS DA COLETA DE DADOS E PARA A ANÁLISE	58
4.1 Acessando as Práticas Cotidianas.....	58
4.2 A Análise e os Diálogos Possíveis	60
4.3 Percursos e Percalços	62
4.4 Contato Inicial com as Entrevistadas	65
5 O COTIDIANO DA BUSCA DE CUIDADO À SAÚDE.....	70
5.1 As Mulheres Trans das Cenas.....	70
5.1.1 Jéssica.....	70
5.1.2 Luciana.....	72
5.1.3 Aline	75
5.1.4 Luíza.....	76
5.1.5 Verônica	81
5.1.6 Letícia.....	88
5.1.7 Carla	95
5.2 Cenas de (Não) Acesso aos Serviços de Saúde e à Saúde Integral: as Mulheres Trans em Cena	104
6 O ACESSO DAS MULHERES TRANS À SAÚDE INTEGRAL	119
6.1 Dimensões Individual e Social	123
6.2 Dimensão Programática.....	132
7 RUPTURAS DESEJÁVEIS	143
7.1 O que é Desejável Fazer? Algumas Recomendações para a Área da Saúde	148
REFERÊNCIAS.....	153
ANEXOS.....	163

APRESENTAÇÃO

Era uma sexta-feira do inverno de 2007. Parecia ser um dia como outro qualquer na ADEH Nostro Mundo (Associação das Travestis da Grande Florianópolis), local onde eu era psicóloga do Centro de Referência de Combate à Violência contra a População LGBTT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais). Mas o telefone tocou. Era a mãe de uma travesti pedindo ajuda. Sua filha não queria mais sair de casa, estava com tuberculose e bebia constantemente. Essa mãe já havia ligado em outro momento e agendado um horário de atendimento comigo para a sua filha, porém ela não foi.

Diante desse telefonema e da sua ausência no atendimento agendado, eu e a presidenta da associação achamos melhor ir até a sua casa. Chegando lá, Patrícia¹ estava deitada em uma cama e relutou um pouco em conversar conosco. Durante a nossa conversa, tive um “choque de realidade” quando perguntei se ela estava se tratando da tuberculose. Patrícia, diante dessa pergunta, respondeu como se eu estivesse fazendo uma pergunta ridícula, de fácil resposta. Em suas palavras: “se eu não posso nem ir na padaria durante o dia, como é que eu vou no médico? Ainda mais que, quando eu fui, que eu tava como uma coceira na minha neça², o médico olhou para mim e disse que era para eu tomar mais cuidado no meu trabalho [prostituição] e me deu um remédio lá. Mas nem me olhou, nem me tocou, nem viu o que podia ser a minha coceira. A consulta não demorou mais que dez minutinhos.” E finalizou: “eu não volto nunca mais lá.”

¹ Os nomes utilizados neste trabalho são fictícios, para preservar a identidade dos sujeitos.

² É uma gíria entre a população trans para designar o pênis.

Quando eu ouvi essa resposta, confesso, senti um calor que nunca havia sentido em dias tão frios. Conversamos durante mais algumas horas e me ofereci para ir com ela ao serviço de saúde. Mas ela acabou não indo comigo, sempre desmarcava as nossas idas ao serviço de saúde. Quando foi ao serviço de saúde, foi com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pois já se encontrava muito debilitada. Patrícia ficou internada durante alguns dias, vindo a óbito posteriormente.

Esse curto contato que tive com Patrícia deixou-me inquieta por muito tempo; aliás, ainda me deixa. Essa inquietação, com diversas histórias de discriminação de pessoas trans que ouvi e convivi durante o meu trabalho na ADEH, levou-me a questionar a efetivação dos direitos na vida cotidiana das mulheres trans, principalmente dos relacionados à saúde integral, postulados na legislação e nas políticas públicas. Decidi, então, tornar o acesso das mulheres trans à saúde integral e aos serviços de saúde meu tema de pesquisa, para que, assim, eu pudesse contribuir para a eliminação das desigualdades existentes por vezes nesse acesso e para a efetivação de seus direitos.

Os caminhos que serão percorridos para atingir os objetivos aqui propostos são: breve introdução à temática; delineamento sintético dos objetivos deste trabalho; identificação das políticas públicas e legislação voltadas à população LGBTTT, em especial às mulheres trans, na área da saúde; descrição e discussão do método e dos percalços para a efetivação do campo, assim como uma breve caracterização dos sujeitos pesquisados; apresentação da trajetória de vida dos sujeitos desta pesquisa, por meio de uma autobiografia; descrição das práticas cotidianas relacionadas à saúde das 'mulheres trans', termo que será definido a seguir; e análise do acesso das mulheres trans entrevistadas aos serviços de saúde de Curitiba. A discussão, ao longo do texto, será construída à luz do quadro dos direitos humanos e da vulnerabilidade, e das normas regulatórias de gênero, visando à análise do acesso das mulheres trans aos serviços de saúde e à saúde integral.

Por fim, serão descritas formas de subversão, de rupturas desejáveis, a fim de assegurar a efetividade das políticas públicas no cotidiano dessas pessoas, viabilizando a garantia de seus direitos na área da saúde integral.

Como será possível notar, o presente texto não se dedicará a fazer uma revisão extensa da literatura. Isso porque entendo que a teoria será uma lente para compreender os fatos e as práticas das pessoas tomadas como sujeitos no seu cotidiano e sujeitos de direitos.

1 INTRODUÇÃO

*Joga pedra na Geni
Ela é feita pra apanhar
Ela é boa de cuspir
Maldita Geni.*

(Geni e o Zepelim, Chico Buarque)

A travesti Geni de Chico Buarque, assim como a maioria das mulheres trans, é considerada figura “monstruosa” e abjeta, não ocupando uma posição dentro da zona de inteligibilidade social, a não ser quando serve aos prazeres e fantasias eróticas de algumas pessoas, quando passa a ser “bendita Geni”. Caso contrário, é marginalizada socialmente. Tal marginalização dá-se, justamente, porque as mulheres trans não se enquadram no sistema de normas de gênero e sexualidade vigente em nossa sociedade, conforme apontado por Silva e Barboza (2005); elas escapam da classificação de gênero tradicional por viverem, enquanto mulheres, em um corpo biológico de homem e por possuírem características tanto femininas quanto masculinas, em que homem e mulher coexistem.

Antes de prosseguir, é importante fazer alguns esclarecimentos terminológicos. Neste trabalho, optou-se por utilizar o termo ‘mulher trans’, por ser o utilizado pela população estudada (portanto, uma categoria “nativa”). Esse termo refere-se tanto às travestis quanto às transexuais, porém não possui o sentido de ‘transgênero’, quando este se refere ao trânsito entre um gênero e outro, pois, para as mulheres trans que foram sujeitos desta pesquisa, elas não transitam entre os gêneros, elas pertencem somente ao gênero feminino. A escolha por esse termo deve-se, também, ao fato de que muitas, no início da entrevista, diziam-se travestis, para, em seguida, dizerem que eram transexuais ou o inverso; ainda, houve aquelas que diziam que, na rua, na prostituição, eram travestis,

mas se sentiam transexuais no seu dia a dia e que não desejavam fazer a cirurgia e não tinham nenhum problema com o seu órgão genital masculino. Como apontam Arán e Murta (2009, p. 34), “ainda que no meio médico exista uma clara distinção entre transexuais e travestis, várias pessoas transitam entre estas identidades”, fazendo com que as categorias travesti e transexual não deem conta, na perspectiva das mulheres trans estudadas e da adotada nesta pesquisa, da diversidade da vivência cotidiana delas.

Além disso, será utilizada, neste trabalho, a designação ‘pessoa trans’ quando houver referência tanto às pessoas que possuem identidade masculina quanto às que se identificam com o gênero feminino. O interesse nesta pesquisa, entretanto, aloca-se nas mulheres trans, ou seja, no estudo de homens que possuem atributos femininos e que modificam seus corpos conforme essa identificação; em outras palavras, usam maquiagem e vestimentas femininas, realizam implantes, aplicam hormônios e se submetem a intervenções cirúrgicas, além de utilizarem um nome social e, às vezes, civil, dependendo do caso, feminino.

Nesse sentido, de acordo com Maluf (2002), “o ‘autêntico’ [da trans] é justamente o produto de sua criação, da intervenção de seu desejo, de uma agência própria” (p. 146), que se manifesta em seu corpo “transformado, fabricado, que aparece e se afirma como corpo fabricado, não um corpo substantivo, objetificado, mas corporalidade, veículo e sentido de experiência.” (p. 146). Nos corpos das mulheres trans, há uma denúncia e refutação das estratégias reguladoras das categorias sexuais, que são embasadas nos binarismos homem/mulher, masculino/feminino e homossexualidade/heterossexualidade. As mulheres trans materializam em seus corpos a possibilidade de resistência a essa norma binária, proporcionando a desnaturalização da “heteronormatividade idealizada e compulsória” (BUTLER, 2002).

Ao mesmo tempo, é importante considerar que as mulheres trans não questionam apenas as categorias de gênero. Isso porque, ao buscarem a identificação com atributos tipicamente destinados às mulheres, repetem e reiteram a norma heteronormativa de gênero. Em outras palavras, ao incorporarem/produzirem características femininas – vestimentas, seios, cabelos, maquiagem, nome social, entre outras –, elas buscam exercer atributos que, histórica e socialmente, são destinados às mulheres, o que proporciona a reiteração da norma.

Segundo a perspectiva proposta neste estudo, acredita-se que é possível compreender que as mulheres trans tanto desviam da norma quanto a reiteram, uma vez que resistem ao assujeitamento³ social, no momento em que não exercem os atributos masculinos que os homens devem exercer, e, ao mesmo tempo, assujeitam-se aos atributos femininos.

De acordo com Butler (2001a), sujeitos são produzidos e assujeitados por práticas discursivas. Essa dupla ocorrência é devida ao fato de a sujeição, ou assujeitamento, não ser somente um ato de subordinação, mas também uma garantia e uma manutenção, uma instalação do sujeito, uma subjetivação (BUTLER, 2001a). Isso ocorre porque

o gênero não deve ser constituído como uma unidade estável ou um lócus de ação do qual decorrem vários atos; em vez disso, o gênero é uma identidade tenuamente constituída no tempo, instituído num espaço externo por meio de uma repetição estilizada de atos. (BUTLER, 2003, p. 200).

Nesse sentido, a ação do gênero requer uma performatividade repetida (BUTLER, 2003), tornando-o inconstante e contextual, “um ponto relativo de convergência entre conjuntos específicos de relações, cultural e historicamente convergentes.” (BUTLER,

³ Para um maior aprofundamento sobre a noção de ‘assujeitamento’, ver Butler (2001a).

2003, p. 29). Ou seja, o gênero é entendido como “performativo”. Tal concepção aponta que o gênero não expressa uma “essência interior” de quem somos, e sim que é produzido por um ritualizado jogo de práticas que, conseqüentemente, produz o efeito de uma “essência interior” (TAGLIAMENTO, 2007). O gênero é vivido, portanto, como uma interpretação, um jogo de interpretações do corpo, que é, por fim, uma mutável e histórica instituição social.

As mulheres trans, portanto, encontram-se à margem das identificações possíveis a partir das normas que regulam e ditam o que é normal e o que não é, quais identificações são possíveis e quais não são. Ou seja, seus corpos são **abjetos**, numa noção butleriana, visto que são corpos que, para a sociedade, não possuem vida, não possuem existência, não há a possibilidade de existirem, mas existem, possuem vida. Para Butler (2002),

o abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas ‘inóspitas’ e ‘inabaláveis’ da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do *status* de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do ‘inabitável’ é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito. (p. 155, tradução nossa).

As mulheres trans, ao se encontrarem enquanto seres abjetos por não parecerem apropriadamente “generificadas”, têm a sua própria humanidade questionada (BUTLER, 2002), sendo, portanto, discriminadas e estigmatizadas socialmente, por não se enquadrarem nos atributos e, conseqüentemente, nas categorias que a sociedade reconhece como “normais”. Dessa forma, elas, por pertencerem a categorias tidas como diferentes e incomuns, são afastadas e ainda tratadas como perigosas e más pela sociedade, deixando de serem vistas na sua totalidade, enquanto pessoas com potencialidades, com capacidade de ação (GOFFMAN, 1993).

Esse processo de estigmatização produz discriminação e atos de violência simbólica e física contra as mulheres trans, levando-as muitas vezes à morte, como apontado em uma pesquisa realizada por Carraro e Vianna (2006), além de produzir a sua exclusão do mercado de trabalho, das escolas e do acesso aos serviços de saúde e à saúde integral, fazendo com que tenham seus direitos básicos, enquanto cidadãs brasileiras, negados.

Por meio da enunciação performática de gênero, que produz sujeitos e que confere significado aos espaços que serão ou não ocupados por esses sujeitos, as mulheres trans aparecem como exemplos do “exterior abjeto que está, afinal, ‘dentro’ do sujeito, como seu próprio e fundante repúdio.” (BUTLER, 2002, p. 156, tradução nossa). Desse modo, são como memórias ameaçadoras das “presunções auto-fundantes do sujeito sexuado” (BUTLER, 2002, p. 156), sendo, com isso, negadas, repudiadas, escondidas.

Em outras palavras,

as normas que nos permitem ser reconhecidos como humanos são articuladas socialmente e com variações. E, em certas ocasiões, as mesmas normas que conferem a qualidade de ‘humano’ a certos indivíduos são aquelas que privam os outros da possibilidade de conseguir o mesmo *status*, produzindo assim um diferencial entre os ‘humanos’ e os ‘menos humanos’. Essas normas têm consequências de largo alcance sobre a nossa concepção do modelo de humano com direitos ou do humano que se inclui na esfera de participação da deliberação política. (BUTLER, 2006, p. 14, tradução nossa).

1.1 HUMANIDADE E DIREITOS

Diante da situação das mulheres trans enquanto “menos humanas”, surge uma indagação: como elas podem possuir e reivindicar os direitos **humanos** se não são

consideradas como tal? As primeiras linhas da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) afirmam: “o reconhecimento da dignidade inerente a todos os **membros da família humana**” (grifo nosso). Os direitos pautados nessa declaração (I) são dirigidos aos considerados “humanos” e (II) são generalistas, o que, segundo Boaventura Sousa Santos (2003), reflete valores da cultura hegemônica no Ocidente.

Nesse contexto, tem sido de fundamental importância declarar os direitos das minorias para a efetivação dos direitos humanos, levando em conta a diversidade das noções de dignidade humana. Ao se ter que considerar essas diferentes noções, há necessariamente um reconhecimento do debate democrático, no qual deve existir a necessária consideração da diferença e da igualdade. Ou seja, “devemos lutar pela igualdade toda vez que a diferença nos inferioriza, mas também devemos lutar pela diferença toda vez que a igualdade nos descaracteriza.” (SANTOS, 1997, p. 462). A noção de direitos humanos deve considerar a diversidade nem sempre sintetizável em uma única noção, não podendo, assim, ser generalista e abstrata. Isso porque “topoi⁴ fortes tornam-se altamente vulneráveis e problemáticos quando ‘usados’ numa cultura diferente. [...] Compreender determinada cultura a partir dos topoi de outra cultura pode revelar-se muito difícil, se não mesmo impossível.” (SANTOS, 1997, p. 115).

Não bastam, portanto, a generalização e a globalização de uma noção de dignidade humana a partir de centros hegemônicos. Na visão de Santos (2003), é errôneo pensar em uma única globalização, visto que o que se designa como tal, na verdade, corresponderia a conjuntos diferenciados de relações sociais; logo, não há como se pensar em uma globalização, mas sim em diversas globalizações. De acordo com o autor, o perigo de se pensar em globalização encontra-se no fato de ela ser “o processo pelo qual determinada

⁴ Para Santos (1997, p. 115), “os topoi são os lugares comuns retóricos mais abrangentes de determinada cultura. Funcionam como premissas de argumentação que, por não se discutirem, dada a sua evidência, tornam possível a produção e a troca de argumentos.”

condição ou entidade local estende a sua influência a todo o globo e, ao fazê-lo, desenvolve a capacidade de designar como local outra condição social ou entidade rival.” (SANTOS, 1997, p. 4). É preciso considerar localmente as especificidades de cada grupo, de cada cultura.

Nessa perspectiva, para que se alcance a defesa dos grupos sociais oprimidos e a emancipação social, é necessário considerar os direitos não como universais, uma vez que isso conduz à negação das realidades e particularidades locais de cada cultura. A (sub)cultura produzida pelas mulheres trans brasileiras é uma delas. É preciso, desse modo, respeitar o multiculturalismo, a diversidade das definições de dignidade humana, para que haja de fato uma emancipação social, nos termos propostos por Boaventura Sousa Santos. Com isso, a emancipação social, uma vez que está diretamente ligada ao rompimento com a hegemonia automática da tradição e à interpelação das normas sociais estabelecidas, conduz as pessoas a serem mais independentes, bem como a sociedades mais equânimes (SANTOS, 2000, 2003).

Esse debate democrático sobre as diferentes visões de humanidade e dignidade demanda um giro epistemológico na direção inaugurada pela produção feminista que interpelou a “natureza” da desigualdade entre os dois sexos e de dois gêneros e, a seguir, permitiu interpelar a “natureza” da heteronormatividade. O debate político e o acadêmico são necessários para que as mulheres trans tenham os seus direitos reconhecidos e efetivados, caso contrário permanecerão ocupando aquelas “zonas inóspitas” (BUTLER, 2006), continuarão não fazendo parte do humano. A seguir será sintetizado, rapidamente, a literatura disponível que se relaciona com esse debate acadêmico e os documentos que são resultado do debate político e democrático sobre as mulheres trans.

1.2 A LITERATURA DISPONÍVEL SOBRE O ACESSO DAS MULHERES TRANS À SAÚDE INTEGRAL

O levantamento das produções científicas sobre mulheres trans e acesso aos serviços de saúde indica que são um segmento pouco considerado à luz da discriminação de seus direitos à cidadania plena e da sua emancipação, mais especificamente, como sujeitos de direito à saúde. Há uma escassez de produções nacionais⁵ sobre a temática do acesso dessa população ao sistema de saúde, embora os princípios da universalidade e da promoção da equidade devessem considerar esse grupo como especialmente vulnerável ao adoecimento e à discriminação no acesso aos serviços.

Nota-se que a maior parte das publicações, tanto internacionais⁶ quanto nacionais, refere-se a estudos sobre a prostituição de travestis e transexuais e comportamentos de risco para a infecção e tratamento da Aids associados ao exercício dessa profissão, fato que pode ser justificado pelo elevado número de mulheres trans que são profissionais do sexo – profissão aceita para essa população, na qual elas são “benditas Genis”. Por outro lado, a maioria desses estudos baseia-se, ainda, na noção de comportamento de risco, que centra no indivíduo, definido como biológico-comportamental, a responsabilidade pela prevenção e tratamento das DSTs/HIV/Aids, sem levar em conta a complexidade dos processos sociais e programáticos que as tornam mais vulneráveis a esses agravos. Ou seja, a implicação das três dimensões – individual, social e programática – da vulnerabilidade ao adoecimento, que sempre pode ser associada à violação de direitos humanos na vida cotidiana (vulnerabilidade social) ou à ausência e falta de qualidade de

⁵ Dados obtidos em pesquisa realizada nos bancos de dados BIREME e Scielo, no dia 3 de janeiro de 2012.

⁶ Pesquisa realizada no banco de dados Medline, em 3 de janeiro de 2012. Importante destacar que, nessa pesquisa, não foi utilizado o descritor ‘*trans woman*’, uma vez que este ofereceu 1.379 resultados que não correspondiam à área e temática de interesse desta tese. Além disso, optou-se por utilizar a combinação das palavras ‘*transgender*’ e ‘*health*’ e ‘*transsexual*’ e ‘*health*’ para restringir os resultados às publicações que se referem a essas temáticas.

políticas públicas que mitiguem a vulnerabilidade aos agravos de saúde mais comuns em cada segmento (vulnerabilidade programática) (AYRES et al., 2005, 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2010; PAIVA, 2007, 2010).

No que se refere à pesquisa nos bancos de dados nacionais, quando se utilizou o descritor ‘mulher trans’, foram encontradas apenas 11 publicações, das quais somente duas referem-se à população estudada neste trabalho. Os estudos abordam questões identitárias: as interseções entre a categoria lésbica e a transexualidade, e a história de vida de uma mulher que passou a viver e se identificar enquanto homem.

A partir do descritor ‘transexual’, localizaram-se 37 produções, que abrangem uma temática bastante variada: a cirurgia de transgenitalização; o atendimento dos serviços de saúde à população transexual que deseja fazer a cirurgia de readequação; a maternidade e paternidade de pessoas transexuais; o envolvimento da comunidade LGBTTT no combate ao HIV e à Aids; o processo psicoterapêutico junto a transexuais; os efeitos dos hormônios na saúde de transexuais; e a vivência das pessoas transexuais de uma maneira geral. Entre esses artigos, três merecem especial destaque: o de Carvalho (2011), que analisa as possibilidades de superação da exclusão simbólica de travestis e transexuais da zona de inteligibilidade do humano, discutidas a partir dos movimentos sociais LGBTTT; o de Arán, Zaidhaft e Murta (2008), no qual os autores discutem o atendimento a pacientes transexuais na rede pública de saúde, a partir de uma pesquisa exploratória realizada no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ), com transexuais que procuraram atendimento com o objetivo de realização de cirurgia de transgenitalização; e o de Arán e Murta (2009), que discute a assistência prestada pelos serviços de saúde, no Brasil, que são voltados ao atendimento de usuários(as) transexuais. As autoras analisam os desafios para a gestão de políticas

públicas para essa população, particularmente a necessidade do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) como condição de acesso.

Com o descritor ‘travesti’, das 21 publicações encontradas, nenhuma aborda diretamente a temática de investigação desta tese. Essas publicações trazem uma discussão sobre a prostituição entre travestis (p. ex., PELÚCIO, 2005); apresentam uma descrição da violência física cometida contra as travestis como fruto da discriminação vivenciada por elas (p. ex., GARCIA, 2009); apontam os fatores de risco para as DSTs, em uma perspectiva comportamental, entre profissionais do sexo que são travestis (p. ex., BORBA, 2010; PAREJA; HASBÚN, 1992; PELÚCIO, 2007); discutem a produção da identidade de gênero das travestis (p. ex., BORBA; OSTERMANN, 2008); e debatem os direitos humanos, sexuais e reprodutivos da população LGBTT (LIONÇO, 2008).

Utilizando o termo ‘transgênero’, foram obtidas sete produções, as quais abordam basicamente as mesmas temáticas das publicações encontradas com o termo ‘travesti’, sendo que cinco estão relacionadas ao campo das DSTs e Aids (GIRÓN et al., 2007; HERNÁNDEZ-ROSETE MARTÍNEZ, 2008; ESTRADA; GARCÍA BECERRA, 2010; ESTRADA; VARGAS, 2010; TOIBARO et al., 2009).

Na literatura internacional, por outro lado, é possível notar mais estudos que se referem ao acesso de pessoas trans aos serviços de saúde e à saúde integral. Esses estudos consideram a falta de preparo dos(as) profissionais de saúde para lidar com as demandas dessa população, a discriminação e o estigma como barreiras para o acesso à saúde. Interessante notar que esses estudos foram publicados, em sua grande maioria, em 2011, demonstrando que é recente a abordagem dessa temática nos estudos acadêmicos.

Ao utilizar o descritor ‘*transgender and health*’, foram encontrados 619 estudos, os quais abordam, de maneira geral, a falta de qualidade no atendimento em saúde prestado à população LGBTT (p. ex., BIZE et al., 2011; NG, 2011); a necessidade de levar em conta as

demandas dessa população na formação dos(as) profissionais de saúde (p. ex., CHARRIÈRE et al., 2011; ELIASON; DIBBLE; ROBERTSON, 2011; IOM, 2011; OBEDIN-MALIVER et al., 2011); e as questões éticas e a atual regulamentação da realização de pesquisa sobre sexualidade com adolescentes LGBTTs (p. ex., MUSTANSKI, 2011). Adotando como variáveis de interesse as condições socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, muitos artigos investigam o tratamento hormonal (p. ex., GORIN-LAZARD et al., 2011; MERIGGIOLA et al., 2010; TANGPRICHA et al., 2003); a cirurgia de transgenitalização (p. ex., CARVALHO, 2010; KUHN et al., 2009; SELVAGGI; BELLRINGER, 2011); e a qualidade de vida de transgêneros (p. ex., AINSWORTH; SPIEGEL, 2010). Outros têm como objetivo estudar o acesso de pessoas transgêneros aos serviços de saúde (p. ex., ACOG, 2011; BOYCE et al., 2011; IOM, 2011); a relação entre DSTs/HIV e comportamento de risco de transgêneros (p. ex., OTA et al., 2011); o cuidado de crianças que “desejam mudar o gênero”⁷ (p. ex., GIBSON, 2010; GIBSON; CATLIN, 2010); o atendimento clínico a jovens transgêneros (p. ex., STODDARD et al., 2011; WEBER, 2010); e as questões relacionadas à identidade de pessoas transgêneros (p. ex., AULT; BRZUZY, 2009; FISHER et al., 2010; JOKIĆ-BEGIĆ et al., 2008).

A partir do descritor '*transsexual and health*', obtiveram-se 484 resultados, contudo somente 19 publicações não haviam constado na busca com o descritor anterior ('*transgender and health*'). Essas pesquisas referem-se principalmente à temática HIV/Aids entre pessoas transexuais e às questões relativas à cirurgia de transgenitalização. Já com o descritor '*transvestite*', foram encontrados 102 artigos, abordando, de maneira geral, os homicídios cometidos por e contra travestis, os comportamentos de risco à Aids de travestis que são profissionais do sexo, os transtornos mentais que acometem travestis e as diferenças entre travestis masculinas e femininas.

⁷ Expressão utilizada em alguns artigos pesquisados.

A pesquisa nos bancos de dados demonstra, desse modo, que os estudos sobre transexualidade e travestilidade estão mais voltados ao tratamento hormonal, à cirurgia de readequação sexual, à identidade de gênero e às DSTs/HIV/Aids, o que restringe as questões relativas à saúde das mulheres trans a esses âmbitos, sem uma visão de sua saúde integral. Interessante notar, contudo, que a visão mais humanizada e integralizadora da saúde das mulheres trans, assim como os meios para alcançar uma maior qualidade nos serviços de saúde, passou a fazer parte das pesquisas internacionais, principalmente a partir de 2011, demonstrando ser um campo que merece especial atenção dos pesquisadores e dos órgãos brasileiros, haja vista a carência de estudos com esse enfoque nas publicações acadêmicas brasileiras.

Por outro lado, diversas políticas públicas brasileiras voltadas à população trans vêm sendo desenvolvidas com o intuito de possibilitar o seu acesso aos direitos que normalmente lhe são negados, a comumente chamada *gray literature*⁸. Neste trabalho, serão abordados, em especial, a promoção dos direitos a não discriminação e aqueles relevantes à promoção da saúde desse grupo, tal como o Programa Brasil sem Homofobia, lançado em 2004 (BRASIL, 2004a), e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTBT), lançada em 2008⁹ (BRASIL, 2010a). O primeiro programa, inspirado na perspectiva dos direitos humanos, visa a promover a cidadania plena de gays, lésbicas, travestis, transexuais e bissexuais a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, lesbofóbicas e transfóbicas; já o segundo, inspirado no primeiro, busca promover ações de

⁸ Literatura que não se encontra nas bases de dados tipicamente acadêmicas, as quais são validadas como referências científicas estrito senso. A “literatura cinza” complementa essas referências, contudo é constituída por documentos e textos produzidos por Organizações Não Governamentais (ONGs), instituições públicas ou, ainda, organismos internacionais dedicados também à pesquisa e à reflexão crítica, sem necessariamente terem passado por processo de revisão formal de pares (PAIVA, 2011 – em conversa informal).

⁹ No Capítulo 2, essas políticas públicas, assim como outras que vêm sendo desenvolvidas no Brasil e a legislação brasileira, serão descritas e analisadas.

enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde para grupos populacionais de negros, quilombolas, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

No caso do segmento que inclui as mulheres trans, o conjunto de acordos internacionais oriundo de grandes conferências e debates que abordaram a sexualidade, como a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, é relevante, porque avançou no entendimento dos direitos e da saúde sexual, ainda que no bojo da saúde reprodutiva.

No entanto, embora assinados pelo governo brasileiro, esses avanços referentes aos direitos que abordam a sexualidade, no Brasil, são posteriores à Constituição brasileira, que, em seu texto, preceitua que saúde é um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, art. 196). Nessa sentença, está explícito um dos mais citados princípios que organizam o Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade da assistência. Assim, todo cidadão brasileiro, independentemente de sua orientação sexual¹⁰, raça/etnia, idade e condição econômica, tem direito a serviços de saúde integral. Além disso, outro princípio organizativo, o da igualdade no atendimento, defende a importância de tratar todo usuário sem distinções e preconceitos. Já o princípio da integralidade busca ampliar a noção de saúde, visando não só à cura de doenças, mas também à promoção e à proteção da saúde, proporcionando a articulação entre ações de saúde e políticas públicas que levem em conta as questões sociais e econômicas da população (BRASIL, 1990; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Ainda, na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, tem-se no inciso I do terceiro princípio, que aborda a identificação do usuário, a seguinte prerrogativa:

¹⁰ Orientação sexual é entendida como “uma referência à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas.” (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2006, p. 7).

– a identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso. (BRASIL, 2006).

Mas, mesmo diante de tais políticas e princípios, com o advento da Aids, no início dos anos 1980, complexificou-se a relação profissional de saúde-paciente e esse cenário serviu de motivo para tornar mais visíveis o estigma e a discriminação contra os homossexuais, travestis e transexuais. A própria homossexualidade masculina, devido aos altos índices de HIV/Aids entre homens que fazem sexo com homens (HSH), no início da epidemia, transformou-se em sinônimo de Aids.

No contexto da luta contra as DSTs/HIV/Aids, discute-se em vários documentos como a “transfobia”, definida adiante, tem prejudicado a resposta à epidemia, uma vez que as mulheres trans, um dos grupos mais vulneráveis e afetados pelas DSTs/HIV/Aids¹¹, na maioria das vezes quando procuram os serviços de saúde, já se encontram em um estágio avançado da Aids ou de uma DST, assim como de qualquer outra doença ou infecção; isso porque, ao terem procurado os serviços de saúde por outros motivos, viram-se muitas vezes diante de profissionais que as trataram de forma desumanizada. Esse fato pôde ser observado em atendimentos psicológicos realizados pela pesquisadora com essa população na ADEH Nostro Mundo, entre 2007 e 2008. As mulheres trans relatavam que, ao procurarem os serviços de saúde, eram tratadas de maneira diferenciada em relação aos(as) demais usuários(as), não sendo, por exemplo, examinadas clinicamente quando recorriam aos serviços de saúde devido à suspeita de infecção por uma DST.

¹¹ Essa situação de vulnerabilidade das mulheres trans é decorrente, principalmente, da violência, das condições das práticas sexuais, do acesso aos serviços de saúde e da inserção social que essa população vivencia em seu cotidiano, fazendo com que haja, portanto, uma maior precariedade no que se refere à adoção de práticas sexuais seguras (BRASIL, 2008a).

Casos como estes também foram relatados por Romano (2008), a partir de sua experiência em uma unidade básica de saúde da Lapa/RJ. A autora descreve as impressões que os(as) profissionais de saúde tinham quando uma travesti chegava à unidade: “é como se, por desconhecimento e distanciamento, reconhecessem as travestis quase como ‘não pessoas’, dotando-as de uma visão exageradamente estereotipada, fruto de estranhamentos e preconceitos.” (ROMANO, 2008, p. 215). Tal situação, segundo Romano (2008), fazia com que emergissem inúmeros relatos indignados das travestis com relação ao despreparo dos(as) profissionais de saúde em lidar com essa população, o que justificava o absenteísmo, a alta à revelia e a interrupção ou abandono de tratamentos médicos.

Aliada à transfobia, tem-se a ausência de dados acerca dos casos notificados de Aids entre as mulheres trans, pois, nos Boletins Epidemiológicos, consta apenas a categoria HSH, não sendo contemplada a diversidade de gênero e tornando-as, assim, invisíveis em muitos programas de prevenção, aconselhamento, testes e serviços assistenciais (BRASIL, 2008a). Nesse sentido, é importante destacar que as mulheres trans não se identificam, em sua maioria, como homossexuais ou como HSH, posto que, ao ser produzida a sua feminilidade, veem-se como mulheres que se relacionam afetiva e sexualmente com homens. É possível observar, também, mulheres trans que se relacionam com outras mulheres trans ou com mulheres (BUTLER, 2009). De fato, as correlações entre identidade de gênero e orientação sexual são diversas; não se pode prever, com base no gênero – e muito menos no sexo – de uma pessoa, “qual identidade de gênero ela terá e qual ou quais direções do desejo essa pessoa, ao final, levará em consideração e seguirá.” (BUTLER, 2009, p. 100). É o que Butler (2009) denomina de comportamentos *queer crossings*, que denotam a não transposição entre sexo e orientação sexual e entre identidade de gênero e orientação sexual, como se o sexo e a identidade de

gênero predissessem a orientação sexual. Segundo a autora, “esses *queer crossings* são tão complexos quanto qualquer coisa que acontece tanto na heterossexualidade quanto na homossexualidade.” (p. 101).

