UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
LEPPS – Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde

MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: DA ABJEÇÃO À DIGNIDADE

Paula Morillas de Holanda

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
LEPPS – Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde

MULHERES TRANSEXUAIS E TRAVESTIS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: DA ABJEÇÃO À DIGNIDADE

Paula Morillas de Holanda

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

RIBEIRÃO PRETO – SP

2016

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.

Holanda, Paula Morillas de

Mulheres transexuais e travestis que vivem com HIV/aids: da abjeção à dignidade. Ribeirão Preto, 2016.
199p. : il ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP
Área de Concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientador: Santos, Manoel Antônio dos.

1. Transexualidade 2. Travestilidade
3. Mulheres transexuais. 4. Vírus da Imunodeficiência Humana
5. Aids

Esta Dissertação de Mestrado foi realizada junto ao Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde da FFCLRP-USP e ao Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero - VideVerso.

LEPPS
Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde
FFCLRP-USP

VIDE | VERSO
grupo de ação e pesquisa em diversidade sexual

Holanda, Paula Morillas de
Mulheres transexuais e travestis que vivem com HIV/aids: da abjeção à dignidade

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof .: _____ Instituição: _____

Julgamento_____ Assinatura: _____

Prof .: _____ Instituição: _____

Julgamento_____ Assinatura: _____

Prof .: _____ Instituição: _____

Julgamento_____ Assinatura: _____

O Brasil é o país que mais mata transexuais e travestis no mundo. Quando chegamos próximo dessa população é que vemos a dimensão real dessa vulnerabilidade. É doloroso enxergar e reconhecer a opressão a que todas essas pessoas estão submetidas em seu cotidiano. Dedico esta pesquisa a todas as pessoas transexuais, travestis e transgêneros, não só aquelas que generosamente aceitaram colaborar com esta Dissertação, mas as que enfrentam agressões das mais variadas formas todos os dias apenas pelo fato de existir; as que ainda não se assumiram por medo; as que se arriscam nas promessas da indústria farmacêutica por pressão da sociedade; as que pensam, tentam ou cometem suicídio; as que levam uma existência anônima ou que passam despercebidas durante toda a vida; as que estão expostas à intolerância e brutalidade nas ruas, ou esquecidas nas prisões, ou sepultadas em vala comum, sem identificação. Dedico, mas sobretudo agradeço, por vocês terem me possibilitado conhecer essa garra e força incríveis que as fazem aderir à vida, por mostrarem a todos e todas que nada é insuperável. É para vocês este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Prof. Manoel, meu orientador, a primeira vez que nos vimos, na época que eu não tinha ideia do que iria pesquisar no mestrado, lembro que entrei na sua sala dizendo: “quero estudar gênero” (porque era a única coisa que eu poderia dizer) e você, mesmo ainda não tendo trabalhado comigo, resolveu me dar uma chance para construirmos juntos essa longa e tortuosa caminhada que é realizar uma pesquisa. Acho que valeu a pena. Obrigada por me receber de portas abertas e me dar a chance de conquistar algo que me era muito desejado. Você foi essencial para isso.

Participantes, suas lindas, sou uma pessoa muito feliz por vocês terem me inspirado imensamente com suas tocantes histórias de vida. Vocês fizeram essa pesquisa comigo. Eu bati na porta de sua interioridade, vocês me deixaram entrar e ainda me serviram cafezinho! Dentro de mim permanece um pouco de cada uma de vocês. Meus sinceríssimos agradecimentos. Vocês são exemplo de luta e “arrasam” demais!

Yurín, Parcis, ai, o que seria de mim sem você nessa jornada? Tenho zero ideia. Entramos juntos de duplinha nesse Mestrado e juntinhos permanecemos. Sem dúvida fomos os maiores apoiadores de nós mesmos e eu sei que você também pensa assim. Fico sinceramente grata por ter tido tão boa companhia nisso tudo e, principalmente, por ter ganhado um amigão pra vida toda, com tudo o que essa palavra quer dizer. Você é um dos poucos *omicis* por quem tenho apreço nessa vida. Sinta-se amado!

Papi e Mami, obrigada por literalmente terem me dado teto e comida para eu conseguir escrever esta Dissertação. Ajudou muito! Por todo o restante, é desnecessário agradecer porque, afinal, vocês me deram a vida (que não é o melhor presente, vamos combinar, mas tem me permitido fazer coisas bem legais).

Roberto, Mozão, obrigada pelo apoio e por me ensinar, na vivência que temos juntos, como é de fato viver fora da caixa. Foi bem importante pra minha pesquisa e pra minha vida eu aprender sobre essas questões existenciais e relacionais com você. Choque de mente neles! Miaaauuu. Chega, senão fica muito brega.

Zizi, sister of my heart, nem sei o que te falar. Você é a melhor amiga que qualquer pessoa pode ter. Você é o melhor colo e tem os melhores conselhos. Você é incrível. Obrigada por me dar a mão para andarmos juntas, lado a lado. Eu não vou soltar mais! Obrigada por me ensinar tanto. Beijo no camelo!

Patrícia (Porchat), você que esteve presente na Banca da Quali, saiba que suas críticas foram super-importantes para eu enxergar o real propósito do meu trabalho. Sem suas pontuações esse texto simplesmente teria tomado outro caminho. Muito obrigada por todo o conhecimento compartilhado!

Larissa (Pelúcio), obrigada por toda sua contribuição para a construção do campo dos estudos de gênero no Brasil. Seus artigos e outros trabalhos me ajudaram imensamente e certamente ajudam muitas pessoas que estão nesse mesmo barco! Você merece muitos agradecimentos.

Funcionários do Hospital, meus queridos colegas de trabalho, obrigada a cada um de vocês, por terem me ajudado na etapa da coleta de dados, especialmente ao Chico, às meninas da Enfermagem e às amigas Alda e Amanda. As últimas, pelos memoráveis momentos de ventilação cômica e trágica no Clube da Marmita Gourmet. Vocês são demais! Sinto saudades!

Gui, obrigada por ter me dado o empurrão que eu precisava, há muitos anos, para entrar nesse mundo lindo dos estudos de gênero. Você nem sabe, mas foi muito importante pra isso. E obrigada por me ouvir e me entender tão bem, mesmo sendo pelo Skype, por que você foi inventar de morar literalmente do outro lado do mundo. Saudades.

Filipa de mamããããe, mamãe te ama, filha. Obrigada por ser minha companhia quando ninguém mais pode ser, por deitar do meu lado nos momentos difíceis e dar aquela roncadinha fofa. Vou te comprar um ossinho novo de presente! Gostosa.

Aos Mecanismos de Defesa (não os meus): nós somos os melhores pitaqueiros e conselheiros de mestrado que já pisaram nessa terra roxa! Que a deusa abençoe quem teve a brilhante de ideia de fazer um grupo no Whatsapp com os remanescentes colegas que ainda não haviam defendido o mestrado! Ah, fui eu mesma (risos narcísicos)! Mas, é sério e vocês também sabem: acho que a gente não teria conseguido se não fosse esse apoio que a gente se deu. Que venha a comemoração! Ana, Bel, Gabriel e Rô: um beijo na testa de cada um(a) de vocês.

Agradeço aos colegas de militância e às minhas migas femilindas, que me ensinam no dia a dia a desconstruir esse mundão, muitas vezes mais do que os livros e artigos. E obrigada ao Joby também, que me ensinou que amizade é aceitação, além de boas e sinceras risadas.

Obrigada, João Guilherme, Diane Spagnuelo, Guilhermina Urze, Amara Moira, Luiza Coppieters, Indianara Siqueira e Daniela Andrade. A existência trans de vocês me ensina muito a cada dia. Sem vocês eu seria apenas mais uma pessoa cis que estuda gênero na academia, totalmente distante dessa realidade. Muaaaah.

Agradeço às migas Mono e Gafe pela parceria na cerveja e pelos devaneios. Quando não dá pra fazer mais nada e as coisas não se resolvem, o jeito é ir no Marcão e tomar aquela Subzero por cinco reais. Aliás, eu deveria agradecer ao Marcão também, né? Mas acho que não, só se ele desse desconto.

Judith Butcher, vem cá, sua linda! Esse é meu apelido carinhoso pra você. *Come on over!* Eu sou imensamente grata por toda inteligência e sagacidade que você tem em escrever essas coisas que você escreve sobre gênero. A *beesha* lacra.

Netflix, muito obrigada por me fornecer um respiro nos momentos de exaustão e estafa! É um amor bandido, porque você dá acalento, ao mesmo tempo que vicia. E não é toda hora que dá pra te acessar.

E por fim, como sou ateia, agradeço à minha própria resiliência, arduamente construída ao longo de todos esses anos vividos. Obrigada por ter se mostrado tão forte e não ter me abandonado, nem nos momentos mais impossíveis.

Que venha o próximo desafio! Porque um dia sem desconstruir e problematizar é um dia perdido.

RESUMO

Holanda, P. M. (2016). Mulheres transexuais e travestis que vivem com HIV/aids: da abjeção à dignidade. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Considerando a primordialidade da produção de conhecimento acerca das identidades de gênero Transexuais e Travestis que parta de óticas não patologizantes e sabendo que a emergência do HIV/aids nessa população tem sido pouco enfocada em âmbito acadêmico, este estudo teve por objetivo compreender, mediante as narrativas de mulheres transexuais e travestis que vivem com HIV/aids, suas percepções e significações acerca de seus corpos, gêneros, sexualidades, bem como de sua condição de (con)viverem com a soropositividade e de realizarem seguimento em um serviço de referência especializado. Foi escolhido o paradigma qualitativo de pesquisa em Psicologia, utilizando as estratégias do método clínico-qualitativo e dos estudos de casos múltiplos para definir o delineamento do estudo. Foram utilizadas entrevistas, diários de campo e questionário sociodemográfico, aplicados a 10 mulheres transexuais e travestis com diagnóstico de HIV/aids, que se encontravam em acompanhamento em um hospital universitário terciário do interior paulista. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática. Os dados foram interpretados à luz da Teoria *Queer*. A análise dos dados permitiu destacar três eixos temáticos principais: *Existência*, que abarcou os subcategorias referentes a infância e adolescência, vida sexual e afetiva, gênero e orientação sexual, e corpo; *Resistência*, que envolveu subcategorias concernentes a família, prostituição e preconceito; e *Soropositividade*, que concerniu as subcategorias relativas ao HIV, às demandas de saúde e à ressignificação de condição de (con)viver com HIV/aids. Os resultados mostraram, ainda, que as participantes se tornaram suscetíveis à contaminação pelo vírus HIV em função de estarem submetidas a um conjunto de vulnerabilidades entrelaçadas, mas que encontraram, cada uma a sua maneira, meios para enfrentar e ressignificar essa condição. Pôde-se também constatar que, em função do contexto de marginalização e exclusão social presentes na vida das participantes, a condição de adentrar e pertencer formalmente ao cenário da assistência à saúde para a realização do tratamento foi significada como uma experiência edificante, que agregou valores positivos a suas vidas. A Teoria *Queer* constituiu uma ferramenta pertinente de interpretação dos dados e mostrou ter valor heurístico para a proposta de pesquisa delineada. Observou-se que as demandas que as travestis e as mulheres transexuais direcionam ao serviço de saúde estão bem mais além dos procedimentos que envolvem a transição de gênero ou do tratamento antirretroviral, o que indica que é preciso investir no aprimoramento da assistência para atender às necessidades reais dessa população e contribuir para a co-construção de estratégias de manutenção de sua saúde integral.

Palavras-chave: transexualidade, travestilidade, mulheres transexuais, travestis, HIV, aids, Teoria *Queer*.

ABSTRACT

Holanda, P. M. (2016). Transsexuals women and transvestites living with HIV/AIDS: from the abjection to dignity. Masters Dissertation, Faculty of Philosophy, Sciences and Languages of Ribeirão Preto, University of São Paulo.

Considering the primordiality of knowledge production about Transsexual and transvestites gender identities that does not consider them as pathologies and also knowing that the emergence of HIV/AIDS in this population has been less focused on academic context, this study aimed at investigating analyzing and understanding, by means of the narratives of transsexual and transvestite women with HIV/AIDS, their perceptions and meanings about bodies, genders, sexualities, as well as their "co"-living situation with seropositivity and their condition to maintain follow-up on a specialized referral service.. The qualitative research paradigm (in psychology) was adopted in this study, by using the strategies of the clinical-qualitative method and of the multiple case studies in order to define the design of the study. It was used interviews, diaries from field research and sociodemographic questionnaires applied to ten transsexuals women and transvestites diagnosed with HIV/AIDS, which were being followed in a tertiary university hospital located on the State of São Paulo. The interviews were submitted to the thematic content analysis and the data were interpreted in the light of Queer Theory. The data analysis allowed to identify three main themes, namely: *Existence*, which covered the subcategories related to childhood and adolescence, sexual and emotional life, gender and sexual orientation, and body; *Resistance*, involving subcategories concerning to family, prostitution and prejudice; and *Seropositivity*, which was comprised of the subcategories related to HIV, the health demands and reframing condition of "co"-living with HIV/AIDS. Still, the results showed that the participants were susceptible to infection by HIV due to being submitted to a set of interlaced vulnerabilities, but they found, each in its own way, means to face and reframe such a condition. It was also possible to note that, depending on the context of marginalization and social exclusion of the participants, the condition of entering and belonging formally to the health care scenario regarding to a treatment was meant as something uplifting and brought positive factors to their lives. Still, it was noted that the Queer Theory constituted a relevant data interpretation tool with heuristic value for the research proposal designed. It was observed that the transsexual and transvestite demands for health services are far beyond the procedures which involve gender transition or antiretroviral treatment. This aspect indicates that investments are necessary to improve assistance, in order to achieve the real needs of this population and to contribute to the co-construction of strategies for maintenance of their comprehensive health.