Essas situações denotam, portanto, o caráter limitador da categoria HSH, que se refere à orientação sexual levando em conta o sexo anatômico-fisiológico, enquanto as mulheres trans, por se identificarem como mulheres, têm uma identidade de gênero feminina. Sendo que a identidade de gênero é compreendida como

a profundamente sentida experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos. (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2006, p. 7).

Assim, tanto o movimento social quanto autores que discutem o tema têm defendido que a inserção da categoria travesti/transsexual, ou da categoria pessoa trans, nos Boletins Epidemiológicos ainda se faz necessária, visto que há a “marcante vinculação dos projetos em promoção da saúde com o conhecimento elaborado mediante estudos epidemiológicos.” (CZERESNIA, 2003, p. 49). Contudo, os autores ressaltam o caráter limitador da epidemiologia de risco que faz parte do conhecimento epidemiológico, uma vez que “o objetivo formal do estudo de risco é inferir a causalidade, avaliando a probabilidade da ocorrência de eventos de doenças em indivíduos e/ou populações expostos a determinados fatores.” (CZERESNIA, 2003, p. 50). Há uma produção discursiva que a autora considera que não corresponde à complexidade dos processos e que, nos termos deste estudo, é pouca produtiva para dar conta da complexidade do processo

saúde-doença, que é melhor compreendido pela epidemiologia no quadro dos direitos humanos e da vulnerabilidade.

Diante desse debate, a exclusão e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à integralidade da atenção a essa população têm constituído um dos principais focos de reivindicação das mulheres trans. Nesse sentido, Silva e Barboza (2005, p. 37) apontam que a busca por uma saúde pública “capaz de dar-lhes atendimento integral, equânime e universal [...] respeitando as suas necessidades” é parte integrante da agenda de luta do movimento das mulheres trans. Essa reivindicação vai ao encontro do que é esperado da saúde pública no âmbito do SUS, uma vez que visa à promoção da saúde da população brasileira. Nesse contexto, promover a saúde integral é ir além do campo específico que circunscreve um agravo de saúde, é incluir “o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais.” (CZERESNIA, 2003, p. 40). Por fim, busca-se, com a promoção da saúde integral, o fortalecimento da autonomia das pessoas e dos grupos sociais, ao invés da prescrição e execução de práticas médicas/científicas voltadas para a doença e não para as pessoas, descontextualizadas da especificidade e vontade de cada um (CZERESNIA, 2003).

Nessa perspectiva, há uma superação de modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa, na intervenção medicamentosa, em favor de outros orientados ativamente em direção à saúde integral, isto é, às práticas preventivas, à educação em saúde e à busca da qualidade de vida de um modo mais geral (MINAYO et al., 2000). Ou seja, os agravos e riscos à saúde estão diretamente relacionados às condições mais gerais de vida e saúde, tal como proposto pelo quadro da vulnerabilidade (AYRES et al., 2005, 2006), que analisa o processo saúde-doença com base na história social e não na história natural.

O debate na literatura disponível tem demonstrado, entre outras questões, a importância da elaboração de estratégias para o acesso das mulheres trans à saúde integral e aos serviços de saúde. Segundo diversos autores, para que aumente a eficácia dessas estratégias, é necessário considerar a homofobia, a transfobia e a lesbofobia, entendidas aqui como a intolerância e o desprezo contra aqueles e aquelas que têm orientação e identidades diferentes da heterossexual, que ainda acontecem nos serviços de saúde e são obstáculos ao acesso e tratamento adequado da população LGBTTT (LIONÇO, 2008; SADALA; MARQUES, 2006; TERTO Jr., 2002).

Em uma pesquisa realizada com dez profissionais de saúde do estado de São Paulo com longa experiência na área de HIV/Aids, Sadala e Marques (2006) discutem que a discriminação em relação ao portador do HIV ou ao doente de Aids interferia na comunicação e no relacionamento com o paciente. Para esses autores, “desenvolver comunicação eficiente com o paciente envolve elementos complexos como: compreender a sua situação sócio-cultural, respeito pelas suas crenças e comportamentos, sem falar na aceitação de sua orientação sexual, raça e estilo de vida.” (p. 2374). Nesse contexto, destaca-se a importância de o(a) profissional entender/acolher a diversidade entre as pessoas, pois a dificuldade em lidar com a diferença abre espaço para situações de discriminação.

Concordando com Terto Jr. (2002) e Lionço (2008), conhecer as diferentes condições e necessidades de saúde da população LGBTTT, valorizando as suas variadas identidades, expressões e projetos políticos e culturais, é uma forma de reconhecê-la socialmente e de romper com o referencial centrado na doença, que tem prevalecido até a atualidade em grande parte do pensamento sobre homossexualidade e saúde, e acrescentam-se aqui travestilidade, transexualidade e saúde. Isso certamente permitirá uma atenção menos massificada, estigmatizada e mais respeitosa com as diferenças.

Diante do quadro sintetizado até o momento, pode-se observar, portanto, que, se existem políticas públicas voltadas ao acesso das mulheres trans como cidadãs aos serviços de saúde e à saúde integral, por outro lado, existem a discriminação e o estigma, que impedem tal acesso e diminuem a qualidade dos encontros em saúde. Nota-se, assim, que a tarefa fundamental “no que se refere aos direitos sociais não é o simples reconhecimento legal-positivo dos mesmos, mas a luta para torná-los efetivos.” (COUTINHO, 2000, p. 63).

Ao se tomar como pano de fundo as políticas públicas e a vivência das mulheres trans na cotidianidade, destaca-se a importância de investigar o ponto de vista das usuárias, favorecendo a “participação” delas como sujeitos de direitos, princípio que proporciona uma maior efetivação do princípio da integralidade do SUS. Dessa maneira, investigar as práticas cotidianas das usuárias frente ao atual quadro de assistência à saúde da população de mulheres trans mostra-se particularmente importante para a compreensão de como as políticas públicas, o estigma e a discriminação reverberam no cotidiano dessas pessoas no âmbito da sua saúde integral.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Este trabalho visa a descrever como se dá o acesso de um grupo de mulheres trans à saúde integral e aos serviços de saúde em Curitiba, a partir de sua perspectiva.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as demandas das mulheres trans relacionadas ao seu acesso aos serviços de saúde;
- Compreender a dinâmica de sua (não)permanência nos serviços de saúde;
- Compreender as principais barreiras do acesso de mulheres trans usuárias de serviços públicos de saúde à saúde integral e como elas as enfrentam.

2 AS MULHERES TRANS NA LEGISLAÇÃO E NOS DOCUMENTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Sujeitos são produzidos por processos de subjetivação e de objetivação, como descrito por Foucault (2004b). A subjetivação refere-se “ao que deve ser o sujeito, sob quais condições está submetido, qual seu status, que posição deve ocupar no real ou no imaginário para se tornar sujeito legítimo deste ou daquele tipo de conhecimento.” (FOUCAULT, 2004b, p. 235). Ou seja, quais normas regulam as práticas, os discursos e as técnicas que subjetivam os indivíduos em determinada sociedade. Por sua vez, o saber e o poder produzem os sujeitos em um processo de objetivação, que toma o indivíduo como objeto de conhecimento, produzindo-o. Esse processo dá-se por meio dos “dispositivos”, que são “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas.” (FOUCAULT, 1979, p. 244).

Os dispositivos são “orquestrados” por forças de poder que visam a “capturar” sujeitos de acordo com as normas vigentes em determinada época e espaço. Contudo, essas forças não têm necessariamente um caráter negativo e opressor, pois, para Foucault, o poder não está concentrado nas mãos de alguns, como se alguns indivíduos possuíssem-no e outros não. Ao contrário, para Foucault (1979) é uma relação: o poder circula no interior de uma sociedade, o que ele denomina de “micropoderes”.

É importante destacar que as relações de poder não poderiam funcionar se não estivessem ancoradas em regimes de verdade, se não fossem imanentes à produção, à

acumulação, à circulação e ao funcionamento de um discurso, e, acima de tudo, se não houvesse processos de resistência.

Não há possibilidade de exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir desta dupla exigência. Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-lo através da produção da verdade. (FOUCAULT, 1979, p. 179-180).

Nesse sentido, as leis, regulamentações e políticas públicas também produzem sujeitos, neste caso em particular, as mulheres trans, a partir de seus discursos de verdade.

Sabe-se que, no caso brasileiro, esses discursos foram produzidos a partir do embate entre movimentos sociais e o poder público (FACCHINI, 2009), trazendo, em alguns momentos, avanços rumo a não discriminação da população trans, em especial, na saúde integral. Mas ficam as perguntas: que sujeitos são produzidos por esses dispositivos? Que sujeitos são objetos desses dispositivos?

É importante destacar que a legislação tem por finalidade regular a relação entre os indivíduos através de normas jurídicas nos âmbitos municipais, estaduais e federais; já as políticas públicas são ações implementadas pelo Estado brasileiro, muitas vezes em parceria com ONGs e movimentos sociais, com o objetivo de melhorar as condições de vida de determinada parcela da população, ou seja, visam ao bem comum, sem deixar de haver uma regulação também dos corpos que são seus objetos. Pode-se pensar a legislação como mais vertical, visto que, muitas vezes, é elaborada por uma minoria sem a consulta pública, e as políticas públicas podem ser consideradas mais horizontais, uma vez que são desenvolvidas pelo debate com a população. De qualquer forma, ambas regulam as práticas das pessoas, ao mesmo tempo que os produzem, aumentando ou diminuindo a

sua “potência de ação”¹² (em um sentido espinoziano), aumentando ou diminuindo a sua vulnerabilidade ao adoecimento¹³.

2.1 LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

A década de 1980, no Brasil, foi marcada por um grande processo de transição. Nesse período, a sociedade brasileira vivenciou um processo de democratização, com a superação do regime militar instaurado em 1964, e experienciou uma profunda e prolongada crise econômica.

A saúde, nesse período, foi marcada pela inserção de novos atores no debate acerca das condições de vida da população brasileira e das propostas apresentadas pelo governo para esse setor, o que contribuiu para uma ampla discussão que permeou a sociedade civil.

De acordo com Bravo (2006), as principais propostas debatidas foram:

- a universalização do acesso;
- a concepção de saúde como direito social e dever do Estado;

¹² “Quando encontramos um corpo exterior que não convém ao nosso, tudo ocorre como se a potência deste corpo se ocupasse à nossa, operando uma subtração, dizemos neste caso que a nossa potência de agir é diminuída ou impedida, mas ao contrário quando encontramos um corpo que convém à nossa natureza e cuja relação se compõe à nossa diríamos que sua potência se adiciona à nossa: as paixões que nos afetam são de alegria e nossa potência de agir é ampliada e favorecida.” (DELEUZE, 2002, p. 34). Ver também Spinoza (1979).

¹³ “De forma geral, a noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, se proteger de ambos. As análises de vulnerabilidade buscam, assim, integrar três eixos [dimensão individual, dimensão social e dimensão programática] interdependentes de compreensão dos aspectos das vidas das pessoas.” (AYRES et al., 2006, p. 396).

- a reestruturação do setor, através da estratégia do SUS, visando a um profundo reordenamento setorial, com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva;
- a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local, através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde.

É nesse contexto de muita luta dos movimentos sociais para que ocorresse tal transição democrática, principalmente na área da saúde, que foi elaborada a Constituição Federal, em 1988, a qual representou, no âmbito jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais no país, diante da grave crise e das demandas de enfrentamento dos elevados índices de desigualdade social. A Constituição de 1988 ficou conhecida como Constituição Cidadã, pois introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas ao longo da história do país.

Dessa forma, na Carta Magna brasileira, têm-se as premissas que regem as demais normatizações. Nesse documento, o legislador tratou todas as pessoas como iguais, possuidoras dos mesmos direitos. Já em seu art. 1º, afirma como fundamentos a cidadania e a dignidade da pessoa humana, denotando uma forte influência da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948). Prosseguindo, em seu art. 3º, aponta como objetivos fundamentais:

- I – construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II – garantir o desenvolvimento nacional;
- III – erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV – promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (BRASIL, 1988).

O inciso IV desse artigo apresenta o objetivo do legislador de tornar a sociedade brasileira mais igualitária, trazendo a diversidade sexual como um fator não limitante de direitos. Afinal, “**todos são iguais** perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes.” (BRASIL, 1988, art. 5º, grifo nosso). Contudo, apesar de se referir à diversidade sexual e à igualdade entre os cidadãos, o legislador, no inciso I desse mesmo artigo, afirma que “**homens e mulheres** são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição.” (grifo nosso). Com isso, as mulheres trans, que não se encaixam nas categorias estabelecidas socialmente, estariam contempladas nessa afirmação? Isso porque as normas regulatórias de gênero colam o gênero ao sexo, ou seja, masculinidade está sobreposta ao homem e feminilidade, à mulher. Sendo assim, as mulheres trans, que subvertem essa lógica ao materializar em seus corpos de homem a feminilidade, estariam efetivamente contempladas nesse binarismo homem e mulher? Acredita-se que não. Há, na verdade, uma invisibilidade dessas pessoas nessa afirmativa. Ainda, tal prerrogativa normatiza e regula o campo de possibilidades das pessoas, de suas práticas, de suas sexualidades, ou seja, busca-se inserir as pessoas dentro de uma, e apenas uma, das duas categorias do par binário homem/mulher, deixando de dar conta das diversidades.

Nessa perspectiva, esse documento apresenta uma contradição, pois seu art. 5º, inciso X, diz que são invioláveis a intimidade e a vida privada, mas ao utilizar os termos ‘homem’ e ‘mulher’ traz a público, ao campo político, a sexualidade das pessoas. Por outro lado, ao trazer ao campo político a sexualidade, há a possibilidade de conscientização política por meio do debate que pode ser gerado, visando ao reconhecimento social das diversas sexualidades por meio da equivalência de direitos, que implica, muitas vezes, a

construção de novos direitos e/ou a desconstrução de direitos estabelecidos (PRADO; MACHADO, 2008).

Questionar e romper com as normas regulatórias, os binarismos, as dicotomias, possibilitaria a sustentação de que todos são pessoas, seres humanos que merecem o mesmo tratamento, os mesmos direitos, fazendo com que o fundamento da dignidade da pessoa humana preconizado na Constituição fosse realmente um fundamento plausível e capaz de atingir a **todos** verdadeiramente. Tal rompimento faz-se necessário na medida em que a produção de sujeitos acontece através da circulação de “fábulas de gênero” criadas pelas estruturas jurídicas que legitimam as pessoas perante a sociedade, instituindo uma governabilidade das pessoas por essas estruturas de poder (BUTLER, 2003). Desse modo, “infundados preconceitos não podem legitimar restrições de direitos servindo de fortalecimento a estigmas sociais e causando sofrimento a muitos seres humanos.” (DIAS, 2009, p. 99).

A dignidade da pessoa humana, no sentido adotado por este trabalho, é uma expressão entendida como sendo

a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão dos demais seres humanos. (SARLET, 2001, p. 60).

Partindo do pressuposto de que a dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca, é indispensável reconhecer que as sexualidades integram a própria condição humana e que, portanto, independentemente da identidade de gênero e da orientação

sexual que uma pessoa possua, ela tem o direito à dignidade. Porém, quando se leva em conta as normas regulatórias de gênero que determinam quais sexualidades e subjetividades são aceitas socialmente, tem-se uma restrição desse direito; ou seja, as mulheres trans, por subverterem essas normas, não se enquadrando nos padrões preestabelecidos, podem não ter os seus direitos efetivados. Tal situação pode ocorrer pelo fato de a sexualidade e a subjetividade das mulheres trans não fazerem parte da condição humana, o que as leva a não serem consideradas no campo do humano.

Assumindo que o gênero estabiliza o corpo, dando a ele a humanidade, é estranho pensar em um corpo desumanizado, justamente pelo caráter naturalizador das normas regulatórias de gênero. A abjeção é exatamente o desumano, o que não possui as imagens corporais significantes em homem ou mulher, pois são essas imagens que tornam os corpos humanos. Portanto, o não humano encontra-se sem identificação dentro da sociedade e sem lugar. Passa a significar nada, a não existir dentro do sistema, mesmo que as pessoas que são abjetas convivam com as consideradas humanas e estas precisem daquelas para delimitar o seu campo de existência, para serem consideradas humanas (BUTLER, 2003).

Então, quando o legislador determina que “a saúde é **direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196, grifo nosso), pode-se entender que as mulheres trans estão contempladas nessa afirmação? Afinal, quem são esses **todos**? São as pessoas que possuem o *status* de humano? Se **todos** corresponde às pessoas consideradas humanas, como visto anteriormente, provavelmente as mulheres trans não estão contempladas. Porém, se for considerado o inciso IV do art. 3º da

Constituição, que prevê como objetivo do Estado promover o bem-estar de todos sem preconceito, aí sim se pode afirmar que as mulheres trans estão incluídas nesse **todos**.

De qualquer maneira, o termo ‘todos’ visa à generalização, o que abarca uma infinidade de pessoas, mas é também um termo abstrato, vago, dificultando a efetivação dos objetivos e fundamentos postulados na Constituição, ainda mais que, no inciso I do art. 5º, há os termos ‘homem’ e ‘mulher’, restringindo o ‘todos’.

Por outro lado, na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, observa-se que o legislador não utilizou termos genéricos e abstratos, ou limitadores, para normatizar o funcionamento da saúde no país; situação que pode ser observada, por exemplo, no seu art. 7º, quando estabelece os princípios e diretrizes do SUS. Nesse artigo, são previstas, entre outras coisas: a “I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;” a “II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;” e a “IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.” (BRASIL, 1990).

Nesses princípios, observa-se uma abrangência maior das pessoas que têm direito à saúde integral, independentemente de sua orientação sexual, raça/etnia, idade e condição econômica (universalidade). Há, ainda, uma defesa pelo atendimento de todo usuário, sem distinções e preconceitos (igualdade), além de uma busca pela ampliação da noção de saúde, proporcionando a articulação entre ações de saúde e políticas públicas que levem em conta as questões sociais e econômicas da população (integralidade) (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Mas como esses princípios são interpretados por seus gestores, que são aqueles que determinam as práticas em saúde? Ao analisar o documento *SUS: princípios e conquistas*, produzido pelo Ministério da Saúde, em 2000, verifica-se que a avaliação do princípio da universalidade restringe-se à consideração da ampliação da cobertura e da oferta dos serviços de saúde:

Não obstante o acesso universal, eficiente, eficaz e efetivo aos serviços e às ações de saúde ser um processo em construção, onde há muito trabalho a ser feito, a cobertura e a oferta desses serviços e dessas ações vêm ampliando-se rapidamente. Prova disso são indicadores que dão conta de um considerável aumento na oferta de consultas médicas, cujo número ultrapassa 2 (duas) consultas por habitante/ano; de internações hospitalares, que chegam a média de 7 (sete) para cada grupo de 100 (cem) habitantes/ano; dos atendimentos hospitalares para o parto que já beiram os 100%; da mesma forma são as vacinações, cada vez mais variadas e com maior cobertura. (BRASIL, 2000, p. 30-31).

Nesse trecho, é abordada a ampliação das ações e da cobertura em saúde, porém não há uma especificação de quem são as pessoas que estão acessando os serviços para checar se o acesso está sendo universal verdadeiramente. O entendimento do princípio da universalização parece estar centrado na abrangência da cobertura e não nas pessoas que estão sendo beneficiadas por tal ampliação. Não há como saber se há ou não algum tipo de discriminação; se existem populações que não estão tendo o seu direito à saúde integral efetivado.

Diante desse cenário delimitado pela legislação, foram estabelecidas políticas públicas visando à garantia dos direitos das pessoas trans na área da saúde integral. As discussões, no Brasil, sobre discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, e a elaboração e implementação de políticas públicas foram fortemente influenciadas por conferências e tratados internacionais.

No plano dos documentos internacionais que interpelam a adesão de todos os países vinculados às Nações Unidas, o tema da discriminação com base na orientação sexual foi abordado pela primeira vez durante a Conferência Mundial de Pequim (1995), pela delegação da Suécia; porém, devido à objeção das delegações islâmicas, essa proposta não foi aprovada. O debate sobre a discriminação foi retomado na preparação para a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, realizada em Durban, África do Sul (2001). Para esse evento, o Brasil preparou a sua participação com o apoio da sociedade civil organizada e, com base nessa articulação, o governo brasileiro levou o tema para a Conferência Regional das Américas (preparatória para a Conferência de Durban), que foi realizada em Santiago no Chile, em 2000.

No documento final da Conferência de Santiago, *Declaração de Santiago*, é previsto o comprometimento de todos os países do continente com a prevenção e combate à discriminação racial, mencionando a orientação sexual entre as bases dos agravos dessa discriminação (CRA, 2000).

Já na Conferência Mundial de Durban, a delegação brasileira abordou o tema da discriminação por orientação sexual em plenária, apresentando um diagnóstico da situação no país e uma lista de propostas. No entanto, a proposta brasileira de inclusão da orientação sexual como uma das formas de agravo do racismo não foi incorporada ao texto final da *Declaração de Plano e Ação da Conferência de Durban*, apesar de ter recebido apoio de diversas delegações (BRASIL, 2004a).

No Brasil, em 2002, foi lançada a 2ª versão do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), que, na sua 1ª versão, não contemplava o tema da discriminação por orientação sexual. Nesse documento, há 15 ações que o governo brasileiro deve adotar para combater a discriminação por orientação sexual e sensibilizar a sociedade para a

garantia do direito à liberdade e à igualdade de gays, lésbicas, travestis, transexuais e bissexuais, visando à garantia efetiva dos direitos dessa população. No entanto, não cita especificamente as pessoas trans e reduz a sua discriminação à relacionada à orientação sexual.

Nessa perspectiva, foi criado, em 2001, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) e, em 2003, uma Comissão Temática permanente para receber denúncias de violações de direitos humanos, com base na orientação sexual. No mesmo ano, o CNCD criou um Grupo de Trabalho (GT) com a função de elaborar o Programa de Combate à Violência e à Discriminação a Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais e de Promoção da Cidadania Homossexual, com o objetivo de garantir a esse segmento o exercício pleno de seus direitos fundamentais (BRASIL, 2004a).

Em 2004, então, foi lançado o *Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania de Homossexuais, Brasil sem Homofobia*, que, segundo o documento,

sinaliza, de modo claro, à sociedade brasileira que, enquanto existirem cidadãos cujos direitos fundamentais não sejam respeitados por razões relativas à discriminação por: orientação sexual, raça, etnia, idade, credo religioso ou opinião política, não se poderá afirmar que a sociedade brasileira seja justa, igualitária, democrática e tolerante. (BRASIL, 2004a, p. 13-14).

É interessante notar que, nesses tratados e declarações internacionais e nos documentos das políticas públicas brasileiras, utiliza-se constantemente a expressão “orientação sexual”, mas essa expressão abarca a totalidade das pessoas que compõem a sigla LGBTTT? Os dois ‘Ts’ estariam contemplados plenamente, quando se discute que as travestis e as transexuais vivenciam primordialmente a discriminação por conta da sua identidade de gênero, por subverterem o binarismo homem/mulher?

Diferentemente dos documentos elencados anteriormente, e mais recente que estes, os *Princípios de Yogyakarta* (2006), “tratam de um amplo espectro de normas de direitos humanos e de sua aplicação a questões de orientação sexual e **identidade de gênero**.” (p. 8, grifo nosso). Nesse documento, tem-se a categoria identidade de gênero, o que proporciona a inclusão das mulheres trans nas suas ações, indicando um avanço nas abordagens dos direitos humanos, que, progressivamente, tem caracterizado as políticas apoiadas pelo Sistema ONU desde os anos 1990, em especial, no âmbito da saúde, educação e desenvolvimento (UNESCO, UNFPA, UNDP, OMS).

Os *Princípios de Yogyakarta* foram formulados por uma coalizão de organismos internacionais, sob a coordenação de uma Comissão Internacional de Juristas e o Serviço Internacional de Direitos Humanos, em uma conferência realizada em Yogyakarta, Indonésia, em novembro de 2006. Essa conferência teve por objetivo o desenvolvimento de um conjunto de “princípios jurídicos internacionais sobre a aplicação da legislação internacional às violações de direitos humanos com base na orientação sexual e identidade de gênero, no sentido de dar mais clareza e coerência às obrigações de direitos humanos dos Estados.” (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2006, p. 8).

Entre os princípios postulados por essa Carta, tem-se o princípio 17 – “Direito ao Padrão Mais Alto Alcançável de Saúde”, no qual se encontram as seguintes diretrizes, entre outras, que devem ser seguidas pelos Estados:

- tomar todas as medidas legislativas, administrativas e outras medidas necessárias para garantir que todas as pessoas tenham acesso às instalações, bens e serviços de atendimento à saúde, inclusive à saúde sexual e reprodutiva, e acesso ao seu próprio histórico médico, sem discriminação por motivo de orientação sexual ou identidade de gênero;

- assegurar que as instalações, bens e serviços de atendimento à saúde sejam planejados para melhorar o *status* de saúde e atender às necessidades de todas as pessoas, sem discriminação por motivo de orientação sexual ou identidade de gênero, mas levando em conta essas características;
- desenvolver e implementar programas para enfrentar a discriminação, o preconceito e outros fatores sociais que solapam a saúde das pessoas por efeito de sua orientação sexual ou identidade de gênero;
- assegurar que todos os provedores de serviços de saúde tratem os(as) clientes e seus parceiros ou parceiras sem discriminação por motivo de orientação sexual ou identidade de gênero, inclusive no que diz respeito ao reconhecimento de parceiros e parceiras como parentes mais próximos;
- adotar políticas e programas de educação e treinamento necessários para capacitar as pessoas que trabalham nos serviços de saúde a proverem o mais alto padrão alcançável de atenção à saúde a todas as pessoas, com pleno respeito à orientação sexual e identidade de gênero de cada uma.

Nessa mesma direção, foi lançada no Brasil a *Carta dos Direitos dos Usuários do SUS* (2006). Em seu 3º princípio, que aborda a questão do atendimento acolhedor e livre de discriminação, busca garantir que o usuário tenha um campo para registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil. Com isso, as mulheres trans, que possuem um nome que remete ao seu sexo (homem) no registro civil, devem ser tratadas pelo seu nome social, que condiz com a sua identidade de gênero, evitando, assim, constrangimentos e proporcionando que estas se sintam mais acolhidas nos serviços. No entanto, esse princípio encontra dificuldades de ser efetivado no Paraná, o que pode ser notado na necessidade de se criar a Resolução nº 188/2010, pela Secretaria

de Estado da Saúde do Paraná, para regular as práticas de seus profissionais. Essa resolução “dispõe sobre a inclusão e uso do nome social de pessoas travestis e transexuais nos registros relativos a serviços públicos prestados no âmbito da Administração direta e indireta.” (PARANÁ, 2010).

Visando a aumentar a equidade no atendimento no SUS, o Ministério da Saúde lançou, em 2008, a *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBTT*, que “contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular.” (BRASIL, 2010a, p. 5).

Interessante notar que esse documento aborda a questão da saúde das mulheres trans de maneira ampla: “é conhecido que os problemas de saúde destas pessoas são bem mais complexos e suas demandas são numerosas” (BRASIL, 2010a, p. 11), chamando a atenção inclusive para a saúde mental dessa população e para o uso sem orientação de hormônios femininos, que pode ocasionar acidente vascular cerebral, flebites, infarto do miocárdio, entre outros agravos, resultando em mortes ou sequelas importantes.

Dessa forma, essa política tem por ponto de partida para a determinação de suas ações o fato de que “a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.” (BRASIL, 2010a, p. 14-15). Partindo desse pressuposto, tem como um de seus objetivos específicos a ampliação do “acesso de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais aos serviços de saúde do SUS, garantindo o respeito às pessoas e acolhimento com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades.” (p. 16). Esse

objetivo merece especial destaque por ser o acesso das mulheres trans aos serviços de saúde e à saúde integral o norteador desta pesquisa.

É importante destacar que a referida política vai ao encontro do que é preconizado pelo *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT*, de 2009, e pelo *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DSTs entre Gays, HSH e Travestis*, de 2008.

A mudança de ótica na legislação e nas políticas, que caminhou de uma noção generalista e abstrata dos cidadãos para uma visão mais inclusiva, que especifica **todos** os segmentos mais discriminados, não aconteceu sem muita luta dos movimentos sociais, ocorrendo principalmente a partir de 2006. Tal fato deve-se, entre outros aspectos, à conquista, em 2006, pelo segmento LGBTTT de representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), permitindo e promovendo o debate de forma estratégica e permanente sobre a orientação sexual e a identidade de gênero e suas repercussões na saúde.

Claro, desde 2003, com a 12^a Conferência Nacional de Saúde, o tema dos direitos LGBTTT já vinha sendo abordado pelo SUS (BRASIL, 2004b), mas foi em 2007, na 13^a Conferência Nacional de Saúde, que a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise do impacto do social na saúde (BRASIL, 2008a).

Todavia, apesar dos avanços, ainda é possível encontrar resistências, como a não aprovação do Projeto de Lei nº 1.151/1995, em âmbito nacional, e do Projeto de Lei nº 639/2009, no estado do Paraná, que visam à criminalização da discriminação contra a população LGBTTT. O primeiro encontra-se em tramitação, até o momento (dezembro de 2011), no Congresso e o segundo foi arquivado. Tem-se, também, o Projeto de Lei nº 122/2006, que criminaliza a homofobia e encontra-se em tramitação na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado Federal.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a Carta Magna brasileira não toma as mulheres trans como objeto, ao usar termos genéricos ou, quando há a nomeação, há a delimitação de sua existência por meio da utilização do par dicotômico homem/mulher, denotando a abjeção, não humanização, das mulheres trans. O corpo abjeto, ao ser proferido, descrito, nomeado, ganha peso e se constitui como matéria dentro da sociedade (BUTLER, 2003). Por outro lado, o corpo que ganha matéria passa a ser admitido como possibilidade; nesse caso, uma possibilidade que desestabiliza a matriz heterossexual¹⁴ que rege a sociedade.

O mesmo ocorre com as políticas públicas brasileiras, que, ao utilizarem a expressão “orientação sexual” e não se referirem à “identidade de gênero”, não tomam as mulheres trans como objetos efetivamente de suas ações. Mas há um giro, uma mudança, a partir de 2006, quando essa categoria é incluída nas políticas públicas, trazendo à luz as mulheres trans e suas especificidades.

Porém, por enquanto, não há como saber se essa história teve um final feliz, pois é necessário observar se essa ruptura reverberou no cotidiano das mulheres trans, proporcionando o seu acesso aos serviços de saúde e à saúde integral; questionamento que somente as práticas cotidianas das mulheres trans poderão informar, como será visto no decorrer deste texto.

¹⁴ Termo utilizado por Butler, em diversas obras, para designar o campo da inteligibilidade cultural na qual os corpos, o gênero e os desejos são naturalizados. Serve para caracterizar o modelo discursivo, que é hegemônico e estabelece a necessidade de um sexo estável expresso por um gênero também estável.

3 AS PRÁTICAS DISCURSIVAS E AS CENAS COTIDIANAS

O perigo é que em lugar de dar fundamento ao que já existe, em lugar de reforçar com traços cheios linhas esboçadas, em lugar de nos tranquilizarmos com esse retorno e essa confirmação final, em lugar de completar esse círculo feliz que anuncia, finalmente, após mil ardis e igual número de incertezas, que tudo se salvou, sejamos obrigados a continuar fora das paisagens familiares, longe das garantias a que estamos habituados, em um terreno ainda não esquadrinhado e na direção de um final que não é fácil prever.

(FOUCAULT, 1984a, p. 44)

As pessoas são produzidas e assujeitadas por práticas discursivas. De acordo com Butler (2001a), essa dupla ocorrência decorre do fato de a sujeição (ou assujeitamento) não ser somente um ato de subordinação, mas também uma garantia e uma manutenção, uma instalação do sujeito, uma subjetivação. Dessa forma, as pessoas são assujeitadas por determinadas normas de gênero, que fazem com que estas repitam normas que são anteriores a elas, num “ato performativo” (conceito cunhado por Austin e utilizado por Butler). Isso porque essas normas estão inscritas em práticas discursivas que são expressas e constituídas por “atos de fala”, vestimentas e maneiras de agir (BUTLER, 1997, 2003).

A reiteração das normas de gênero, que são “atos de fala performativos” (BUTLER, 1997), faz com que se tenha a falsa impressão de que certos enunciados são naturais, ontológicos, como a repetição de certos atos performativos de construção da identidade de gênero heterossexual, que pode ter levado à percepção de que essa maneira de sexualidade é a natural; dando-se, a partir desta, a produção de homens e mulheres. Portanto, as identidades de gênero não são categorias naturais, mas sim negociadas e

reivindicadas a cada ato de fala, inseridas em uma estrutura reguladora que exige práticas mediante as quais se produz uma “generificação” (BUTLER, 2003).

É importante ressaltar que quando se refere à performatividade de gênero, Butler (2002) a distingue de um processo dramático ou teatral. Essa diferenciação decorre, primordialmente, do fato de não existirem pessoas *a priori*, pessoas dotadas de capacidade ou iniciativa de ação que selecionam uma dada performance. Elas são antes “convocadas” e “coagidas” pelos discursos reguladores da sociedade, sendo que as pessoas passam por tal processo sem se darem conta, posto que este é naturalizado.

A reiteração da norma deve-se, também, ao que Butler (2006) denomina como “inteligibilidade social”, que é “aquilo que se produz como consequência do reconhecimento de acordo com as normas sociais vigentes.” (p. 15, tradução nossa). Trata-se, portanto, de uma questão de sobrevivência no social a partir do reconhecimento pelo outro, pelo desejo de ser considerado humano, viável e reconhecível, o que implica ter que se “desfazer” daquilo que o diferencia.

Para explicar esse processo, Butler (2006) lança mão da noção hegeliana de “desejo de reconhecimento”, em que o ser constitui-se como ser social viável unicamente através do reconhecimento. Todavia, os termos que permitem o reconhecimento enquanto humano são articulados socialmente, além de serem variáveis.

Há um certo caminho novo do humano que se dá com o fim de iniciar o processo de refazer o humano. Eu posso sentir que sem certos traços reconhecíveis não posso viver, mas também posso sentir que os termos pelos quais sou reconhecida convertem minha vida em inabitável. Esta é a conjuntura da qual emerge a crítica como um questionamento dos termos que restringem a vida com o objetivo de abrir a possibilidade de modos diferentes de vida. (BUTLER, 2006, p. 16-17, tradução nossa).

Nesse contexto, a história do corpo não pode ser separada ou deslocada dos dispositivos de um biopoder, em uma perspectiva foucaultiana, pois o corpo, de acordo com Berenice Bento (2006, p. 2), “é um texto socialmente construído [...]”. Neste processo, certos códigos naturalizam-se, outros, são ofuscados ou/e sistematicamente eliminados, posto às margens do humanamente aceitável.” Esse processo faz com que o corpo seja o locus privilegiado da manifestação do poder, passível de receber uma disciplina por meio de regras sociais (FOUCAULT, 2001); poder esse que possui a capacidade de controlar toda a sociedade, por esta estar dentro de uma lógica de normatização.

Nas palavras de Butler (2003, p. 196), “parte do prazer, da vertigem da performance, está no reconhecimento da contingência radical da relação entre sexo e gênero diante das configurações culturais de unidades causais que normalmente são supostas naturais e necessárias.” Com isso, a repetição das normas regulatórias garante a possibilidade de uma existência no social, havendo, assim, a subjetivação. Isso ocorre porque os indivíduos precisam de reconhecimento social para não se encontrarem à margem, para não serem abjetos (BUTLER, 1997).

Tal repetição e reiteração das normas fazem com que estas sejam naturalizadas; e a naturalização do que é normal, por meio da performatividade, é reiterada pelas práticas discursivas, gerando efeitos de verdade. Há, portanto, uma confluência entre práticas sociais (discursos de verdade) que objetivam sujeitos e outra prática social, ética, que é do sujeito em relação a si mesmo, na qual ele se reconhece conforme a norma – a relação entre verdade, poder e si mesmo. São os seus modos de agir perante e a partir dos discursos que fazem com que ele se subjetive, porte-se no mundo. Tal processo de subjetivação produz identidades – que são definidas pelo seu caráter temporal e necessariamente intersubjetivo –, que possibilitam que as pessoas reconheçam-se e sejam vistas pelo social, o que acaba por mantê-las presas ao poder (TAGLIAMENTO, 2007).

É importante ressaltar que, nesse processo e nessa perspectiva, a resistência está implicada nas relações de poder/saber, é um termo-chave desses relações para Foucault (1984b), pois, se não houvesse resistência, não haveria **relações de poder**, mas apenas obediência. As práticas de resistência conduzem as mulheres trans a um jogo agonístico, no qual há as normas de gênero e, também, práticas consigo que as levam a subverter a norma. Desse modo,

deve-se, antes de mais nada, pensar numa crise do sujeito, ou melhor, da subjetivação: numa dificuldade na maneira pela qual o indivíduo pode se constituir enquanto sujeito moral de suas condutas, e nos esforços para encontrar na aplicação a si o que pode permitir-lhe sujeitar-se a regras e finalizar a sua existência. (FOUCAULT, 2005b, p. 101).

É justamente esse cuidado de si, que é ético, que faz com que apareça uma diversidade de subjetividades, de diferentes modos de se relacionar no mundo. O importante, então, não é somente questionar o que, mas sim como o indivíduo constitui-se como sujeito, o que permite aceitar a ética como criação a partir da liberdade, além de considerar o sujeito obra de si mesmo, uma obra de arte (FOUCAULT, 1998). Tal liberdade é decorrente da maneira como o indivíduo porta-se diante da norma, ou seja, a partir do cuidado consigo, maneiras diversas de seguir ou não a norma afloram, havendo uma potência de transformação e de criação.

Essa potência de transformação e de criação é denominada por Foucault (1998) como prazer; é a força do encontro de um corpo com as coisas, com outros corpos, com ideias etc. Têm-se, assim, o “corpo-carne”, que é capturado pelos mecanismos de poder, e o “corpo-prazer”, que é lócus de resistência da vida, é a “estratégia circunstancial entre o corpo e os elementos que o envolvem” (FOUCAULT, 1998, p. 98-99). Com isso, o poder possui um caráter positivo, pois, a partir da ação de uns sobre outros, há a

potencialidade da resistência, abrem-se brechas para múltiplos modos de existir, produzem-se sujeitos, discursos, saberes e subjetividades. Decorre daí a diferença entre subjetivação e assujeitamento, exatamente da possibilidade de resistência/criação que o primeiro possui.

Mas resistir não é deter-se em si como origem da subjetividade, devido à pessoa não ser o agente da criação e sim efeito dela. É percorrer outros modos de subjetivação em que não penetra o discurso que delinea a verdade do sujeito. É lançar-se a subverter a linha do reconhecimento de si, deixando-se afetar por forças exteriores a esse reconhecimento, que é efeito do assujeitamento (FOUCAULT, 1999a).

A repetição, portanto, proporciona a reinstalação do poder, o qual submete o sujeito por meio da “captura identitária”. Pode-se dizer que é a colagem apaixonada ao assujeitamento que garante a manutenção da heteronormatividade. Nesse contexto, o corpo da mulher trans explicita a resistência à norma, ao mesmo tempo que a afirma; isso porque pode ser visto como uma resistência ao assujeitamento – o qual lhe designaria a produção de um gênero masculino sobreposto ao seu corpo de homem – e como um assujeitamento ao gênero feminino.

É importante destacar que as práticas discursivas são formadas em um determinado momento histórico e em um dado espaço cultural. Desse modo, a prática discursiva vincula-se diretamente a

[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa. (FOUCAULT, 1984a, p. 153).

Então, pode-se afirmar que os discursos produzidos política e socialmente, são, a todo momento, percorridos e recortados por relações de poder, falhas e resistências. É

importante destacar que discurso será aqui entendido como “um conjunto de enunciados que provêm de um mesmo sistema de formação” (FOUCAULT, 1984a, p. 141), que “está constituído por um número limitado de enunciados para os quais se pode definir um conjunto de condições de existência.” (p. 153).

Foucault (1984a) define enunciado como “uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que [essas unidades e estruturas] apareçam, com conteúdos concretos no tempo e no espaço.” (p. 99). Ainda,

um enunciado não tem diante de si [...] um *correlato* (ou uma ausência de *correlato*, assim como uma proposição tem um referente (ou não) ou um nome próprio que designa um indivíduo (ou ninguém). Está antes ligado a um ‘referencial’ que não é constituído de ‘coisas’, de ‘fatos’, de ‘realidades’ ou de ‘seres’, mas de leis de possibilidade, de regras de existência para os objetos que aí se encontram nomeados, designados ou descritos, para as relações que aí se encontram afirmadas ou negadas. O referencial de um enunciado [...] define as possibilidades de aparecimento e de delimitação do que dá à frase o seu sentido, à proposição o seu valor de verdade. (FOUCAULT, 1984a, p. 104).

A partir da definição de Foucault de enunciado, pode-se pensar a heteronormatividade enquanto tal, pois tem a capacidade de delimitar o campo de possibilidades da existência de proposições e frases, e consequentemente de práticas. A heteronormatividade e toda a regulação produzida por esse ideal podem estabelecer processos de estigmatização e de discriminação, delimitando os campos de possibilidade de exercício de direitos das mulheres trans, produzindo suas práticas cotidianas. Faz parte, portanto, do conjunto de práticas discursivas que regulam e produzem as subjetividades das mulheres trans e o seu acesso ou não aos serviços de saúde e à saúde integral; isto é, por meio do enunciado da heteronormatividade, podem-se perceber as diferenças entre os discursos ao longo de um período de tempo acerca das mulheres trans

e dos seus direitos, e neste estudo, especificamente, dos diferentes discursos das políticas públicas e dos presentes nas narrativas das mulheres trans analisadas.

É importante salientar que, para Foucault (1984a), analisar o discurso é ficar atento ao nível das palavras, das coisas faladas, e não procurar o seu significado último, o que está oculto ou dissimulado. É exatamente dar conta das “relações históricas, de práticas muito concretas, que estão ‘vivas’ nos discursos” (FISCHER, 2001, p. 199).

Narrativas sobre as práticas cotidianas das pessoas são, portanto, importantes fontes de material para a análise dos processos de assujeitamento, subjetivação e resistência, que produzem (e são produzidos) o acesso ou não das mulheres trans aos serviços de saúde e à saúde integral, uma vez que as práticas cotidianas correspondem às práticas concretas vividas, experienciadas, no dia a dia, ao mesmo tempo que são produzidas por normas regulatórias que são repetidas e reiteradas performaticamente por pessoas que se encontram nesses serviços.

O uso de “cenas” para desvelar as práticas cotidianas constitui, complementarmente, um excelente recurso metodológico. Por meio dessa metodologia, cenas densamente descritas do cotidiano das pessoas facilitam a identificação e a cocompreensão das práticas que produzem e são produzidas; isto é, da sua dinâmica em ação, personificada e interpelada pelas contingências e pelas normas regulatórias engendradas nesse processo.

Para Paiva (2000a, 200b, 2006), embora se reconheça as normas regulatórias da organização social e da socialização em uma dada cultura, a cena é sempre única, uma vez que o cenário cultural e os *scripts* sexuais e de gênero são realizados de modo singular a cada encontro intersubjetivo; são dependentes da interpelação pelos outros presentes na cena e do momento singular de realização da performance convocada pelo cenário sociocultural. Há, contudo, semelhanças também entre as cenas, visto que existem normas

regulatórias, produzidas em um determinado espaço e tempo histórico, que convocam as performances que as atravessam. Dito de outro modo e nos termos de Butler (2003), o gênero, que é produzido a partir de uma performance, é, ao mesmo tempo, uma reencenação e uma nova experiência daquilo que já foi significado socialmente; ou seja, o gênero é um “ato” que “tanto é intencional como *performativo*, onde ‘performativo’ sugere uma construção dramática e contingente de sentido.” (BUTLER, 2003, p. 199).

Nessa perspectiva, a dimensão sociocultural que organiza cada cena, ou seja, o modo como as pessoas posicionadas historicamente e as situações cotidianas convocam e são convocadas por performances, constitui o seu cenário. Já a organização intersubjetiva e social da execução pessoal das ações, quando referidas a um determinado cenário cultural, constituem “roteiros” (*scripts*) para as práticas, produzidos performativamente conforme as normas assujeitadoras.

Dessa maneira, não se está diante da manifestação de um sujeito isolado, ou tomado como sujeito essencial, e sim de um lugar de descontinuidades e dispersão, “já que o sujeito da linguagem não é um sujeito em si, idealizado, essencial, origem inarredável do sentido: ele é ao mesmo tempo falante e falado, porque através dele outros ditos se dizem.” (FISCHER, 2001, p. 199).

Em outras palavras, por mais que as pessoas em uma determinada cultura e espaço sociotemporal compartilhem as mesmas normas e tenham que dar conta delas para serem inteligíveis, e que os *scripts* para o gênero estejam disponíveis desde a socialização na primeira infância, as cenas são singulares, posto que o que importa é a maneira como se repetem as normas e não a repetição puramente. No campo das sexualidades e dos gêneros, a repetição não é escolhida e sim conferida, mas o modo como a pessoa a repete, também a partir da resistência, proporciona a dispersão de significados que sustentariam apenas os binarismos da heteronormatividade, e abre espaço para o afastamento, para a

reelaboração, das normas que proporcionam apenas a repetição. Logo, há a possibilidade de resistências, fissuras, novos modos de vida, novas subjetividades e intersubjetividades.

Possibilita-se, assim, a emergência de (inter)subjetividades múltiplas e não unificadas, uma vez que há a configuração de vários campos discursivos sexuais (DE LAURETIS, 1994), o que favorece a inclusão dos espaços sociais e/ou discursos produzidos nas margens, deixados de fora pelas representações tradicionais. Essa inclusão não descarta as tradicionais normas de gênero e sim faz com que haja a extrapolação, por meio da crítica, ao “aparato sócio-cultural da heterossexualidade” (DE LAURETIS, 1990, p. 139). Há, portanto, a possibilidade para o que Martins (2002) descreve como sendo não somente uma inclusão no já existente, mas uma transformação do que existe pela inclusão crítica do que é excluído, o que viabiliza a alteração do social.

A partir dessas premissas, buscou-se, neste estudo, evitar trabalhar com as falas e narrativas das entrevistadas sobre as cenas em saúde de forma isolada, descontextualizada, mas sim contrastá-las com o discurso das políticas públicas e da legislação relativas à saúde das mulheres trans. A análise das normas regulatórias engendradas nesses processos será também realizada a partir do quadro dos direitos humanos e da vulnerabilidade, bastante produtivo para pensar o processo saúde-adoecimento. Pretende-se, então, avaliar como e se essas normas proporcionam o acesso ou não aos serviços de saúde e à saúde integral, e a efetividade ou não das políticas públicas e legislação voltadas para as mulheres trans do ponto de vista delas, valorizando os princípios da participação e da aceitabilidade, ventrais na abordagem em saúde no quadro dos direitos humanos.

Em outras palavras, leis e políticas públicas possibilitam um campo de existência, ou seja, de possibilidades para o acesso das mulheres trans aos serviços de saúde e à atenção a sua saúde integral. Porém, quais possibilidades são produzidas? Quais práticas

são produzidas a partir da heteronormatividade? Quais intersubjetividades são produzidas? E, ainda, como o processo de produção e subjetivação facilita ou não o acesso delas aos serviços de saúde e à saúde integral?

4 CAMINHOS DA COLETA DE DADOS E PARA A ANÁLISE

4.1 ACESSANDO AS PRÁTICAS COTIDIANAS

Para responder aos objetivos, foi realizado um levantamento das demandas das mulheres trans relacionadas à saúde integral, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, com base em um roteiro norteador¹⁵ e, sempre que possível, com a utilização do recurso de cenas.

Foram realizadas entrevistas com sete mulheres trans, de faixas etárias e níveis de escolaridade distintos, moradoras da cidade de Curitiba. Buscou-se, com isso, privilegiar diferentes modos de vida, diferentes práticas cotidianas diante do seu acesso ou não aos serviços de saúde e à saúde integral.

Com a técnica de entrevista semiestruturada, objetivou-se identificar as principais demandas, motivações, obstáculos e facilidades das usuárias para/ao buscarem o serviço de saúde e o exercício do seu direito à saúde integral. O recurso da descrição e decodificação de cenas, conforme proposto por Paiva (2006), foi explorado ao longo das entrevistas, a fim de aprofundar a temática e obter informações espontâneas, próximas da dinâmica cotidiana, contextualizadas e detalhadas sobre o acesso das mulheres trans aos serviços de saúde e à saúde integral, constituindo, portanto, um importante instrumento de coleta de dados. Ou seja, a partir da descrição detalhada da dinâmica das práticas cotidianas que são vislumbradas nas cenas, foi possível verificar, por exemplo, como o enunciado da heteronormatividade produz/possibilita a estigmatização e discriminação

¹⁵ Ver Anexo 1.

relacionadas ao acesso ou acolhimento das mulheres trans nos serviços de saúde e na saúde integral. Esse método torna-se válido por se considerar, neste trabalho, que os modos de vida são produzidos a partir de normas regulatórias, sendo que, por meio dos efeitos produzidos por essas normas, as práticas, é que é possível explicitá-las. Pois,

sem dúvida, quando [as normas] funcionam como o princípio normalizador da prática social frequentemente permanecem implícitas, são difíceis de ler; os efeitos que produzem são a forma mais clara e dramática mediante a qual se pode discernir. (BUTLER, 2006, p. 69, tradução nossa).

A análise, portanto, não foi resultante de uma “leitura da coerência das práticas da sociedade, pragmaticamente conduzidas” (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 138) e não se pretendeu “corresponder às significações freqüentemente aceitas pelos atores, nem, num sentido simples, revelar o significado intrínseco das práticas.” (p. 138).

As entrevistas foram realizadas individualmente, na sede do Transgrupo Marcela Prado¹⁶ – Associação de Travestis e Transexuais de Curitiba/PR. Todas foram audiogravadas, com permissão prévia das entrevistadas por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido¹⁷, e, posteriormente, transcritas na íntegra para fins de análise. Foi utilizado, também, o diário de campo para registro do percurso da pesquisadora no campo. Esse instrumento é importante por possibilitar o registro do que ocorre quando o gravador está desligado e do que ele não consegue captar, os discursos não verbais.

Além dos resultados das entrevistas e do diário de campo, foram acrescentados dados referentes às políticas públicas e legislação vigentes relacionadas à saúde das mulheres

¹⁶ Por solicitação da presidenta da ONG, será utilizado o nome verdadeiro dessa instituição.

¹⁷ Ver Anexo 2.

trans. Com isso, pôde-se compreender como esses documentos e suas ações em saúde reverberam na vida cotidiana dessas mulheres.

As informações foram analisadas em seu conjunto, não sendo de interesse identificar nenhuma das participantes, pois o estudo obedeceu a critérios éticos em pesquisa com seres humanos; tendo sido o projeto aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP).¹⁸ Todo o material obtido será arquivado pela pesquisadora, por cinco anos, em local seguro.

4.2 A ANÁLISE E OS DIÁLOGOS POSSÍVEIS

Pensar e analisar as práticas significa aceitar que não destruiremos o grande mal, nem faremos irromper o grande e belo absoluto da total liberação; significa que, modestamente, podemos estar participando de uma reescrita de nós mesmos, do estabelecimento de uma nova prática. Melhor? Não sabemos.

(FISCHER, 2002, p. 67)

Para a análise do material obtido por meio das entrevistas com as mulheres trans, foram, primeiramente, eleitas, entre todas as cenas trazidas pelas entrevistadas, aquelas que as representavam. Posteriormente, essas cenas compuseram uma narrativa que conta o percurso e vivências delas na área da saúde, ou seja, foi realizada uma descrição, mas já efetuando alguns diálogos com a literatura especializada, das práticas cotidianas, demandas, preconceitos, valores e crenças das mulheres trans. Tal procedimento objetivou delinear quais práticas são exercidas por esses sujeitos diante do seu acesso ou

¹⁸ O Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da USP encontrava-se em período de reorganização e sem poder proceder à avaliação de projetos.

não aos serviços de saúde e suas singularidades. A partir da descrição das práticas, foi possível verificar e analisar as normas que as engendram e as produzem, bem como os processos de estigmatização, discriminação, resistência e subjetivação que ali emergem, a partir do quadro dos direitos humanos e da vulnerabilidade.

A análise possibilitou observar, ainda, as práticas culturais, individuais e programáticas envolvidas no processo de acesso aos serviços de saúde e à saúde integral, uma vez que estas são engendradas por “ideais regulatórios” que estabelecem os limites de possibilidade das produções de subjetividades. Isso possibilitou, também, observar se as políticas públicas e legislação, as quais identificam e produzem possibilidades de práticas em saúde e de garantia de direitos nessa área, estão sendo efetivadas e reverberam na vida cotidiana das mulheres trans.

É importante destacar que este estudo não visa a realizar comparações e/ou generalizações entre os sujeitos estudados e os outros em geral, visto que existem subjetividades múltiplas e modos de vida plurais. Nessa perspectiva, Foucault, ao longo de suas obras, critica todos os essencialismos, naturalismos e universalismos. Em seu pensamento, é possível verificar a emergência de diversas figuras, não existindo um sujeito universal, nem sujeito da razão, e sim forças que, a cada momento, criam, fabricam subjetividades, que podem ou não ter a condição de humano, de viável, ou seja, que podem ou não ter os seus direitos assegurados.

4.3 PERCURSOS E PERCALÇOS

*O tempo que me atravessa
Não cessa a emoção passada
Tropeços, promessas
O sonho não pode parar*
(Luz da Cidade, Maria Bethânia)

Esta pesquisa estava delineada de modo a incluir no seu desenho entrevistas com profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), situada no centro de Curitiba/PR e considerada referência por sua localização geográfica. A escolha por uma UBS havia se dado em decorrência de esta ser a porta de entrada no sistema de saúde em Curitiba. Esse procedimento complementar, para responder às questões e objetivos desta pesquisa, a realização das entrevistas com mulheres trans residentes naquela capital, analisadas à luz das políticas públicas e legislação de saúde voltadas a essa população.

No entanto, mesmo o projeto tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba não autorizou a realização do campo em suas UBSs, inviabilizando, assim, essa parte da pesquisa.

A não autorização da realização do campo foi assim justificada¹⁹:

o projeto foi negado porque não temos uma unidade de referência específica para o atendimento da população pesquisada, o que inviabiliza a pesquisa. Qualquer tentativa de identificação de pessoas com a

¹⁹ Em e-mail enviado para a pesquisadora pelo Comitê de Ética da SMS de Curitiba, no dia 20 de junho de 2011.

característica selecionada (travestis) exporia a identidade e comprometeria o direito ao sigilo garantido a todos usuários do SUS.

Vários argumentos foram apresentados para esclarecer sobre essa parte da pesquisa: seriam respeitados os aspectos éticos, o objetivo não era realizar o campo em uma unidade especializada e as mulheres trans participantes da pesquisa seriam contatadas a partir de uma ONG. Finalmente, foi recebido o seguinte *e-mail*²⁰: “a resposta definitiva que recebi é que neste momento não existe possibilidades de acolher seu projeto nos espaços da SMS Curitiba.”

Essa situação impossibilitou pesquisar diretamente os dois lados envolvidos na relação profissional-usuária. Dar voz, visibilidade, para os dois lados da relação seria importante para compreender o acesso das mulheres trans aos serviços de saúde e à saúde integral do ponto de vista de seus profissionais, para compreender os obstáculos programáticos de um atendimento mais humanizado e igualitário, e de suas usuárias, para valorizar a sua participação enquanto sujeitos de direito, assim como para compreender a produção social e programática de suas dificuldades de acesso. O “desencontro”, que por vezes existe, está relacionado à existência de diferentes conhecimentos sobre a promoção da saúde e experiências cotidianas, e, portanto, de diferentes processos de significação, estilos de comunicação e abordagens que profissionais e usuárias possuem no que se refere às práticas de saúde.

Contudo, a não autorização do campo em uma UBS de Curitiba já constitui um dado relevante para a análise, uma vez que o silêncio gerado pode demonstrar o não desejo, ou pelo menos a dificuldade, de se discutir questões de ordem política e de ações em saúde para a população estudada. O silêncio pode ser compreendido como uma estratégia de manter a dominação, o poder em suas mãos, como pontua Maffesoli (1984). Em suma, o

²⁰ *E-mail* enviado pelo Comitê de Ética da SMS de Curitiba para a pesquisadora, no dia 22 de junho de 2011.

silêncio permite que o órgão público, encarnado nos gestores daquele momento histórico, detenha um saber (nesse caso, sobre o acesso/atendimento das mulheres trans nos serviços de saúde), que não é compartilhado, o que proporciona uma legitimação do seu poder (FOUCAULT, 1999b); uma vez que produz o silenciamento também dessas mulheres e de diversos setores da sociedade, pois, sem o diálogo, não é possível exercer mais eficazmente o controle social (princípio central do SUS para garantir a universalidade e a integralidade) sobre as ações em saúde voltadas para essa população.

O silêncio faz, então, com que o “saber” e a avaliação sobre como se dá o atendimento nos serviços de saúde concentrem-se em um setor da sociedade, nesse caso, a SMS de Curitiba, impossibilitando que sejam apontadas as suas qualidades e, principalmente, faça-se uma reflexão crítica sobre eventuais falhas. Ou seja, o processo de silenciamento, de acordo com Boaventura Souza Santos (2004), mantém a monocultura racional, que se caracteriza por uma racionalidade hegemônica que nega e exclui o diferente, dificultando a emancipação social, cultural e política das pessoas, que deveriam estar usufruindo do direito à saúde integral garantido na Constituição e nos princípios do SUS.

Diante das possibilidades delineadas, a presente pesquisa foi realizada apenas com as mulheres trans, e a análise de seu ponto de vista foi feita em contraste com a legislação e políticas públicas vigentes no país dedicadas a esse segmento, ou seja, com a política pública desencarnada.

4.4 CONTATO INICIAL COM AS ENTREVISTADAS

Inicialmente, tentei fazer contato diretamente com as mulheres trans residentes em Curitiba, mas muitas não quiseram participar; diziam que estavam cansadas de dar entrevistas, que não tinham tempo ou, ainda, simplesmente diziam “não”. Quatro chegaram a agendar a entrevista, mas não compareceram – uma ficou doente, outra mudou para Joinville e as outras não informaram o porquê de não terem ido. Diante dessa situação, entrei em contato com o Transgrupo Marcela Prado – Associação de Travestis e Transexuais de Curitiba/PR, que é uma ONG que desenvolve atividades voltadas às pessoas trans.

O Transgrupo Marcela Prado foi fundado em 16 de outubro de 2004 e recebeu esse nome em homenagem à travesti Marcela Prado, que faleceu nesse mesmo ano. Marcela era uma grande parceira e colaboradora do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde e foi a primeira travesti a integrar a Comissão de Direitos Humanos da OAB/PR, além de ser conselheira municipal de saúde.

A ONG é formada por pessoas comprometidas com a afirmação da identidade de gênero, promovendo a cidadania, saúde, educação, segurança pública e cultura. Sua logomarca é representada por uma borboleta, que remete à transformação, situação vivenciada por todas as pessoas trans, ao se perceberem e buscarem a readequação do seu exterior à identidade com a qual se identificam; e as cores rosa e azul representam a dualidade das pessoas, o feminino e o masculino.

Desde a sua fundação, o Transgrupo Marcela Prado vem dando suporte a todas as pessoas trans, suprimindo as suas demandas psicológicas, jurídicas, educacionais e de saúde. A ONG entende que o convívio e suporte entre iguais proporcionam um fortalecimento

dessas pessoas enquanto sujeitos de direito, possibilitando a ultrapassagem das barreiras sociais, programáticas e individuais, e o combate às situações cotidianas de discriminação e estigmatização vividas pelas pessoas trans.

Para atingir seus objetivos, vem trabalhando sistematicamente com a autoestima das pessoas trans, por meio da realização de diversas oficinas vivenciais e da interação destas com a população em geral. Essa interação pode ser visualizada, por exemplo, no projeto “Solidariedade Trans”, ação realizada durante três anos consecutivos para a arrecadação de brinquedos, que eram doados a uma instituição que abriga crianças carentes de zero a cinco anos. Os brinquedos eram arrecadados e distribuídos no Dia das Crianças; era um momento de alegria, realização e de muita integração. Além dos brinquedos, as pessoas trans levavam lanche e passavam a tarde junto às crianças desse abrigo. Desde 2005, é realizado também o “Miss Curitiba Trans”, que já está na sua 5ª edição e é um evento que visa a trabalhar a autoestima das pessoas trans, a integração entre pares e a sociabilidade, tendo como principal objetivo mostrar à sociedade a diversidade dessas pessoas.

A ONG promove, ainda, diversas ações de prevenção, isoladamente e em parceria com o estado e município. A prevenção às DSTs/HIV/Aids é realizada com a abordagem de campo nos pontos de prostituição das travestis e transexuais na cidade. Esse momento da abordagem é utilizado para firmar o vínculo entre as trans e o Transgrupo e fazer prevenção, com a distribuição de material informativo, preservativos e escuta das demandas da população trans.

O Transgrupo desenvolveu, também, o projeto “Geração Trans”, que tinha como objetivo proporcionar a formação de pessoas dos mais diversos setores da sociedade sobre a identidade de gênero de pessoas trans. O projeto tinha como instrumento um documentário, no qual três pessoas contam sua trajetória de vida, percepção, construção e

todas as questões relacionadas a ser uma pessoa trans. Além dos *workshops* e do documentário realizados no Geração Trans, criou o “Trans News”, um jornal feito por trans para trans, que busca fornecer informações sobre direitos humanos, saúde e educação para essas pessoas.

Atualmente, está iniciando mais dois projetos: o “Têmis”, que tem como objetivo contribuir para o fortalecimento das ações de promoção e defesa dos direitos humanos relacionados à epidemia de DST/HIV/Aids e hepatites virais entre a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e outras pessoas vivendo com HIV/Aids e hepatites virais no município de Curitiba; e o projeto “Orientar para Transformar”, que visa a promover o acesso à informação sobre a identidade de gênero, bem como o enfrentamento e prevenção de DSTs/HIV/Aids junto à população trans e à sociedade em geral.

No campo das políticas públicas e legislação, a ONG tem participado da construção destas no âmbito estadual e municipal, como a Resolução nº 188/2010 da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, que garante às pessoas trans o direito e respeito à sua identidade de gênero em todos os espaços públicos de saúde; e o Parecer nº 01/2009 da Secretaria de Estado da Educação do Paraná (SEED), que também garante o direito e respeito à identidade de gênero das pessoas trans. Ambos garantem a utilização do nome social nos espaços de saúde e da educação no estado do Paraná.

Dessa forma, o Transgrupo Marcela Prado é referência para acadêmicos, profissionais, travestis e transexuais nas questões relacionadas à diversidade sexual e identidade de gênero. Então, não havia lugar melhor para eu buscar apoio para o desenvolvimento desta pesquisa.

No dia que cheguei ao Transgrupo, uma quinta-feira, fui recebida pela presidenta Carla Amaral. Expliquei a pesquisa e perguntei se ela poderia me ajudar. Prontamente, ela

se disponibilizou, formando assim, eu diria, uma grande parceria para que esta pesquisa fosse realizada. Na terça-feira seguinte, fui com ela e com a Andreia Cantelli fazer abordagem nas ruas de Curitiba. Nessa oportunidade, Carla falou para diversas meninas sobre a minha pesquisa e pediu que elas participassem. Muitas me passaram seus telefones de contato. Desse modo, eu obtive o contato de oito trans que são profissionais do sexo, e a Carla e a Andreia passaram-me o telefone de outras que exercem outras atividades. Nesse mesmo dia, Carla e Andreia disseram-me que aos sábados acontecia um curso de inglês voltado à população LGBTT no Transgrupo e que eu poderia ir até lá e fazer as entrevistas nesse dia.

Durante a semana, agendei uma entrevista para o sábado com a Jéssica²¹ (29 anos, professora da rede estadual de ensino do Paraná), no horário do curso. Realizei essa entrevista e, em seguida, entrevistei duas que estavam saindo da aula, Verônica (29 anos, profissional do sexo) e Luíza (23 anos, profissional do sexo). Na semana seguinte, entrei em contato com duas trans, uma que a Carla havia me passado o telefone e outra que eu havia conhecido no dia da abordagem. Apenas uma foi à entrevista, a Luciana (21 anos, supervisora de vendas em um *call center*), cujo contato obtive com a Carla. Em outro sábado, entrevistei mais duas mulheres trans na ONG, a Aline (23 anos, profissional do sexo) e a Letícia (26 anos, profissional do sexo), e, por fim, em uma terça-feira, entrevistei a Carla Amaral (38 anos, presidenta do Transgrupo Marcela Prado).

Resumidamente, os sujeitos desta pesquisa podem ser caracterizados conforme o Quadro 1.

²¹ Os nomes aqui utilizados são fictícios, com o intuito de preservar a identidade dos sujeitos desta pesquisa, com exceção do de Carla Amaral, que solicitou que o seu nome verdadeiro fosse utilizado.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

Nome	Idade	Escolaridade	Profissão
Jéssica	29 anos	Pós-graduação	Professora
Verônica	29 anos	Ensino médio incompleto	Profissional do sexo
Luíza	23 anos	Ensino médio completo e cursos técnicos	Profissional do sexo
Luciana	21 anos	Cursando ensino superior	Supervisora de vendas de um <i>call center</i>
Aline	23 anos	Superior incompleto	Profissional do sexo
Letícia	26 anos	Ensino fundamental completo	Profissional do sexo
Carla	38 anos	Ensino médio incompleto	Presidenta do Transgrupo Marcela Prado

Interessante assinalar que as mulheres trans que entrevistei mostraram-se muito solícitas e engajadas com a visibilidade trans e de suas demandas. Além disso, interessaram-se muito pelo tema da pesquisa, dizendo que era um tema de fundamental importância para elas e para todas as trans. Ao final de cada entrevista, comprometi-me a apresentar o material a elas; e, ainda, será feita uma devolutiva para a população em geral no Transgrupo Marcela Prado, em forma de oficina, no ano de 2012.

5 O COTIDIANO DA BUSCA DE CUIDADO À SAÚDE

Neste capítulo, serão descritas as práticas cotidianas que as mulheres trans indicaram estar relacionadas à sua saúde e a forma que enfrentam as normas regulatórias de gênero, a partir do enunciado da heteronormatividade.

5.1 AS MULHERES TRANS DAS CENAS

Antes de apresentar as práticas cotidianas das mulheres trans que participaram desta pesquisa, foi sintetizada a trajetória de vida de cada uma, por meio de sua autobiografia, o que proporcionará uma maior contextualização de suas práticas cotidianas relacionadas à saúde. A primeira pergunta do roteiro de entrevista era: “Fale um pouco sobre a sua trajetória de vida”, ou seja, o material apresentado a seguir foi articulado por elas no momento da entrevista. Optou-se por colocar as suas próprias falas, por ser uma maneira de elas falarem de si e não de outra pessoa falar em seus lugares, como normalmente ocorre; enfim, é mais uma maneira de significá-las efetivamente como sujeitos de suas vidas cotidianas.