Keywords: transsexuality, transsexual women, transvestites, HIV, AIDS, Queer Theory.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Informações sobre as participantes - parte I 65
Tabela 2. Informações sobre as participantes - parte II 66
Tabela 3. Informações gerais sobre as entrevistas e transcrições 85

Revisão Bibliográfica
Tabela 1. Resultados de todas as buscas 167

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Categorias temáticas, suas subcategorias e as ligações entre elas.....87

Revisão Bibliográfica

Figura 1. Primeiras exclusões.....167

Figura 2. Seleção dos artigos para composição da amostra do estudo.....168

Figura 3. Número de publicações por ano.....169

Figura 4. Lugares em que foram realizadas as pesquisas.....169

Figura 5. Metodologias utilizadas nos estudos.....170

Figura 6. Populações que compuseram as amostras dos estudos.....170

LISTA DE SIGLAS

ABEP Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APA *American Psychological Association*
CID 10 Código Internacional de Doenças, 10ª Edição
CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPA Centro de Psicologia Aplicada
DSM III Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, 3ª Edição
DSM IV Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, 4ª Edição
DSM V Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, 5ª Edição
DST Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENTLAIDIS Encontro Nacional de Travestis e Transexuais que atuam na luta contra a Aids
FFCLRP Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
HIV Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HSH Homens que fazem sexo com Homens
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS Instituto Nacional do Seguro Social
LEPPS Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde
LGBT Lésbicas, *gays*, bissexuais, transexuais, travestis e transgêneros
LGBTQ Lésbicas, *gays*, bissexuais, transexuais, travestis, transgêneros e *queers*
LGBTQI Lésbicas, *gays*, bissexuais, transexuais, travestis, transgêneros, *queer* e pessoas Intersexo
MS Ministério da Saúde
ONG Organização Não Governamental
SIDA Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS Sistema Único de Saúde
TARV Terapia Antirretroviral
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 27

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....29
2.1 Gênero, Transexualidade e Saúde.....29
2.2 Teoria *Queer*.....47

3. JUSTIFICATIVA.....55

4. OBJETIVOS 57
4.1 Objetivo Geral.....57
4.2 Objetivos Específicos.....57

5. CAMINHOS METODOLÓGICOS.....59
5.1 Fundamentação Metodológica.....59
5.2 Participantes 63
5.3 Instrumentos 68
5.4 Procedimentos 71
5.4.1 Coleta de Dados 71
5.4.2. Análise dos Dados.....72
5.5 Considerações Éticas.....74

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....75
6.1 Existência.....87
6.2. Resistência.....112
6.3 SoroPositividade.....133

7. CONSIDERAÇÕES (IN)CONCLUSIVAS.....153

REFERÊNCIAS 157

APÊNDICES 163

ANEXO 199

1. APRESENTAÇÃO

Como psicóloga que atuou por seis anos no atendimento a pacientes que vivem a condição de serem portadores do HIV ou de terem aids, sempre observei que as identidades *trans* de algum modo também tangenciam esse contexto, entretanto, elas são muito pouco faladas dentro da própria instituição de cuidados à saúde dessas pessoas. Transexuais e travestis que frequentam a unidade especializada no tratamento do HIV/aids apresentam peculiaridades em relação aos demais pacientes, pois suas questões psicológicas também estão ancoradas na necessidade humana de serem aceitas e legitimadas em sua existência divergente da heteronormatividade e/ou das convenções de gênero, o que não acontece com pacientes cisgêneros. Isso despertou meu interesse pela investigação científica da interface aids e população *trans*, por entender que o conhecimento das necessidades, dificuldades, crenças e aspirações dessas pessoas, que além de inscreverem a peculiaridade de atravessar as fronteiras de gênero, convivem com uma condição de fragilidade imposta pelo HIV ou pela aids, pode contribuir para a construção de um serviço que as atenda de maneira inclusiva e humanizada.

Tendo essa perspectiva em mente, aproximei-me do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq), coordenado pelo Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos. O LEPPS tem uma vertente, constituída pelo Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero (VIDEVERSO), que desenvolve pesquisas no campo da diversidade sexual e de gênero. Esse grupo de pesquisa também tem se dedicado a estudar as questões de gênero e sexualidade na sua interseccionalidade com outras categorias, como raça e classe social. Desse modo, meu ingresso no LEPPS foi motivado pelo propósito de realizar um estudo que investigasse os processos de existência e resistência das pessoas *trans*.

Dito isso, neste momento em que a pesquisa se encontra finalizada, vale a pena fazer algumas breves considerações sobre o desenvolvimento do estudo que, fundamentado em uma metodologia qualitativa, foi por si traçando sua trajetória, ao tecer seu percurso evolutivo. O título inicialmente pensado para nomear o projeto de pesquisa foi “Corpo e identidade em travestis e transexuais que vivem com HIV/aids: um estudo qualitativo”, que já sofrera uma transformação ao ser apresentado na etapa do Exame de Qualificação, passando a ser “Corpos, gêneros e sexualidades: as subjetividades de mulheres trans e travestis que vivem com HIV/aids”. Considerando as críticas (muito produtivas) recebidas por ocasião do Exame de Qualificação, decidi

mudar o título para a forma como se encontra, dessa vez definitiva: “Mulheres transexuais e travestis que vivem com HIV/aids: da abjeção à dignidade”. Penso que esse título é pertinente aos achados mais importantes que a análise dos resultados me permitiu descortinar.

A estrutura desta Dissertação de Mestrado está organizada em sete capítulos, sendo o primeiro esta Apresentação; o segundo se intitula Considerações Iniciais, que é um capítulo introdutório no qual foi desenvolvido e delimitado o tema da pesquisa, com o aporte bibliográfico de estudos que discorrem acerca das identidades *trans*, bem como resultados de investigações que apresentam o impacto da aids na população *trans*. Consta como Apêndice a esse capítulo introdutório uma revisão bibliográfica realizada sobre as identidades de gênero na população *trans*. Essa revisão foi elaborada para que eu pudesse, no início da trajetória da pesquisa, compreender o estado da arte desse campo e também os achados mais relevantes dos estudos sobre a existência dessas pessoas, pela ótica da academia. Os capítulos seguintes, o terceiro e o quarto, descrevem a justificativa da pesquisa e os objetivos gerais e específicos, respectivamente.

O quinto capítulo corresponde aos Caminhos Metodológicos, em que elaborei uma explanação acerca da fundamentação metodológica desta pesquisa inserida no paradigma qualitativo, bem como uma descrição sobre os procedimentos de realização do estudo, com a descrição das participantes, dos instrumentos utilizados e dos cuidados éticos observados durante o percurso.

Os Resultados e Discussões são apresentados no sexto capítulo, e se referem à análise dos dados, que foi realizada tendo como base as entrevistas realizadas com as participantes e as minhas anotações no Diário de Campo. Na sequência, o sétimo e último capítulo, que discorre sobre as Considerações (In)conclusivas, uma reflexão alimentada a partir dos resultados obtidos com as análises dos dados. Decidi dar esse título porque não são “finais” as considerações, pois não há uma conclusão fechada que possa ser apreendida a partir dos dados analisados, mas sim o estímulo a reflexões e à promoção de novas inquietações e sugestões. Por fim são apresentadas as Referências, seguidas dos Apêndices e Anexos.

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

2.1 Gênero, Transexualidade e Saúde

Nos estudos acerca da sexualidade, principalmente os alocados nas ciências humanas e da saúde, a travestilidade e a transexualidade são temas recorrentes, porém se reconhece que constituem categorias de difícil conceituação e que desafiam os limites de seu próprio campo teórico, em termos do que se entende por gênero e sexo. Ainda patologizadas pela Psiquiatria, sendo classificadas como disforia de gênero no DSM V e como transexualismo e travestismo na CID 10, essas expressões de gênero e da diversidade sexual humana impõem constantes desafios para sua conceituação teórico-científica, bem como para a criação e implementação de políticas públicas destinadas a garantir direitos e a promover saúde a esses segmentos minoritários da população.

A abordagem de gênero e sexualidade tem sido repensada nos últimos anos dentro do campo da ciência psicológica (Borges, Canuto, Oliveira, & Vaz, 2013). No contexto nacional, alguns autores que discutem transexualidade em estudos no campo das ciências sociais e psicológicas, como Peres (2015), Leite Jr. (2011, 2012), Pelúcio (2007), Bento (2008), Arán (2006) e Porchat (2014), problematizam essa questão apontando que a conceituação de dois sexos distintos e opostos, em que cada um apresenta um comportamento específico estritamente relacionado à genitália, corresponde a um premissa socialmente construída, por meio das práticas discursivas, para a manutenção de uma determinada ordem cultural, econômica e política. Aponta-se, assim, o caráter histórico e social – e, portanto, contingente – dessas categorias, problematizando a construção discursiva que sempre as colocou em um patamar de naturalização.

Antes associadas a uma abordagem essencialista, nas últimas décadas as variadas formas de expressão das sexualidades e dos gêneros têm sido vislumbradas por meio de composições sociais, históricas e culturais que rompem com as leituras tradicionais acerca da problemática em questão (Peres, 2015). Sendo assim, pode-se vislumbrar nitidamente o surgimento de novas metodologias e abordagens teóricas para abarcar o estudo das identidades sexuais e de gêneros contemporâneas, apesar das iniciativas ainda serem tímidas no campo científico da Psicologia.

Em concordância com o modelo crítico de estudos da sexualidade adotado pelos autores mencionados, que se insurge contra o modelo patologizante proposto pelo discurso normativo das ciências tradicionais, Almeida e Murta (2013) apontam que as

identidades trans fazem emergir questionamentos referentes às normas de gênero que regem a concepção acerca do que vem a ser os conceitos referentes a sexo e gênero, trazendo à tona suas limitações, a fluidez entre fronteiras e a transitoriedade.

Na era contemporânea, o imaginário social e o conhecimento de senso comum veiculado pelas redes de comunicação em massa constroem um entendimento do que é a sexualidade e os papéis sexuais. Nessas produções discursivas há uma correspondência necessária entre sexo biológico – anatômico e genital – e gênero. Em oposição a esse conceito fartamente disseminado e propagado à exaustão, nas identidades transexuais tal correspondência é colocada em questão, visto que uma das formas mais comuns de representar a pessoa transexual é a do "corpo errado", ou seja, seriam indivíduos que nasceram com a anatomia identificada como típica de determinado sexo e que, posteriormente, definem sua identidade de gênero diferente daquela designada ao nascimento. Assim, em linhas gerais, os que nascem com sexo atribuído como masculino sentem-se "equivocadamente" instalados em um corpo masculino, e os que nascem com sexo designado como feminino sentem a mesma discordância em relação ao corpo feminino. A modificação corporal, por meio de hormonização e de intervenções cirúrgicas – próteses de silicone e cirurgia de readequação sexual – impõe-se como uma necessidade premente para esse segmento da população (Almeida & Murta, 2013).

Todas essas definições, que são alocadas como desviantes da normalidade[1], só podem ser designadas como subversivas desde que esteja definido o lugar que a normalidade habita. Nesse espaço entra a trama da cisnormatividade e da cisgeneridade, que são conceitos críticos em relação aos demais que demarcam a anormalidade. Quando se delimita que a transexualidade refere-se a uma identidade de gênero que não corresponde ao gênero designado ao nascimento, automaticamente se está estabelecendo o correto, o normativo e, portanto, o esperado, que é o fato de o sujeito sentir-se identitariamente confortável com o lugar em que o colocaram previamente. O uso dos termos cisnormatividade e cisgeneridade denuncia, problematiza e critica a naturalização de alguns corpos e gêneros como regra de ouro que define a normalidade, enquanto outros são consagrados como exceção ou desvio a esse ideal normativo.