5.1.1 JÉSSICA

Tenho 29 anos e sou professora há dez anos na rede estadual de ensino do Paraná. Sou professora de história e geografia, e minha formação é em estudos sociais. Fiz história,

com licenciatura plena em geografia, especialização em metodologia de ensino e também em história do Brasil. Eu me conheço como Jéssica desde sempre. Então, eu não sei dizer quando eu me reconheci como tal. Como eu sempre digo, eu tenho mais tempo de Jéssica do que de qualquer outra coisa. Aliás, não sei dizer se algum dia eu fui de algum outro gênero ou de alguma outra categoria; ou seja, sou Jéssica e sou transexual.

Com a minha família, eu já tive diversos problemas, hoje em dia superados, mas eu nunca cheguei para a minha mãe, pai e irmã, ou qualquer pessoa que seja da minha família, e disse: “Olha, a situação é essa.” As coisas sempre foram acontecendo. Eu sempre fui em busca das minhas vontades e nunca parei para dizer: “Olha, eu sou transexual.” Claro que hoje em dia sim, mas lá no começo não. Então, as coisas foram acontecendo e os aborrecimentos foram vindo junto. Porém, a gente foi superando tudo isso de uma forma bastante tranquila. Às vezes não, mas aí deu tudo certo.

Durante o ensino regular, que é aquela época do 1º grau, foi bastante difícil. Mas hoje em dia eu paro e penso que eu tive um apoio bastante grande da minha família, principalmente da minha mãe, com relação à escola. No ensino médio, também foi bastante difícil, porque eu odiava a escola, não gostava da escola por conta das situações diversas de preconceito que eu passava. Eu vejo que, na época que eu estudava, eu sofria bastante, pois eu era o problema da escola. Era mais fácil acabar com uma pessoa que era o problema do que com todo o resto. Mas, enfim, eu consegui. Eu sempre continuei, até mesmo porque, quando eu não queria ir para a escola, a minha mãe me levava e ia me buscar para se certificar de que eu estava dentro da escola. Já na faculdade, a história foi outra, foi mais tranquilo. Isso porque o nível das pessoas é outro; a busca das pessoas é outra.

Para mim, ser transexual é ser cidadã, possuidora de alguns direitos e de muitos deveres. Além disso, é uma busca muito grande. É uma busca que eu acho que é quase sem

fim. É uma busca que a gente vai ter sempre. Por mais que você passe por todos os processos de transição, você complete a transição, a sua busca interna não vai estar finalizada, porque sempre vai haver uma coisa que julgue que está faltando.

5.1.2 LUCIANA

Tenho 21 anos, sou supervisora de vendas em um *call center* e estou no 2º ano da faculdade. Estudo na PUC, graças a uma bolsa do governo.

Desde pequena, me identifiquei como mulher, como menina. Eu tenho três irmãos homens e, quando criança, não gostava de brincar de carrinho, não gostava de me sujar e minha mãe me dava as bonecas dela para eu brincar. Era a única coisa que me deixava mais tranquila. Só que isso era meio restringido, porque meu pai trabalhava até às seis da tarde, então até esse horário eu podia brincar de boneca, depois não, porque meu pai era um pouco mais apreensivo nesse sentido. Mas posso dizer que a minha infância não foi uma infância trágica. Eu não tive nenhum assédio por nenhum parente, não sofri nenhum tipo de preconceito dentro da minha família, porque eu sempre consegui quebrar esses parâmetros. Na minha adolescência, eu já tinha certeza do que eu queria, já me identificava como transexual e sabia o trajeto, métodos, que eu precisava buscar para isso.

Eu tive meu primeiro contato homoafetivo, considerado transexualidade, com 14 anos; foi com um companheiro heterossexual, que era amigo de um dos meus irmãos. Depois disso, eu tive certeza do que eu queria, não por prazer, porque não foi prazerosa a primeira vez, mas pela experiência. Não conseguia me ver em outra situação, a não ser no papel de mulher. Desde então, dos meus 14, 15 anos, eu comecei a deixar o meu cabelo

crescer, a me identificar como mulher, a procurar um nome, montar a minha identidade e usar roupa de mulher.

Há três, quatro anos, você não poderia tomar um anticoncepcional, que, querendo ou não, a maioria das transexuais e travestis toma para modelar o seu corpo e também regredir o processo de masculinização, de barba, voz grossa e os trejeitos que pecam na aparência. Então, você não tinha acesso a ir numa farmácia comprar, porque dependia de uma receita; você não tinha acesso a um posto, porque você era considerada doente. Minha mãe e meu pai tinham ciência disso; eles sabiam que, se eu fosse a um posto de saúde, eles iriam me mandar para um psicólogo ou para um psiquiatra. Eu não tenho nenhum problema, nenhuma disfunção mental. Meus pais sabiam dos meus prós e contras, então, de certa forma, a gente tinha que achar um meio de burlar. Do final de 2008 a 2009, começou a facilitar mais na área de saúde, começaram a conhecer mais as travestis e transexuais, até por meio da mídia, mas ainda a dificuldade é grande.

Em relação à minha família, no meu aniversário de 18 anos, eu realmente reuni toda a minha família e falei para todos, em aberto, que eu era transexual, que a partir daquele momento eu não iria admitir que me chamassem de outra forma que não fosse de Luciana. Eu tinha preparado a minha mãe e meu pai algumas semanas antes. Quando eu falei para a minha mãe, apesar de sempre ela ter certeza, foi um baque, porque ela não esperava que eu tomasse essa atitude frente à sociedade, visto que a luta é diária, você tem que quebrar barreiras, preconceitos e mostrar para as pessoas que você não é aquele nome que está prefixado em um documento. Então, foi um pouquinho crítico. O medo do meu pai, na verdade, era porque, para as pessoas em geral, uma travesti, uma transexual, ou se prostitui, se marginaliza, ou é morta. Está ligada a alguma forma de vida noturna, que, na minha percepção, não considero errada. Até porque hoje são poucas as transexuais que conseguem viver durante o dia, que conseguem bater de frente com a

sociedade ou viver em liberdade pela manhã. Então, para os meus pais, foi esse tipo de preconceito. Eu tive que mostrar para eles que eu iria, com o apoio deles, buscar o meu trabalho, buscar uma profissão, buscar uma faculdade. Então, eu quis mostrar para eles que, independentemente da minha orientação sexual e da minha vivência enquanto mulher, eu iria viver na sociedade como eu queria. Deixei claro também que, independentemente de um nome civil estar hoje preso em mim, eu não era aquilo que estava no papel, eu era aquilo que eles estavam vendo.

Já na escola, no ensino médio, foi bem difícil. Por exemplo, eu era proibida de utilizar o banheiro da escola, tanto o masculino quanto o feminino. Se eu quisesse usar o banheiro, eu tinha que solicitar previamente e só poderia utilizar o banheiro dos professores, quando não houvesse nenhum professor presente. Agora, na faculdade, algumas pessoas sabem que sou transexual, outras não. Eu não conto, porque quando as pessoas sabem elas ficam com um “pé atrás”.

A cirurgia de readequação sexual é importante para mim em todos os âmbitos, pois vai melhorar a minha autoestima. Eu tenho um relacionamento de três anos com um homem, que é heterossexual, só que, em todas as nossas relações, eu não me sinto bem, tanto que ele não tem o contato íntimo com o meu genital, porque me constrange. Eu não me vejo com aquele órgão, eu vejo como algo que veio para me disseminar. Mas, eu conseguindo trocar o meu nome na identidade, já vai me aliviar 40%, porque você é visto pelo o que você mostra. Então você já tem que se preparar para ver como você vai agir diante de situações, pois têm situações que você de certa forma causa aquele choque nas pessoas, porque elas veem uma mulher, elas veem trejeitos, voz, delicadeza, mas veem o nome de um homem. As pessoas ligam nome, mulher e ficam perdidas, não sabem a diferença entre transexual, travesti, gay etc. Para todo mundo, ou você é homossexual, gay, ou você é travesti.

5.1.3 ALINE

Eu tenho 23 anos, sou de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, e faz oito meses que estou morando em Curitiba. Vim para cá para trabalhar, pois eu não quis trabalhar em Campo Grande por conta da minha família. Não quis que eles soubessem de nada. Aqui, eu moro com uma amiga, mas, sempre que dá, eu viajo para Campo Grande para ver a minha família.

Desde cedo, eu tive uma boa aceitação na minha família. Eu comecei a minha transformação por brincadeira com os amigos. O pessoal me maquiou e aí começou. Em seguida, eu participei de um concurso e ganhei; aí participei de outro e ganhei. Nessa época, eu tinha 18 anos. Acabei me empolgando e comecei a fazer novas amizades, conhecer novas pessoas, novos mundos. No início, eu só me transformava à noite, mas fui descobrindo que era aquilo que eu mais gostava, que era aquilo que fazia falta na minha vida. Então, eu fui mudando, mudando, e a hora que eu vi já estava 24 horas daquela maneira.

Tenho nível superior incompleto em tecnologia de multimídia. Atualmente, eu sou profissional do sexo por questão financeira, digamos assim. É uma maneira mais rápida para mim, que sou travesti.

Eu sou travesti, mas na verdade eu me vejo como mulher. Mas a sociedade vê a gente como travesti. A gente tenta se ver enquanto mulher, agir como mulher, mas a sociedade acaba impondo o que eles querem. Então a gente acaba se autointitulando como travesti, que é uma maneira errônea, porque travesti é aquele que se traveste, que se transforma. Eu tento ser apenas uma mulher, ser como uma mulher. Além disso, as pessoas acham que transexual é somente aquela que se opera ou que quer se operar, mas a transexual está na sua cabeça. É você pensar e agir como uma mulher. Então, eu me vejo

como transexual na minha vida e como travesti no meu trabalho. Isso porque, querendo ou não, o homem que vai atrás de uma boneca, de uma travesti, não vai porque ela é linda, parece uma mulher, ou porque é feia, tem mais bunda, mais peito, ou é magra; ele vai porque realmente quer uma coisa diferente e não tem coragem de parar para um homem na rua e falar isso. Então, digamos que ele vê a figura feminina, mas ele quer o órgão masculino.

5.1.4 LUÍZA

Tenho 23 anos e sempre soube que era diferente. As pessoas também me viam de certa forma diferente das outras crianças. Eu vivo plenamente como eu sou hoje, enquanto gênero feminino. Antes eu tentava me inserir com as meninas. Brincava com meninos e meninas, mas eu sempre estava mais com as meninas, porque eu me identificava com elas. Vai fazer três anos que eu me abri para a minha família, que eu me abri para a sociedade. Mas era mais para deixar claro o que eles já sabiam, porque não era novidade para ninguém. Tanto que a minha família ficou chocada não pelo o que eu contei, mas pelo fato de eu ter contado. A atitude que eu tomei de reunir todo mundo da minha família e conversar sobre o assunto foi o que mais a chocou. Então, para a gente se abrir para a nossa família e para a sociedade, a gente tem que estar segura das consequências que poderão vir. Eu tinha muito medo de ser mandada embora de casa, de ir morar na rua ou não ter onde morar. Mas eu decidi me abrir para a minha família. Só que eles imaginavam que eu era outra coisa; muitos pensavam que eu era gay. Mas eu sou gênero feminino e gosto do gênero masculino. Aí eu expliquei tudo isso para a minha família, bem certinho, para que eles entendessem quem eu sou, o que eu sou, como eu sou, como eu quero ser

tratada, como eu quero ser respeitada. As crianças foram as primeiras a me chamarem de Luíza, já os adultos levaram um tempinho. Eu acho que é uma coisa que não acontece da noite para o dia. É um processo, mas foi tranquilo. Depois, foi passando o tempo, eu trabalhando, indo atrás das minhas coisas. Acho que minha família sempre viu esses pontos positivos em mim, de que tudo o que eu quis corri atrás, fui em busca e consegui. Acho que a minha família me respeita por conta disso; além do que, acho que a minha identidade de gênero é só um detalhe, que faz parte de mim, mas que não me define por completo, eu não sou só isso.

Hoje, eu moro sozinha; faz seis meses que saí da casa dos meus pais. Eu vi que, depois que eu fui morar sozinha, o relacionamento com a minha família melhorou muito. Não sei se é porque é saudade, mas melhorou bastante. Estão sempre preocupados. Até estou me reaproximando do meu irmão. Acho que essa distância está melhorando bem mais as coisas. Não que fosse ruim. Não era. Se comparado ao de outras meninas, o relacionamento com a minha família é muito bom. Eu fico feliz por conta disso.

Em relação aos estudos, eu terminei o ensino médio, falo inglês intermediário, fiz estilismo de moda e estou fazendo um curso de costura industrial, porque moda é um dos focos em que eu quero investir. Ainda não fiz faculdade. Fiz seis meses de cursinho no ano passado para tentar vestibular no final do ano. Cheguei a passar na primeira fase, mas na segunda eu não passei, porque eu não consegui fazer a prova. Isso aconteceu por conta do constrangimento que eu sofri em sala de aula, porque, quando você chega para fazer a prova, os professores olham no seu documento e te indicam em qual carteira você vai sentar. Então, eu apresentei o meu documento para os professores – no meu documento de identidade, eu coloquei uma etiquetinha com o nome que as pessoas me conhecem, Luíza. Eles olharam e fui sentar na carteira, esperando dar o tempo, o horário para os professores começarem a entregar as provas. Eles iam entregando as provas e falando o

nome das pessoas. Nesse momento, o professor foi entregar a minha prova e me chamou de fulano de tal. Não sei se ele fez questão, mas ele já tinha visto o meu documento, já tinha visto que eu sou uma pessoa trans, não se preocupou em momento algum em me tratar ou me respeitar enquanto aquele nome que estava na minha identidade. Eu fiquei constrangida. Nem olhei para os lados, porque eu não queria ver a reação das pessoas. Acho que muita gente ficou sem entender, ou muitas entenderam, não sei. Comecei a fazer a prova, mas chegou o momento de assinar a lista de frequência e os professores iam passando pelas carteiras e chamando pelo nome. Chamaram meu nome do registro, assinei e comecei a chorar, de cabeça baixa, não consegui fazer a prova e acabou... Seis meses que eu fiz de estudo, que eu investi fazendo cursinho, foram jogados no lixo em dez segundos. Eu não tenho medo de chegar em um lugar e as pessoas falarem: “É uma trans.” Eu sei que sou uma trans, que eu sou uma mulher transexual. Só tenho problema de as pessoas usarem o nome que minha mãe e meu pai escolheram para me constranger, me humilhar, para fazer piadinhas.

Eu trabalhei dois anos em uma confecção e saí de lá por conta dessas questões. Eu já estava nos meus conflitos internos, que eram externos também, porque as pessoas viam isso. Acabei indo trabalhar com uma amiga, mas também passei por duas situações constrangedoras. Eu fiquei tão constrangida que, a partir dali, eu falei: “Isso tem que mudar”. Aí eu passei a exigir dela: “Olha, quero que você me trate como gênero feminino. Em qualquer lugar que eu vá, gênero feminino.” Foi uma das coisas que me deram um empurrão assim. Então, eu saí de lá e fiquei um bom tempo sem trabalhar. Eu estava precisando de grana e sabia que as meninas faziam programa, mas eu não queria fazer, porque eu nunca tinha me imaginado fazendo programa. Mas eu vi que um cara que saía comigo também saía com as outras meninas e pagava para sair com elas. Aí eu pensei: “Pô, o cara tá me usando, porque quando eu não quero sair com ele, ou não posso, ele vai

lá e paga para a outra para sair.” Eu falei: “Não, isso não tá certo. Tô precisando de grana, vou deixar eu ser usada? Não.” Então, eu passei a fazer programa e estou até hoje. Posso dizer que os programas que eu fiz e os programas que eu faço me deram muita coisa. Eu vejo a minha evolução de lá para cá. Coisas que eu conquistei, bens materiais, a cirurgia do peito que eu fiz. Enfim, foi uma forma de ganhar dinheiro. É uma forma honesta, porque eu nunca roubei ninguém. Vou, faço o meu trabalho, o que é combinado. Só que eu nunca pensei em fazer programa, nunca vi isso para a minha vida, nunca me imaginei fazendo e não é uma coisa que eu quero fazer a vida toda. Não é porque eu quero, é porque eu preciso. Antes mesmo de eu entrar na prostituição, eu fui em busca de trabalhos, eu fui procurar oportunidades, até mesmo na área de confecção, e não consegui. A mente das pessoas é tão pequena... Elas não pensam na sua capacidade de trabalho, elas pensam na sua pessoa; e isso eu vi muito por aí. Atualmente, eu atendo no meu apartamento e também trabalho na rua.

Porém, mesmo fazendo programa, eu estou sempre investindo. Tanto que agora eu fiz, há um mês e meio, um curso rápido de costura industrial e agora estou fazendo outro curso de costura industrial, só que no Senai. Eu pretendo montar um ateliê, trabalhar com costura e parar de fazer programa. As pessoas falam: “Ah, você é uma pessoa de vida fácil.” “Quem faz programa é uma pessoa de vida fácil.” Mas não é de vida fácil. Ganha dinheiro rápido, mas fácil não é. Eu quero ver alguém ficar lá na esquina, sendo chocado, levando ovada, com frio, com chuva. É horrível sofrer as violências que a gente sofre. As pessoas não param para pensar nisso.

Enfim, sou uma mulher transexual e me considero transexual desde o tempo que eu passei a pesquisar muito mais sobre o assunto. Quando eu era criança, me via como gênero feminino, porque eu me imaginava casando, de vestido branco, sempre tive as minhas paixões de criança. “Ah, porque eu vou me casar com ele um dia.” Eu sempre me vi,

mas eu sempre achava que, para ser mulher, eu precisava fazer a cirurgia. Tanto que eu não me relacionava muito bem com os homens por conta da genitália, que era uma coisa, para mim, que me incomodava muito. Eu tinha esse contexto na minha cabeça, de que eu tinha que fazer a cirurgia, porque naquele tempo já se falava sobre cirurgia; a gente já sabia que existia e eu queria fazer. Mas aí eu passei a conhecer a ONG, comecei a fazer o acompanhamento psicológico e passei a me relacionar melhor com os homens, em relação à questão da genitália. Hoje, eu vejo que para ser mulher eu não preciso realmente fazer a cirurgia, porque a mulher não é só o que ela tem no meio das pernas, muito menos o homem, por mais que seja isso que as pessoas pensem. Então, hoje eu não sei se quero fazer a cirurgia; é uma coisa que eu estou meio em dúvida, porque agora eu estou bem comigo mesma. Antes, eu tinha aquele conceito de que eu tinha que fazer a cirurgia para ser uma mulher de fato. Hoje, eu já não vejo dessa forma. Vejo que na rua eu sou tratada e respeitada enquanto gênero feminino. Por mais que as pessoas saibam que eu sou uma pessoa trans, uma mulher transexual, eu sou tratada e respeitada enquanto gênero feminino. As pessoas costumam falar que, para você ser transexual, tem que fazer a cirurgia; eu já não vejo dessa forma. Para mim, a diferença entre travesti e transexual é mínima, porque a construção de identidade de gênero, seja ela masculina ou feminina, é praticamente a mesma. Tanto a travesti quanto a transexual passam pelo processo de colocar peito, aumentar o quadril, tomar hormônio, mas eu acho que o que diferencia uma da outra é a questão mais de cabeça, porque têm pessoas que se sentem mais travestis, porque não estão nem aí se é o travesti ou a travesti, e as pessoas transexuais já não, por mais que existam travestis que se importem. Eu, por exemplo, por mais que as pessoas saibam que eu sou uma mulher transexual, eu quero ser vista enquanto identidade de gênero feminino; eu prezo por isso, eu sou mulher. Eu costumo falar: “Eu sou uma mulher diferente.” Mas, mesmo assim, eu sou uma mulher, eu não deixo de ser uma mulher.

5.1.5 VERÔNICA

Tenho 29 anos e hoje eu trabalho como profissional do sexo. Não completei o ensino médio. Voltei há pouco tempo, mas eu acabei não dando continuidade. Eu não estava me sentindo preparada ainda. Acho que muito tempo que você fica sem estudar e, durante esse tempo, com tudo o que me aconteceu, parece que você perde as esperanças, perde aquele sonho, aqueles desejos que tinha quando era criança, na adolescência. Parece que eu perdi isso na metade desse caminho. Eu tinha o sonho de me ver em uma faculdade, fazendo arqueologia, que era uma coisa que eu sempre adorei. Durante um tempo, era isso que eu queria fazer, mas, no mundo de uma transexual, você sempre passa e acaba descobrindo o preconceito nas salas de aula. Esse preconceito, na maioria das vezes, não é só de crianças, mas também vem dos educadores, dos professores. Eu sentia que os professores eram mais favoráveis à piadinha do meu companheiro de classe do que a me defender ou explicar para aquela criança. Então, eu acabei parando de estudar. Hoje, eu até acho que eu fui fraca, que eu poderia ter insistido mais, poderia ter brigado. Mas, talvez, isso aconteceu porque, além de eu viver a minha situação de estar me descobrindo, de ser quem eu sou, eu era uma criança e não entendia das coisas; eu também vivia outros problemas familiares, como financeiros e o alcoolismo da minha mãe. Então, acumulou tudo. Isso afetou bastante. A minha mãe bebia direto e ficava agressiva. E, para ajudar, as pessoas ainda iam e falavam de mim para a minha família, vinham com histórias. Quando você é criança e seus amigos vêm com piadinha, você é frágil e é fraca, mas é de criança para criança; agora, o difícil é você enfrentar o adulto, aquela pessoa que já cresceu, já passou da sua fase de adolescência e que poderia ser mais sensível. A maldade das pessoas é impressionante. Aí eu parei de estudar, até porque eu saí de casa. Eu não aguentava mais toda aquela situação, não conseguia mais ver a minha mãe naquele estado que ela ficava.

Mas eu saí de casa na verdade porque eu comecei a trabalhar para ajudar em casa também.

Eu comecei a trabalhar muito cedo. O meu primeiro emprego a minha mãe conseguiu com uma vizinha em uma transportadora. Eu fiquei uma semana; só perdi o emprego porque a minha mãe discutiu com a vizinha. Daí, na rua de casa mesmo, eu comecei a trabalhar com uma microempresa de artesanato, que faz artesanatos. Era uma empresa de fundo de quintal que estava crescendo, mas eu não era registrada. Para a minha sorte, vamos dizer assim, ali só trabalhavam meninas. Então, ali eu estava me sentindo em casa, porque eu me dava bem com as meninas. Eu fiquei trabalhando durante um tempo, aprendi toda a função, todo o trabalho, que é um trabalho complicado, é o único lugar em Curitiba e do país que faz esse trabalho, que vem da Ucrânia. Só que o meu dinheiro era todo para casa, mal ficava para mim. Depois de um tempinho, eu acabei saindo de casa, porque eu não aguentava mais aquela situação, e saí desse meu trabalho; fui embora daqui de Curitiba e fui trabalhar como doméstica na casa de uma família que ia embora para o litoral. A minha imagem sempre foi mais para o feminino, o que ajudou a me infiltrar, me abriu essas portas. Então, eu não caí cedo na rua ou na prostituição, tendo que bater salto na calçada. Eu fui procurar um lugar que eu pudesse morar e trabalhar, e durante um tempo foi assim. Eu entrei como se fosse menina, mocinha. Sempre com medo, é claro, porque você viver uma mentira é horrível. Eu fiquei um tempo com eles, mas depois eles descobriram a minha “real identidade” e, para o meu azar, eu fui expulsa desse lugar. Ali, mais uma vez, eu vi a maldade das pessoas, de falarem: “Imagine, você com uma pessoa dessas, sendo que você tem duas meninas em casa.” Você ouvir isso é horrível, horrível. Depois, eu fiquei um tempo morando lá nessa cidade e fui trabalhar em uma danceteria à noite, num bar à noite, mas eu tinha que tomar cuidado, porque, se batesse a polícia, a casa poderia ter problemas. Fiquei um tempo lá e depois voltei para Curitiba,

porque eu sentia falta da minha mãe, sentia falta dos meus irmãos, a falta era grande. Voltei para Curitiba com uma mão na frente e outra atrás novamente. Fiquei na casa de pessoas de favor durante um tempo, o que é horrível. Daí eu consegui outro trabalho, que também era em casa de família. Durante um tempo, eu pensava: “Tendo um lugar para comer e dormir tá bom.” E nisso eu fui perdendo as minhas oportunidades. Fui deixando as chances passarem, não fui correndo atrás. Tinha vergonha. Tinha medo. Então, o que me faltou foi essa estrutura, essa base que todos têm e que têm o direito de ter, que a família tem que dar para aquela criança crescer e poder tomar as rédeas da vida. Isso me faltou. Entrei nesse trabalho também como Verônica. Não contava também. Vivendo sempre ali, no limite da situação. Fiquei com eles um bom tempo. Nessa família, eu tive a oportunidade de crescer, não financeiramente, mas como pessoa. Mas, ao mesmo tempo, eu vejo que recebi essas oportunidades porque alguma coisa boa em mim tinha. As pessoas achavam que valia a pena me dar uma chance. Acho que o medo também acabou me ajudando a ficar um pouco lá. Acho que tive medo de fazer tudo de novo, de ir atrás de outro lugar. E ali eu fiquei um tempo. Aí, no meio disso, eu conheci pessoas, fiz amizade, voltei a encontrar a minha mãe, meus irmãos. Eu consegui reencontrar a minha mãe antes de ela falecer.

Depois disso, eu não queria mais trabalhar de doméstica; eu comecei a perceber de pouquinho que eu queria procurar outros caminhos. Mas como procurar outros caminhos se eu não tinha nenhuma qualificação, não tinha terminado de estudar? Acabei saindo da casa desses meus patrões, acho que tinha chegado o momento. Fui morar com uma amiga. Fiquei cuidando do filho dela durante um tempo. Depois, ela foi embora. Aí eu consegui um trabalho em um *fast food*, à noite, mas eu não sei de onde eu tirei coragem. Eu estava com tanto medo que cheguei para o rapaz que foi fazer a entrevista e disse: “Só que assim... A situação é essa, essa e aquela.” Aquilo de repente saiu. Como estavam precisando

mesmo de pessoas para trabalhar à noite, ele acabou me admitindo, mas não fui registrada também. Acho que fiquei oito, nove meses trabalhando com eles, mas acabei saindo, porque eles estavam com dificuldades financeiras e isso estava me afetando. Comecei a trabalhar em um restaurante e, ao mesmo tempo, eu consegui uma casa. A primeira vez na minha vida que eu fui morar sozinha. Não era aquela coisa, mas transformei também a casa naquela coisa que eu queria. Uma senhora que trabalhava na cozinha e na limpeza desse restaurante arrumou esse emprego para mim. Eu era uma assistente ali, fui aprendendo, mas depois o rapaz que era cozinheiro me deixou sozinha na cozinha e foi tomar conta do bar com os outros meninos. Só que a gente era um faz-tudo. Ali eu fiquei um tempo. Depois eu saí; o irmão de um rapaz que trabalhava nesse restaurante soube que eu não estava mais nesse local e foi atrás de mim para eu trabalhar com ele em outro lugar. Acabei indo, fui trabalhar com ele na cozinha. Fiquei um tempo lá, mas eles me tiraram desse restaurante, que ficava na região central de Curitiba, e me passaram para uma cooperativa lá no CIC, em uma empresa grande. Então, se tornou um pouco mais distante para mim, porém, ao mesmo tempo, falaram: “Você que vai ficar responsável pela cozinha de lá e tal, porque é uma cooperativa. O pessoal dessa empresa não come no refeitório e gosta de comer lá.” Aí tudo bem, eu fui, ajudei a arrumar. Fiquei pensando: “Poxa, vai ser bacana agora, porque eu vou assumir.” Comecei já a imaginar eu ganhando bem, ganhando um pouquinho melhor. Já ia sobrar, porque o que eu ganhava era para o aluguel, água, luz e mal dava para comer e vestir; tanto que eu fui trabalhar e fiquei quase um ano com um tênis que eu tinha que costurar na agulha e fios em casa mesmo. Mas isso não aconteceu. Acho que você acaba ficando meio decepcionada. Comecei a pensar se era comigo mesma ou se era o fato de eu ser a diferente ali na história, entre as outras pessoas, ou se é essa questão mesmo de que mulher sempre é vista por último. Então eu, como figura feminina, também me encaixo por aí. Mas era mais forte eu achar que talvez

fosse mesmo a discriminação de eu ser trans e achar que, por isso, não era capaz. Eu acabei saindo de lá, porque foi contratado um rapaz bem depois de eu estar trabalhando nesse restaurante e ele ganhava mais do que eu.

Aí eu comecei a descobrir outro caminho, outro campo de trabalho, que vem a ser o programa. Isso também era novo para mim. Mas, como dizem: “A água bateu na bunda, você vai saber nadar.” Vai ter que aprender a nadar. Então, eu comecei na rua. Mas, para mim, se tornou um pouco ruim; eu era fechada para aquilo no começo. Eu tinha vergonha das pessoas me vendo ir para lá. Hoje, que se dane o que eu faço. Então eu comecei a ir, mas também eu descobri lá como esse mundo é complicado. Aí a minha patroa, com quem eu trabalhava naquela microempresa, soube que eu estava em Curitiba e ela precisava de uma pessoa que soubesse aquele ofício; aí eu falei: “Quer saber de uma coisa, eu vou lá.” E fui. Eu cheguei e foi meio que aquele baque, pois, quando eu tinha trabalhado lá, elas me conheciam como menino, mas eu fiquei dois, quase três anos trabalhando com ela, que foi o meu último trabalho. Só que assim, hoje, no país que a gente vive, os aluguéis são absurdos; às vezes você paga um valor muito alto por um imóvel que não vale a pena e, como todo ser humano, eu senti necessidade também da minha vaidade, eu estava muito deixada de lado. Eu sentia vontade de colocar uma coisa bacana, de comprar uma roupa bacana, de usar um xampu bacana no meu cabelo. Essas necessidades de você querer se sentir bonita, de você querer ter as coisas.

Do meu trabalho, eu consegui ter a minha geladeira, minha cama, algumas coisas para a minha casa. Então, mesmo trabalhando com a empresa, eu continuava indo para a rua, porque eu queria ganhar um extra. Então eu continuava indo. Mas a rua nunca foi o meu forte, nunca gostei. Eu não gosto dessa exposição da rua. Eu gosto de ser reservada. Eu sou uma pessoa que cada momento é um momento. No momento de eu ser puta, eu vou ser puta. Mas, no momento de eu estar na frente de um advogado, de um médico, de

uma loja, naquele momento eu preciso me conter, como qualquer outra pessoa. Até porque eu, como trans, não preciso que as pessoas me aceitem. Para elas me aceitarem com um belo decote, com os peitos aparecendo, eu vou antes, devagar, com uma camiseta, eu vou mostrar eu enquanto pessoa. Depois, quando elas me virem com o peitão na bandeja, não vão se chocar tanto, porque elas me conheceram. Porque é assim, ainda hoje, imagem é o primeiro cartão. Não adianta eu chegar lá com uma saia mostrando a polpa da bunda, que realmente a primeira impressão que vai dar é: “Ela quer assaltar. Ou ela quer roubar, ou isso e aquilo.” Hoje, eu penso que não é só uma questão para travestis e transexuais; é para uma mulher também. Eu já vi amiga minha querendo fazer a sensual, mas da sensual ela passou um pouco demais. Então eu digo assim, que as pessoas têm que saber quem eu sou, mas antes eu posso chegar e mostrar a Verônica. Depois, eles vão ver que a Verônica, aquela pessoa bacana, também é safada, ordinária...

Atualmente, eu trabalho com anúncio. Eu preferi ser profissional do sexo mais no estilo acompanhante. Prefiro fazer assim, nessa linha. Aquela que trabalha com anúncio no *site*, atende local, motel. Assim me faz bem, me sinto mais glamorosa dentro da profissão. Não que trabalhar na rua não seja, mas no trabalho como profissional do sexo, quando você está na rua, você é valorizada e vista de uma maneira; quando você sai da rua e passa para outro meio de divulgação, você já é um pouquinho mais valorizada. Eu demorei muito tempo para entrar para a internet, então hoje eu estou em um dos *sites* mais conhecidos de Curitiba. O tratamento já é diferente, já te veem de outra maneira.

Em relação à cirurgia, ela faz parte da minha construção final, mas hoje eu não fico tão focada nisso. Durante um tempo já foi meu foco. Quando eu vivi todas essas situações na minha vida, eu vivi essa questão também. Eu não me olhava no espelho, eu odiava, eu queria cortar. Então, passou e eu queria olhar. Quando eu estou nua no espelho, eu consigo me ver além da imagem refletida. Eu vejo a mulher além daquela imagem. Mesmo

não totalmente modificada, eu vejo o corpo da Verônica com cintura, seios e um algo a mais, um sininho que está lá embaixo. Mas, atrás dessa imagem, existe outra imagem, na qual eu vejo a Verônica completa, mulher, mais resolvida. Hoje, eu digo que estou mais preparada para enfrentar a cirurgia, para ir para uma maca. Eu estou mais preparada não para a cirurgia em si, mas para o pós, para viver a minha readaptação, porque, talvez, se tivesse feito na época que era para ter feito, eu tivesse saído não sendo uma pessoa real. Eu teria construído outra pessoa. Mas quem eu iria construir? A mulherzinha bonitinha, que só pode sentar de joelhinho, não pode abrir as pernas, não pode falar palavrão. O extremo da feminilidade, ou do que as pessoas imaginam ou do que até a medicina acha. Talvez, se tivesse feito na época que era para fazer, eu estaria louca hoje, achando que eu era uma mulher biológica. Então, é o que eu quero? É o que eu quero, mas, se isso não acontecer, eu não vou morrer. Eu vou continuar vivendo como eu estou vivendo, porque a mulher em mim está dentro de mim; ela não precisa de uma vagina para eu afirmar que ela existe. Ela está aqui.