Butler (2003) evidencia o peso do processo sociocultural ao atribuir uma distinção fundamental entre a cisgeneridade e as identidades de gênero inconformes, já que um corpo apenas se torna "sexuado" a partir da prática discursiva que determina a regra de que sexo é algo natural e essencial. Sendo assim, os limites do normal (e do

‘real’ ou inteligível) são inscritos no campo da heterossexualização e da cisnormatização naturalizada dos corpos. Eis a relevância de se problematizar conceitos como “homem/mulher biológica”, tão presentes nos discursos acadêmicos, partindo-se da categoria da cisgeneridade, pois esta permite uma desconstrução crítica do que sempre foi tido como suposta verdade ontológica sobre corpos e gêneros (Vergueiro, 2015).

A cisgeneridade pode ser conceituada como a identidade de gênero das pessoas que vivem seu gênero em conformidade ao que lhes foi atribuído ao nascimento, em função do sexo (anatomia da genitália). Em outras palavras, são as pessoas não transgênero (Jesus, 2013). A construção crítica dessa definição está, portanto, mais voltada a produzir resistências, sejam elas discursivas, materiais ou culturais, do que a reafirmar epistemologias patologizantes (tanto do campo médico, quando do campo da Psicologia), que estão focadas nas definições essencializadas e disciplinadas, seguindo a ordem da normalidade e o que está fora dela, como a transexualidade e a travestilidade (Vergueiro, 2015). Utilizar o termo “cisgênero” ou “cisnorma” está associado, portanto, a uma luta contra as repercussões das relações de poder de um discurso considerado científico, dialogando com perspectivas foucaultianas (Foucault, 1996).

Entretanto, as questões referentes às transgeneridades são mais amplas e complexas. As diferentes possibilidades de existência para gêneros e sexualidades, que se manifestam nas formas de expressão de desejos e prazeres, são inerentemente construídas e decodificadas socialmente. A materialização de gêneros imposta aos corpos é estabelecida sempre no interior de uma cultura, sendo devidamente marcada por ela. Sendo assim, as identidades de gênero e sexualidades são definidas e moldadas pelas relações sociais e de poder de uma dada sociedade (Louro, 1999).

Reconhecer a existência de pessoas transexuais, portanto, nos obriga a desconstruir a correspondência discursiva entre sexo/gênero/desejo/práticas sexuais (Peres, 2012). Especificamente em relação às travestis, pessoas designadas homens ao nascer e que performam em seus corpos atributos femininos, apesar de muitas vezes manterem seus pênis e se identificarem não apenas como mulheres ou homens, fica ainda escancarado que as possibilidades de existência desses sujeitos escapa à lógica binária e heteronormativa.

Foucault (2005) destaca que a sexualidade pode ser apreendida como um dispositivo histórico de poder, que por intermédio de práticas sociais visa à ordenação e

disciplinação dos corpos. Esse dispositivo poderia ser entendido como um composto de discursos e práticas sociais, como uma rede configurada por elementos variados, como instituições, enunciados científicos, literatura e proposições morais.

Analisando as questões de gênero por essa nova perspectiva, podemos pensar no quanto o termo *travestilidade* é útil e valioso para reunir as múltiplas facetas identitárias que compõem o grupo das travestis (Pelúcio, 2007). Essa nomeação, segundo a autora, representa as travestis que, por sua vez, podem se definir como pessoas do sexo masculino que procuram inserir em seus corpos símbolos socialmente significados como femininos, tornando-se, assim, pertencentes ao gênero feminino, embora comumente sintam-se confortáveis com a anatomia de suas genitálias e possam, eventualmente, usá-las nas trocas sexuais.

Transformar a imagem do corpo é fundamental para as travestis (Pelúcio 2005). Sendo assim, para esse segmento existe a constante preocupação e dedicação de tempo para o investimento na aparência feminina, por meio de diferentes e elaboradas formas de transformação corporal. Para além das transformações estéticas, existe a apreensão de uma série de técnicas corporais que as afastam do padrão de masculinidade, que consiste em se comportar de maneira socialmente entendida como feminina e, até mesmo, com uma expressão de feminilidade considerada exagerada e hiperbólica.

Percebe-se que, apesar de construírem gêneros que estão para além da lógica binária, Peres (2012) observa que muitas travestis e transexuais ainda estão inseridas dentro do modelo heteronormativo, que influencia suas práticas relacionais e sexuais. Essa necessidade de corresponder imageticamente ao que se concebe como típico do feminino, para buscar relações eróticas ou afetivas com expressões de gênero masculinas, é uma construção calcada na heteronorma.

Em estudo no campo qualitativo, de cunho etnográfico, que teve como objetivo diferenciar as categorias travesti e transexual, investigando como elas emergiam no discurso dessa população, Barbosa (2013) encontrou que as mulheres trans se autodefiniram de diferentes maneiras, como “mulher que vive a transexualidade”, “transex”, “trans”, “transexual” e “travesti”, sendo que os significados relacionados a esses termos se apresentaram de maneira plural. Além disso, pôde ser observado que a característica que marcou a diferença entre as categorias foi a cirurgia de “mudança de sexo”, também denominada cirurgia de redesignação sexual ou de transgenitalização. O autor pontua que a diferenciação entre as categorias baseadas nessa intervenção

cirúrgica se daria em função da hegemonia do saber médico, que aplica, como terapêutica para o “tratamento” do “transexualismo”, a cirurgia de mudança de sexo. Nessa definição, são consideradas transexuais as mulheres que realizaram ou desejam realizar a cirurgia de readequação sexual e travestis aquelas que não têm esse anseio e convivem satisfatoriamente com suas genitálias, mas também apresentam o desejo pela realização de intervenções para feminização do corpo, por meio de hormonização, implante de próteses de silicone, cabelos longos, maquiagem e vestimentas típicas do gênero feminino. De modo análogo, haveria os transexuais que transitam do feminino para o masculino e que, para tal, também recorrem a recursos como hormonização, mastectomia, faloplastia ou implante de prótese peniana (ainda considerada uma cirurgia experimental no Brasil) e vestimentas típicas do gênero masculino.

As questões referentes às diferentes possibilidades de existência em relação ao gênero têm se apresentado como plurais na literatura, em termos de sua conceituação e categorização. Estudos empíricos realizados com pessoas transexuais têm apontado para essa multidiversidade dentro da própria categoria da transexualidade. No *Apêndice A* encontra-se uma Revisão de Literatura que trata especificamente das identidades de gênero nas transgeneridades. Os dados derivados dos estudos ilustram, de maneira mais apropriada, essa temática.

Essa revisão constitui parte complementar do processo de realização da pesquisa que ensejou esta Dissertação de Mestrado. Ao ter sido iniciada, a pesquisadora julgou pertinente conhecer o estado da arte referente aos estudos sobre pessoas transexuais, que também tiveram como objetivo compreender as questões existenciais dessas pessoas, partindo de suas próprias narrativas e perspectivas. Foi realizada logo no início do processo da pesquisa, para que a autora do estudo em questão pudesse compreender melhor o que o campo científico estava produzindo acerca das identidades de gênero nas pessoas transexuais. Como se apresenta como parte complementar a esta Dissertação, foi alocada como *Apêndice*, para ser apreciada dessa maneira. O trabalho em questão foi intitulado: *“Gender is a galaxy*: uma revisão de literatura sobre as identidades de gênero nas transgeneridades” e teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica das publicações empíricas que se destinaram a investigar a identidade de gênero das pessoas transexuais e transgêneros, por meio da busca de artigos indexados em bases de dados nacionais e internacionais.

Pelúcio (2004) oferece uma instigante reflexão acerca das definições e classificações referentes às categorias de travestis e transexuais, utilizando o recorte de classe como um importante marcador para delimitar tal conceituação. A autora salienta que as denominadas, muitas vezes por si mesmas, travestis são, geralmente, oriundas de classes populares e média-baixa, enquanto que as transexuais, que por sua vez, se apropriam de termos médico-científicos para se definirem, provêm de classes média e média alta.

Alguns autores descrevem a diferenciação entre as travestis e transexuais pautados na temática da corporeidade. Além da cirurgia de transgenitalização ser um marco para tal diferenciação, Pelucio (2007) e Kulick (2008) argumentam que as identidades se diferenciam por questões relativas ao corpo, que dialogam diretamente com aspectos subjetivos do que venha a ser gênero. Assim, as travestis percebem-se como homens em um corpo de homem, mas buscam agregar a esse corpo aspectos femininos para que se estenda, ao máximo possível, a aproximação às características do corpo feminino. Diferentemente disso, as mulheres transexuais sentem-se pertencentes ao gênero feminino (o que configura sua identidade de gênero) e apresentam a percepção de que estão no corpo errado. As modificações corporais nas pessoas transexuais se dariam, então, em função da necessidade de corresponder o corpo ao gênero percebido, feminino ou masculino.

Apesar de ser uma demarcação tipicamente médica, o fato de se considerar o desejo manifesto pela cirurgia como marco da divisão entre as categorias travesti e transexual, estudos contemporâneos identificam que, entre as travestis, a cirurgia também ocupa o lugar de distinção deste grupo em relação às transexuais (Pelúcio, 2009).

A origem do termo travesti remonta ao ano de 1910, com a publicação do livro *Die Transvestiten*, de Magnus Hirschfeld, que marca um dos estudos mais importantes sobre sexualidade e vestimenta (Leite Jr, 2008). Nesse momento histórico, o termo travesti referia-se ao impulso de usar roupas do sexo a que não pertencia o corpo. Esse impulso descrito por Hirschfeld, segundo Leite Jr, inaugurou a visão de um componente da personalidade associado ao ato de vestir as roupas, pois se referia à expressão de um componente de foro íntimo. Leite Jr (2008) argumenta que esse olhar marcou a subjetivação concernente à troca de vestuário entre os sexos e constituiu um subsidiário essencial ao conceito de travesti relacionado ao campo da sexualidade. Peres (2005) observa outro componente primordial em detrimento a essas pesquisas, que foi dissociar

o que hoje conhecemos como “orientações sexuais”, pois sentir satisfação em utilizar roupas do “mesmo” sexo foi marcado como diferente de sentir prazer ou atração erótica pelo sexo “oposto”.

A sexualidade no século XIX e até meados do século XX era concebida como biológica e natural e, em função disso, a origem do termo “travestismo” denotava que qualquer perturbação à linearidade mulher-feminino e homem-masculino era considerada desvio (Leite Jr, 2008). A popularização do termo “travesti” no Brasil ocorreu na década de 1960 (Trevisan, 2004), quando houve a conexão desse segmento *ao show business* dos bailes de formatura e diversos eventos de entretenimento.

Na sua etnografia realizada com as travestis, Kulick (2008) descreve que elas buscam agregar componentes femininos ao corpo, principalmente por duas razões: por crerem que o corpo que se aproxima ao máximo do feminino consegue amealhar mais clientes no contexto da prostituição e por acreditarem que o corpo feminino atrai, de maneira mais efetiva, os homens para relações afetivas e sexuais. O autor coloca que o surgimento da identidade travesti ocorre concomitante ao percebimento, ao longo do desenvolvimento da sexualidade na infância e adolescência, da atração pelo sexo masculino. Sendo assim, as travestis buscariam aproximar-se da feminilidade com o objetivo de serem desejadas por homens. Davi (2013) corroborou esse achado em suas entrevistas com travestis e sugeriu que, para elas, um fator primordial que marca o surgimento e construção da identidade travesti é o desejo homoerótico.

No contexto das modificações corporais das travestis, cabe salientar a prática comum de “bombar” o corpo com silicone industrial. Esse termo é recorrentemente utilizado na população em questão. Para isso existem as “bombadeiras”, travestis mais velhas que dominam a arte de aplicar silicone industrial no corpo das mais jovens, esculpindo curvas femininas principalmente nos seios, glúteos, quadris e coxas. Segundo Kulick (2008), a aplicação de silicone industrial é uma das últimas etapas no processo de transformação e, geralmente, acontece após as travestis terem feito ingestão de hormônios, deixado o cabelo crescer e depilado os pelos do corpo. Trata-se de uma etapa irreversível, pois o silicone aplicado nessas regiões do corpo permanece no organismo por toda a vida da travesti. Também é considerada uma prática de alto risco para a saúde, pois o material, que não é esterilizado, tampouco se mostra adequado para uso em seres humanos e frequentemente acarreta infecções bacterianas e outros danos físicos e estéticos.

Pelúcio (2005) constata que ser travesti, além de ser um processo que nunca acaba, acontece em algumas fases demarcadas: primeiro quando ainda se é "*gayzinho*", fase em que já se assumiu a orientação sexual para familiares e para a sociedade (ou seja, para um conjunto maior de pessoas); seguida da fase de montar-se, que envolve se vestir com roupas femininas, maquiar-se, esconder a barba, ressaltando as maçãs do rosto, evidenciando cílios, pálpebras e bocas (vestir-se se mulher nessa fase não acontece o tempo todo, mas em momentos de descontração e de vida noturna); a terceira etapa é a da transformação, que envolve se vestir mais frequentemente como mulher e iniciar intervenções mais marcadas no corpo (como uma depilação, ingestão de hormônios que começam a ter efeito perceptível); e a última fase ocorre quando a pessoa torna-se a travesti propriamente dita: já está vestida com roupas femininas em tempo integral, já se fez ou se planeja intervenções plásticas e adquirir silicone (principalmente nos seios, nádegas e coxas).