Logo, eu me julgo heterossexual, mas, às vezes, na vida você acaba se abrindo para descobrir algumas coisas e se permitir fazer certas coisas, que eu não fazia. Eu não gostava de olhar; então, eu não gostava que ninguém tocasse nos meus órgãos íntimos, mas trabalhar com programa, como profissional do sexo, me ajudou um pouco também a me descobrir sexualmente, a me abrir um pouco mais. Hoje, se um homem toca em mim, porque ele quer tocar, não tem problema. É uma intimidade dele, é um fetiche dele, mas um homem, porque sai com uma travesti, não deixa de ser homem. Eu sou totalmente contra quem fala que ele está sendo gay, que ele está sendo bichona, porque não está. O homem é sexo quase 24 horas por dia e, de repente, chega um momento que papai e mamãe para ele não serve mais; ele quer explorar outras coisas. Isso aconteceu comigo. Eu entrei num mundo no qual fui me descobrindo, fui me abrindo aos pouquinhos, fui

deixando tocar. Então, hoje eu não tenho problema algum com isso e o homem que sai comigo eu não o vejo como gay, embora tenham vindo me dizer que, se eu estiver tendo uma relação na qual tenha que ser ativa, estamos tendo uma relação homossexual. Isso vieram agora, recentemente, me dizer. Mas eu não consigo me ver em uma relação homossexual, porque eu vejo a minha imagem construída do feminino e fazer o ativo veio na minha vida há pouco tempo. De repente, sem mais, sem menos, isso aconteceu e eu me descobri nesse caminho. Mas isso profissionalmente. Se for numa relação íntima, de namorado, essas coisas, eu não quero. Eu posso até deixar ele me tocar e eu vou gozar sim. Enquanto eu estou de quatro, de pernas para o ar, enquanto ele me possui, eu vou gozar gostoso. Não tenho mais nenhum problema com isso, porque sexo é sexo e a minha identidade não vai ser ferida ali naquele momento. Então, é por isso que digo que o homem também não deixa de ser homem porque está sendo comido; e mesmo o gay, ele é um homem. Ele tem a figura do homem. Então, eu me descobri assim, mais aberta.

5.1.6 LETÍCIA

Tenho 26, nasci no Rio de Janeiro, em um lugar chamado Ilha do Governador, uma comunidade carente. Passei toda a minha infância ali. Então, toda a minha história começou ali. Venho de família muito humilde. Meu pai é gari, trabalha no serviço de varredura pública, e minha mãe é empregada doméstica. Tenho mais quatro irmãos, três meninos e uma menina. Eu sou o segundo filho da minha mãe. De orientação sexual homossexual só tem eu e, por surpresa do destino, a minha irmã caçula. Minha infância inteira foi tranquila; eu fui uma criança muito tranquila. Eu sempre fui muito efeminada e sempre a minha família lidou muito bem com isso. Hoje em dia, há relatos que a minha

mãe conta que meu pai não lidava com isso muito bem, que ele era meio complicado, porque ele desde cedo percebia. Hoje, parando para analisar um pouco as minhas lembranças, eu vejo que realmente o meu pai tinha um tratamento diferente comigo do que tinha com os meus irmãos, mas eu nunca levei isso muito em consideração, porque, graças a Deus, eu sou uma pessoa muito bem resolvida, eu sou muito bem tranquila em relação a mim mesma.

Desde muito cedo, o meu interesse era pelo gênero feminino e não pelo gênero masculino. Eu sabia que eu não pertencia àquele mundo. Então, toda a minha família lidou muito bem com isso, só que ninguém quer na verdade acreditar que aquilo ali é realmente aquilo ali. Quando eu era criança, no sentido figurado, alegórico, tudo era muito bonito, mas, quando a gente descobre, para eles é aquele choque. A minha tia dizia: “Como que você sabe? Você nunca experimentou. Você não sabe como que é isso. Isso é uma fase. Isso vai passar.” Daí eu comecei a ter umas amizades gays e a minha tia falava: “Não, mas não é isso. É porque você tem essas influências.” E minha mãe falou: “Meu filho, mas é isso que você quer?” Eu falava: “É mãe. Eu sou assim. Vocês vão ter que aceitar. É o meu jeito, não tem como mudar.” E minha mãe: “Não meu filho, eu não te recrimino.” E meu pai ficou naquele impasse; para ele, foi um choque muito grande, porque eu me declarei logo no Dia dos Pais, mas, não foi me declarar, porque, assim, os meus irmãos já ficavam falando para o meu pai: “Ah, porque ele tem um jeito diferente. Porque ele anda com fulano, ando com sicrano.” Aí meu pai falava: “Ah, deixa isso pra lá. Eu não quero saber disso.” Então, na minha concepção, o meu pai já sabia. Só que, para ele, foi um grande choque; acho que até hoje isso foi um grande trauma para ele.

Nessa época, eu tinha 13 anos e foi aquela coisa, aquele impasse. Só que eu nunca me vi como menino. Mas aí já era outra história. Eu não tinha contato com esse mundo travesti, com esse mundo transexual. Eu não sabia o que era. Eu sabia que, na minha

cabeça, eu queria ser mulher, porque não entrava na minha cabeça a minha imagem, eu masculino, tendo um relacionamento com outro homem. Eu achava que, para ter um equilíbrio visual, pelo menos teria que ter uma figura feminina e uma figura masculina. Eu lembro que a primeira transexual que eu vi na minha vida foi a Roberta Close, numa reportagem do Fantástico, anos atrás. Eu era criança, não tinha nem me revelado para os meus pais, mas eu fiquei com aquilo impresso na mente. Só que aí a gente não controla os instintos. Eu queria porque queria ser mulher. Então, eu comecei a ver os travestis da minha cidade, do meu bairro. Eu comecei a ter contato e saber o que tomar e como funcionava o silicone.

Nessa época, eu estudava; sempre gostei de estudar, mas acabei optando pela prostituição, por opção ou por falta de opção ou por um erro de raciocínio na época. Então, aos 13 anos, eu falei para os meus pais que eu era gay e, com 14 anos, eu já comecei a pôr roupas de mulheres e tive a minha primeira experiência sexual. Com 15 anos, eu já me assumi realmente como transexual e comecei a trabalhar na rua, comecei a fazer prostituição. Só que eu sempre pensei, naquela utopia: “Vou trabalhar, juntar um dinheiro, ajudar a minha família e vou ter um negócio.” Eu nunca gostei de me prostituir. É uma coisa que eu não gosto, não sinto prazer nisso.

Eu comecei a trabalhar na rua porque eu pensei: “Se eu continuar estudando, pode ser que eu tenha a possibilidade de me formar. Eu posso ter a oportunidade de aprender, de ter uma formação acadêmica, de ter uma boa formação de escolaridade, mas pode ser que ninguém me abra as portas por eu ser transexual. E aí? Então, eu vou optar pelo que está mais acessível. Vou apelar para a prostituição, dali eu tiro uma fonte de renda, consigo me estabilizar.” Isso porque as travestis e transexuais têm todo um processo, que envolve estética e tudo mais, que não é barato. É complicado você nascer um homem e se transformar em uma mulher bonita. Custa caro. Então, eu trabalhei muitos anos no Rio, na

rua, em anúncio de jornal, internet, até que, com 18 anos, surgiu a oportunidade de viajar para a Itália. Eu fui, cheia de sonhos, cheia de planos, mas faltando planejamento, porque na época eu pensava assim: “Eu cheguei aqui, se eu ganhar tantos euros por dia, eu vou juntar tantos euros em tanto tempo. Vai dar para eu comprar isso, comprar aquilo. Em um ano eu vou tá no Brasil.” Só que eu gosto muito de aprender, gosto muito de tudo que é novo. Então, eu acabei me encantando, eu conheci muitos lugares lindos, muita gente diferente, e aprendi a falar, escrever e ler em italiano. Tudo lá era muito acessível. Então, eu ganhava dinheiro, mas também gastava. Vivia uma vida boa, confortável.

Foram três anos e sete meses que valeram muito a pena, porém eu fiquei longe da minha família, chorei, sofri, entrei em depressão diversas vezes, porque eu não gosto da prostituição, é uma coisa que me traz muita angústia, me deixa com a autoestima muito baixa. Aqui, pelo menos, quando eu estou no Brasil, a minha rotina é casa-trabalho, trabalho-casa. Algumas vezes, eu tenho momentos de lazer, mas sempre pensando: “Ai meu Deus, tenho que trabalhar, porque tal isso, a conta aquilo. Vou gastar hoje, mas tenho que colocar no lugar, tenho que repor, porque eu tenho que ter uma vida financeira.” Eu não trabalho registrada, então sempre tem que ter um dinheiro guardado para uma eventualidade. Mas, quando eu não quero mais, que eu não aguento mais, eu pego um ônibus, pego um avião, e vou para a casa da minha mãe. Fico uma semana, duas, descanso. Vou para a rua se quiser. Trabalho se quiser, se não quiser não trabalho. Só que, na Itália, eu não tinha isso. Lá eu era obrigada a trabalhar. Daí eu voltei para o Rio em janeiro de 2007, revi toda a minha família, matei toda aquela saudade e tentei voltar para a Itália de novo, em maio, mas não consegui entrar porque me barraram na Suíça. Aí eu comecei naquela coisinha, naquela luta diária, acho que durante um ano mais ou menos. Daí fui morar com uma amiga em Copacabana e foi uma melhora mais ou menos. Uma amiga dela que tinha um contato no interior de São Paulo, em Sorocaba, falou para mim dessa cidade.

Então, eu fui, me acostumei, gostei, fiquei lá seis meses. Minha casinha era maravilhosa. Mas, depois de um tempo, você começa a ficar desgastada no lugar e começa a ganhar cada vez menos, então eu vim para Curitiba. Todas as meninas falaram que aqui era maravilhoso.

Larguei as minhas coisas lá, com contrato de aluguel para vencer. Cheguei aqui, não era nada daquelas flores que elas diziam. Sofri um bocado, porque eu esperava uma coisa, financeiramente falando, e foi bem aquém daquilo que eu imaginava. Mas me envolvi com um cara, uma pessoa. Aí eu criei toda uma expectativa em cima daquilo. Fui a Sorocaba, resolvi toda a minha vida, larguei toda a minha vida lá. Vendi todos os meus móveis, larguei a minha casa e vim para cá, na cara e na coragem. Quando eu cheguei aqui, as coisas foram se encaminhando. Eu mudei de local de trabalho, foi melhorando financeiramente. Eu morava em casa de pensionato, com várias meninas, mas aquele lugar não era para mim. Eu gosto de ter a minha casa, de ter o meu canto, e o estilo de vida que elas tinham, de bebedeira, de drogas, de chegar de madrugada e de farra, não era para mim. Daí eu arrumei uma casinha. Morava eu e minha amiga de Franca. Fiquei morando aqui e fui gostando. Encontrei outra pessoa, um rapaz, na casa de uma amiga. A gente começou a se relacionar; joguei de novo tudo para o alto e fui morar com ele. Mas têm muitas coisas que eu vejo que eu não aceito nele e também tinha a questão de que ele também fazia programa e eu não gostava, não aceitava. Só que aí a gente tem aquele afeto. Brigamos e nos separamos algumas vezes, até que, graças ao bom Deus, ele parou de fazer programa e hoje trabalha de pedreiro. Agora ele está trabalhando direitinho, vai trabalhar na obra.

Idealizo... Pretendo muita coisa na minha vida, se Deus quiser. Quero concluir os meus estudos, quero ter um emprego digno. Eu quero ter uma coisa própria. Eu gosto muito de trabalhar com comida, com essa parte de culinária, eu sempre gostei. Então, eu

tenho vontade de fazer um curso de confeitaria. Eu até tenho projeto de abrir um negócio de entrega de comida, de entrega de marmitex, essas coisas. Ainda estou idealizando, eu estou lutando para isso.

Tenho vontade de fazer a cirurgia de mudança de sexo não por ninguém, não por estar com ele ou não, ou porque a sociedade acha que é bonito ou feio ter ou não ter órgão masculino ou feminino, mas é porque eu não gosto, eu não me sinto bem. Acho que é uma coisa que não combina comigo. Não tem nada a ver com o meu modo de pensar, com o meu estilo de vida. Isso até atrapalha muito a minha sexualidade. Eu acho que estou me tornando uma pessoa assexuada, porque perdi o prazer pelo sexo. Não sei se é porque, desde a minha adolescência, desde os meus 15 anos, eu tive a minha energia sexual explorada muito na prostituição. Eu sempre fui para a cama com homens com quem não sentia nada, só pelo dinheiro. Então hoje em dia, para mim, parece que vejo o sexo como um fardo, como uma coisa suja, uma coisa pesada. Quando a gente está lá na rua e um homem procura uma transexual, uma travesti, ele, na maioria das vezes, quer ser passivo, quer que a gente seja o ativo. Isso me incomoda muito. Saber que um homem vai ali e ele não vê tudo isso que eu sou, minha beleza por fora; ele só vê aquele órgão ali. Então, isso, para mim, já traz certo asco de mim mesma. Daí eu tenho vontade de operar, tenho vontade de mudar essa vida, toda essa história. Graças a Deus que, com o meu parceiro, eu ainda sinto prazer, sinto vontade.

Tem gente que fala: “Ah, elas se prostituem porque elas gostam, porque elas gostam de homem.” Claro, existe uma coisa que, quando você não está se relacionando com alguém, você junta o útil ao agradável. Às vezes, vem um carinha bonitinho, é até agradável, mas, outras vezes, é um cara feio, um cara com quem você não está sentindo nada e tem que fazer de conta que está gostando, porque ele está pagando. É bem complicado.

Em relação à religião, eu gosto muito da doutrina espírita; acho que tem tudo a ver comigo. É o que eu respondo quando as pessoas me perguntam. Mas eu não tenho preconceito com nenhuma religião, inclusive, a minha sogra é evangélica, só que ela não tem preconceito nenhum por eu ser transex e ser casada com o filho dela. Ela fala: “Eu vejo em você um ser humano, Deus sabe das coisas, não cabe a mim julgar ninguém. Se você nasceu assim, Deus sabe por que tem que ser.” Eu vou com ela para a igreja normalmente; não tenho vergonha de ir para a igreja. Vou, oro, louvo, canto, rezo. Eu não vou ali buscar a religião, mas sim buscar o que o pastor está dizendo; vou ali absorver a palavra de Deus, orar, mostrar a Deus todas as minhas angústias, minhas preocupações. Eu não me vejo como uma criatura do Diabo, porque eu não acredito que um ser tão poderoso quanto Deus seria capaz de criar um ser ruim.

Sobre a diferença entre travesti e transexual, esses dias uma amiga e o marido estavam debatendo: “Ah, porque não sei o quê. Porque eu sou travesti, eu sou isso e sou aquilo.” Mas aí ele falou: “Mas é um paradigma engraçado, porque você uma hora fala que é travesti, daqui a pouco você tá falando que é mulher. Mas eu digo que eu vejo você como mulher e você não aceita. Então você, na verdade, não sabe o que quer ser.” Eu acho que antigamente era: transexual é aquela pessoa que tem nojo do sexo masculino, que se sente uma mulher presa num corpo de homem. Mas eu acho que o que define a postura de uma transexual e de uma travesti é o modo de encarar a vida, porque uma transexual faz de tudo para se adequar ao que é uma mulher, ela faz de tudo para que as pessoas não percebam que ela é um homem. Como eu. Eu tenho aquele pavor de que as pessoas vejam que eu sou homem. Já a travesti não se incomoda com isso. Pelo contrário, a visão da travesti é chocar. A travesti gosta de tudo exagerado. A travesti quer mostrar um peitão. A travesti quer um decotão, um corpão, um nariz pequenininho, ela quer uma coisa que fuja. A travesti gosta de caricaturar a figura da mulher, porque quer ser uma mulher ao

extremo do exagero. Já a transexual é diferente. A transexual quer ser uma mulher normal, quer a todo custo que as pessoas a olhem e vejam uma mulher, porque ela tem horror que fique qualquer resquício masculino ali. Já a travesti não se incomoda com isso. A travesti não se incomoda de ter voz grossa. A travesti não se incomoda de ter trejeito. A travesti não se incomoda de andar com peitão escandalizando ou com corpão. Elas não estão nem aí. Para mim, a diferença da travesti para a transexual é essa. Eu acho que a travesti é a figura caricaturada da mulher, porque a travesti não quer ser igual a uma mulher, diferente da transexual. A transexual quer se aproximar ao máximo do que é ser uma mulher. Uma mulher com toda a sua simplicidade. Já a travesti não. A travesti quer ser além do que a mulher é.

5.1.7 CARLA

Sou Carla Amaral, tenho 38 anos e hoje sou juridicamente reconhecida com esse nome e como do gênero feminino, apesar de ter nascido biologicamente do sexo masculino. Por uma ação judicial, há seis anos, eu tenho reconhecida em meus documentos e registros a identidade feminina que sempre busquei e sempre me reconheci.

A minha história começa dos 11 para os 12 anos, a percepção sobre a minha identidade. As minhas lembranças de infância começam a partir dos cinco anos, quando o meu grupo de identificação e de brincadeiras sempre foi com as meninas. Se dos cinco anos eu já tenho essas memórias, então com certeza a minha identidade veio desde que eu fui gerada. Percebo que a minha identificação sempre foi dentro desse gênero e para mim, nessa fase, era algo natural. Na escola, eu era muito tolhida em relação a todas essas

coisas, que acabava fazendo nesses grupos em que ficava inserida. Eu sempre ouvia que menino não podia fazer isso, que eu não poderia estar com esse grupo de pessoas e todas essas questões. Era muito engraçado que, no momento que era repreendida, eu parava de pertencer àquele grupo, mas ficava esperando o momento de retomar. Era muito triste, porque eu deixava de pertencer a esse grupo naquele momento que eu era reprimida, mas vivia num mundo só meu. Não buscava o outro grupo que as pessoas mandavam eu me inserir, a que diziam que eu pertencia por ter nascido biologicamente daquele sexo. Eu acabava me isolando e ficava sozinha esperando o momento de a poeira baixar e me inserir novamente naquilo que para mim era natural.

Dos 11 para os 12 anos, muito precocemente, essas questões começaram a ficar mais claras e essa questão da sexualidade mesmo veio para mim. As pessoas me diziam que eu era uma coisa, eu me sentia outra e não entendia muito bem. Sabia que menina tinha periquita, menino tinha pipi e eu já tinha consciência desse meu biológico, dessa minha questão anatômica naquele momento, mas era algo que não me fazia diferente do que eu sentia. Meu sentimento sempre foi muito maior do que o sexo que eu carregava naquele momento e eu não tinha muito aprofundamento. Eu não dizia: “Ai, esse meu sexo não é meu.” Essas coisas eu não tinha na minha cabeça até essa fase dos 11 para 12 anos. Eu criei uma imagem na minha mente e a enxergava; e era assim que me via no futuro. Gosto muito de falar disso; o meu ser foi muito desenvolvido pelo meu sentimento de querer e de me ver. Então essa imagem, que eu tenho como uma fotografia nessa fase da minha vida, se criou na minha mente e até hoje eu busco alcançar, em todos os detalhes. Várias coisas passaram, porque eu não sabia como se daria isso, porque eu já tinha consciência de que tinha nascido de um jeito e de que, naturalmente, não conseguiria me desenvolver como tinha idealizado; eu teria que buscar os recursos que existiam e que viriam a existir para realmente alcançar esse ideal.

Aos 11 anos, tive o meu primeiro contato com a questão da transexualidade. Foi na biblioteca da escola. Eu estava folheando uma revista da Manchete e vi a imagem da Roberta Close; ela acabou se tornando a minha ídola. Eu me lembro do título da matéria até hoje: “A mulher mais bonita do Brasil é homem.” As pessoas diziam que eu era homem, não mulher. Então é aquela coisa da identificação mesmo. Este foi o meu primeiro contato realmente com essa questão da transexualidade e da possibilidade de futuramente conseguir ser aquela pessoa que idealizei.

Eu morava nessa época em Ponta Grossa, onde se deu esse primeiro passo, e depois eu fui morar em União da Vitória. Eu tinha um ideal de construção, os meus desejos, pouca informação; me diziam que eu era uma coisa e eu não levava muito a sério, porque o meu desejo sempre foi muito maior. Tive o primeiro contato com uma figura masculina, um homem muito mais velho do que eu, e dali para frente tudo começou. Novamente a minha história deu continuidade naturalmente. Eu ia descobrindo essas coisas, mas me sentia muito despreparada. Eu morava no interior. Sou de uma família de quatro irmãos, mais pai e mãe. Então, nós éramos em seis na minha casa. Eu vim de uma família muito conservadora, na qual, quando se falava de homossexualidade, ouvia muito que essas pessoas deveriam ser exterminadas, e eu não tinha nenhuma informação. As únicas informações que tinha eram de uma matéria de revista (reportagem sobre a Roberta Close) e de um canal de televisão que passava, de um programa chamado Comando da Madrugada, que tinha o apresentador Goulart de Andrade²². Para mim, são coisas marcantes e que realmente lembro. Isso eu tinha 11 anos, 12 anos. Eram os meios que eu tinha informação, porque eu não tinha informação. A minha única referência de mulher era a minha mãe e de homem, o meu pai. Então, nunca tive um ensinamento sobre sexualidade, sobre qualquer questão dentro da minha casa. Quando tudo isso despertou

²² No *link* a seguir, é possível ver um dos programas do Comando da Madrugada que tratava sobre a vida das travestis: <<http://www.youtube.com/watch?v=NkoHPQib2Ro>>.

em mim, tive que buscar sozinha essas informações. Então, a minha primeira informação foi dentro de uma revista, em 1983, e depois esse canal de TV, que passava esse programa e tinha esse apresentador Goulart de Andrade, que buscava as travestis do Brasil dentro do seu contexto, a sua vida durante o dia, o seu trabalho, como elas se construía; este foi o primeiro contato que eu tive para saber como a Carla conseguiria alcançar aquele ideal que tinha. Nessa fase, também se deu a primeira construção da Carla. A primeira construção não, a primeira saída da Carla enquanto Carla. A minha mãe tinha uma bolsa, superantiga, toda bordada com miçangas marrons e beges, que formavam uma margarida em uma das partes, e lá ela guardava toda a maquiagem dela. Eu sempre tinha a oportunidade de pegar essa bolsinha escondida; me trancava no banheiro, me maquiava e ali eu ficava me admirando. Esse era o momento da Carla enquanto utilização de acessórios femininos; era o único momento e espaço que eu tinha, sem ser criticada, de realização mesmo.

Depois, com essas referências que eu tinha, de revista, programa de TV, comecei a sentir a necessidade de que as pessoas tinham que me ver. Então, de 12 para 13 anos, esperei os meus pais dormirem e fui engatinhando, entrei no quarto deles. A minha mãe tinha uma cômoda onde ela guardava essa maquiagem dentro de uma gaveta; eu abri bem devagarzinho, peguei a bolsinha e fui ao banheiro para me maquiar. Antes disso, eu já tinha separado uma sandália de salto que ela tinha; fui para o banheiro e me maquiei, arrepiei com a escova o meu cabelo para dar a impressão de ser maior, coloquei aquela sandália, com uma calça jeans, uma camiseta e uma jaqueta de couro por cima, e fiquei na porta da minha casa – isso era umas três horas da manhã. Morava em frente a uma danceteria, estava uma muvuca de gente, e eu falei: “É aqui que as pessoas vão me ver a primeira vez.” Saí do portão para fora e dei a volta na quadra de madrugada. Eu dei a volta na quadra e não tinha mais ninguém na rua, mas saí e foi o meu primeiro momento de sair

realmente como Carla. Se alguém me viu, não sei, mas tive a satisfação de escutar o barulho do salto que eu estava e andar me achando a poderosa, a mulher conquistando o mundo. Dei aquela volta na quadra de madrugada, voltei para casa, tirei tudo, lavei o meu rosto e fui dormir. Essa foi a primeira vez que a Carla saiu enquanto identidade.

Na infância, eu não tive muitos problemas; era muito natural da minha parte e eu sempre fui muito bem acolhida no grupo de meninas. Mas, na quarta série, foi a primeira vez que alguém me chamou de veado, justamente por essa questão, por eu estar sempre no meio das meninas. Eu lembro que fiquei muito chateada, porque não era o que eu sentia. Eu não tinha muita consciência, mas sabia que não era aquilo que ela estava dizendo. Depois, já na adolescência, eu tive outro problema na escola, com outro menino; ele achava que eu era muito próxima de uma amiga minha pela qual era apaixonado. De qualquer maneira, a minha mãe era chamada muito na escola justamente por essa minha condição de estar sempre no meio das meninas. Ela era chamada semanalmente na escola e daí eu chegava em casa e ela me reprimia. Eu ouvia a minha mãe me reprimir, no outro dia ia para a escola e, durante três, quatro dias, uma semana, não brincava mais com as meninas. Só que aí, em vez de sair para o recreio para brincar com os meninos, que era com quem diziam que eu tinha que brincar, ficava dentro da sala de aula, até o momento que sentia que a poeira tinha baixado e ia lá de novo.

Eu fiz até o segundo ano do ensino médio, mas nessa fase fiz o primário normal, aí comecei o ginásio e terminei até a oitava série, que foi quando se deu toda a fase da minha transformação.

Até a oitava série, eu morei no interior. Eu sou curitibana, saí daqui aos três anos e voltei dos 14 para os 15 anos. Então, dez anos depois, voltei a Curitiba. Eu torcia para que isso acontecesse, porque, na minha cabeça, entendia que Curitiba era capital, uma cidade evoluída, e que eu teria todas as possibilidades de chutar o pau da barraca e ninguém iria

me segurar mais. Então, quando vim para cá, aos 14 anos, terminei a oitava série aqui, porque eu vim no meio do ano. Logo que cheguei, já fui em busca de vários recursos para saber como a Carla iria transformar todo o seu corpo, o seu exterior, porque de interior ela não tinha que mudar nada; ela já era construída, só iria amadurecer. Deixei o cabelo crescer, pintava a unha, já tinha comprado coisas de menina e comecei a ter essa dificuldade na escola. A cabeça das pessoas era muito fechada. Então, quando a Carla começou a mostrar toda essa transformação, era apontada e eu não aguentei. Eu tomei a decisão de que, para fazer todas as mudanças que queria, teria que escolher naquele momento. Foi uma análise minha de que, para conseguir fazer isso, teria que abrir mão de algumas coisas. E foi o que eu fiz. Parei de estudar, porque era apontada na escola; as pessoas que estudavam comigo me criticavam demais; eu sofria muita risadinha. Então, de que adiantaria eu continuar tentando estudar se não tinha condições de conseguir trabalhar essas questões de preconceito dentro da minha cabeça. Eu parei de estudar e comecei a buscar a Carla.

Para a minha família, foi um momento muito difícil, porque eles tapavam o sol com a peneira. Mesmo me vendo nesse processo, eles faziam de conta que não viam. As pessoas negavam isso, talvez por preconceito, porque era muito mais fácil dizer que não estava acontecendo nada; até porque eles sabiam que eu ia começar a exigir respeito à minha identidade. E foi o que aconteceu. Quando comecei a exigir isso, as pessoas se rebelaram e, mais uma vez, eu tive que fazer escolhas. No contexto de família, que é pai, mãe e irmãos, no qual eu vivia, foi uma luta diária para que eu conseguisse conquistá-los e mostrar quem era a Carla e que não era diferente de meus irmãos nem daquilo que eles pensavam para mim. Nessa fase, não tinha mais o que esconder e eu não conseguia falar para eles nada; então, eu escrevi. Quando eu já tinha adotado o nome Carla, nessa fase, eu lembro que, para gritar para a minha família, para eles saberem que aquele filho que eles

tinham, que tinham registrado, que reconheciam por um nome, já não era mais aquele filho e já estava gritando para outras coisas, eu escrevia nas paredes, nos muros. Eu pegava carvão, tijolo e ia escrevendo Carla bem grande. Minha mãe ficava enlouquecida. Nessa fase da minha vida, não teve mais como segurar esse meu desejo. Quando a pessoa tem essa questão da identidade de gênero dentro de si, em algum momento da sua vida, isso é muito mais forte do que qualquer coisa. Ela vai vir à tona.

Eu sei que deu um reboião na minha casa. A minha mãe achou todas as minhas coisas e, quando se deparou com sapato de salto, roupas femininas, maquiagem, brinco, eu acho que foi um choque para ela. Ela tacou fogo em tudo. Daí chamou o meu pai, os dois começaram a falar sobre isso e me chamaram. Foi uma discussão muito ruim, porque a minha mãe queria cortar o meu cabelo na força. Meu pai dizia que filho dele não usaria saia nem sapato de salto, que filho dele tinha que ser macho. E eu estava desconstruindo todos esses conceitos que eles tinham de ter um filho biologicamente do sexo masculino e seguir todos os caminhos tradicionais desse sexo. Essa foi a nossa única conversa durante a vida toda. Só que foi muito duro. Os meus pais me trancaram no quarto e o meu pai me segurava com os braços para trás para a minha mãe cortar o meu cabelo. Eu lembro que eu gritava muito, gritava muito para eles me soltarem. Dizia que queria morrer. Lembro que a única imposição da nossa conversa final desse dia foi que meu pai disse: “Amanhã você vai num lugar, vai cortar esse cabelo e vai viver como eu quero. Primeiro porque você é menor, você depende de mim, você está na minha casa, você come da minha comida, você veste a roupa que eu te dou. Então, você depende de mim e você é menor. Se você não quiser, eu te coloco no colégio interno e você fica lá até os 18 anos; depois, dali para frente, você escolhe o que você quer fazer da tua vida. Se você quer ser isso na tua vida, você pode até ser, só que depois você esquece que você tem família.” Foi o ponto final da nossa conversa, nessa época, e aí eu entro com a história do destino. Ele me proporcionou

a possibilidade de conseguir mostrar para a minha família que, independente da minha condição, eu tinha a mesma capacidade do meu pai, da minha mãe, dos meus irmãos e outras pessoas. Eu consegui um emprego e meu pai perdeu o emprego. O meu pai era o arreio de família. Inverteu a situação dentro de casa. Durante alguns meses, quem trazia alimentação para dentro de casa era a Carla, que não era respeitada nessa época por esse nome. Então, eu meio que me tornei arreio de família e, depois dessa última vez que eu cortei o cabelo, prometi para mim mesma que seria a última vez. Tanto que até hoje eu tenho trauma de cortar cabelo. Tenho trauma.

Daí para frente foi. Eu comecei a trabalhar e trazia as coisas para dentro da casa dos meus pais, ajudava e as coisas começaram a acontecer. O meu cabelo começou a crescer e a Carla foi lá e comprou tudo o que a mamãe tinha botado fogo. Comecei a buscar amizades que pudessem me dar mais informações sobre como eu realmente conseguiria fazer toda a minha construção. Assim, eu conheci várias pessoas e comecei a tomar os hormônios. Para mim, era a minha realização mesmo, o encontro comigo mesma, de eu poder me olhar e dizer: “As coisas estão acontecendo.” Foi nessa fase da minha adolescência que eu realmente parei de estudar, foi logo que eu vim morar em Curitiba, e passei por essas questões de preconceito. Parei de estudar e só me dedicava ao trabalho, porque daí eu tinha o meu trabalho e, quando saí desse trabalho, consegui outro e assim foi durante essa fase da minha vida, até os 21 anos. Eu fiquei dentro da casa dos meus pais até essa idade. As pessoas já me conheciam fora da minha casa como Carla; eu já tinha conquistado a minha identidade, as pessoas já me reconheciam. Então, como eu tinha um bom emprego na época, comecei a adquirir as minhas coisas e, quando já tinha tudo o que eu tinha dentro da casa dos meus pais, busquei um lugar para mim e saí. Mais uma vez, prometi que não voltaria mais, pela questão de eles não me respeitarem. Então, eu achava que saindo de casa isso mudaria e que iria pela minha

independência conquistar isso. Mais uma vez foi uma luta, foi uma luta, porque era muito difícil. Daí para frente, eu me tornei independente, trabalhei, namorei, conheci muitas pessoas, vivi muitas coisas, mas a questão da minha identidade ainda era muito difícil dentro da minha casa.

Depois que saí de casa, tentei voltar pelas questões da vida, por obrigação... Me obriguei a voltar para a casa dos meus pais duas vezes. Na primeira vez, os meus pais ainda não eram separados, viviam juntos, mas durou um mês a minha volta para casa e saí novamente; depois de alguns anos, precisei voltar novamente. Nessa última vez, os meus pais já eram separados; vivi com a minha mãe acho que uns dois anos e mais uma vez não deu certo, porque eles não entendiam a minha condição e eu exigia deles respeito, porque eu os respeitava, mas na cabeça deles a minha condição era desrespeito. Foi uma luta muito grande, mas pouco a pouco eu consegui. Hoje, tenho respeito total dessas pessoas que considero minha família e valeu toda a minha espera e luta em relação a isso.