Nunes (2000) discorre acerca da historicidade da significação social referente ao surgimento das diferenciações entre os sexos. Durante o século XVII houve certa redefinição de papéis masculinos e femininos para a manutenção de uma ordem social burguesa, e o feminino e o masculino passaram a ser diferenciados tendo como base o argumento da anatomia corporal. A consequência inevitável dessa lógica foi a naturalização da justificativa biológica que inseriu a diferenciação social entre os sexos. Desde então, a "natureza" passa a definir essa diferença, tornando-se senso comum a crença de que existem especificidades dos papéis femininos e masculinos determinados pela diferença biológica, da anatomia dos corpos.

A exigência da definição sexual de acordo com a anatomia fez com que a medicina adquirisse um papel regulador com a função de diagnosticar o sexo das pessoas. O discurso social normativo tornou-se também discurso com status científico e a psiquiatria passou a ocupar lugar no discurso de poder no estabelecimento de normas e padrões sexuais (Murta, 2007). Obviamente, a consequência desse processo foi a psiquiatrização de alguns comportamentos sexuais desviantes da curva normal, estatisticamente falando, ou seja, a patologização do comportamento sexual das minorias.

Butler (2003), em *Problemas de Gênero*, discorre acerca das ideias colocadas por Foucault em *História da Sexualidade: volume I*, em que ele analisa os diários de Herculine Barbin para refletir acerca de algumas premissas referentes a construção do gênero e da sexualidade nos sujeitos. Herculine foi uma pessoa que nasceu intersexo,

mas isso não foi diagnosticado logo em seu nascimento, então viveu toda sua infância e adolescência como uma menina. Entretanto, contradizendo as normas sexuais, se percebeu interessada afetivamente por outras mulheres. Ela decidiu, então, recorrer à padres e médicos para explicar seu caso, pois havia percebido diferenças anatômicas em sua genitália. Após isso ter sido feito, como ela tinha algo que se aproximava anatomicamente de um pênis, viu-se obrigada pela lei a mudar seus documentos para o sexo masculino. A partir disso, Foucault discorre uma série de análises sobre as origens e construções sociais da sexualidade. Judith Butler, por sua vez, analise seus textos e possibilita um novo olhar, questionando as premissas do filósofo francês que, segundo ela, ainda estavam embasadas na suposta naturalização de uma heterossexualidade. Butler evidencia que há práticas discursivas referentes às normas sexuais, que antecedem os sujeitos e que ao mesmo tempo não são totalmente responsáveis por sua constituição, já que os mesmos escapam as mesmas em seus atos performativos e seguem caminhos múltiplos e diversos, como foi o caso de Herculine Barbin que, infelizmente, cometeu suicídio muito possivelmente pela exigência social de ser um gênero ou outro, algo que atravessou impositivamente sua subjetividade de maneira violenta. Este foi um caso que contribuiu, tanto em termos legais quanto médicos, para a classificação e patologização dessas existências, hoje denominadas de intersexuais.

Já que essas manifestações de gênero passaram a ser lidas como patologias e estavam submetidas aos cuidados da Medicina, Harry Benjamin, um médico endocrinologista alemão, em meados do século XX propôs um tratamento para as pessoas transexuais, que consistia basicamente na cirurgia de “conversão sexual”. Esse médico foi relevante para a historicidade da formalização e tratamento da transexualidade, pois em sua teorização ele afirmou que sexos masculino e feminino dependem não apenas da genitália, mas de componentes cromossômicos, morfológicos, gonádicos, legais, germinais, endócrinos, psicológicos e sociais (Benjamin, 1966). Sendo assim, abriu as portas para a compreensão do masculino e do feminino para além de justificativas relacionadas às genitálias. Ele argumentou que apenas o sexo genético é imutável, estando todos os demais passíveis de transformação por meio de hormonização ou procedimentos cirúrgicos, e esse era seu enfoque de tratamento proposto.

Ancorado nas premissas que a dissonância entre o sexo e o gênero estava classificada enquanto doença, Benjamin classificou tipos diferentes de manifestação

transexual. Em sua categorização para o travestismo masculino (hoje podendo ser nomeado transexualidade feminina ou travestilidade) haviam três níveis que consistiam em “graus” diferentes de patologia. Basicamente ele dividiu o grupo em “tipos” que variavam de acordo com a gravidade (ou não) do que hoje é conceituado como disforia de gênero e, apesar de considerar o “transexualismo” multideterminado, sua classificação partiu de declarações expressadas pelas próprias pessoas que vivenciavam tal condição, ou seja, consistia em “sintomas” autorreferenciadas ou autobiográficos.

Apesar de tal teorização considerar aspectos psicológicos e sociais na constituição da transexualidade, a comunidade acadêmica não valorizava essas hipóteses, pois, para os moldes da ciência da época, era impossível validar e provar cientificamente essas afirmações. Passou-se, portanto, a se valorizar os componentes biológicos para explicar esse fenômeno, mesmo esses também não sendo passíveis de comprovação, em função das limitadas possibilidades tecnológicas da época. Mesmo assim, em detrimento dos poderes concernentes a essa secção científica, decidiu-se desconsiderar as causas psicossociais e por isso os métodos de tratamento basicamente consistiam em hormonização e cirurgia de conversão sexual.

Posteriormente, com alguns avanços na área, Benjamin passou a apoiar teorias do campo da neurologia para embasar as determinações do “travestismo masculino”. Os achados permitiram inferir que existia um efeito das liberações hormonais nas estruturas cerebrais do feto, o que embasou a teorização de que algumas mudanças nos níveis hormonais nessa fase de desenvolvimento ocasionariam desvios na percepção do gênero. Com esse cenário, o pesquisador em questão não coadunava com a criação ou implementação de outros meios de tratamento para tal patologia, senão as intervenções no corpo, o que deixava clara sua postura frente à Psicologia e à Psicanálise (Murta, 2007).

Em seguimento aos estudos de Benjamin, houve o surgimento de ênfases socioantropológicas para os estudos da transexualidade. Emergiram, então, as discussões acerca da separação conceitual entre o sexo (anatomia) e o gênero (social). Um influente pesquisador que contribuiu para essa ótima foi John Money, um psiquiatra que realizou pesquisas empíricas com pessoas intersexuais. Como os participantes de seus estudos apresentavam variações na anatomia genital e na constituição cromossômica, que não correspondia exatamente à caracterização feminina ou masculina, o Pesquisador pôde observar que a manifestação da percepção do gênero

também variava, de maneira não constante, em cada caso e, assim, tornar empírica a afirmação teórica que fazia alusão à separação dos conceitos referentes a sexo e gênero.

Em função da construção da transexualidade ter sido definida tanto com aspectos biológicos como psicossociais, foram sobretudo mobilizadas duas instâncias relacionadas a seu tratamento: a médica, nos primeiros casos, e a médico-legal, já que as intervenções no corpo, realizadas pela medicina, não eram legalizadas em todos os países, o que em alguns casos repercutiu em problemas na redefinição do registro civil dessas pessoas. Houve, então, a necessidade da formalização e normatização desses procedimentos, que passaram a ser burocratizados. Como consequência, houve a criação de centros de trangenitalização e o início da elaboração dos protocolos fechados com finalidade de classificar as pessoas transexuais, baseados principalmente nas propostas de Harry Benjamin (Murta, 2007)

Na década de 1970 o diagnóstico de Transexualismo é alocado na categoria de Disforia de Gênero, que pontua a inconformidade percebida pelo indivíduo de seu corpo em relação ao seu gênero e vice-versa. Na década seguinte a transexualidade foi designada como transexualismo e inscrita no DSM III como diagnóstico psiquiátrico. Na década de 1990, com o DSM IV, foi classificada como Transtorno de Identidade de Gênero e atualmente, com o DSM V passou a ser referida como Disforia de Gênero.

Podemos perceber que todas as conceituações e explicações etiológicas referentes à transexualidade consideram que existe, além de uma identificação com um o gênero “oposto” ao designado ao nascimento, uma insatisfação com o corpo e a necessidade urgente de transformá-lo por meio de variadas intervenções.

Bento (2009), entretanto, fez relevantes observações em seus estudos acerca da concepção que as pessoas transexuais têm acerca de sua corporeidade, que difere do imaginário comum de que o sujeito, para ser transexual, necessariamente precisa travar uma relação de ódio com seu corpo e sua imagem. A pesquisadora encontrou que a relação que as pessoas trans têm com seus corpos pode ser positiva, o que independe de conviver bem com sua genitália ou não.

Essas pontuações todas novamente nos remetem às considerações sobre a complexidade em conceituar ou definir as identidades de gênero transexuais e, ao mesmo tempo, revela a pluralidade e diversidade dessas categorias. E é relevante que essa pluralidade de nomes e significados esteja presente inclusive no movimento social organizado pelas pessoas LGBT.

Em 2010, durante o XVII Encontro Nacional de Travestis e Transexuais que atuam na luta contra a Aids (ENTLAIDIS), foi proposta formalmente a inserção da letra "T" na sigla do movimento LGBT (Lésbicas, *Gay*s, Bissexuais e Pessoas Trans), designando, portanto, a presença da população T nesse coletivo (Carvalho & Carrara, 2013). Houve, a propósito, muitas mudanças na nomeação dessa população dentro do próprio movimento LGBT. Ao final da década de 1990 e no início dos anos 2000 não havia consenso entre os militantes acerca da representação da letra "T", que antes fazia referência indistinta a "travestis", "transexuais" e/ou "transgêneros". Essa questão referente a quais nomeações e classificações referentes à população T permanecem em pauta no coletivo ainda atualmente. Também se discute sobre mudar a sigla para LGBTQ (onde Q indica pessoas *Queer*) ou LGBTQI (onde I significa pessoas Intersexo), dentre outras variações.

Em 1993 ocorreu o primeiro encontro Nacional de Travestis e Transexuais e em 2005 foi fundada a Articulação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA (Duque, 2009).

No Brasil, a organização dos movimentos sociais das travestis foi construída como uma resposta à violência policial a que elas sempre estiveram (e estão) sujeitas no cotidiano de seu trabalho como profissionais do sexo, semelhante a como ocorreu nos Estados Unidos da América. Essa resposta foi ocasionada em autogestão e associada ao enfrentamento da epidemia do HIV/aids, partindo de ações de Organizações Não Governamentais (ONGs) vinculadas ao movimento homossexual. A primeira casa de apoio a pessoas com HIV/aids no país surgiu em função da ação desse movimento. Sendo assim, a suscetibilidade dessa população ao vírus, que a levou a ser mais duramente atingida por essa epidemia, serviu como estímulo para que pudesse se organizar politicamente (Carvalho & Carrara, 2013), conferindo uma dimensão macrossocial para sua identidade.

Carvalho e Carrara (2013) salientam que, a partir das transformações decorrentes da implementação dessas políticas públicas, por meio, inclusive, da divulgação do conceito de vulnerabilidade, essa população, além de adquirir a possibilidade de ser inscrita socialmente como cidadã, pôde pela primeira vez entrar em contato com informações, estratégias para prevenção e tratamento médico, principalmente no que se refere ao HIV/aids. Entretanto, esse processo, que possibilita a emergência da cidadania pela via da militância política, parece ser possível somente por meio das políticas públicas ligadas à luta contra a aids, não tendo ainda abarcado a

totalidade do contexto de vida dessas pessoas. Pelúcio (2009) nomeou esse processo de "SIDAnização", em referência à sigla utilizada em alguns países para designar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

O conceito de vulnerabilidade tem sido constantemente construído, amplamente discutido e proposto para se pensar a questão da prevenção/promoção de saúde, inclusive para a temática da soropositividade. Por isso, diferentes olhares têm sido apresentados para sua interpretação. O termo surgiu na década de 1980, como um possível esclarecimento acerca do fenômeno da epidemia da aids, na tentativa de deslocar explicações que enfatizavam o caráter individualizante da multiplicação da doença, como o conceito epidemiológico de risco (Silva & Sancho, 2013). Além de não obter sucesso no controle da epidemia, o conceito de risco contribuiu para que houvesse a proliferação da estigmatização das pessoas infectadas, principalmente quando houve a migração do conceito de fatores de risco para o de grupos de risco.

Para Pelúcio (2007), falar em aids é o mesmo que falar sobre processos de discriminação e estigmatização, em função da síndrome estar historicamente associada aos grupos de risco. Essa premissa fez com que a prática médica se dirigisse para determinadas sexualidades em termos de condutas de risco para a infecção pelo HIV. Tais sexualidades correspondem ao que socialmente é tido como desviante, promíscuo e perigoso. Nesse âmbito, as travestis tornaram-se novo alvo de estigmatização e discriminação por terem sido diretamente associadas à aids, que na década de 1980 chegou a ser reconhecida como "peste *gay*".