Para mim, transexual sou eu, a Carla, uma mulher que construiu a sua vida em cima do seu desejo, tendo a certeza de ser mulher, feminina, feminista, quer dizer, feminista não sei. A travesti, para mim, é o sujeito que constrói a sua identidade para a realização de um desejo de ser o oposto ao seu nascimento, sem ter a preocupação de ser homem ou mulher, e sim do reconhecimento de a sua identidade ser travesti. As pessoas transexuais não; elas não fogem do que é culturalmente determinado para ser homem, ser mulher, papéis sociais. A gente busca se encaixar dentro dessas questões. Não que, obrigatoriamente, eu tenho que ser a mulherzinha ou tenho que ser o homenzinho, mas essa cultura de dizer: “Isso é homem, isso é mulher.” A gente vem para desconstruir tudo isso, porque a gente assume esses papéis dentro da nossa diversidade. A Carla, por exemplo, não é a mulherzinha culturalmente determinada por nossa sociedade, que é a

fragilzinha, a dependente do homem, a submissa a tudo. Não! A Carla é uma mulher, que se define sim como mulher, tem os seus desejos, mas levanta a cabeça e enfrenta os homens, enfrenta o mundo, troca chuveiro, faz calçada se precisar, quebra pedra, e sem medo que essas coisas que fogem do culturalmente feminino digam que ela não é mulher ou a tornem menos mulher.

5.2 CENAS DE (NÃO) ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E À SAÚDE INTEGRAL: AS MULHERES TRANS EM CENA

Estou doente, e agora? Para a maioria das pessoas, essa pergunta está relacionada ao fato de ter que ir ao médico, enfrentar filas nas Unidades de Saúde para ser atendida etc., mas, para as mulheres trans, além desses pensamentos, há outros, como: será que o(a) profissional que irá me atender vai me chamar pelo meu nome social? Será que serei bem tratada? Será que serei acolhida pelos(as) profissionais de saúde? Será que o(a) médico(a) irá me examinar como deve fazer? Será que as pessoas que estão aguardando para serem atendidas ficarão me olhando com estranhamento? Será que vão achar que eu tenho alguma DST ou Aids por estar procurando o serviço de saúde? Questionamentos como estes fazem parte da vivência de muitas mulheres trans, que, como as aqui entrevistadas, passaram por situações concretas de discriminação nos espaços de saúde.

O constrangimento começava no momento de chegada ao serviço, na recepção. Tratava-se do primeiro momento, o momento em que era solicitado o “nome”. Porém o nome que constava no RG pertencia a uma pessoa do gênero masculino. A imagem feminina da pessoa que estava diante do(a) atendente não correspondia ao nome comumente destinado ao gênero masculino. Nesse instante, as mulheres trans solicitavam

que fosse colocado o seu nome social, aquele que condizia com a sua identidade; aquele pelo qual ela gostava de ser chamada; aquele com o qual ela se identificava e as pessoas a identificavam, mas, comumente, essa solicitação não era atendida.

[...] a pessoa simplesmente pegou e falou: 'Me dá os seus documentos.' Daí pegou os meus documentos, olhou e falou: 'Esse documento é do Fulano de Tal, do gênero masculino.' Daí eu falei: 'Sim, sou eu.' Daí a pessoa: 'Não, não é você.' Eu falei: 'Sou eu. Como que você quer que eu te prove? Você não quer que eu tire a minha roupa aqui.' Eu já não tava me sentindo bem, então eu não tava num nível de estresse tão bom. E a pessoa pra me constranger pegou e falou assim: 'Então tá Beltrano.' Em alto e bom som pra todo mundo olhar. 'Você se dirija pra aquela sala.' Quando falou o nome Beltrano, todos que estavam na recepção olharam e as pessoas que estavam do lado também. (Luciana).

As mulheres trans entrevistadas sabiam que possuíam o direito de reivindicar e utilizar o seu nome social nos serviços de saúde, mesmo quando os(as) profissionais diziam que não existia nenhuma legislação ou política que permitisse a inclusão do nome social. *Ela falou: 'Não, não tem nenhuma lei que aprove. Então não dá pra colocar. Então só dá pra ser chamada por esse nome mesmo.'* (Letícia). Porém, algumas preferiam não exigir ou brigar por esse direito, para não reafirmar o pensamento da maioria da sociedade de que travesti e transexual gosta de dar escândalo, chamar a atenção, e acabavam se silenciando diante dessa situação para aguardar o atendimento médico.

'Eu não posso fazer isso. Eu tenho que chamar você pelo seu nome.' Aí eu, vou ser bem sincera, eu não... eu sei que eu tenho que exigir mais os meus direitos, mas eu não vou criar uma situação, uma briga. 'É isso aqui e pá e vamo.' Eu não. Então fazer o quê? Poderia pegar a caneca e vamo quebrar essa porcaria daqui, porque é um direito meu e isso e aquilo. Mas eu também quero mostrar pra ela quem eu sou. Não vai dar, então tudo bem. (Verônica).

Mas muitas, ao se depararem com essa situação, brigavam, exigiam seus direitos e, diante da não inclusão de seu nome social, iam embora sem receber atendimento.

Passei a noite com muita dor e, na parte da manhã, eu consegui falar com a minha mãe; ela ligou pro meu pai e ele com automóvel foi lá e me pegou e me levou em uma unidade 24 horas. Chegando lá, a unidade cheiíssima e eu com muita dor e eu fui fazer o cadastro. E naquela época eu implorava pras pessoas me chamarem por Carla, porque o meu documento tinha outro nome e eu me apresentava como outra pessoa, como outra figura. E as pessoas riam da cara da gente. Eu com muita dor, eu ali, completamente entregue à dor que eu estava, ao sofrimento que eu tava tendo e tinha tido e as pessoas riam da minha cara. Diziam que eu não podia, que tinha que colocar o nome que tava no RG. Eu dizia: 'Mas eu entendo a questão burocrática, mas eu também sei que quando o profissional for me chamar eu não quero que ele me chame por esse nome, pra que eu não passe mais constrangimento, mais dor do que eu já estou sentindo.' 'Não pode, não pode, não pode.' Eu lembro que eu discuti com a atendente naquela unidade de saúde, comecei a chutar o balcão e eu morrendo de dor. Fiquei enlouquecida e comecei a chutar o balcão e abandonei tudo e fui embora. Não esperei pra ser atendida. Não esperei. (Carla).

A recusa do(a) profissional de saúde em colocar o nome social no cadastro e tratar a mulher trans por esse nome a expõe a uma situação humilhante e a impede de ter acesso a um de seus direitos enquanto cidadã. Há uma exclusão desta já na porta de entrada desses espaços de saúde. Parece não ser possível conviver com o que é “diferente”, com o que “desvia” da norma. O “diferente” parece desestabilizar o que é naturalizado, ou seja, a relação entre sexo biológico e gênero. Afinal, “como poderíamos nos encontrar com a diferença que coloca nossas redes de inteligibilidade em questão sem tentar eliminar ou fechar de antemão o desafio que comporta essa diferença?” (BUTLER, 2001b, p. 20).

Havia, entretanto, profissionais que atendiam à solicitação das mulheres trans que buscavam o serviço e colocavam, então, o seu nome social no cadastro, entretanto estas esbarravam em outras barreiras, como, por exemplo, o painel eletrônico de chamada para a avaliação e consulta. Em Curitiba, os(as) usuários(as) de uma UBS ou Unidade de Saúde 24h são chamados(as), em sua maioria, por meio de um painel que fica em uma parede visível a todos(as) que estão na sala de espera (Figura 1). Quando chega a vez de uma pessoa ser consultada, aparece no painel o nome completo, a sala de atendimento e se é para o primeiro procedimento (avaliação com um(a) profissional de

enfermagem) ou se é para a consulta com um(a) médico(a); além disso, no momento que surge o nome no painel, soa um sinal para que as pessoas ali presentes prestem atenção nesse painel. Então, por mais que tivesse sido colocado o nome social no cadastro ao lado do nome civil, no painel aparecia o nome civil, por duas vezes (para a avaliação e para a consulta). Havia, também, situações em que não tinha o painel eletrônico e o(a) médico(a), ao chamar, utilizava o nome civil e não o social.

O próprio sistema hoje, alguns lugares é prontuário eletrônico, então não tem como você burlar isso, a hora que chamar o seu nome, vai tá lá o nome. (Carla).

Porque existe o campo para o nome civil e o nome social. Tem médico que não lê. Ele vai direto no nome civil. (Jéssica).

Figura 1 – Foto de uma sala de espera típica de uma Unidade de Saúde 24h de Curitiba.

Por conta dessas situações relacionadas ao nome, Luíza, por exemplo, nunca procurou o serviço de saúde, somente quando sofreu um acidente sério, mesmo que ela diretamente não tenha sofrido nenhum tipo de discriminação, mas o fato de ter passado por várias situações de estigmatização e discriminação relacionadas ao não uso de seu nome social pelas pessoas e o de saber que outras mulheres trans, ao procurarem um serviço, tiveram esse direito desrespeitado faziam com que ela nem procurasse um serviço de saúde; com exceção do Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS), que ela procurava para testagem para o HIV.

Apesar de que hoje, nas unidades de saúde, as pessoas te tratam enquanto gênero feminino, acho que eu tenho meio que receio de chegar lá e pá... Eu ouço tanta coisa, apesar de ter isso, têm pessoas que não te tratam enquanto o gênero feminino, mesmo você pedindo encarecidamente, 'por favor', se ajoelhando. Elas se recusam, sabe? Então eu acho que é meio por conta disso. (Luíza).

Por outro lado, algumas mulheres trans precisaram ir ao serviço de saúde por estarem doentes, ou precisaram de laudos para o tratamento hormonal e cirurgia de transgenitalização, e, para evitar esse tipo de constrangimento, foram acompanhadas de um namorado ou amigo, de modo que, quando fossem chamadas pelo nome civil, este se levantasse e fosse com elas até o consultório, evitando, assim, os olhares de estranhamento das pessoas que estavam na sala de espera.

O que muitas às vezes fazem quando acontece isso? Elas vão com amigos, companheiros, porque quando chama o nome de registro, o nome masculino, levanta os dois e vão juntos. Daí ninguém... não passa pelo constrangimento. São algumas estratégias que as pessoas acabam se utilizando pra burlar essa maneira de passar pelo constrangimento. (Carla, falando sobre outras trans).

Aí chegando no HC no dia, eu levei um amigo. Porque eu já sabia que... eu falei: 'Olha, você vai comigo. Até pra eu não ir sozinha, você vai comigo. Você vai comigo porque eu sei que vai dar galho.' [...] Até que o médico me chamou de Fulano de Tal, mas como eu tava com o meu amigo, ele levantou primeiro e eu fui e entrei junto. (Verônica).

Porém, essa estratégia acabava gerando outras situações de constrangimento. Isso porque o(a) médico(a), ao chamar pelo nome civil e diante dele(a) ter uma figura masculina, acabava falando com o namorado/amigo como se este fosse a pessoa que estivesse buscando o atendimento. No momento que o(a) profissional era informado(a) de que não era o “Fulano” e sim a “Fulana” que queria ser atendida, a sua postura mudava. Até então, ele(a) estava sendo acolhedor(a), falando com naturalidade com o suposto “paciente”, mas, ao saber que se tratava de uma mulher trans, a sua abordagem mudava, como se não soubesse o que fazer diante daquela situação, daquele corpo.

[...] ele direcionou ao meu amigo e começou a perguntar pra ele. Aí o meu amigo olhou para mim e eu falei: ‘Não doutor, é comigo. A situação é comigo.’ Aí ele olhou assim: ‘Mas aqui tá...’ Falei: ‘Pois, é. Sou uma mulher transexual. O meu problema é assim, assim e assado.’ E ele ficou todo... mudou totalmente. (Verônica).

Essa falta de “jeito” poderia estar ligada somente ao nome que não corresponde à pessoa que procura um atendimento, a ser pego(a) desprevenido(a), de surpresa, contudo poderia estar relacionada também a um corpo em que coexistem o homem e a mulher, por mais que pertencesse a uma pessoa que também é um sujeito de direito. Em outras palavras, há um pênis em um corpo de mulher, e isso é normal? Foi ensinado a esse(a) profissional na faculdade como lidar com esse corpo? Esse despreparo, aliado à estigmatização, ficou claro quando Carla, que tem em seu RG um nome feminino, procurou um serviço e foi identificada e tratada como mulher, em seu sentido anatômico-fisiológico. Enquanto a médica a identificava como mulher, o seu atendimento transcorreu normalmente, porém, quando foi constatado que se tratava de uma trans, o seu atendimento foi interrompido.

[...] quando eu cheguei lá... devido ao meu registro novo, então assim, se as pessoas acham aquela mulher estranha chegando, não me interessa. [...] E a médica foi me examinar, daí ela chegou, eu me deitei na maca e ela começou a me examinar, me apalpar, aí ela viu que tava inchado, aí ela começou a fazer algumas perguntas, algumas coisas pra ela diagnosticar a princípio antes de fazer qualquer exame. E é muito engraçado que aí ela... uma hora que ela apertou assim na minha parte do púbis onde tava inchado, ela perguntou: 'E você está com a sua menstruação em dia?' [risos] É muito engraçado, porque aí eu acho muito engraçado... eu digo: 'Ou eu tô me superando ou a mulher tá realmente perdida na batatinha e não sabe de nada.' Aí eu disse assim: 'Eu não menstruo.' Aí ela disse: 'Como assim não menstrua?' Eu digo: 'Não, eu sou uma mulher transexual.' E a hora que eu falei isso foi muito visível perceber que ela dali pra frente não saberia mais como me examinar. Ela parou de examinar e pediu que eu fizesse vários exames. (Carla).

Essa situação causa grande desconforto para as mulheres trans, pois é um momento de exposição de seu corpo, de um órgão que, para algumas, traz sofrimento por não corresponder à sua identidade; um órgão que tentam esconder de si mesmas. Há um duplo constrangimento: um causado pela exposição de seu genital e outro pela esquivia, falta de acolhimento do(a) profissional de saúde por conta desse órgão.

[...] para mim já estava sendo constrangedor, porque eu vou ser bem franca, não vamo ser hipócrita. Quando eu tô num quarto com um homem em um programa é diferente a situação. [...] ao contrário de um profissional que eu não tô preparada para tirar a minha roupa e mostrar partes minhas que durante muito tempo da minha vida foi o maior incômodo pra mim. Não que não seja, mas eu trabalhei com isso. Mas eu não trabalhei ao ponto de chegar no médico pegar, olhar, para ver se eu preciso fazer alguma coisa. Era um urologista e eu falei: 'Preciso fazer alguma coisa?' Falei: 'Quero que o senhor olhe pra mim.' Aí ali ele mudou totalmente. (Verônica).

Como lidar com essa situação? Como voltar a um serviço de saúde após passar por uma situação como essa? Muitas mulheres trans não voltavam. Saíam do atendimento com uma dor maior do que a dor inicial que o motivou. Muitas pegavam a receita ou o encaminhamento para o exame e iam embora, e outras nem chegavam a esse ponto, saíam sem encaminhamento e sem medicação. Ainda mais que, em muitas vezes, a não comunicação ou a sua interrupção entre profissional e usuária do serviço

ocorria não somente pela falta de saber como lidar com aquele corpo, mas também por considerar a transexualidade e a travestilidade uma doença que deveria ser tratada; como se a saúde de uma mulher trans se resumisse a um acompanhamento psi, a um tratamento hormonal e à cirurgia de transgenitalização, campos de atenção médica que há maior probabilidade de a educação do(a) profissional de saúde ter abordado, além das DSTs/Aids.

Eu não estava me sentindo bem naquele dia, eu tava com intoxicação alimentar. Eu tinha comido algo rapidamente no centro que não me fez muito bem. [...] O médico por sua vez perguntou o que eu tinha. Eu falei que tinha comido algo que não tinha me feito bem, ele nem me examinou direito, me prescreveu um medicamento e queria me encaminhar pra uma psicóloga. E daí eu perguntei pra ele: 'Por que você quer me encaminhar pra uma psicóloga, sendo que eu estou vindo reclamar de um problema de estômago, algo que não me faz bem?' Daí ele simplesmente me questionou: 'Porque você tá vivendo em um mundo que não é teu. Você não é uma mulher. Então você não tem que se vestir, não tem que se portar, não tem que ser tal qual uma.' (Luciana).

Parece haver uma busca pela “cura” de uma patologia, uma “cura” da transexualidade e da travestilidade, como ocorreu por muitos anos com os homossexuais, em que se buscava a reversão da homossexualidade em heterossexualidade (IOM, 2011). Porém, para esse profissional, não havia nem mesmo a possibilidade da readequação sexual conforme a identidade de gênero, tal como é comumente previsto para as pessoas que são diagnosticadas com o Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), que é um transtorno constante no DSM IV²³ (APA, 2002). Para ele, não havia nenhuma possibilidade de um homem biológico ter a identidade de gênero feminina, ou seja, não existem a transexualidade e a travestilidade. É uma situação que precisa ser tratada, “curada”, pois não faz parte da zona de inteligibilidade

²³ “Os adultos com Transtorno da Identidade de Gênero preocupam-se com seu desejo de viver como um membro do sexo oposto. Esta preocupação pode manifestar-se como um intenso desejo de adotar o papel social do sexo oposto ou adquirir a aparência física do sexo oposto através de manipulação hormonal ou cirúrgica.” (APA, 2002).

de gênero. Isto é, há uma condenação moral e uma inaceitabilidade social, muitas vezes pautadas pelo caráter doentio e/ou inferior em relação à heteronormatividade (RIOS, 2007). Com isso, não há como ver/ouvir qualquer queixa dessa pessoa, dessa mulher trans, pois ela está à margem; ela precisa fazer parte do que é inteligível primeiro, para depois ser vista como um ser humano e, aí sim, ser ouvida e vista em sua totalidade.

A gente precisa de outros atendimentos, com um urologista, até pra transexuais que já são operadas com ginecologista, urologista, não sei qual que é o processo. Mas... ou até mesmo o clínico geral, enfim, outras coisas, porque a questão da saúde, ela é muito ampla e a gente não está inserida em todas elas. (Luíza).

Essa sequência de constrangimentos apresentada pode parecer, à primeira vista, tratar de cenas isoladas, até mesmo caricaturadas, do que as mulheres trans vivenciaram quando buscaram um serviço de saúde, entretanto situações como essas são constantes e fazem parte do cotidiano das mulheres pesquisadas, o que torna até mesmo difícil utilizar, aqui neste texto, os verbos flexionados no tempo passado. Buscar um serviço de saúde para aliviar um sofrimento, uma dor, ou prevenir uma doença e promover a saúde, para a Carla, Luciana, Verônica, Luíza, Letícia, Jéssica e Aline representava um aumento da dor ou, até mesmo, a sua causa. Como discute Lionço (2008), o preconceito, a discriminação e a patologização são determinantes das condições de sofrimento e agravos à saúde dessa população.

A partir daquele momento eu me senti fraca perante a sociedade, perante aquele meio. Porque me constrangeu de tal modo... é um ambiente de saúde, onde você busca melhoria, independente do que for, pro teu organismo, pra tua pessoa, você ser tratada como um lixo ou como mais um número... foi muito chato. (Luciana).

Aliado às questões apresentadas que dificultam o acesso aos serviços de saúde e à saúde integral, tem-se o fato de, socialmente, as mulheres trans estarem diretamente

vinculadas à prostituição e, conseqüentemente, às DSTs/HIV/Aids; então, procurar um serviço de saúde significa ter uma dessas doenças. Diante desse processo de estigmatização, as mulheres trans evitavam até mesmo passar perto de um serviço de saúde.

Falo pra minha amiga: 'Vai lá no Ouvidor Pardinho.' 'Não, eu tenho vergonha. Ah, tenho vergonha de alguém ver eu entrando.' (Letícia).

[...] se uma pessoa trans chega num consultório com dor de dente, com dor no rim, como eu, a primeira coisa que eles pedem é que elas façam o exame de HIV e DSTs. [...] Então as pessoas ligam a transexualidade, a travestilidade, com enfermidades, infelizmente. Então, assim, cada vez que a gente chega eles pedem pra que... acham uma maneira de dizer assim: 'É melhor você fazer todas os exames pra gente...' (Carla).

Só que eu acho que as pessoas já criaram aquele mito... acho que é isso que distancia muito as meninas dos hospitais, das redes públicas de saúde... porque acham que o gay, a travesti e a transexual só procuram a unidade de saúde pra tratar de DST/Aids. Acho que o povo tem ainda muito isso mistificado. Até mesmo os profissionais da saúde pensam dessa forma: 'Ai, se ela entrou aqui, com alguma coisa ela deve tá.' Acho que ainda tem esse preconceito. Esse preconceito ainda existe um pouco sim. (Letícia).

A associação entre DST/HIV/Aids e o segmento de mulheres trans reforça o processo de estigmatização que resulta em discriminação, funcionando como mais um mecanismo de exclusão, de marginalização social.

Diante de todos esses “elementos”, as mulheres trans entrevistadas que tinham condições financeiras procuravam convênios médicos ou pagavam consultas particulares.

A partir daquele momento, eu de certa forma desisti do programa de saúde público, que é o que muitas travestis e transexuais fazem. Porque você pagando algo, você ainda tem o direito a algo mais, parece. (Luciana).

Se eu, por questão de necessidade, preciso ir, eu pago um médico. (Aline).

Eu fui muito humilhada e fui muito discriminada no sistema único de saúde. Das poucas vezes que eu acessei o meu plano de saúde, eu não tive problema. Até porque eu acompanhei uma amiga que precisou usar o mesmo plano e ela foi muito bem atendida. Ela foi muito bem atendida, desde a receita dela até a carteira do plano de saúde é respeitando o nome social dela, sem ela ter feito essa alteração judicial. E o tempo inteiro dentro da clínica, tanto na hora de ser chamada pelo médico quanto dos encaminhamentos é respeitada a identidade de gênero dela dentro desse plano que a gente tem. (Carla).

Há uma diferença, portanto, entre o atendimento em um serviço de saúde público e em um privado no caso dessas entrevistadas. Nesse último, elas foram mais bem atendidas, tiveram as suas necessidades levadas em consideração, mas ambas as modalidades de serviço são constituídas de pessoas; logo, não poderia haver estigmatização e discriminação de direitos em ambos? Por que no setor privado o seu direito à saúde foi respeitado e no público não? Tal situação, de acordo com as mulheres trans pesquisadas, poderia estar ligada a alguns fatores sociais, tais como: por ser um serviço pago; o atendimento é feito conforme a necessidade/exigência do(a) usuário(a); no serviço público, como os(as) profissionais têm que trabalhar em diversos lugares e têm uma carga horária de trabalho alta, não têm tempo de se capacitar para atender às demandas das mulheres trans; os convênios exigem uma postura não discriminatória de seus(suas) profissionais, fazendo com que eles(as) se enquadrem às exigências da empresa; entre outros.

Porque você pagando ou você num plano de saúde, as pessoas buscam não intervir no que você diz. Então se você diz que prefere que te chamem de X, sabe que é um tratamento informal, vai te chamar de X. Prefere de Y, vão te chamar de Y. (Luciana).

Muitos trabalham em 3 períodos, em 3 hospitais, ainda no convênio. Isso também faz parte. Também faz com que o atendimento se torne mais precário [no serviço de saúde público]. (Jéssica).

Ela foi muito bem atendida, desde a receita dela até a carteira do plano de saúde é respeitando o nome social dela, sem ela ter feito essa alteração judicial. E o tempo inteiro

dentro da clínica, tanto na hora de ser chamada pelo médico quanto dos encaminhamentos, é respeitada a identidade de gênero dela dentro desse plano. (Carla).

Por outro lado, elas notavam que havia também uma diferença no atendimento que dependia do(a) profissional que estava atendendo; se ele(a) era mais sensível às demandas das mulheres trans, se tinha atitudes discriminatórias ou não.

Eu percebo assim, existem profissionais e profissionais. (Verônica).

Com isso, quando as mulheres trans procuravam um serviço privado, já procuravam por um(a) profissional que elas sabiam que respeitaria os seus direitos; elas teriam como escolher, diferentemente de quando precisavam utilizar o sistema de saúde público, no qual eram atendidas pelo(a) profissional que estava naquele horário, por exemplo, e tinham que ser atendidas na unidade de saúde que atende à sua região de domicílio. Entretanto, as que não possuíam condições financeiras de pagar por um serviço de saúde privado, burlavam o sistema para serem atendidas por profissionais que as tratassem melhor. Para isso, levavam para o cadastro comprovante de residência de uma amiga, conhecida, que morava na região de atendimento de uma unidade de saúde que contava com profissionais que lhes atenderiam de maneira mais humanizada.

Vou no do Capinzal²⁴. Mas ali no Capinzal, como que eu vou explicar pra você, na verdade ele não era nem pra ser a minha unidade de saúde. A minha unidade de saúde era para ser no Floresta²⁵, próximo ao terminal do Floresta onde eu moro mesmo. É ali que seria, pelo meu endereço, a minha unidade. Mas aí o que acontece? A gente acaba descobrindo que, por exemplo, essa unidade do Capinzal, como algumas travestis já frequentavam lá muito tempo, hoje o doutor que cuida dessa questão do... que faz todos essas exames, ele já conhece as meninas, ele já tá mais por dentro. Ele gosta que as meninas sejam chamadas pelo nome e algumas profissionais lá, as do protocolo, também têm um pouco mais desse conhecimento, já colocam ali o nome social. Então, eu fui lá por isso, para não: 'Pô bacana,

²⁴ Nome fictício, a fim de preservar os princípios éticos de pesquisa.

²⁵ Idem.

porque eu não vou precisar...’ Falei com uma amiga minha que mora ali perto, né? Então, eu não vou precisar passar por esse constrangimento. (Verônica).

Então, o atendimento dentro do serviço de saúde público varia conforme o(a) profissional e se o serviço costuma receber usuárias trans. Há uma diferença, por exemplo, no atendimento prestado em uma UBS de um bairro periférico e uma mais central, principalmente em relação a essa do Capinzal, que, por ter um médico que as trata de maneira igualitária, sem deixar de ver as suas especificidades, é a mais procurada pelas mulheres trans de Curitiba, mesmo não sendo uma unidade central. Algumas mulheres trans notaram também a diferença no atendimento prestado no COAS, um serviço especializado em DST/Aids, no qual os(as) profissionais são mais capacitados(as) para acolher esse segmento, e em uma UBS, um serviço geral.

Se você vai num centro especializado, você vai ter um atendimento com toda uma infraestrutura, porque eles já estão entendendo o que é aquilo. Agora se você vai num posto de saúde aqui, ou num posto de saúde de um bairro mais distante de Curitiba, ou do Rio, seja de que cidade for, as pessoas não vão ter essa informação. (Letícia).

Os profissionais do COAS estão muito mais preparados porque recebem constantemente mulheres trans, diferente se uma travesti for procurar uma unidade de saúde lá do Sítio Cercado, que quase nenhuma travesti vai. Então os profissionais não estão acostumados, preparados, para atender. (Luíza).

Algumas mulheres trans, porém, afirmaram que, em alguns momentos, quando procuraram o COAS, também foram vistas de uma forma constrangedora, como se, pelo fato de irem fazer testagem para DST/HIV/Aids, fossem profissionais do sexo ou já estivessem com alguma doença.

Acho que quando você vai e pede alguma coisa desse tipo [exame para DST/HIV/Aids], todo mundo já: ‘puta!’ Já olha assim e ‘já tá, né?’ Você às vezes vai pra fazer o exame mesmo, mas as pessoas já... pode até não falar, mas você percebe a pessoa: ‘hummm, já tá!’ Você percebe que a pessoa te dá aquela olhadinha assim: ‘Só quer confirmar, né?’ (Aline).

Além das barreiras programáticas específicas da sua condição de gênero, como as citadas, que estão relacionadas principalmente à identidade de gênero ainda presa ao binarismo do discurso biológico dominante, as entrevistadas compartilhavam aquelas que dificultam o acesso de todos(as) aos serviços de saúde, como a fila de espera para a consulta ou exame; o tempo de espera entre o agendamento da consulta/exame e a data de sua realização; o horário para o agendamento de consultas, que é na parte da manhã, fazendo com que as pessoas tenham que chegar de madrugada para conseguir fazer o agendamento; a burocracia no atendimento, tendo que passar por diversos setores até chegar ao consultório médico; entre outros.

Contudo, esses entraves eram maximizados para as mulheres trans entrevistadas. Afinal, como chegar às 4h, 5h da manhã para fazer o agendamento, se a maioria delas era profissional do sexo e trabalhava à noite? Como acordar cedo? Além disso, a fila de espera para o atendimento e a passagem por diversos setores faziam com que elas ficassem mais tempo expostas a algum tipo de constrangimento, a algum olhar discriminatório.

[...] quando eu sentei na cadeira [da sala de espera], algumas pessoas que estavam perto se afastaram, como se eu tivesse alguma doença contagiosa, como se eu fosse algo de outro mundo, um alienígena, um mostro. (Luciana).

Querendo ou não as pessoas olham diferente pra gente. Por mais que você seja educada e tudo, elas olham diferente. Como se a gente fosse algum tipo de ET, alguma coisa fora do comum. (Aline).

Diante desse quadro, pintado com tintas fortes e tristes, mas esperançosas – afinal, havia profissionais que prestavam um bom atendimento, que se comunicavam, que as tocavam, que as acolhiam, as olhavam nos olhos, que as viam como um ser humano –, praticamente todas as entrevistadas procuravam o serviço de saúde somente quando precisavam muito, quando o remédio fornecido pelo farmacêutico ou o chá da mãe, da

amiga, não fazia mais efeito; quando não havia mais como evitar o constrangimento, a estigmatização, a discriminação do direito à atenção integral à saúde.

6 O ACESSO DAS MULHERES TRANS À SAÚDE INTEGRAL

O acesso ou não aos serviços de saúde e à saúde integral das mulheres trans participantes desta pesquisa está relacionado a fatores que podem ser localizados nas dimensões individual (tomada como intersubjetiva), social (contexto sociocultural) e programática (AYRES et al., 2005, 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2010), que aumentam ou diminuem a vulnerabilidade ao adoecimento dessas pessoas. O quadro da vulnerabilidade, que surgiu e foi utilizado primordialmente no campo do HIV/Aids, “é aplicável, rigorosamente, a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública.” (AYRES et al., 2005, p. 118).

O conceito de vulnerabilidade no âmbito das abordagens em saúde está no campo das perspectivas baseadas nos direitos humanos. Assim, além de fortalecer

a compreensão sobre os determinantes sociais no processo saúde-doença, como propõe o modelo da Promoção da Saúde, institui critérios para estabelecer prioridades com base nos princípios de justiça, equidade e dignidade, e para definir a quem responsabilizar pelo processo decisório sobre essas prioridades. (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2010, p. 7).

A ampliação do modelo da Promoção da Saúde na direção do quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos define a inextricável implicação das suas três dimensões (individual, social e programática). O conceito de vulnerabilidade designa, conforme Ayres, Paiva e França Jr. (2010, p. 7), “um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um

adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção.”

No plano individual, tem-se a concepção do indivíduo como um ser em relação.

Parte-se do princípio de que toda pessoa pode experimentar um dado processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão da sua constituição física ao seu modo próprio de gerir seu cotidiano. [...] Sem desconhecer a importância dos aspectos estritamente biológicos, privilegia-se apreender a dimensão individual da vulnerabilidade na totalidade conformada pela dinâmica psicossocial expressa no grau e qualidade da informação de que uma pessoa dispõe, nos modos como elabora estas informações e no poder que tem para incorporá-las às suas práticas cotidianas, ou seja, dinâmica que realiza as condições materiais e sócio-culturais de que dispõe para transformar essas práticas. (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2010, p. 12).

O plano social refere-se ao contexto da pessoa, compreendida com base na dinâmica de sua vida cotidiana, que é pautada pelas relações econômicas, de gênero, raciais e religiosas, pela exclusão social etc. (AYRES et al., 2005, 2006; AYRES, PAIVA; FRANÇA JR., 2010; PAIVA, 2010). Já a dimensão programática está relacionada à análise de como “as políticas e instituições, especialmente aquelas de saúde, educação, bem-estar social, justiça e cultura, atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos em seus contextos.” (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2010, p. 15).

Na Figura 2, pode-se observar a interdependência das dimensões listadas no Quadro 2 e citadas anteriormente, ou seja, não é possível analisar apenas uma dimensão, é preciso levar em conta as três e a influência que uma tem sobre a outra.

Figura 2 – Interdependência das dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade.

Fonte: Ayres, Paiva e França Jr. (2010, p. 12).

Quadro 2 – Quadro da vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática.

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA
Reconhecimento da pessoa como sujeito de direito, dinamicamente em suas cenas <ul style="list-style-type: none"> Corpo e estado de saúde Trajetória pessoal Recursos pessoais Nível de conhecimento Escolaridade Acesso à informação Relações familiares Redes de amizade Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Rede de apoio social Subjetividade intersubjetiva <ul style="list-style-type: none"> Valores (em conflito?) Crenças (em conflito?) Desejos (em conflito?) Atitudes em cena Gestos em cena Falas em cena Interesses em cena Momento emocional 	Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural <ul style="list-style-type: none"> Liberdades Mobilização e participação Instituições e poderes Relações de gênero Relações raciais e étnicas Relações entre gerações Processos de estigmatização Proteção ou discriminação sistemática de direitos Acesso a: <ul style="list-style-type: none"> emprego/salário saúde integral educação/prevenção justiça cultura lazer/esporte mídia/internet 	Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde <ul style="list-style-type: none"> Elaboração de políticas específicas Aceitabilidade Sustentabilidade Articulação multissetorial Governabilidade Organização do setor saúde e dos serviços com qualidade <ul style="list-style-type: none"> Acesso e equidade Integralidade Integração entre prevenção, promoção e assistência Equipes multidisciplinares/enfoques interdisciplinares Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Fonte: Ayres, Paiva e França Jr. (2010, p. 14).

As normas regulatórias de gênero, como será visto a seguir, atravessam as três dimensões da vulnerabilidade ao adoecimento, pois estabelecem relações de poder na vida cotidiana e no acesso a qualquer serviço, produzem a estigmatização e, conseqüentemente, um maior ou menor acesso aos serviços de saúde, enfim, aos direitos humanos e, em especial, ao direito à saúde.

Com base nesse quadro teórico-conceitual, serão discutidas a seguir a trajetória de vida e as cenas vividas nos serviços de saúde das mulheres trans participantes desta

pesquisa, com o objetivo de compreender como se produz a sua maior ou menor vulnerabilidade ao adoecimento, em particular o seu acesso à saúde integral e aos serviços de saúde de Curitiba.

6.1 DIMENSÕES INDIVIDUAL E SOCIAL

De acordo com as entrevistadas, nos anos 1980 e início dos 1990, quando cresciam e se socializavam como crianças e jovens, as mulheres trans tiveram como referência, quase que exclusivamente, a modelo Roberta Close. Roberta inspirou e mostrou que era possível transformar um corpo de homem em um de mulher. Carla e Letícia, ao verem reportagens sobre a modelo, viram que era possível quebrar os padrões estabelecidos para o gênero, viram que era possível se realizar enquanto pessoas do gênero feminino. Ser como a Roberta Close tornou-se um projeto, um projeto para a realização de sua felicidade. Havia também, por um lado, a falta de informação sobre sexualidade e, por outro, reportagens que estigmatizavam as mulheres trans. Nesse contexto, ao assumirem a sua identidade de gênero que não condizia com o que a sociedade esperava, essas pessoas passaram por um processo sofrido, doloroso – saíram da escola e de casa, tiveram discussões com a família, esconderam-se para não serem vistas. Para Carla, Letícia e Verônica, que passaram pelo processo de transformação nessa época, esse foi o cenário social e intersubjetivo em que cresceram. No entanto, para Jéssica, contemporânea das outras três, foi diferente – ela não saiu de casa, sua mãe ia buscá-la e levá-la ao colégio para que ela não desistisse. De certa forma, teve uma rede de apoio familiar, por mais que fosse difícil para seus pais o fato de ela ser uma mulher trans.

A vivência e a experiência dessas mulheres com a estigmatização e a discriminação relacionadas à identidade de gênero, portanto, são influenciadas pelas normas de gênero naturalizadas, pela forma como se dá a estigmatização existente na sociedade e pelo “tipo de acesso que as pessoas têm às redes sociais e de apoio nas suas comunidades, entre seus pares ou nas suas famílias”, tal como proposto por Parker e Aggleton (2001, p. 27) ao abordarem o tema da estigmatização e discriminação relacionadas ao HIV/Aids.

O apoio e o suporte que Jéssica encontrou em sua família tornaram possível que ela lidasse com a estigmatização social, fizeram com que ela permanecesse na rede escolar e chegasse a se formar e ser professora. Ter permanecido na escola lhe proporcionou ter acesso a outros tipos de informação e conhecimento, bem como a outros tipos de serviço em saúde oferecidos na rede privada. Ou seja, “os esforços da família para ‘administrar’ a estigmatização produzida pela comunidade ao redor podem também afetar” (PARKER; AGGLETON, 2001, p. 29) os tipos de experiência vivenciados pelas pessoas.

É interessante notar que as mulheres trans entrevistadas que tiveram acesso à escola, a uma formação, seja universitária ou tecnológica, possuíam maior poder aquisitivo do que as outras, tinham um maior acesso a outros bens de consumo e culturais, com exceção de Carla, que, mesmo não tendo concluído o ensino médio, possuía esses acessos. Essas possibilidades proporcionaram que, quando tinham necessidade de buscar um serviço de saúde, procurassem-no na rede privada, por considerarem o atendimento de melhor qualidade.

Recentemente, no Brasil, as mulheres trans começaram a fazer parte do cotidiano das pessoas por meio da mídia, seja no Big Brother Brasil 11, com a participação da Ariadna, seja em novelas e seriados, como, por exemplo, na minissérie da Globo “O Brado Retumbante”, que exibiu um episódio focado na descoberta da transexualidade do filho pelo pai, seja pelas notícias relacionadas a Lea T, modelo brasileira que desfila

mundialmente. Desde Roberta Close e Rogéria, não se viam tantas mulheres trans na mídia. Essa visibilidade faz com que os estereótipos que cercam a transexualidade e a travestilidade sejam reduzidos. Representa, também, uma ampliação das visões relacionadas a questões de identidade de gênero e transformação corporal.

Esse novo cenário, em que há uma maior visibilidade das trans, que são aceitas como cidadãs, pode ter proporcionado uma experiência diferente para Luíza, Aline e Luciana. Para elas, o estigma a ser enfrentado estava mais relacionado a mostrar que poderiam ser trans e não ser necessariamente profissionais do sexo, que poderiam estudar e exercer outras profissões.

Enquanto Carla, Jéssica, Verônica e Letícia experienciaram em suas famílias e redes sociais, durante o processo de transformação corporal, a estigmatização e a discriminação mais relacionadas a esse processo, Luíza, Aline e Luciana vivenciaram mais a discriminação relacionada à posição social e econômica que as mulheres trans têm na sociedade. No cenário atual, proliferam outras possibilidades identitárias, evidenciando um espaço-tempo híbrido, de invenções e intensas negociações, em um processo que amplia o espectro de “vidas viáveis” (CARVALHO, 2003). Luciana, por exemplo, estava a todo momento tendo que mostrar para seus pais que era “viável” ser uma mulher trans, que era possível não estar presa ao estereótipo de que travesti/transexual vive somente às sombras, na noite, na prostituição; como se a “aceitação” dela enquanto sujeito de direito estivesse ligada ao fato de transitar nos espaços sociais que não fossem a rua. Em outras palavras, ela precisava provar que ser uma mulher trans não significava ser necessariamente uma profissional do sexo, havendo uma intensa negociação com sua família para que a sua existência enquanto “Luciana” pudesse existir.

A visibilidade dada atualmente pela mídia pode possibilitar a emergência de novas subjetividades, de novos modos de vida, que até então eram concebidos como inaceitáveis. Não que estas não continuem não sendo, mas, como

as subjetividades são produzidas ao mesmo tempo em que produzem as relações sociais, como efeito das experiências do sujeito e das relações com outros sujeitos, com as coisas e com o mundo, [...] a repetição de discursos sobre o outro, possibilita a criação e a divulgação de representações da realidade e a demarcação de zonas de pertencimento capazes de fixar posições como desejáveis ou indesejáveis. (BRAGA, 2011).

Sendo assim, quando essas pessoas são nomeadas no discurso sobre cidadania, tal como ocorreu também nas políticas públicas brasileiras e conferências internacionais, o seu pertencimento ao mundo social deixa de ser totalmente negado, a sua existência passa a ser considerada e os seus direitos enquanto cidadãs podem ser requeridos, exigidos e efetivados. As mulheres trans são, assim, transferidas “de uma região exterior de seres indiferentes, questionáveis ou impossíveis, ao terreno discursivo do sujeito.” (BUTLER, 2002, p. 180). Contudo, não se deve acreditar que tal visibilidade é inteiramente sem estigmatização e discriminação, pois é preciso haver o “anormal” para haver o “normal”, é preciso existir o “desviante” para possibilitar a existência do “normal”, natural (BUTLER, 2002; FOUCAULT, 2001, 2005a; PARKER; AGGLETON, 2001). Isso ocorre, como descrito por Santos (1997, p. 19), porque

todas as culturas tendem a distribuir as pessoas e os grupos sociais entre dois princípios competitivos de pertença hierárquica. Um – o princípio da igualdade – opera através de hierarquias entre unidades homogêneas (a hierarquia de estratos socio-econômicos; a hierarquia cidadão/estrangeiro). O outro – o princípio da diferença – opera através da hierarquia entre identidades e diferenças consideradas únicas (a hierarquia entre etnias ou raças, entre sexos, entre religiões, entre orientações sexuais).

Contudo, ao serem reconhecidas e, sobretudo, para serem reconhecidas (num sentido butleriano e althusseriano²⁶), as mulheres trans entrevistadas buscavam se enquadrar nos atributos que se espera socialmente das mulheres. Com isso, elas procuravam, em suas práticas cotidianas, ser sensíveis, delicadas, recatadas, falavam em um tom baixo, sem dar “bafão”, ocupando, por vezes, a posição de submissas, aceitando o que era dito para elas. Verônica e Letícia, por exemplo, nos momentos em que a solicitação de serem chamadas pelo nome social não era atendida em um serviço de saúde, mesmo conhecendo os seus direitos, conhecendo a Resolução SESA nº 188/2010 existente no estado do Paraná, preferiram não exigí-lo. Optaram por manter uma postura mais submissa, mais resguardada, para não se indisporerem com o(a) profissional que estava lhes atendendo e para não reafirmarem o estereótipo de que as mulheres trans são “barraqueiras”, perigosas.

Nota-se, portanto, uma busca pelo reconhecimento social em uma posição subalterna, e esse reconhecimento as levava a serem mais vulneráveis ao adoecimento. Ou seja, ao almejarem se enquadrar nas normas de gênero, elas acabaram abrindo mão de seus direitos, criando uma barreira para o seu acesso à saúde integral. Ao permitirem que não fosse efetivado o seu direito ao uso do nome social nos serviços de saúde, elas passaram por situações constrangedoras, produzidas pela estigmatização, sustentando a sua vulnerabilidade social; os(as) outros(as) usuários(as) dos serviços as viam sendo chamadas pelo nome civil e a sua transexualidade, travestilidade, o seu desvio era materializado, produzindo a discriminação e ampliando a sua vulnerabilidade programática e individual ao adoecimento. Elas acabavam não retornando aos serviços de saúde ou procurando um no qual sabiam que seriam tratadas como sujeitos de direito.

²⁶ De acordo com Althusser (1985), a interpelação é um ato no qual reconhecimento e poder se encontram. Isso porque a interpelação proporciona que o sujeito alcance certa ordem de existência, ao mesmo tempo que é assujeitado.

Ainda, tiveram aquelas que nem chegaram a passar por uma situação como a descrita, porque já passaram por situações semelhantes em outros contextos e sabiam, por ouvirem de amigas, que o mesmo ocorria nos serviços de saúde. Este é o caso de Luíza, que nunca procurou um serviço de saúde para não correr o risco de ser chamada pelo seu nome civil.

Dessa forma, por mais que se tenham informações sobre os seus direitos, de como se deve proceder, é o modo como elas gerenciam o seu cotidiano (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2010) que irá torná-las mais ou menos vulneráveis, qualificando sua dimensão individual. Essa forma de gerenciamento está diretamente relacionada às relações intersubjetivas, à sua trajetória no processo de socialização e ao contexto em que vivem e no qual se dão as cenas cotidianas (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2010; PAIVA, 2010), enfim, às normas de gênero que as subjetivam performativamente (BUTLER, 2002, 2006).

Além dos processos de estigmatização e discriminação descritos anteriormente, as mulheres trans entrevistadas vivenciavam em seu cotidiano a somatória de estigmas relacionados ao HIV/Aids. De acordo com Parker e Aggleton (2001, p. 20),

a infecção pelo HIV tem sido intensamente associada à transmissão sexual, e na maior parte das sociedades teve seu impacto inicial em relação a populações cujas práticas e/ou identidades sexuais eram de alguma maneira fora das normas ou diferentes dos padrões hegemônicos existentes. Nesse caso, a relação complicada e contínua entre as formas preexistentes de estigmatização sexual e o desenvolvimento da estigmatização, discriminação e negação relacionadas ao HIV e à AIDS foi especialmente profunda. Os primeiros entendimentos sobre a AIDS estavam ligados às imagens da homossexualidade e das relações homossexuais (Public Media Center, 1995). [...] A associação do HIV e da AIDS à *homossexualidade*, e depois a outras formas de estigmatização, como a *prostituição*, a *promiscuidade* e o *desvio sexual* (e a diferença sexual), marca mais amplamente toda a história da epidemia e continua a funcionar ainda hoje como o aspecto mais enraizado do estigma, da estigmatização e da discriminação relacionados ao HIV e à AIDS. Esses estigmas que associam o HIV e a AIDS à homossexualidade e a outros

‘desvios sexuais’ são tipicamente tolerados e tacitamente aceitos nas sociedades em todo o mundo.

A associação entre HIV/Aids e a condição de gênero das mulheres trans gera estigmatização e discriminação por parte da sociedade, incluindo os(as) profissionais de saúde, por elas se desviarem das normas de gênero e estarem associadas concretamente, ou no imaginário das pessoas, à prostituição e promiscuidade, o que as levava, por vezes, a não procurar o serviço de saúde, como descrito por Letícia, ou a ficar temerosas de procurar um serviço especializado, como o COAS, visto que, pelo fato de estarem indo fazer a testagem para HIV ou procurando um serviço geral, a sociedade pressupõe que elas já estejam infectadas.

Com isso, as suas práticas cotidianas de autocuidado no campo da saúde eram marcadas pelo uso de medicamentos sem prescrição médica. Frente à barreira criada pela estigmatização e discriminação nos serviços de saúde relacionadas à sua identidade de gênero, elas recorriam à farmácia para “curar uma doença”; fato que também foi constatado por Kulick (2008), em sua etnografia com travestis na Bahia:

a maioria esmagadora das travestis [...] não tem acesso aos serviços básicos de saúde. Travestis, como grande parte dos brasileiros, levam a vida diagnosticando as próprias doenças e se automedicando, tratando-se com remédios indicados por amigos ou por farmacêuticos. (p. 44).

Ao longo da trajetória dessas mulheres trans, tem-se um acesso doloroso e, de certa forma, precário aos recursos que proporcionam uma maior qualidade de vida e bem-estar físico e psicológico, em decorrência dos processos de estigmatização e discriminação, que são agravados pelo não reconhecimento “jurídico-legal de sua demanda por uma identidade adequada ao seu *status*” (GUIMARÃES JR., 2007, p. 102);

sendo que esse não reconhecimento é uma produção da própria estigmatização e discriminação.

Percebe-se que os direitos humanos dessas mulheres acabam não sendo efetivados ou protegidos porque seus direitos sexuais não o são. Nesse sentido, concorda-se com Garcia e Parker (2006), que afirmam que a ideia de direitos sexuais carrega a importância de se considerar a diversidade sexual e a igualdade de gênero como chaves para alcançar a verdadeira cidadania. Para se alcançar os direitos humanos, tem-se que alcançar os direitos sexuais primeiramente, pois, quando uma mulher trans não tem acesso à educação, à saúde integral, ao trabalho, por conta da estigmatização e discriminação à sua identidade de gênero, tem-se concretamente a negação de seus direitos econômicos, políticos e civis, por terem sido infringidos os seus direitos sexuais (GARCIA; PARKER, 2006). Esse argumento, portanto, “destaca a necessidade de classificar os direitos sexuais como fundamentais e inalienáveis.” (p. 23, tradução nossa).

Na Figura 3, é possível observar uma síntese de como se dá o processo de não efetivação dos direitos sexuais e humanos em decorrência da estigmatização e discriminação à identidade de gênero, que são pautadas pelas normas regulatórias de gênero.

Figura 3 – Síntese da análise das dimensões individual e social do quadro da vulnerabilidade à luz dos direitos humanos.

Tem-se que as normas regulatórias de gênero, portanto, produzem performaticamente sujeitos, que *a priori* deveriam, pelas leis brasileiras e pela Declaração dos Direitos Humanos, ser sujeitos de direitos, mas, por não condizerem com essas normas que fazem uma relação direta entre corpo-sexo-gênero-sujeito de direito, sofrem

um processo de estigmatização e discriminação que torna essas vidas desviantes, colocadas à margem da sociedade, criando barreiras ao seu acesso à saúde integral, tornando as mulheres trans mais vulneráveis social, individual e programaticamente ao adoecimento. Tal vulnerabilidade, entretanto, pode ser aumentada ou diminuída pelos elementos que compõem a dimensão programática, ou seja, se a qualidade no atendimento, a acessibilidade a ele e o preparo do(a) profissional de saúde levam em conta a vulnerabilidade social que produz a vulnerabilidade individual ao adoecimento, como será discutido a seguir.

6.2 DIMENSÃO PROGRAMÁTICA

Ao partir do pressuposto de que a legislação, as políticas públicas, as ações em saúde, os serviços de saúde etc. são formulados e efetivados/encarnados por pessoas, as normas regulatórias de gênero também são determinantes para o aumento, a reprodução ou a diminuição da vulnerabilidade no campo programático.

Para a inserção dos conceitos de direitos sexuais, da concepção das sexualidades plurais, que inclui a homossexualidade, e de identidades de gênero não binárias na legislação e políticas públicas nacionais e internacionais, um longo processo de negociação foi necessário, como pôde ser visto no capítulo 2. Os argumentos para a não validação desses conceitos foram vários, mas principalmente pautados em questões que reafirmam, repetem, reiteram as normas de gênero da tradição judaico-cristã implicada nas teorias sobre normalidade e naturalização de dois sexos a fim de manter a hegemonia da heterossexualidade compulsória. Garcia e Parker (2006) apontam que a Conferência

Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a mulher, realizada em Pequim, em 1995, produziram avanços no campo dos direitos sexuais, mas não conseguiram avançar na inclusão da diversidade sexual. De acordo com os autores, “os delegados conservadores impediram a inclusão de um conceito de ‘direitos sexuais’ que não fosse centrado em valores heteronormativos.” (p. 28, tradução nossa).

Os avanços conquistados nesse âmbito são fruto da inclusão de ONGs e da sociedade civil organizada no debate para a formulação dos planos de ação resultantes de conferências internacionais (GARCIA; PARKER, 2006) e nacionais; das resoluções municipais, estaduais e nacionais; e de políticas ministeriais. Esse fato pôde ser observado no trabalho desenvolvido pelo Transgrupo Marcela Prado, no estado do Paraná, que participou das discussões e formulação da Resolução SESA nº 188/2010 e do Parecer SEED nº 01/2009, que garantem a utilização do nome social nos espaços públicos de saúde e de educação no estado; além de ter participado de várias conferências municipais, estaduais e nacionais sobre a discriminação à população LGBTT e sobre as DSTs/HIV/Aids.

É importante ressaltar que os avanços nas legislações e políticas públicas, no âmbito da inclusão da noção de diversidade sexual, ocorreram primeiramente com a inclusão das categorias “homossexual” e “discriminação por orientação sexual”. Somente anos depois, a categoria “identidade de gênero” foi validada. A inclusão dessa última categoria foi um grande avanço para a visibilidade das mulheres trans e, conseqüentemente, para a sua nomeação e possibilidade de garantia de seus direitos.

Não se pode negar que os documentos que não fazem referência diretamente à identidade de gênero não estejam incluindo as mulheres trans, mas, ao nomearem “discriminação por orientação sexual”, estão delimitando um campo de possibilidades – o

modo como se dão as práticas sexuais; ou seja, “um nome tende a fixar, a congelar, a delimitar, a transformar em substância” (BUTLER, 1997, p. 63, tradução nossa), enfim, tende a estabelecer uma fronteira entre o que é inteligível socialmente e o que não é (BUTLER, 2003).

Quando se objetiva combater a discriminação por orientação sexual, isto é, por orientações sexuais que não correspondam à norma heterossexual, as mulheres trans certamente podem não ser sujeitos-alvo dessas políticas, uma vez que a maioria delas considera que mantém relações heterossexuais – tem a identidade de gênero feminina e se relaciona sexual e afetivamente com homens –, como constatado junto às mulheres entrevistadas.

Dessa forma, a partir da nomeação “orientação sexual”, tem-se o estabelecimento de contornos, limites e restrições às mulheres trans. Isso porque um nome tem força, uma força que decorre de sua historicidade, por “funcionar em parte através de uma memória codificada ou de um trauma, uma memória que vive na linguagem e que a linguagem transmite.” (BUTLER, 1997, p. 65, tradução nossa). Em outras palavras, o procedimento que consiste em classificar os seres, os acontecimentos, os fatos do mundo, dá-se segundo um modelo construído socialmente (DURKHEIM; MAUSS, 1981), que ganha força justamente por sua historicidade e por sua citacionalidade (DERRIDA, 1991), que corresponde à possibilidade que qualquer signo tem de ser citado, independentemente do contexto no qual foi criado.

Atualmente, como visto no capítulo 2, têm-se a *Carta dos Direitos dos Usuários do SUS* (2006); os *Princípios de Yogyakarta* (2006); o *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DSTs entre Gays, HSH e Travestis*, de 2008; o *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT*, de 2009; a *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT* (BRASIL, 2010a); e a

Resolução SESA nº 188/2010, que abordam a questão da não discriminação da população trans nos espaços de saúde, visando a um maior acesso desta à saúde integral; além da Constituição de 1988.

A existência desses documentos, entretanto, não é garantia de efetivação dos direitos humanos e sexuais das mulheres trans. Em seu cotidiano, elas esbarram na falta de preparo dos(as) profissionais de saúde, na estrutura arquitetônica pouco sensível à necessidade de mitigar a estigmatização, no fluxo de atendimento dos serviços e na falta de aceitabilidade dos serviços de suas vivências, experiências e modos de vida.

➤ **CAPACITAÇÃO DOS(AS) PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

A qualidade dos serviços de saúde está relacionada à capacitação de seus(suas) profissionais. Ter profissionais qualificados para atender às demandas das mulheres trans é de grande importância para o acesso destas à saúde integral. Braveman e Gruskin (2003), a esse respeito, afirmam que o acesso e a qualidade devem ser considerados em conjunto, pois a baixa qualidade é um problema que gera uma barreira ao uso dos serviços de saúde disponíveis. Entre os fatores que contribuem para a baixa qualidade no atendimento, as autoras apontam que, na perspectiva dos direitos humanos e da equidade, deve-se chamar a atenção para os elementos que tradicionalmente estão fora do âmbito do setor da saúde e da formação dos(as) profissionais; por exemplo, as desigualdades de poder associadas ao machismo, à heteronormatividade, ao racismo e a outras formas de discriminação, bem como para a má qualidade da infraestrutura disponível e para a falta de profissionais devidamente capacitados(as) e remunerados(as).

Nas cenas trazidas pelas entrevistadas, observou-se que o despreparo dos(as) profissionais começa desde a sua chegada ao serviço de saúde, quando é necessário que elas peçam que seja colocado o seu nome social, sendo que, pela legislação e políticas

públicas vigentes, não precisariam nem solicitar, e quando há a recusa do(a) profissional em atender à sua solicitação. Essas situações, muitas vezes, estavam ligadas à falta de conhecimento dos(as) profissionais sobre os documentos que tratam do assunto, como apontado por Letícia e Verônica.

Há a necessidade, por um lado, de uma maior capacitação dos(as) profissionais sobre as resoluções e políticas que abordam o assunto, pois não basta criar um documento, enviá-lo para os serviços de saúde e não haver a garantia de que os(as) profissionais da ponta tenham conhecimento deles; por outro, constata-se que a garantia do nome social não basta para a efetivação de um direito, uma vez que esbarra na estigmatização e discriminação relacionadas à identidade de gênero. Isso porque houve casos de profissionais que se recusaram a chamar pelo nome social, porque no RG constava um nome masculino, pertencente a um homem. Não havia a possibilidade de desvincular o sexo do gênero; isto é, se consta em um documento oficial o sexo masculino e um nome masculino, não há a possibilidade de desvincular aquele nome da pessoa, afinal, como um homem poderia ter um nome feminino?

Nesse sentido, para que haja a garantia do direito de ser chamada pelo nome com o qual a pessoa identifica-se, é preciso que seja formulada uma lei que permita, sem burocracia, a mudança de nome e sexo em seus documentos, sem a necessidade de passar pelo processo transexualizador. Algumas mulheres trans já o conseguiram, sem precisar passar por esse processo, como é o caso de Carla, mas o processo para tal mudança ainda é burocrático, lento e, na maioria dos casos, sem um parecer favorável às requerentes. Isso se faz necessário na medida em que as desigualdades na lei podem afetar aspectos fundamentais da vida das mulheres trans e impactar diretamente na sua capacidade de acesso a cuidados de saúde de qualidade (IOM, 2011).

O reconhecimento civil de seu nome e sexo, que condizem com a sua identidade de gênero, proporciona, além de seu acesso aos serviços de saúde, a real efetivação de sua saúde integral. Guimarães Jr. (2007, p. 55) vai ao encontro dessa perspectiva ao afirmar que: “se o que se pretende é a satisfação do conceito ampliado de saúde, o asseguramento automático a uma nova qualificação civil da pessoa transexual é parte essencial da recuperação de sua saúde.”

Essa mudança nos registros civis evitaria que muitas mulheres trans fizessem a cirurgia de transgenitalização

pela exclusiva necessidade de reconhecimento social mais amplo, o que nos faz pensar que a cirurgia não necessariamente seria indicada se vivêssemos num mundo onde a diversidade de gênero fosse possível. Estas pessoas não apenas já têm uma vida afetiva e sexual satisfatória, como também já são reconhecidas pelo gênero a que dizem pertencer e em outras condições poderiam permanecer como estão, desde que pudessem realizar a mudança do nome civil. (ARÁN; MURTA, 2009, p. 21).

Algumas das mulheres trans entrevistadas afirmaram que a cirurgia não era um desejo, um objetivo de vida, que estavam bem com a sua sexualidade, com o seu corpo, em suas vidas, mas que a mudança de nome nos registros civis era fundamental para o exercício de sua cidadania. Para elas, a mudança no nome evitaria os constrangimentos que vivenciavam cotidianamente ao terem que apresentar o documento de identidade, por exemplo, para comprar em crediários, abrir conta em banco, procurar empregos formais, ir aos serviços de saúde etc., trazendo, assim, um maior bem-estar para as suas vidas como um todo.

Porém, apenas a garantia da mudança do nome civil ou a utilização do nome social não basta para uma maior qualidade prestada nos serviços. É preciso, também, que os profissionais estejam mais bem preparados para atender de maneira não estigmatizante e

discriminatória, ou seja, não restringindo as questões relacionadas à saúde da mulher trans somente a questões psicológicas, como ocorreu com Luciana, que procurou o serviço de saúde por uma indigestão alimentar e o médico disse a ela que o seu problema era relacionado ao fato de viver uma vida que não era dela, de viver enquanto mulher em um corpo de homem, e que deveria procurar um atendimento psicológico; e a questões relacionadas ao HIV/Aids, como se toda mulher trans estivesse necessariamente com alguma doença sexualmente transmissível.

De acordo com Rios (2008), há uma tendência de justificação biomédica, que está focada na saúde sexual restrita, para a afirmação dos direitos sexuais da população LGBTT. Segundo o autor, “embora seja verdade que as preocupações com a saúde sexual sejam importantes para a consecução dos direitos sexuais, é igualmente verdade que o reconhecimento destes direitos deriva de uma perspectiva mais ampla do que meramente preservar e cultivar a saúde.” (p. 107). Logo, as visões biomédicas mais estreitas, que delimitam a saúde das mulheres trans ao HIV/Aids e ao processo transexualizador, incluindo o acompanhamento psicológico e psiquiátrico, entram em conflito com os pressupostos dos direitos sexuais que são “informados pela perspectiva dos direitos humanos” (p. 107).

Além disso, os(as) profissionais, de acordo com as entrevistadas, não estão preparados(as) para lidar com o corpo anatômico da mulher trans. Carla, por exemplo, quando começou a ser atendida, foi tratada enquanto mulher e muito bem cuidada, examinada, mas, ao ser constatado que se tratava de uma mulher trans, o atendimento foi interrompido. A médica não sabia o que fazer com aquele corpo que estava diante dela. É preciso que os(as) profissionais, em sua formação acadêmica e contínua, sejam preparados(as) para atender tanto às mulheres trans que fizeram a cirurgia de readequação sexual quanto às que não fizeram.

Nos Estados Unidos, em 2007, a Association of American Medical Colleges (AAMC) emitiu recomendações para que os programas institucionais e as atividades educacionais atendessem às necessidades de “pacientes” LGBTTs, incluindo a formação em habilidades de comunicação em relação à orientação sexual e à identidade de gênero. Entretanto, conforme pesquisa realizada em 116 universidades nos Estados Unidos e Canadá por Obedin-Maliver et al. (2010), a maioria das escolas médicas não tem adotado essas recomendações.

De acordo com o Institute of Medicine (IOM, 2011), a falta de formação dos(as) profissionais de saúde para atender às necessidades da população LGBTT proporciona a formação de uma barreira estrutural (porque esta é construída social e culturalmente, e se realiza programaticamente), que faz com que não seja fornecido um atendimento de alta qualidade, diminuindo o acesso dessa população aos serviços de saúde e/ou a sua adesão a algum tipo de tratamento.

➤ **ESTRUTURA ARQUITETÔNICA E FLUXO DE ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS**

As mulheres trans, por mais que sejam chamadas pelo(a) atendente, enfermeiro(a) e médico(a) pelo seu nome social, enfrentam situações constrangedoras ao serem chamadas no painel eletrônico pelo seu nome civil. Esse painel chama em dois momentos, como relatado anteriormente, os(as) usuários(as) para atendimento, proporcionando que as mulheres trans sejam “identificadas” pelos olhares estigmatizantes e discriminatórios das pessoas que se encontram na sala de espera por duas vezes. Ao aparecer o seu nome no painel e tocar a campainha sonora para chamar a atenção dos ali presentes, todos(as) olham para esse painel para ver se não é o seu nome que está sendo chamado; com isso, constata-se que é o nome de um homem, mas quem se levanta para se dirigir ao atendimento é uma mulher. Essa pessoa, essa mulher trans, ao voltar do primeiro

atendimento (avaliação), senta-se novamente na sala de espera e as pessoas ao seu redor saem de perto, causando um grande constrangimento.

Além do dito, como constata Foucault (1979), o não dito também funciona como um dispositivo que visa a regular a sexualidade das pessoas; dispositivo esse que está em função da heteronormatividade, controlando, normatizando e estabelecendo “verdades” a respeito do corpo. Então, por mais que a prática discursiva traga as mulheres trans para o campo de inteligibilidade, ao utilizar o seu nome social, as práticas não discursivas produzidas pela disposição arquitetônica do serviço de saúde as coloca novamente em um campo de inteligibilidade, o que é possível porque, no contexto social, as mulheres trans são vistas e tratadas como “anormais”, “abjetas”, “não viáveis”, pois, se as pessoas que também aguardam na sala de espera não as considerassem dessa forma, esses dispositivos não discursivos não produziram por si só a estigmatização e discriminação. Por outro lado, se não houvesse esse dispositivo de controle, de regulação, não haveria a denúncia da refutação das normas de gênero por parte dessas mulheres, fazendo com que a estigmatização e discriminação relacionadas à sua identidade de gênero fossem mitigadas nesses espaços.

As mulheres trans esbarram, ainda, no fluxo de atendimento, assim como os(as) outros(as) usuários(as), pois, para agendar uma consulta, têm que chegar à UBS ainda de madrugada e permanecer por horas em uma fila até serem atendidas. Não há alternativas de horários que considerem as suas condições sociais e econômicas, haja vista que a maioria das mulheres trans trabalha à noite, tendo, conseqüentemente, dificuldades de acordar cedo para ir até o serviço de saúde. Portanto, os serviços frequentados pelas entrevistadas não dão conta dos determinantes sociais que influenciam no processo de saúde-doença, tal como proposto por Ayres, Paiva e França Jr. (2010).

➤ **ACEITABILIDADE DOS SERVIÇOS**

A comunicação interrompida quando um(a) médico(a) constata que se trata de uma mulher trans, como o que ocorreu com Verônica, ou a ausência de comunicação desde o início, por já saber se tratar de uma mulher trans, ocorrem pela falta de capacitação do(a) profissional, como relatado anteriormente, e pela falta de respeito pelo modo de vida da mulher trans, um modo de vida que foge aos padrões preestabelecidos pelas normas de gênero. Por não se enquadrarem nesses padrões, elas deixam de ser vistas enquanto sujeitos de direitos, por conta da estigmatização e discriminação à sua identidade de gênero. Disso decorre que ficam impedidas de receber informações sobre o seu processo de saúde e doença, de participar ativamente de forma emancipatória desse processo (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2010; PAIVA, 2010; SANTOS, 1997). De acordo com Ayres, Paiva e França Jr. (2010, p. 13), “o princípio da participação e do controle social depende da ação concreta de pessoas que se reconheçam e sejam reconhecidas como cidadãs plenas, como sujeito de direitos.”

Diante desse contexto, para as entrevistadas, restavam apenas resultados de exames laboratoriais, visto que os(as) profissionais não as tocavam, não as olhavam, não cuidavam, não se comunicavam, apenas as encaminhavam para a realização de exames. Não abriam espaço para o diálogo, para as considerarem em sua totalidade; com exceção de alguns(as) profissionais específicos(as), que eram aqueles(as) a quem as mulheres trans acabavam recorrendo, fossem eles(as) da rede privada ou pública, como relatado pelas entrevistadas.

É preciso, tal como proposto por Boaventura Sousa Santos (1997) e trazendo a sua noção de globalizações para o campo da diversidade sexual, que seja levado em conta que existem diversas e diferentes tradições culturais, sexualidades, identidades de gênero, e não tomar uma, a hegemônica, como a universal, válida, normal, “correta”.