No Brasil, o pânico da aids reforçou uma imagem negativa de homens *gay*s, prostitutas e do grupo das travestis, apontados como disseminadores do vírus e, portanto, uma suposta ameaça contaminadora à ordem social (Duque, 2009). Uma questão a ser investigada é até que ponto essas vicissitudes tem sido incorporadas na constituição da identidade das travestis e transexuais.

Em contraponto ao conceito de grupos de risco, Mann *et al.* (1993), em seu livro *Aids no mundo*, apresentaram um critério para identificar e avaliar a vulnerabilidade das pessoas à contaminação pelo HIV. Os autores concluíram que a vulnerabilidade individual é a condição final para a infecção pelo vírus, o que justificaria a criação e implementação de intervenções focalizadas na esfera individual. Entretanto, constataram que essas vias foram insuficientes para que existisse o controle da epidemia, alertando para a existência de outros componentes constitutivos da

vulnerabilidade: a coletiva e a social. A primeira relaciona-se à capacidade de estrutura e funcionamento dos programas de controle da epidemia, e a segunda concerne às realidades sociais. Segundo os autores, para que se obtenha mais sucesso na identificação da vulnerabilidade de uma população à contaminação pelo vírus, condição necessária para que se aprimore o controle dessa epidemia, deve haver uma avaliação das vulnerabilidades individuais, coletivas e sociais.

Uma ampliação desse conceito, também na direção de superar práticas preventivas baseadas na máxima do risco, foi proposta por Ayres (2009). O autor evidencia a ação inseparável de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que seriam concomitantemente responsáveis por criar um cenário que poderia levar ou não as pessoas a terem maior suscetibilidade para infectarem-se e adoecerem. Nessa perspectiva, os autores identificaram esses três eixos como: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática. A última refere-se aos programas envolvidos para o enfrentamento da aids, o que dialoga diretamente com políticas públicas de saúde.

Ao deslocar o olhar dirigido à epidemia da aids para o conceito de vulnerabilidade, percebe-se que a diversidade sexual pode se tornar um fator de vulnerabilidade para a proliferação da infecção, justamente por ser pouco conhecida e, portanto, pouco estudada, tornando as políticas públicas direcionadas as mesmas nem sempre eficazes. Sousa *et al*. (2013) refletem que:

> [...] para a área da Promoção da Saúde, esse conceito possibilita reconhecer diferentes contextos de vulnerabilidade da epidemia do HIV/aids, vivenciados pela diversidade sexual, impondo novos desafios para as estratégias de promoção da saúde, que, baseadas na identificação de vulnerabilidades específicas, podem favorecer o empoderamento de grupos vulneráveis, como as travestis, através do reconhecimento destas como sujeitos sociais, vislumbrando a necessidade de intervenções estruturais, do ativismo político, da organização comunitária e da construção da cidadania. (p. 2240)

No Brasil há poucos dados epidemiológicos que propiciam a identificação, perfil e tendência da epidemia da aids em relação à população das travestis e transexuais. Kulick (2008) constata que as estatísticas sobre aids no Brasil não incluem

dados acerca das travestis, pois a transmissão do vírus nessa população é alocada nas categorias “homem” e “transmissão homossexual”, o que as invisibiliza. Atualmente, na última edição do Boletim Epidemiológico da aids (Ministério da Saúde, 2015), essa característica se manteve. São notificados casos com vias transmissão de homens que fazem sexo com homens e de profissionais do sexo, ou são feitas análises na população masculina ou feminina, mas em ambas categorizações não estão catalogadas diretamente mulheres trans e travestis, o que torna impossível ter registro preciso sobre a epidemiologia da infecção para este segmento. Vemos, portanto, que a população de transexuais e travestis é invisível para este sistema, já que não aparece.

Kulick (2008), Pelúcio (2007) e Peres (2005) apresentam o meio da prostituição como a principal destinação na vida das travestis no Brasil, muitas vezes manifesta enquanto única. Em função da marginalização e exclusão social, que se inicia no núcleo familiar, parte significativa desta população não consegue empregabilidade e inicia o trabalho com a prostituição de maneira compulsória.

Leite Jr (2008) faz o apontamento de que a associação entre travestis e prostituição no Brasil é tão estreita que pode ser classificada enquanto “oficial”, uma vez que na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho encontra-se o número 5198. Nesta categorização, transexuais e travestis tornam-se, sobretudo, sinônimos de uma categoria de trabalho, a de ‘profissional do sexo’:

> “Profissional do Sexo – Garota de programa, Garoto de programa, Meretriz, Messalina, Michê, Mulher da vida, Prostituta, Puta, Quenga, Rapariga, Trabalhador do sexo, Transexual (profissionais do sexo), Travesti (profissionais do sexo)”.

Duque (2009) observou em campo que, por mais que as travestis não estivessem diretamente vinculadas ao mercado do sexo, o mundo da prostituição aparece como referência para suas experiências. A prostituição no caso das travestis pode estar associada a um complexo de vulnerabilidades.

O estudo de Sousa *et al.* (2013) teve como objetivo identificar as vulnerabilidades a que as travestis da região metropolitana de Recife estavam submetidas. Encontrou-se que 12,7% das 110 participantes entrevistadas haviam sido infectadas pelo HIV, estatística elevada se comparada ao índice de infecção da população geral. Além disso, os autores puderam identificar a presença de outras vulnerabilidades, tanto de ordem individual, como social e programática, que poderiam

submeter a população estudada a uma elevada probabilidade de vir a infectar-se pelo vírus. A interação entre racismo, homofobia e pobreza pode ser produtora e multiplicadora das vulnerabilidades para a população. Dentre essas vulnerabilidades, convém destacar que, apesar de pouco frequente, algumas travestis que trabalhavam na prostituição mantiveram relações sexuais com clientes sem o uso de preservativo.

Em estudo realizado por Ferraz *et al*. (2006), que buscou explorar as práticas sexuais e o uso de preservativos nas relações sexuais das travestis profissionais do sexo com clientes novos, clientes regulares e parceiro fixos, verificou-se que o uso do preservativo foi sempre colocado em prática quando a relação sexual envolveu um cliente novo, tornou-se menos frequente quando o cliente já era conhecido e ainda menos praticado quando se tratou de relações sexuais com parceiros fixos. Os autores do estudo puderam concluir que um dos aspectos da vulnerabilidade das travestis profissionais do sexo para a infecção pelo HIV relacionou-se à familiaridade que elas tinham com o parceiro sexual, que as faziam abandonar o sexo seguro.

Os dados arrolados por Kulick (2008) vão ao encontro com esses achados quando o autor coloca que o vetor mais importante na transmissão do HIV para as travestis não são seus clientes, mas seus namorados. Uma das questões levantadas acerca dessa prática é a de que, comumente, as travestis que atuam como profissionais do sexo associam o uso da camisinha ao trabalho. Sendo assim, não concebem utilizar essa forma de prevenção em suas relações sexuais da vida afetiva situada fora do contexto da prostituição, pois nesse contexto não se veem vulneráveis.

Outras vulnerabilidades ao HIV/aids, constatadas nessa população, e que puderam ser identificadas por Sousa *et al*. (2013), estiveram relacionadas ao nível de escolaridade das travestis, pois as taxas de analfabetismo e analfabetismo funcional foram maiores do que as encontradas na população brasileira e nordestina. A baixa escolaridade das travestis foi considerada pelos autores como elemento significativo para aumento da vulnerabilidade ao HIV/Aids, não apenas pelo fato de o acesso à educação promover maior contato com informações acerca da prevenção, mas também por serem menores as chances de conseguir um bom emprego e ingressar no mercado formal de trabalho, para poderem alcançar melhores níveis de qualidade de vida.

Uma inserção na divisão formal de trabalho, que culmine na possibilidade de geração de renda, é mais escassa na população trans, principalmente para as travestis. Almeida & Murta (2013) apontam como possível causa para essa dificuldade as frequentes histórias de abandono ou expulsão da família, quando ainda eram crianças ou

adolescentes, além de *bullying* e da discriminação vivenciada nos ambientes escolares, que muitas vezes levam à evasão e interrupção precoce do processo de escolarização. As vulnerabilidades nesse contexto são amplificadas, já que, como consequência, as travestis repetidamente migram para capitais e grandes centros urbanos, nos quais a travestilidade pode ser mais negociável e menos discriminatória. Muitas se inserem no mercado sexual de trabalho, que surge como última opção para a subsistência, e outras passam a viver em situação de rua e são submetidas à exploração sexual, vivenciando a exposição recorrente a diferentes traumas e formas de violência, tendo seus direitos repetidamente violados.

Ao considerar todos esses enredos de vulnerabilidades, principalmente pelo caráter de predisporem a população de travestis e transexuais à infecção pelo HIV, pode-se fazer uma reflexão que oriente políticas públicas específicas para promover o "sujeitamento" e empoderamento dessas pessoas (Sousa *et al*., 2013). Tais políticas específicas para a população em questão são possíveis, primeiramente, pelo princípio norteador do SUS, que prioriza a equidade. Tal princípio considera necessariamente que existem grupos ou indivíduos que constituem minorias, que ainda não têm acesso garantido a todos os seus direitos, inclusive no que tange à saúde (Silva & Lima, 2005).

O ano de 2004 foi um marco na criação de políticas públicas de saúde para a população LGBT, com a criação do "Programa Brasil Sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual", pelo governo federal. No contexto específico das políticas de saúde direcionadas ao combate da epidemia HIV/aids, foi criado, em 2007, o Plano de Enfrentamento da Epidemia de aids e DST entre *Gays*, Homens que fazem Sexo com outros Homens (HSH) e Travestis.

Considerando-se a população LGBT, o segmento das travestis e transexuais certamente é o que mais desafia a elaboração de políticas de saúde, tanto em função das especificidades que não são encontradas nos outros segmentos (como as modificações corporais), mas também pela forte marca da homofobia direcionada a essa população, combinada com outras vulnerabilidades que envolvem nível de escolaridade e renda, etnia/cor e aparência física (Mello *et al*., 2011).

Uma ação importante dirigida à população de travestis e transexuais foi a Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, na qual o Ministério da Saúde formalizou diretrizes técnicas para o Processo Transexualizador no âmbito do SUS. Tal política

envolve o processo de transformações das características sexuais pelas quais os indivíduos transexuais passam em algum momento de suas vidas. Consiste em cirurgia, assistência e cuidados de saúde voltados a transexuais. A formalização dessa diretriz, entretanto, visa a garantir esses procedimentos específicos, mas não envolve diretrizes dirigidas para o cuidado à saúde integral dessa população (Lionço, 2009).

A regulamentação dessa ação foi formalizada, posteriormente, pela Portaria nº 457, da Secretaria de Atenção à Saúde, de 19 de agosto de 2008, e resgatou princípios referentes à assistência integral e universalidade de acesso às pessoas que passam pelas transformações corporais em decorrência de sua vivência identitária transexual, principalmente no que se refere às mudanças físicas e psicossociais envolvidas em tal processo.

Sem dúvida, outro marco importante para o segmento T foi a implementação da portaria MS n. 675, de 30 de março de 2006, que aprovou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e estabeleceu no terceiro princípio a necessidade da existência, em todo documento de identificação do usuário, de um campo para registrar o nome pelo qual deseja ser chamado, independentemente do registro que consta no documento civil. Essa portaria foi revogada e substituída pela Portaria MS n. 1.820, de 13 de agosto de 2009, que no quarto princípio ratifica esse mesmo direito.

Muito tem sido discutido acerca da condição de dependência de um diagnóstico de Transexualidade como estratégia para que essas pessoas possam ter acesso à saúde garantido por lei, já que é a patologização um fator significativamente responsável pela manutenção da estigmatização desta população.

O Brasil segue a tendência internacional de organizar a assistência em saúde pública tendo como base a consideração de que a transexualidade é uma doença. É através do diagnóstico psiquiátrico de Disforia de Gênero (DSM V) que essa população consegue adentrar o sistema de saúde, onde há critérios estabelecidos acerca dos procedimentos aos quais estas terão ou não direito (Murta, 2007)

Contudo, a despeito de sua importância, são escassos os estudos brasileiros que exploram as demandas específicas da população de travestis e transexuais que vivem a condição de infecção pelo HIV e de adoecimento em decorrência do desenvolvimento da aids. Considerando para além de suas necessidades referentes à transição de gênero ou de tratamento antirretroviral, as intervenções formalizadas em âmbito da saúde ainda são escassas em considerar seu contexto real de vida e, portanto, sua saúde de maneira integral permanece desassistida.

2.2 Teoria *Queer*

Ao discutir essas questões referentes a gêneros e transexualidades, podemos perceber que o "modelo de dois sexos" é consequência de uma construção política, histórica e social da modernidade e também que, além de estabelecerem ontologicamente as diferenças demarcadas entre o feminino e o masculino, impõe um modelo fechado do que se deve ser considerado como sexualidade. Sendo assim, partindo da análise deste dispositivo de saber, podemos observar que a transexualidade e a travestilidade, bem como outras expressões de gêneros e sexualidade tidas como desviantes, podem ser apenas consideradas como patologias. Entretanto, contrariando a essencialidade deste modelo, as pessoas transexuais e travestis não se encaixam nas matrizes propostas de identidade sexual.

O termo *queer* pode ser traduzido para o português como ridículo, raro, estranho, excêntrico, e sempre constituiu uma maneira pejorativa de ofender as pessoas fora da normatividade heterossexual (Louro, 2006). Como manifestação acadêmica, teve suas origens no movimento social das minorias sexuais e surgiu com os desdobramentos dos olhares para as questões de gênero no movimento feminista, na década de 1980, considerado, até então, heterocentrado e marcado por excluir recortes de raça e classe de suas análises e militâncias. O *Queer*, enquanto movimento social, primou por abarcar o sujeitamento de todos os excluídos e desviados das normas perpetuadas pelos discursos de poder, tanto em termos de gênero, como de orientação sexual, classe econômica e raça. As construções *queer* que existem em âmbito acadêmico atualmente são uma tentativa de conter essas ações singulares e políticas dos sujeitos como algo teórico e científico para conduzir esses novos paradigmas aos estudos das, até então, denominadas "minorias" (Miskolci, 2011).

Para alcançar os objetivos propostos por este estudo, elegemos a Teoria *Queer* para fundamentar a análise e interpretação dos dados obtidos. Esse referencial foi escolhido justamente por problematizar a questão das identidades sexuais, por uma ótica derivada do pensamento pós-estruturalista francês, que tem na desconstrução uma forma de crítica social (Louro, 2001). Sendo assim, essa perspectiva pode contribuir para uma análise produtiva e ampla acerca dos fenômenos investigados, já que tem como propósito contestar os conhecimentos e as hierarquias sociais dominantes.

Para os teóricos *Queer* as polaridades de masculino e feminino, bem como a norma heterossexual, não são naturais e inerentes à espécie humana, como os estudos essencialistas do século XIX discorriam acerca da sexualidade. A perspectiva *Queer* evidencia e problematiza dispositivos construídos socialmente, que organizam o conhecimento, categorizando os corpos e os desejos, criando conceituações fixas acerca do que sejam e produzindo uma ideia ilusória de que tanto as identidades como os sujeitos são estáticos e fixos, sempre organizados no binômio masculino e feminino, homem e mulher. Uma das propostas dos Estudos *Queer*, portanto, é problematizar os conhecimentos, teorias e práticas sociais que organizam e categorizam a sociedade como um todo, sexualizando desejos, corpos, atos, identidades, relações sociais, conhecimentos, cultura e instituições sociais (Miskolci, 2009).

Para tal, a *Queer* problematiza o conceito de identidade como substância e questiona o conceito fixo de gênero, que passa a ser encarado como ato performativo, havendo necessidade de ancorar-se ao sujeito que a desempenha para existir. Deste modo, os gêneros não estão ancorados a um corpo (no conceito normativo de corpo), mas ao ato performativo, ou seja, gênero deixa de ser o que somos, para tornar-se o que fazemos. Butler (2003, p. 59) discute que o gênero é "a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser".

Portanto, desconstruir e problematizar essas categorias fixas organizadoras da sociedade é mostrar que os sujeitos podem existir para além do discurso normativo que reitera a matriz binária sexo-gênero. Uma interessante reflexão revelada pelas formulações *Queer* é evidenciar que uma categoria por si só não existe, a não ser que seja explicada pelo seu oposto: o que é masculino é explicado antonimamente ao feminino, e vice-versa (Louro, 2001). A teoria amplifica esse olhar, buscando compreender os dispositivos sociais responsáveis por organizar a sexualidade humana dessa maneira.

Nesse contexto, Miskolci e Pelucio (2006) expõem que os estudos *Queer* primam por revelar e apreender os conflitos existentes entre os sujeitos e a norma de gênero vigente. Há nessa concepção teórica, portanto, o engajamento político de evidenciar a produção de diferentes identidades não categorizáveis dentro da ordem e de transformar o repertório vigente para que pessoas classificadas como "menos-humanas" possam existir e se expressar no mundo.

Peres (2013; 2014) lembra das classificações de Penedo (2008) acerca de três diferentes pontos de problematização dos estudos *Queer*. O primeiro deles se refere a mapear e identificar as desigualdades advindas de diferentes marcadores sociais, como raça/cor, etnias, sexualidades, gêneros, entre outros, que afirmam diferenças; o segundo diz respeito a analisar os discursos, produzidos pela cultura, que não contribuem para a emancipação social das pessoas LGBT; e o terceiro corresponde a fomentar estratégias para legitimar dissidências sexuais e de gênero, tornando possível teorizar a emergência de desejos e subjetividades dos que estão foracluídos à norma.

Butler (2001) refletindo acerca do *Queer* e apontando para seu caráter de distanciamento da naturalização do gênero, afirmou-o como é fundido ao sexo e, portanto ao biológico e à fisiologia reprodutiva, pelas formas discursivas morais. É proposta, portanto, uma mudança nesta relação causal que fixa sexo como determinante de gênero. Por outro lado, isso evidencia o caráter social em termos discursivos, da ligação entre sexo e gênero – não no sentido de que o gênero é determinado pelo sexo, mas de que o sexo é algo culturalmente construído e indissociável do gênero. Não existe como separar o caráter biológico do sexo dos demais, porque o sexo é discurso, é cultural e histórico.

A afirmativa, comumente feita quando um ser humano nasce (ou ainda está no útero): "É uma menina!" ou "É um menino!" pode ser entendida enquanto decisão sobre o corpo, que repercute em processos de "fabricar" esse corpo como feminino ou masculino (Butler, 1993). São atribuídos significados culturais às formas anatômicas dos corpos, supondo que o sexo é um dado anterior à cultura, e cria-se a sequência sexo-gênero-sexualidade, em que essas construções não se apresentam como imutáveis, a-históricas e binárias. Nos limites estritos dessa lógica, não há possibilidade de deixar de seguir a norma prevista, segundo a qual o sexo determina o gênero e que este determina uma única forma possível de desejo. Para se configurar como um sujeito legítimo, ou como um "corpo que importa", o sujeito necessariamente deve obedecer à norma.

Sendo assim, Butler (2003), busca desconstruir essa lógica, argumentando que, além de biologia não ser o destino que determina as possibilidades de existência humana, os gêneros masculino e feminino não se constroem necessariamente sobre corpos sexuados como masculinos e femininos. Concomitantemente à ideia de que as identidades são fixas, emerge o conceito de que também são hierárquicas e excludentes. Assim, o que corresponde à norma é tido como superior e o que não corresponde, além

de ser categorizado como inferior, é veementemente excluído e marginalizado, inclusive, por adquirir a qualidade de ininteligibilidade. Considerando essas premissas, as pessoas de identidade *trans* encontram-se excluídas dessa organização, não somente por não corresponderem à norma relativa ao sexo e gênero, mas por, em função disso, não serem socialmente inteligíveis.

O gênero é inteligível quando já uma relação contínua entre sexo/gênero/prática sexual/desejo e o que se encontra foracluído a esta norma torna-se, portanto, abjeto. As pessoas trans, que não seguem esse *continuum*, buscam a inteligibilidade pautada pela heteronorma (Butler, 2009). A normalidade abarca o que está para dentro da fronteira dos que seguem o discurso hegemônico. Para além desta fronteira estão os corpos que não importam, os corpos abjetos, em um patamar quase que não-humano. Segundo o discurso normativo, aí estão as pessoas transexuais e travestis.

Uma das grandes contribuições Butler foi ter colocado os "seres abjetos" como paradigma para se pensar o gênero. Se o gênero normativo estabiliza o corpo e dá a ele humanidade, logo aqueles que possuem uma imagem corporal consonante a significação social de seu gênero, adquirem lugar de inteligibilidade na sociedade. Todos aqueles que não, ficam não somente à margem ou excluídos, mas detém um status de abjeção, sendo considerados desumanos. O sujeito não é sujeito, pois não significa nada, não existe no sistema.

Butler (2003) escreve que os corpos abjetos não constituem matéria ou peso dentro da organização social. Para a abjeção não ser marcada, ela também não é proferida, nomeada ou descrita pois, se isso for feito, ela ganha peso e passa a ocupar algum lugar na sociedade. Em suma, estes corpos são abjetos porque não estão inseridos no discurso ontológico, que é criado pelo nosso sistema epistemológico de construir o conhecimento. A materialidade dos corpos está envolvida nesses discursos produtores da ontologia e, portanto, se "existem" corpos que estão excluídos destes discursos, eles são desprovidos de materialidade, ou seja, são abjetos.

No âmbito deste estudo, que envolve existências enquadradas neste cenário de abjeção, é relevante demarcar essa conceituação proposta por Butler, pois, são nestes corpos que escapam à matriz binária que ela faz sentido. Como escrito por Moreira (2012, p. 2925):

> “Os corpos abjetos são contraditórios, e essa é a condição proposital dos mesmos para que essa contradição invoque uma existência impossível e a imponha. A abjeção significa ambivalência, ambivalência de pertencer a algum sexo, a alguma categoria. Talvez a não marcação da abjeção se dê justamente por causa dessa ambivalência que é a impossibilidade de fixação do corpo a uma só categoria. Talvez existam outras categorias que não fazem sentido para nós por não se encontrarem dentro da nossa norma”.

Portanto, na esteira desse aporte teórico, evidencia-se a rica contribuição que pode ser oferecida para se pensar a questão da travestilidade e transexualidade, especialmente no que tange à crítica à noção de identidade como substância e por colocar a abjeção como pauta. Por acessar uma noção de identidade pós-estruturalista, revela uma limitação das categorias identitárias já estabelecidas evidenciando múltiplas possibilidades de existência.

Butler (2003) argumenta que, mesmo não correspondendo à norma inteligível, as identidades trans existem e resistem. E sua existência e resistência, por revelar os limites reguladores do campo da inteligibilidade, criam espaço para a crítica do sistema de regulação de corpos e subvertem a heteronorma, gerando matrizes rivais de desordem dos gêneros.

Como discutido, no que se refere ao gênero, a teoria Q*ueer* problematiza o conhecimento posto como dado e critica a noção de identidade como substância. Conforme o desenvolvimento da teoria, com construções e descontruções de conceitos, surgiu a proposta de uma noção de gênero como ato performativo, sendo sugerida uma conceituação de “corpo-gênero”, como algo unívoco, para referirmos gênero e, portanto, desfazê-lo (Butler 2004). Sendo assim, o constructo de identidade de gênero cai como referencial e as existências passam a ser encaradas como corpo-gênero. Essas premissas pontuadas pela autora nos levam a pensar nas pessoas, ou seja, nos corpos-gênero sobretudo como singulares. O corpo-gênero, ao passo que só se explica em função de seu caráter social e relacional, já que depende do reconhecimento do olhar do outro para ser legitimado, é colocado como pertencente à esfera da singularidade.

Existem algumas críticas conservadoras direcionadas à transexualidade que se ancoram em argumentos baseados em conceitos não muito bem delimitados sobre

socialização. Essas críticas argumentam que não há justificativa para a transexualidade, senão como uma patologia, já que as pessoas são socializadas desde que nascem como meninos ou meninas e ir contra isso é portar algum diagnóstico psiquiátrico. Há diversas formas de rebater essa crítica, mas a partir dela torna-se muito interessante buscar aproximações entre a teoria *Queer* e a Psicanálise para se discutir diferentes possibilidades de existência humana: a constituição do sujeito "escapa", está para além das normas sociais. Cada indivíduo reconstrói discursivamente as normas socialmente estabelecidas por meio, inclusive, de lapsos, falhas e interpretações idiossincráticas realizadas a partir de uma repetição do discurso social. Da mesma maneira que a pulsão (no conceito psicanalítico) atravessa o sujeito, seus atos performativos de gênero também o fazem, independente de quaisquer que sejam as normas. Sendo assim, é possível reconhecer o fenômeno da transexualidade como uma possibilidade de existência, não como um diagnóstico.

Portanto, a perspectiva teórica *Queer* faz-se interessante aos estudos alocados no campo da Psicologia por trazer possibilidades de contribuição para a construção de conhecimento nesta área que se afaste de metodologias até hoje utilizadas por esta ciência, que culminam em categorizar, diagnosticar a patologizar existências que se afastam do sistema sexo/gênero/desejo/práticas sexuais, inserido na heteronorma e no binarismo de gênero (Peres, 2013), classificando-as enquanto anormais ou doentes. A teoria *Queer* fornece: instrumentos para a desconstrução e historicização de conceitos referentes à sexualidade tidos como óbvios, uma análise dos mecanismos de poder envolvidos na produção de subjetividade e dá destaque para a singularidade do sujeito. Em função desses fatores, consideramos importante para a interpretação dos dados deste estudo, considerar essas premissas, já que estamos trabalhando com pessoas olhando para o recorte do gênero e da soropositividade.