Essas barreiras programáticas descritas fazem com que os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS, que regulam as práticas em saúde no Brasil, não sejam efetivados em sua totalidade na vida cotidiana dessas mulheres trans, dificultando o seu acesso à saúde integral, reforçando a vulnerabilidade social e aumentando a vulnerabilidade programática ao adoecimento.

7 RUPTURAS DESEJÁVEIS

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana.
Carl Gustav Jung

O foco deste trabalho foi as práticas cotidianas das mulheres trans entrevistadas e procurou-se traçar, a partir dessas práticas, os meandros da efetividade ou não das políticas públicas e da legislação vigentes sobre a saúde integral das mulheres trans, na perspectiva delas.

Como discutido ao longo do texto, para essas mulheres, a busca pelo acesso ao serviço de saúde e à saúde integral tem uma conotação e um significado muito diferentes dos sentidos que tem para a maioria das pessoas que possuem dificuldade de acesso no âmbito do SUS. A sua luta começa pelo reconhecimento do direito de ser chamada pelo seu nome social nos serviços de saúde, com o objetivo de evitar a estigmatização e a discriminação; passa, então, pela superação do desconhecimento e preconceito que muitos(as) profissionais de saúde possuem a respeito da transexualidade e travestilidade, o que produz a falta de tratamento e de acolhimento; finalmente – e perpassando pelas outras duas lutas –, a busca por distanciar as categorias transexual e travesti de DST/HIV/Aids. Essa trajetória de violação de direitos sexuais e à saúde, mais especificamente, demonstra que, por mais que existam documentos que garantam esses direitos, a sua efetividade na vida cotidiana das mulheres trans esbarra em barreiras individuais, sociais e programáticas (que são permeadas e produzidas, primordialmente,

pelas normas regulatórias de gênero), que aumentam a sua vulnerabilidade ao adoecimento.

Acredita-se, portanto, que, enquanto houver a violação dos direitos sexuais, não haverá a emancipação das mulheres trans da sua opressão como sujeitos do direito à saúde. Ao se afastarem dos serviços de saúde por conta da não efetivação dos direitos sexuais, acabam não usufruindo do acesso à saúde integral e não sendo sujeitos desse direito.

A heteronormatividade precisa ser contestada mais fortemente, pois todas as formas de violação de direitos humanos derivam, no caso das mulheres trans, da ameaça que elas representam para aqueles que encarnam a defesa das normas e estruturas que tornam possível a heterossexualidade compulsória. Como afirma Sharma (2008, p. 116), “no contexto da heterossexualidade compulsória, o exercício da escolha e dos direitos fica limitado por efeito das restrições” experienciadas quanto a reconhecer e viver a diversidade sexual e de gênero.

Para a efetivação dos direitos sexuais, é preciso, desse modo, que as normas sociais que regulam o gênero e o comportamento sexual sejam desafiadas. De acordo com Sheill (2008, p. 92), “a adoção de uma perspectiva de direitos em relação à sexualidade é um componente importante da luta para atingir a igualdade, eliminar a violência e alcançar a justiça para todas as pessoas.”

A ótica da busca por igualdade deve incluir o que Rios (2003) denomina de “antissubjugação”, e não apenas o princípio de “antidiscriminação”, pois, quando se afirma que é proibido discriminar uma mulher trans, está pressuposto que “há um padrão comparativo que goza de melhores condições cotidianas.” (TONELI; BECKER, 2011, p. 5). Ou seja,

[...] as mulheres, os negros e os homossexuais terão direitos desde que se comportem e aceitem todas as visões do mundo, as posturas e as condutas dos homens brancos heterossexuais. Essa é a visão simples do princípio da igualdade, limitado ao princípio da antidiscriminação. Trata-se, evidentemente, de um avanço, mas precisamos ir além e interpretar o princípio da igualdade também como princípio da anti-subjugação, que se relaciona com o da igualdade e o da dignidade da pessoa humana, estabelecendo que se deve conferir igual reconhecimento, igual valor às pessoas, independentemente de sua condição, o que difere totalmente de se eleger um padrão ao qual os dessemelhantes devam ser equiparados. (RIOS, 2003, p. 157).

Há, portanto, a necessidade da efetivação do que Garcia e Parker (2006) denominam de direitos positivos, que concebe o respeito à liberdade da diversidade sexual e da autoexpressão como fundamental para a integridade da pessoa humana. Diferentemente dos direitos sexuais negativos, que também são importantes, mas se restringem à reparação de danos, como a violência contra as mulheres trans, os direitos positivos têm a capacidade de desestabilizar e desnaturalizar a hegemonia de determinadas sexualidades, proporcionando a vivência de outros corpos, outros modos de vida, outras subjetividades no cotidiano das pessoas. Com isso, ampliar-se-ia a possibilidade da emergência de cenas diversas das apresentadas neste texto; de cenas em que os direitos humanos são realmente efetivados na vida cotidiana das mulheres trans.

Dessa forma, proteger essas mulheres das práticas produzidas pela estigmatização e discriminação encontra-se restrito à arena dos direitos negativos (onde está localizada a maioria das políticas públicas e legislação vigente no país); enquanto promover discussões nas escolas, serviços de saúde, universidades sobre a diversidade sexual e de gênero, a fim de questionar as normas de gênero e a heterossexualidade compulsória, está no âmbito dos direitos positivos. Em um horizonte político e ético que

considere a liberdade e a dignidade humana como inalienáveis, devem-se considerar, assim, tanto os direitos sexuais positivos quanto os negativos (GARCIA; PARKER, 2006).

Nessa perspectiva, é preciso que haja uma sinergia de forças das mais diferentes áreas e setores da sociedade, como educação, saúde, movimento social, religião, entre outros, para que, além da proteção legal dos direitos das mulheres trans, haja também uma mudança cultural e social em direção ao acesso destas à saúde integral.

Concepções sobre a sexualidade e o gênero estão presentes e são produzidas nos diferentes âmbitos da sociedade e, desse modo, devem ser discutidas e desnaturalizadas para a inclusão da concepção de diversidade, para a inclusão das mulheres trans no campo do humano. Somente quando elas forem realmente consideradas seres humanos, com suas singularidades e diferenças, seus direitos enquanto cidadãos serão verdadeiramente respeitados. Somente quando nomeada a existência das mulheres trans como possibilidade do humano em nossa sociedade, elas ocuparão o posto de cidadãos de direito, passarão a ser vistas em sua totalidade, com potencialidades e direitos, uma vez que os processos de estigmatização e discriminação de direitos relacionados à identidade de gênero serão mitigados de suas vivências cotidianas (GOFFMAN, 1993; PARKER; AGGLETON, 2001). Aí sim o preceito constitucional de que “Todos são iguais” será verdadeiramente para todos(as)... A saúde será para todos(as), a educação será para todos(as), a vida será para todos(as).

As mulheres trans entrevistadas, mais do que direitos específicos, leis específicas e políticas públicas específicas para elas, desejam ser reconhecidas como cidadãos, com os mesmos direitos e deveres que qualquer outra pessoa possui, bastando o postulado na Constituição. “Quando eu falo nessa coisa de criação de leis eu fico muito triste, porque a gente já tem a lei nacional, a Constituição, e que deveria ser regida e obedecida e respeitada.” (Carla).

No entanto, por mais que se busque a igualdade, é preciso lembrar que os(as) profissionais de saúde devem estar preparados(as) para lidar com a dualidade (masculino e feminino) desses corpos, dessas vivências, para poderem lidar com as especificidades dessa população e coconstruírem essa igualdade. Ou seja, evocando novamente a afirmação de Santos (2003, p. 462), “devemos lutar pela igualdade toda vez que a diferença nos inferioriza, mas também devemos lutar pela diferença toda vez que a igualdade nos descaracteriza.” Ou, como destaca Paiva (2010, p. 10), “o desafio está em promover encontros que reconheçam as diferenças sem promover a desigualdade e a violação de direitos.”

Em síntese, é necessário que haja uma verdadeira abertura ao outro, o que é quase uma arte desafiadora todos os dias e é muito mais que uma mudança de atitude, trata-se de uma mudança de concepção. Implica o abandono dos referenciais naturalizados e a aceitação de algo que não pode deixar de ser compreendido: um outro irreduzível, radicalmente diferente. É “experimentar o tu realmente como um tu” nas relações humanas. A amizade, nesse sentido, para Foucault (2005b), seria justamente a base relacional dessa constante recriação de si, pois “supera a tensão existente entre o indivíduo e a sociedade mediante a criação de um espaço intersticial (uma subjetivação coletiva), passível de considerar tanto necessidades individuais quanto objetivos coletivos e de sublinhar sua interação.” (ORTEGA, 2000, p. 91). Ademais, a amizade não possibilita uma unanimidade consensual nem a violência direta, ela está direcionada para o desafio e para a afetação recíproca e não para a submissão ao outro.

A partir disso, dão-se o autêntico encontro e a autorização para que alguém realmente diga algo. Ou seja, é o(a) profissional de saúde aceitar e ter um encontro verdadeiro com as mulheres trans, mesmo que estas sejam muito diferentes dele(a). Essa situação permite que elas falem, que se sintam acolhidas, que voltem aos serviços

de saúde e tenham o seu direito à saúde integral efetivado. A amizade, nessa perspectiva, permite o aumento da potência de ação, num sentido espinoziano, dos indivíduos, ao ser permeada pelos afetos de alegria e amor. Esses afetos emergem do encontro de corpos singulares, sem haver a negação das diferenças envolvidas na relação, enriquecendo as tensões e o potencial criativo das pessoas.

É exatamente a linguagem, o diálogo, que pode libertar os(as) profissionais e mulheres trans de seus grilhões. Isso ocorre porque o diálogo coloca-os(as) em estado de confronto de interesses, na variedade de opiniões, fazendo com que esses dois extremos olhem-se, vejam-se, percebam-se e reconstruam suas “verdades”. Portanto, toda linguagem, enquanto comunicação, indica, simultaneamente, a existência da diferença e a promessa da semelhança.

Nesse movimento de compreender o outro e a si, emerge a possibilidade do estabelecimento de uma nova postura, de um encontro autêntico; enfim, permite-se sair da “Caverna” (uma alegoria de Platão). A partir desse encontro, novas alternativas são delineadas, os valores e estigmas são revistos, dois horizontes podem conviver e práticas de saúde que sejam conduzidas por “projetos de felicidade”²⁷ podem se configurar.

7.1 O QUE É DESEJÁVEL FAZER? ALGUMAS RECOMENDAÇÕES PARA A ÁREA DA SAÚDE

À luz das cenas e narrativas trazidas pelas mulheres trans entrevistadas e das considerações apontadas ao longo deste texto com base no quadro teórico adotado, é

²⁷ Ver Ayres (2001).

possível recomendar algumas ações para a efetivação das políticas públicas e legislações vigentes, visando maior acesso dessas mulheres aos serviços de saúde e à saúde integral:

a. No âmbito da formação disciplinar e da capacitação dos profissionais de saúde

- Inclusão nos currículos, principalmente, de medicina, enfermagem e psicologia de questões especificamente relacionadas ao processo de saúde-doença das pessoas trans;
- Capacitação contínua e obrigatória dos(as) profissionais de saúde sobre a construção social das identidades de gênero, a diversidade das orientações sexuais e o processo saúde-doença das pessoas trans. Nesse sentido, a utilização do recurso das cenas na capacitação possibilita cocompreender a concretude das relações de gênero e da violação de direitos que desconsidera as diversidades em cada “cena da vida cotidiana, com interesse no modo como em cada local (município, comunidade, rede de relações) a desigualdade está sendo experimentada pelos brasileiros” (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2010, p. 11), mantendo, assim, o foco “na dinâmica cotidiana e concreta que produz o adoecimento” (PAIVA, 2010, p. 5);
- A realização de *workshops* promovidos em parceria entre ONGs voltadas à população trans e Secretarias de Saúde e de Educação para a sensibilização dos(as) profissionais desses serviços também pode ser produtiva.

b. No âmbito da organização dos serviços

- Garantir a mudança do nome civil como um direito da pessoa humana, uma vez que os direitos de personalidade, tal como proposto por Diniz (2010, p.

121-122), referem-se “ao direito da pessoa defender o que lhe é próprio, como a vida, a identidade, a liberdade, a imagem, a privacidade, a honra etc.”, incluindo o nome. Esses direitos encontram-se descritos nos arts. 11 a 21 do Código Civil de 2002 e estão elencados na Constituição, em alguns incisos do art. 5º e, em especial, em seu *caput*. Sendo assim, ao lançar mão do princípio da dignidade humana constante na Constituição (que é superior a qualquer outra lei), a mudança do nome civil é possível e necessária para que esse princípio seja efetivado, visto que a não mudança conforme o nome social expõe as pessoas trans a constrangimentos ocasionados pela estigmatização e discriminação à sua identidade de gênero;

- Flexibilizar os horários de agendamento de consultas e exames;
- Utilizar em todos os recursos públicos de comunicação com os(as) usuários(as) nos espaços de saúde, como prontuários, painel eletrônico e comunicação verbal, o nome social daquelas pessoas trans que não possuem o seu nome civil alterado para aquele com o qual se identificam e a sociedade as conhece.

c. No âmbito das ações intersetoriais para mitigar a discriminação social que aumenta a vulnerabilidade ao adoecimento

- Organizar oficinas realizadas entre ONGs trans e diversos setores da sociedade para o compartilhamento de informações sobre direitos humanos e sexuais;
- Fortalecer as parcerias entre ONGs trans e associações do comércio e indústria para a inclusão das pessoas trans no mercado de trabalho formal,

incluindo a capacitação técnica em determinadas áreas e a sensibilização dos(as) profissionais que trabalham nas empresas que as empregariam;

- Fortalecer a educação sexual nas escolas voltada tanto aos(às) educadores(as) quanto aos(às) alunos(as), com discussões direcionadas às diferentes identidades de gênero e orientações sexuais. Iniciativas que poderiam ser parte integrante das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), programa lançado em 2007 (Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007) e que é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação. O PSE prevê:

- a avaliação das condições de saúde do(a) estudante;
- a promoção da saúde e prevenção, incluindo a educação sexual e reprodutiva;
- a capacitação e formação permanente de profissionais e jovens;
- o monitoramento e a avaliação da saúde dos(as) estudantes por equipes do Saúde da Família;
- o monitoramento e a avaliação do Programa Saúde na Escola.

Além da discussão mais ampliada sobre a concepção de diversidade implicada na necessidade do Estado promover e proteger direitos humanos e a Constituição, é necessária também a ampliação desse programa a todos os municípios da Federação, não somente àqueles que tenham o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) menor ou igual a 4,5, que tenham 70% ou mais de cobertura populacional por equipes do Saúde da Família, que tenham escolas participantes do Programa Mais Educação e que queiram aderir ao PSE, tal como previsto na Portaria Interministerial nº 3.696/2010. Claro que, para haver essa maior abrangência, é também necessária a

ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família e da alocação de recursos para o PSE.

Espera-se que, com isso, as ações pensadas e elaboradas nos documentos nacionais e internacionais sejam trazidas e efetivadas no cotidiano das mulheres trans, o qual possui características específicas produzidas pelas intersubjetividades presentes em seu contexto sociocultural, para que o sofrimento desnecessário pelo qual passam, emblemático na trajetória das mulheres trans entrevistadas, assim como a sua desproporcional exposição ao adoecimento possam ser evitados e mitigados.

REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, L. **Aparelhos ideológicos de estado**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Committee on Health Care for Underserved Women. Committee opinion n. 512: health care for transgender individuals. **Obstet Gynecol**, v. 118, n. 6, p. 1454-1458, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM IV)**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARÁN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis**, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009.

ARÁN, M.; ZAIDHAFT, S.; MURTA, D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 70-79, 2008.

ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES (AAMC). **Institutional programs and educational activities to address the needs of GLBT students and patients**. Washington, DC: AAMC GSA and AAMC OSR, 2007.

AULT, A.; BRZUZY, S. Removing gender identity disorder from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: a call for action. **Soc Work**, v. 54, n. 2, p. 187-189, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 117-140.

_____. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 375-417.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JR., I. **Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos**. São Paulo: NEPAIDS, 2010. mimeo. (Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos).

BENTO, B. Corpos e próteses: dos limites discursivos do dimorfismo. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 7, 2006, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Fazendo Gênero 7, 2006.

BIZE, R. et al. Access to quality primary care for LGBT people. **Rev Med Suisse**, v. 7, n. 307, p. 1712-1717, 2011.

BORBA, R. Intertext(sex)ualidade: a construção discursiva de identidades na prevenção de DST/AIDS entre travestis. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 49, n. 1, p. 21-37, 2010.

BORBA, R.; OSTERMANN, C. Gênero ilimitado: a construção discursiva da identidade travesti através da manipulação do sistema de gênero gramatical. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, n. 2, p. 409-432, 2008.

BOYCE, S. et al. Facilitating access to sexual health services for men who have sex with men and male-to-female transgender persons in Guatemala City. **Cult Health Sex**, 8 Dec 2011.

BRAGA, D. S. A experiência transexual: estigma, estereótipo e desqualificação social no intramuros da escola. In: Reunião anual da ANPED: Educação e Justiça Social, 34., 2 out. 2011, Natal. **Anais...** Natal: ANPED, 2011. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/app/webroot/34reuniao/images/trabalhos/GT23/GT23-204%20int.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **SUS: princípios e conquistas**. Brasília: MS, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2011.

_____. **II Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) – 2002**. Brasília: SEDH, 2002a. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-no-Brasil/ii-programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-2002.html>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui do Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002b.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e promoção da cidadania homossexual**. Brasil: SEDH, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca. Relatório Final**. Brasília: MS, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano nacional de enfrentamento da epidemia de Aids e das DSTs entre gays, HSH e travestis**. Brasília: MS, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: MS, 2008b.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT**. Brasília: SEDH, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT**. Brasília: MS, 2010a.

_____. Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010b.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Poverty, equity, human rights and health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 7, p. 539-545, July 2003.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Brasília: ABPESS, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2011.

BUTLER, J. **Lenguaje, poder e identidad**. Madrid: Sintesis, 1997.

_____. **Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción**. València, Espanha: Ediciones Cátedra, 2001a.

_____. La cuestión de la transformación social. In: BERCKGERNSHEIM, Elizabeth; BUTLER, Judith; PUIGVERT, Lúdia. **Mujeres y transformaciones sociales**. Barcelona: El Roure, 2001b.

_____. **Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”**. Barcelona: Paidós, 2002.

_____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. **Deshacer el género**. Barcelona: Paidós, 2006.

_____. Desdiagnosticando o gênero. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-126, 2009.

- CARRARA, S.; VIANNA, A. R. B. "Tá lá o corpo estendido no chão...": a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2006.
- CARVALHO, I. P. Transsexuality: experiencing the transition process in the context of health care services. **Acta Med Port**, v. 23, n. 6, p. 1001-1010, 2010.
- CARVALHO, M. F. L. A (im)possível pureza: medicalização e militância na experiência de travestis e transexuais. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 8, p. 36-62, 2011.
- CARVALHO, M. G. **Sexualidades em psi-maior**: identidades sexuais e contemporaneidade. Belo Horizonte: Pulsar, 2003.
- CHARRIÈRE, E. et al. Sexual diversity and school health: the largely unknown vulnerabilities. **Krankenpfl Soins Infirm**, v. 104, n. 9, p. 47-49, 2011.
- CONFERÊNCIA REGIONAL DAS AMÉRICAS (CRA). **Declaração de Santiago**. Santiago: CRA, 2000.
- COUTINHO, C. N. Notas sobre cidadania e modernidade. In: **Contra a corrente**: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000. p. 49-69.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 39-53.
- DE LAURETIS, T. Eccentric subjects: feminist theory and historical consciousness. **Feminist Studies**, Maryland, v. 16, n. 1, p. 115-150, 1990.
- _____. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de. **Tendências e impasses**: o feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206-242.
- DELEUZE, G. **Filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.
- DERRIDA, J. **Limited Inc**. São Paulo: Papirus, 1991.
- DIAS, M. B. **União homoafetiva, o preconceito e a justiça**. 4. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.
- DINIZ, M. H. **Curso de direito civil brasileiro**: teoria geral do direito civil. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.
- DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- DURKHEIM, E.; MAUSS, M. Algumas formas primitivas de classificação. In: RODRIGUES, J. A. (Org.). **Emile Durkheim**. São Paulo, Ática, 1981. p. 183-203. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).
- ELIASON, M. J.; DIBBLE, S. L.; ROBERTSON, P. A. Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) physicians' experiences in the workplace. **J Homosex**, v. 58, n. 10, p. 1355-1371, 2011.

ESTRADA, J.; GARCÍA BECERRA, A. Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 9, n. 18, p. 90-102, 2010.

ESTRADA, J.; VARGAS, L. El muestreo dirigido por los entrevistados (MDE) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al VIH: su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres: [revisión]. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, v. 28, n. 3, p. 266-281, 2010.

FACCHINI, R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. **Bagoas**, n. 4, p. 131-158, 2009. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/bagoas/v03n04art07_facchini.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2010.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 197-223, 2001.

_____. A paixão de trabalhar com Foucault. In: COSTA, Marisa V. (Org.). **Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984a.

_____. An interview: sex, power and the politics of identity. **The Advocate**, n. 400, p. 26-30, 7 ago. 1984b.

_____. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. In: _____. **Estética, ética e hermenêutica: obras essenciais**. Barcelona: Paidós, 1999a. v. 3. p. 393-415.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1999b.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2004a.

_____. Foucault. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Ditos e escritos IV: Foucault. Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. p. 234-239.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005a.

_____. **História da sexualidade III: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 2005b.

GARCIA, J.; PARKER, R. From global discourse to local action: the makings of a sexual rights movement? **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 13-41, jul./dez. 2006.

- GARCIA, M. R. Identity as a 'patchwork': aspects of identity among low-income Brazilian travesties. **Cult Health Sex**, v. 11, n. 6, p. 611-623, 2009.
- GIBSON, B. Care of the child with the desire to change genders – part II: female-to-male transition. **Pediatric Nursing**, v. 36, n. 2, p. 112-117, 2010.
- GIBSON, B.; CATLIN, A. J. Care of the child with the desire to change gender – part I. **Pediatr Nurs**, v. 36, n. 1, p. 53-59, 2010.
- GIRÓN, J. M. et al. Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. **Rev. Peru. Med. Exp. Salud Publica**, v. 24, n. 3, p. 211-217, 2007.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: la identidad deteriorada. 5. ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.
- GORIN-LAZARD, A. et al. Is hormonal therapy associated with better quality of life in transsexuals? A cross-sectional study. **J Sex Med**, 6 Dec 2011.
- GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. Universal Access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. **AIDS**, v. 22, suppl. 2, p. 123-32, 2008.
- GUIMARÃES JR., A. R. **A bioética da proteção e a população transexual feminina**. 2007. 117 p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.
- HERNÁNDEZ-ROSETE MARTÍNEZ, D. La otra migración. Historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México. **Salud Ment**, v. 31, n. 4, p. 253-260, 2008.
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people**: building a foundation for better understanding. Washington: National Academies Press (US), 2011.
- JOKIĆ-BEGIĆ, N. et al. Transsexuality: living in a wrong body? **Lijec Vjesn**, v. 130, n. 9-10, p. 237-247, 2008.
- KUHN, A. et al. Quality of life 15 years after sex reassignment surgery for transsexualism. **Fertil Steril**, v. 92, n. 5, p. 1685-1689, 2009.
- KULICK, D. **Travesti**: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, abr./jun. 2008.
- MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Tradução de Márcia C. de Sá Cavalcante. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

MALUF, S. W. Corporalidade e desejo: *tudo sobre minha mãe* e o gênero na margem. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, 2002.

MARTINS, J. S. Reflexão crítica sobre o tema da “exclusão social”. In: **A sociedade vista do abismo**: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 25-47.

MERIGGIOLA, M. C. et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline: commentary from a European perspective. **Eur J Endocrinol**, v. 162, n. 5, p. 831-833, 2010.

MUSTANSKI, B. Ethical and regulatory issues with conducting sexuality research with LGBT adolescents: a call to action for a scientifically informed approach. **Arch Sex Behav**, v. 40, n. 4, p. 673-686, 2011.

NG, H. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health and medical education. **JAMA**, v. 306, n. 21, p. 2326-2327, 2011.

OBEDIN-MALIVER, J. et al. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in medical curricula. In: Annual Meeting of the Association of American Medical Colleges, 2010, Washington, DC. **Proceedings...** Washington, DC: AAMC, 2010.

_____. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. **JAMA**, v. 306, n. 9, p. 971-977, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração universal dos direitos humanos**. Genebra: ONU, 1948.

_____. **Declaração de Beijing**. Beijing: ONU, 1995. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc/pequim95.htm>>. Acesso em: 156 set. 2010.

ORTEGA, F. **Para uma política da amizade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.

OTA, E. et al. Behavioral interventions to reduce the transmission of HIV infection among sex workers and their clients in high-income countries. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 12, 2011.

PAIVA, V. S. F. **Fazendo arte com a camisinha**: sexualidades jovens em tempos de AIDS. São Paulo: Summus, 2000a.

_____. Gender scripts and the sexual scene: promoting sexual subjects among Brazilian teenagers. In: PARKER, Richard; BARBOSA, R. M.; AGGLETON, P. (Orgs.). **Framing the sexual subject**: the politics of gender, sexuality and power. Berkeley: University of California Press, 2000b. p. 216-239.

_____. Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: CÁCERES, C. F. et al. (Orgs.). **Sexualidad, estigma y derechos humanos**: desafíos para el acceso a la salud en America Latina. Lima, Peru: FASPA/UPCH, 2006. p. 23-52.

_____. Prevenção positHIVa: abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. In: **Seminário Prevenção PositHIVa: estado da arte**. Rio de Janeiro: ABIA, 25-26 outubro de 2007.

_____. **Cenas da vida cotidiana**: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. São Paulo: NEPAIDS, 2010. mimeo. (Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos).

PARANÁ. Resolução nº 188, de 8 de março de 2010. Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social de pessoas travestis e transexuais nos registros relativos a serviços públicos prestados no âmbito da Administração direta e indireta. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, 2010.

PAREJA, R.; HASBÚN, J. Profiles of sexual activity in the gay community of the Dominican Republic and the level of AIDS risk. In: BOND, L. S. (Ed.). **A portfolio of AIDS/STD behavioral interventions and research**. Washington, DC: Pan American Health Organization (PAHO), 1992. p. 143-151.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. (Cidadania e Direitos, n. 1).

PELÚCIO, L. À noite, nem todos os gatos são pardos: notas sobre a prostituição travesti. **Cad. Pagu**, n. 25, p. 217-248, 2005.

_____. **Nos nervos, na carne, na pele**: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS. 2007. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

PRADO, M. A.; MACHADO, F. V. **Preconceito contra homossexuais**: a hierarquia da invisibilidade. São Paulo: Cortez. 2008.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios de Yogyakarta**. Rio de Janeiro: CLAM, 2006. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

RIOS, R. R. A discriminação por gênero e por orientação sexual. **Série Cadernos do CEJ**, v. 24, p. 155-168, 2003. Disponível em: <<http://www.cjf.gov.br/revista/seriecadernos/vol24/artigo05.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2012.

_____. O conceito de homofobia na perspectiva dos direitos humanos e no contexto dos estudos sobre preconceito de discriminação. In: RIOS, Roger R. (Org.). **Em defesa dos direitos sexuais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. p. 111-139.

_____. Desenvolver os direitos sexuais: desafios e tendências na América Latina. In: CORNWALL, A.; JOLLY, S. (Orgs.). **Questões de sexualidade**: ensaios transculturais. Rio de Janeiro: ABIA, 2008. p. 101-109.

ROMANO, V. F. As travestis no programa saúde da família da Lapa. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 211-219, 2008.

- SADALA, M. L. A.; MARQUES, S. A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2369-2378, 2006.
- SANTOS, B. S. Por uma concepção multicultural dos direitos humanos. **Revista Crítica das Ciências Sociais**, Coimbra, n. 48, 1997.
- _____. **Pelas mãos de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- _____. **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- _____. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: SANTOS, Boaventura Souza (Org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre ciências revisitado**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 777-821.
- SARLET, I. W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.
- SELVAGGI, G.; BELLRINGER, J. Gender reassignment surgery: an overview. **Nat Rev Urol**, v. 8, n. 5, p. 274-282.
- SHARMA, J. Reflexões sobre a linguagem dos direitos de uma perspectiva *queer*. In: CORNWALL, A.; JOLLY, S. (Orgs.). **Questões de sexualidade: ensaios transculturais**. Rio de Janeiro: ABIA, 2008. p. 111-120.
- SHEILL, K. Os direitos sexuais são direitos humanos, mas como podemos convencer as Nações Unidas? In: CORNWALL, A.; JOLLY, S. (Orgs.). **Questões de sexualidade: ensaios transculturais**. Rio de Janeiro: ABIA, 2008. p. 91-99.
- SILVA, A. S.; BARBOZA, R. Diversidade sexual, gênero e exclusão social na produção da consciência política de travestis. **Athenea Digital**, n. 8, p. 27-49, outono de 2005.
- SPINOZA, B. **Pensamentos metafísicos**. Tratado da correção do intelecto. Ética. Tratado político. Correspondência. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979.
- STODDARD, J. et al. Improving medical education about gender-variant youth and transgender adolescents. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**, v. 20, n. 4, p. 779-791, 2011.
- TAGLIAMENTO, G. **Com a palavra o prover: uma análise das masculinidades produzidas em contextos familiares nos quais a mãe é a provedora**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- TANGPRICHA, V. et al. Endocrinologic treatment of gender identity disorders. **Endocr Pract**, v. 9, n. 1, p. 12-21, 2003.
- TERTO Jr., V. S. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horizontes Antropológicos**, ano 8, n. 17, p. 147-158, 2002.

TOIBARO, J. J. et al. Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales. **Medicina**, Buenos Aires, v. 69, n. 3, p. 327-330, 2009.

TONELI, M. J. F.; BECKER, S. Notas sobre o não reconhecimento e a inumanidade de travestis e negros no palco do judiciário. **Revista Brasileira de História das Religiões**, v. III, n. 9, p. 1-9, jan. 2011.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 531-562.

WEBER, S. Guest editorial: special issue on mental health nursing care of LGBT adolescents and young adults. **J Child Adolesc Psychiatr Nurs**, v. 23, n. 1, p. 1-2, 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MULHERES TRANS

✓ **TRAJETÓRIA DE VIDA**

PERGUNTA GERADORA: Fale um pouco sobre a sua trajetória de vida.

✓ **SERVIÇOS DE SAÚDE**

PERGUNTAS GERADORAS: Você costuma frequentar algum serviço de saúde? Se sim, qual e por quê? Se não, por quê? Em que situações normalmente você procura um serviço de saúde? Como é chegar até o serviço?

✓ **RELAÇÃO ENTRE MULHER TRANS E PROFISSIONAL DE SAÚDE**

CENA: 1) Descreva densamente uma cena de um atendimento bom a você em um serviço de saúde.

2) Descreva densamente uma cena de um atendimento ruim a você em um serviço de saúde.

QUESTÕES PARA DISCUSSÃO: O que você considera como sendo um bom atendimento? Como é o atendimento prestado pelo profissional de saúde a você na atenção básica, no hospital, no ambulatório e no serviço privado? Existe alguma diferença no atendimento prestado entre uma consulta decorrente de uma DST/Aids e de uma decorrente de qualquer outro tipo de doença?

✓ **CONHECIMENTO SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À POPULAÇÃO TRANS**

PERGUNTAS GERADORAS: Você conhece alguma política pública/projeto voltado aos direitos das mulheres trans? Se sim, qual(is)? Se você pudesse criar alguma política pública/projeto na área da saúde voltado para as mulheres trans, qual você criaria?

✓ **CONHECIMENTO SOBRE LEGISLAÇÃO VOLTADA À POPULAÇÃO TRANS**

PERGUNTAS GERADORAS: Você conhece alguma lei voltada aos direitos das mulheres trans? Se sim, qual(is)? Se você pudesse criar alguma lei na área da saúde voltada para as mulheres trans, qual você criaria?

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo a pesquisa **(In)Visibilidades Caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral**. Para tanto, serão realizadas entrevistas, de aproximadamente 1 hora, gravadas com você, mas, tão logo a pesquisa acabe, as fitas serão desgravadas. Este momento pode trazer algum constrangimento para você, porque será solicitado que você conte algumas coisas de sua vida pessoal e profissional e será solicitada a sua permissão para usar um gravador para registrar a sua fala, mas esperamos que traga benefícios para você, para a população trans e para os profissionais de saúde. Pois, com esta pesquisa, poderemos ajudar os programas voltados para questões relativas à prevenção e tratamento das DSTs/aids e ao acesso das travestis aos serviços de saúde. Lembramos que a sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá solicitar de volta este termo de consentimento livre esclarecido assinado. Além disso, se você precisar a qualquer momento de alguma assistência por eventuais danos à sua saúde em decorrência desta pesquisa e/ou se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelos telefones (41) 9838-0980 / (41) 3024-7481, e-mail tagrazi@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP – Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-000 – São Paulo/SP - Telefone: 3091-9457 – Fax: 3091-9452 - E-mail: cep@hu.usp.br. Se você estiver de acordo em participar, garantimos que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho, mantendo o anonimato de cada informante.

Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome social: _____

Nome civil: _____

RG nº: _____ Gênero: _____ Data de nascimento: __/__/__

Endereço: _____

Telefone: _____

Declaro que fui esclarecido/a sobre a pesquisa **(In)Visibilidades Caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral**, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma, além disso concordo em participar da mesma de forma voluntária.

(local e data)

Sujeito de Pesquisa

Pesquisadora Responsável
Vera S. F. Paiva (USP)