No desenvolvimento desse estudo, discutiremos criticamente a correspondência biunívoca que comumente se faz, no senso comum e em outras teorizações nas ciências humanas, entre anatomia e gênero, assim como mostraremos que não se pode alinhar identidade de gênero e orientação sexual. Pensando na corporeidade pautada pelo *Queer*, articularemos os questionamentos e conceituações desta teoria em relação às subjetividades implicadas em corpos marcados, não somente por modificações que buscam a correspondência imagética em relação à percepção identitária do gênero, mas pela condição biológica inegável de ser portador do HIV e de um contexto de adoecimento imposto pela aids.

Além disso, em nossa perspectiva, estudos que compreendam o universo das mulheres trans e travestis devem priorizar análises que respeitem e valorizem sua expressão existencial e, para isso, rompam com a lógica binária e de correspondência entre anatomia genital e gênero, para que se possa construir novos conhecimentos e métodos para investigar as questões referentes à transexualidade. A partir destas problematizações, propomos também a produção de estudos no campo da Psicologia que não sejam classificatórios, diagnósticos e reducionistas, mas que possibilitem incluir pessoas que não se conformam a estas determinações regulatórias a seus enlaces teóricos, técnicos e de assistência à saúde.

3. JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica por diversas razões que podem ser elencadas, de forma não hierárquica, da seguinte maneira:

1- necessidade de identificar as demandas das pessoas transexuais e travestis que vivem com HIV/aids, direcionadas aos serviços de saúde especializado neste tratamento, já que na população LGBT, o segmento T ainda é o que mais desafia a elaboração de políticas públicas;
2- necessidade de se obter compreensão acerca da relação que as travestis têm com a aids e com o sistema oficial de saúde, a partir de uma proposta metodológica de ouvir o que essas pessoas têm a dizer sobre si mesmas (Pelúcio, 2011);
3- necessidade de prover resultados de estudos que investiguem se o estigma social referente ao grupo das mulheres transexuais e travestis, sobre ser disseminador da aids, foi incorporado na constituição de sua identidade travesti, como sugerido por Duque (2009);
4- expectativa de surgimento de indicadores para que se possa elaborar e aprimorar insumos para uma assistência de saúde especializada para esta população;
5- ampliação na compreensão das diferentes possibilidades de expressão de gênero, ainda pouco contempladas pelo conhecimento científico da Psicologia que utilize perspectivas não patologizantes para estas identidades (Peres, 2013).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

Investigar, analisar e conhecer, por meio das narrativas de mulheres transexuais e travestis que vivem com HIV/aids, suas percepções e significações acerca de seus corpos, gêneros, sexualidades, bem como de sua condição de (con)viverem com a soropositividade e de fazerem seguimento em um serviço de referência especializado de um hospital universitário terciário do SUS do interior paulista.

4.2 Objetivos Específicos:

1- compreender o processo de formação das percepções de gênero da população em questão;
2- investigar as configurações subjetivas que essa população apresenta acerca se seus corpos, gêneros, orientação sexual e práticas sexuais;
3- conhecer as percepções que esta população apresenta acerca de sua vulnerabilidade ou suscetibilidade de serem vítimas de preconceitos e discriminações;
4- conhecer de que modo o conviver com o HIV e com a aids influencia suas vidas, considerando sua existência transexual e travesti, atribuindo ênfase significações compartilhadas por essas pessoas;
5- compreender a experiência de frequentar um serviço de saúde enquanto pessoa transexual e travesti a partir se sua ótica;
6- conhecer as demandas que essa população específica apresenta em relação ao serviço de saúde.

5. CAMINHOS METODOLÓGICOS

5.1 Fundamentação Metodológica

A pesquisa em questão trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, de corte transversal. Historicamente, a abordagem metodológica de pesquisa qualitativa surgiu com a finalidade de subsidiar pesquisas cujo enfoque se distinguia daquele dado às ciências naturais, ou quantitativas. A partir do surgimento das Ciências Humanas, percebeu-se que a abordagem quantitativa não se apresentava como suficiente para contemplar a problemática humana em sua totalidade, tampouco para responder todas as questões científicas que envolvem os fenômenos humanos. A partir dessa percepção, no início do século XX, passou-se a pensar a ciência também por meio de outra abordagem, direcionada à compreensão de eventos e significados referente aos sujeitos humanos, que posteriormente foi denominada de abordagem qualitativa de pesquisa.

Patton (1986) descreve que as principais características das pesquisas qualitativas são as de serem "compreensivas" e interpretativas. Sendo assim, o cerne do método passa a ser desvendar significados atribuídos por pessoas a um dado fenômeno ao invés de conhecê-lo de maneira imediata, objetiva, neutra e mensurável, como tradicionalmente feito pelas ciências quantitativas. Muito semelhantes a esta consideração estão as afirmações de Willig (2005) a respeito de metodologia qualitativa, ao expor que os pesquisadores qualitativos estão interessados em como as pessoas produzem sentido do mundo e como elas experenciam eventos. Seus objetivos referem-se a compreender "como é" viver uma condição específica e como as pessoas manejam certas situações. Portanto, é também objetivo da pesquisa qualitativa descrever e possivelmente explicar experiências, mas jamais predizê-las.

A partir de tal perspectiva partem três características essenciais aos estudos qualitativos (Alves-Mazzotti, & Gewandsznaider, 1999): a visão holística, abordagem indutiva e investigação naturalística. A visão holística parte do pressuposto de que a compreensão de significados de um fenômeno só ocorre quando se compreende as inter-relações que emergem a partir do contexto em que se manifesta. A abordagem indutiva está no sentido de que o pesquisador faz uso de interpretações mais livres, em que o próprio processo da pesquisa e da análise dos dados guiará a compreensão dos mesmos. A investigação naturalista é também considerada característica da metodologia qualitativa de pesquisa porque nesta as intervenções do pesquisador são mínimas, sendo os dados que partem dos participantes os protagonistas da pesquisa.

Na Metodologia qualitativa o pesquisador representa o principal instrumento da investigação (Patton, 1986). Existe a necessidade de contato intenso e prolongado, que parte do pesquisador, com o campo para que seja possível cooptar os significados que emergem a partir do fenômeno investigado. É o pesquisador que irá observar e descrever detalhadamente as situações, eventos, pessoas, interações e comportamentos que emergiram no campo e também é ele quem irá analisar e interpretar esse compilado de informações.

Apesar dos conceitos gerais de pesquisa qualitativa serem partilhados pelos principais estudiosos dessa metodologia, há distinções internas ao que se refere como "paradigma qualitativo", em que existem ênfases distintas e acréscimos sobre definições de determinados aspectos desta abordagem.

Há algumas décadas esta metodologia tem sido utilizada no campo dos estudos psicológicos. Denzin e Lincoln (1994), por exemplo, pesquisadores provenientes do campo da Sociologia, colocam que a pesquisa qualitativa carrega uma abordagem interpretativa e naturalística para o assunto contemplado. Posto isto, os pesquisadores qualitativos estudarão os fenômenos em seu ambiente natural e procurarão conferir sentidos e significados atribuídos por pessoas aos fenômenos enfocados, podendo, inclusive, lançar mão de abordagens multimedológicas para contemplar tais fenômenos e com maior amplitude e aprofundamento.

Em palavras semelhantes, Bogdan e Biklen (2003), pesquisadores da área da Educação, descrevem a pesquisa qualitativa como aquela em que os pesquisadores miram melhor compreender o comportamento e a experiência humana, por meio do entendimento de processos pelos quais as pessoas constroem e descrevem significados. É essencial que se realize por meio da observação empírica, já que esta permite uma reflexão mais aprofundada acerca da condição humana por envolver a observação direta dos eventos.

Morse e Field (1995), do campo da saúde, contribuem para a conceituação da metodologia qualitativa, salientando que seus métodos envolvem fundamentos indutivos, holísticos, êmicos, subjetivos e orientados para o processo. Conceber que são orientados para o processo envolve, sobretudo, pontuar que é o próprio percurso do realizar da pesquisa que guiará o trajeto do método. Além disso, os autores salientam que todos esses fundamentos são utilizados no intuito de obter compreensão, interpretação, descrição e desenvolvimento das teorias relativas a um fenômeno ou a um

setting. De acordo com essa conceituação, portanto, a pesquisa qualitativa também pode subsidiar as teorias envolvidas no campo do objeto investigado.

Minayo (1994), pesquisadora da área da Sociologia, muito tem colaborado com os estudos epistemológicos acerca da pesquisa qualitativa e seus usos, inclusive no campo da Psicologia. Para ela é importante incorporar significado e intencionalidade aos atos, às relações e às estruturas sociais em termos de transformação e construções humanas significativas quando estamos desenvolvendo conhecimento por meio da abordagem qualitativa de pesquisa.

Willig (2005) nos orienta a primeiramente identificar nossos objetivos para podermos justificar nossas escolhas acerca do método de pesquisa. Percebe-se, com as breves conceituações concernentes à metodologia qualitativa de pesquisa supracitadas, que esta permite, sobretudo, a apreensão de significados atribuídos por pessoas sobre produções e contextos também produzidos por pessoas. Tendo em vista que este estudo apresenta o intuito de compreender processos de formação e transformação das sexualidades, dos corpos e dos gêneros de mulheres trans e travestis que vivem com a condição do adoecimento imposto pela aids, é coerente pensar nesta modalidade de pesquisa para a realização do estudo. Foram, portanto, os objetivos e as questões de pesquisa que nos levaram a selecionar a metodologia qualitativa como via para se construir o conhecimento direcionado a este foco.

O estudo em questão envolve a apreensão de significados acerca de um fenômeno que inerentemente se conecta ao campo da Saúde, uma vez que, para comporem o conjunto participantes desta pesquisa, as pessoas necessariamente precisaram ter o diagnóstico de HIV/aids e estarem frequentando a Unidade específica dentro do Hospital. Por estarem inseridas em um ambiente hospitalar e pelos próprios objetivos almejados pelo estudo, que também se referem às questões de saúde vivenciadas pelas participantes, elegemos a proposta do método clínico-qualitativo (Turato, 2000; 2003; 2005) como estratégia para pensarmos os procedimentos de coleta de dados e para guiar a postura da pesquisadora em campo.

A estratégia do método clínico-qualitativo, proposta por Turato (2005), consiste em uma particularização, um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das Ciências Humanas que é direcionado aos *settings* das vivências na área da saúde. Assim sendo, busca interpretar os significados – de natureza psicológica e sociocultural – que pessoas provenientes deste *setting* atribuem aos fenômenos referentes ao campo da problemática saúde-doença. Esses indivíduos são pacientes ou outras pessoas que se

ocupam com problemas da saúde, tais como familiares, profissionais de saúde e sujeitos da comunidade.

Turato (2000) aponta que, ao ser adotada a expressão "clínico-qualitativo", pretende-se definir essa estratégia metodológica principalmente por algumas características gerais: o enfoque nos sentidos e significados como cernes do estudo; o ambiente natural como local necessário; a valorização das angústias e ansiedades como fundamentais; a valorização de elementos psicodinâmicos como ferramentas; o pesquisador como instrumento; o pesquisador como *bricoleur* de técnicas*;* o processo como norteador do interesse do pesquisador; a natureza teórica e prática como pontos de partida simultâneos; os raciocínios indutivo e dedutivo como métodos sequenciais de trabalho; a validade dos dados como força do método; a descrição dos dados e interpretação como fases concomitantes; e os pressupostos conclusivos como passíveis de generalização. Durante o processo da pesquisa entendemos que essas premissas seriam de suma importância para orientar a postura da pesquisadora, uma vez inserida em um contexto de cuidados à saúde e lidando com questões humanas concernentes aos processos de saúde e adoecimento em função da aids.

Entende-se, portanto, o método clínico-qualitativo como uma estratégia metodológica inserida dentro do paradigma qualitativo capaz prover ferramentas para se construir uma compreensão sobre fenômenos vivenciados por sujeitos inseridos num contexto de cuidados à saúde.

Podendo ser a pesquisa qualitativa multimetodológica quanto ao foco (Denzin & Lincoln, 2004), também foi selecionada estratégia metodológica de Estudos de Casos Múltiplos como via de obtenção dos dados para este estudo. Tal estratégia compreende em utilizar diferentes meios para cooptar informações e, para a pesquisa em questão, tal estratégia apresenta caráter “coletivo”, que, segundo Stake (2000) compreende em se estudar um número significativo de casos em conjunto com a finalidade de se compreender o fenômeno de maneira mais ampliada possível. É igualmente importante ressaltar que a posterior análise dos casos abarcados neste estudo será considerada, como também suas qualidades comuns. Esta estratégia também foi selecionada, portanto, por possibilitar amplamente a exploração, compreensão e teorização do fenômeno estudado em cada caso investigado, permitindo também a aproximação entre eles (Peres & Santos, 2005a, 2005b).

Estudos qualitativos necessitam ancorar-se em teorias para subsidiar a interpretação dos dados coletados e a autora deste estudo, com auxílio de orientação do

Orientador e do Grupo de Pesquisa, elegeu a Teoria *Queer* para tal. Por ser um estudo com mulheres transexuais e travestis, que estão fora das normas padronizadas de sexo-gênero, entendemos que os estudos *Queer* podem fornecer embasamento ímpar para compreender e contextualizar sócio-historicamente os dados produzidos por essas participantes.

O *Queer*, como já mencionado no capítulo anterior, propõe a problematização, ou uma análise crítica, do sistema sexo/gênero/práticas sexuais/desejos, proposta por Butler (2001) que naturaliza a heterossexualidade como norma e todas as outras expressões de corpos, gêneros e sexualidades como desvios.

5.2 Participantes

A amostra de conveniência foi composta por dez mulheres transexuais e travestis portadoras de HIV e da aids, usuárias de um serviço de referência em HIV/aids de um hospital do interior do Estado de São Paulo. Esse serviço está alocado em uma unidade especializada no tratamento de doenças infectocontagiosas.

Contextualizando, a Unidade foi fundada há cerca de duas décadas e atende, em nível terciário do SUS, pessoas com diagnóstico de HIV/aids. É interessante ressaltar que, como se trata de um serviço terciário, todos os pacientes que fazem seguimento na Unidade em função deste diagnóstico, já apresentaram o desenvolvimento mais acentuado da aids, pertencendo a classificações mais avançadas da síndrome, o que acontece quando a pessoa já foi infectada por doenças oportunistas em função do prejuízo imunológico (pois se trata da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) causado pelo vírus do HIV.

Nesta Unidade funcionam os atendimentos ambulatoriais, nos quais os pacientes se dirigem ao serviço apenas para a consulta médica; atendimentos no Hospital Dia (nos quais frequentam leitos de internação apenas durante o período diurno, em que necessitam fazer uso de alguma medicação por via endovenosa, durando a internação apenas o tempo que a medicação demanda para ser administrada); e internações na Enfermaria, que se localiza no piso superior da Unidade e tem cerca de 30 quartos, cada um com dois leitos, destinados à internação de pacientes que se apresentam em estado de grave adoecimento e precisam de tratamento integral para se recuperarem e retornarem às suas atividades de vida diária. Neste estudo foram entrevistadas pacientes que frequentaram a Unidade em função de atendimento ambulatorial, sendo que uma delas estava hospitalizada na Enfermaria.

Na Unidade os pacientes também podem fazer seguimento com a Psicologia e outros atendimentos multiprofissionais, tais como de Enfermagem, Serviço Social, Odontologia e Nutrição.

Inicialmente, havíamos traçado o critério de saturação dos dados (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008) para decidirmos a quantidade de participantes que comporiam a amostra. Mesmo assim, previamente pensamos em uma amostra composta por cerca de 10 participantes, pois, de acordo com a experiência do grupo de pesquisa e também com base em estudos anteriores, esse número de participantes parecia ser adequado para o alcance dos objetivos propostos. Coincidentemente, foram de fato entrevistadas 10 participantes, mas apesar desse critério inicialmente estabelecido, observamos que esse número correspondia à totalidade da população de travestis e transexuais que frequentou a Unidade do período de março a julho de 2015, definido para a coleta de dados. Nenhuma usuária recusou-se a participar da entrevista.

Foram seguidos os seguintes critérios de inclusão: usuárias transexuais ou travestis, soropositivas para o HIV e com diagnóstico de aids, que frequentaram a Unidade no período estabelecido (tanto por via ambulatorial como de enfermaria), independentemente do tempo de doença. Também estiveram disponíveis para participarem voluntariamente da pesquisa, formalizando sua concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, no *Apêndice B*).

Encontramos essas pacientes que frequentaram a Unidade no período da coleta e as recrutamos para participarem do estudo por diferentes procedimentos: as que já haviam atualizado seu cadastro no Sistema do Hospital (*software* utilizado para registrar consultas, prontuários eletrônicos, entre outras atribuições), solicitando a inserção do "nome social" foram identificadas pelo próprio Sistema. Nesse caso, a pesquisadora acessava o sistema e identificava a data que as participantes em potencial iriam frequentar o hospital para as consultas e as convidava a realizar a entrevista neste mesmo dia. A outra via, no caso em que ainda não havia atualização de cadastro com nome social no sistema, foi conversar com a Equipe Multiprofissional, que conhece todas as pacientes, e perguntar qual delas eram transexuais. Feito isso, a pesquisadora anotava o número do cadastro das pacientes e realizava o mesmo procedimento, de verificar o dia do próximo retorno para entrar em contato com elas na Unidade. Por fim, as pacientes que estavam internadas, também foram identificadas por meio de diálogo coma Equipe. Anteriormente, a pesquisadora havia solicitado para ser avisada, caso alguma paciente transexual estivesse internada na Unidade.

Foram entrevistadas no total 10 participantes. Seguem informações gerais em tabelas para facilitar a visualização, seguida da descrição de cada uma delas na ordem da realização das entrevistas:

Tabela 1: Informações sobre as participantes - parte I

Nome	Idade	Local da Entrevista	Duração da Entrevista	Nome Social Cadastrado	Tempo de Diagnóstico (em anos)	Adesão ao Tratamento
Lorena	34	Enfermaria	02:47h	Sim	15	Não
Angélica	32	Ambulatório	02:07h	Sim	05	Não
Natasha	31	Ambulatório	01:51h	Sim	01	Sim
Catarina	50	Ambulatório	01:38h	Sim	13	Sim
Rafaela	25	Residência	03:13h	Sim	10	Sim
Pamela	43	Residência	02:51h	Sim	31	Sim
Cláudia	44	Ambulatório	01:36h	Sim	23	Sim
Alessandra	44	Praça	02:40h	Não	16	Sim
Tamara	48	Praça	02:25h	Sim	20	Sim
Talita	41	Ambulatório	01:35h	Sim	06	Não

Pode-se observar na tabela acima um total foram 5 entrevistas realizadas no Ambulatório, no dia em que compareceram ao Hospital para algum retorno médico ou multiprofissional, 4 Entrevistas realizadas fora do ambiente hospitalar, sendo 2 nas casas onde as participantes moravam e duas em praças públicas. A somatória do tempo de todas as entrevistas é 22 horas e 43 minutos. A média de duração das entrevistas foi de 2 horas e 16 minutos para cada entrevista. A idade das participantes variou bastante, a mais nova tendo 25 anos e a mais velha 50. Da mesma maneira, o tempo de diagnóstico também variou, sendo o mais recente de apenas 1 ano e o mais antigo de 31 anos. A maioria das participantes apresentou boa adesão ao tratamento, com exceção de 3 delas, que oscilavam períodos de adesão e não adesão, ou simplesmente de não adesão. Apenas 1 participante não havia solicitado o cadastro do nome social no sistema do Hospital.

Na tabela a seguir tem-se dados complementares acerca das participantes do estudo. Vê-se que a maioria delas estudou até o 1º Grau Incompleto, tendo apenas duas completado essa etapa do ensino, e 3 das participantes completaram o 2º Grau. Nenhuma delas teve Ensino Superior. As classes econômicas (segundo modelo proposto pela ABEP) variaram bastante, mas podemos ver que a maioria delas está inserida em classes menos favorecidas. A maioria apresenta rede de apoio social e apoio familiar, com exceção de 2 participantes. No momento da entrevista, 8 participantes tinham

ganho de renda, que teve fonte variada entre receber algum auxílio ou benefício do governo (INSS) ou exercer algum ofício. As duas participantes que não tinham fonte de renda realizavam programas como prostitutas. Todas as participantes já trabalharam como prostitutas no mercado do sexo em algum momento de suas vidas. Por fim, vê-se que apenas 3 das 10 entrevistadas estava namorando ou casada no momento da entrevista.

Tabela 2: Informações sobre as participantes – parte II

Nome	Grau Instrução	Classe Econômica	Apoio Familiar	Fonte de Renda	Já foi prostituta	Namora ou Casada
Lorena	1º Grau Incompleto	D-E	Não	Não	Sim	Não
Angélica	2º Grau Completo	C2	Sim	Sim	Sim	Não
Natasha	1º Grau Incompleto	D-E	Sim	Sim	Sim	Sim
Catarina	2º Grau Completo	B2	Não	Sim	Sim	Sim
Rafaela	1º Grau Completo	C2	Sim	Sim	Sim	Não
Pamela	1º Grau Completo	C1	Sim	Sim	Sim	Não
Cláudia	1º Grau Completo	C1	Sim	Sim	Sim	Não
Alessandra	2º Grau Completo	C2	Sim	Sim	Sim	Sim
Tamara	1º Grau Completo	D-E	Sim	Sim	Sim	Não
Talita	1º Grau Completo	C2	Sim	Não	Sim	Não

- Lorena: Esta participante estava com 34 anos no momento da entrevista, que foi realizada em um quarto da Enfermaria, durante o período em que esteve internada no Hospital. Ela é moradora de rua, usuária de crack e estava com o nome social cadastrado no sistema do hospital. Teve confirmado o diagnóstico de HIV há 15 anos e não tem boa adesão ao tratamento antirretroviral. Seu grau de instrução é 1º Grau Incompleto e está classificada na classe Econômica D-E, de acordo com o Critério da ABEP. Não está inserida no mercado formal de trabalho e se prostitui.

- Angélica: Estava com 32 anos no momento da entrevista, que foi realizada na Sala da Psicologia da Unidade, em dia que teve retorno para consulta médica. Ela vive com mãe, padrasto e irmão, tem nome social cadastrado no sistema do hospital. Tem diagnóstico de HIV há 5 anos e não tem boa adesão ao tratamento antirretroviral. Seu

grau de instrução é 2º Grau Completo, está classificada na classe Econômica C2, já trabalhou como prostituta, mas atualmente não faz mais programa e não exerce nenhuma atividade remunerada.

- **Natasha**: 31 anos no momento da entrevista, que foi realizada em uma sala da Unidade do Hospital, em dia que teve retorno com Dentista. Vive com irmã mais velha, tem nome social cadastrado no sistema. Tem diagnóstico de HIV há um ano e tem boa adesão ao tratamento antirretroviral. Seu grau de instrução é 1º Grau Incompleto, está classificada na classe Econômica D-E, já trabalhou no passado com prostituição, mas não atualmente. Não exerce atividade remunerada.

- **Catarina**: Estava com 50 anos no momento da entrevista, que foi realizada em uma sala da Unidade em dia de retorno médico. Mora sozinha, tem nome social cadastrado no sistema, vive com diagnóstico de HIV há 13 anos e tem boa adesão à terapia antirretroviral. Tem 2º Grau Completo e fez curso técnico em paisagismo. Está classificada na classe Econômica B2. Trabalhou no passado com prostituição, mas atualmente exerce atividade de paisagista.

- **Rafaela**: Com 25 anos no momento da entrevista, que foi realizada em sua casa. Mora com mais quatro amigas, tem nome social cadastrado no sistema. Tem a infecção pelo HIV há dez anos e tem boa adesão ao tratamento antirretroviral. Tem 1º Grau Completo, é classificada como pertencente à classe C2 em nível Econômico. Já trabalhou com prostituição e ainda faz programas eventualmente. Recebe auxílio do INSS em função das doenças que já teve.

- **Pamela**: Com 43 anos no momento da entrevista, que teve a primeira parte realizada em uma sala da Unidade e a segunda parte em seu ateliê de costura, que fica dentro de sua casa, onde mora com a mãe e mais dois irmãos. Tem nome social cadastrado no sistema, vive com HIV há 31 anos e tem boa adesão ao tratamento antirretroviral. Tem 1º Grau Completo e é classificada como classe B2 em nível Econômico. Já trabalhou com prostituição e como bombadeira de travestis. Atualmente exerce atividade de costureira e estilista.

- **Claudia**: Estava com 44 anos no momento da entrevista, que foi realizada em uma sala da Unidade do Hospital. Tem nome social cadastrado no sistema e mora na casa da família, com os pais e alguns irmãos. Vive com HIV há 23 anos e tem boa adesão ao tratamento. Tem 1º Grau Completo e nível Econômico pertencente à classe C1. Já trabalhou com prostituição, mas atualmente não exerce mais essa atividade.

Recebe auxílio do INSS e complementa sua renda sublocando quartos em uma pensão que aluga.

- **Alessandra**: Estava com 44 anos no momento da entrevista, que foi realizada em uma praça em sua cidade de origem. Não tem nome social cadastrado no sistema. Mora com a mãe, vive com HIV há 16 anos e tem boa adesão à terapia antirretroviral. Tem 2º Grau Completo, é classificada como pertencente à classe Econômica C2, fez Magistério e Curso Técnico em contabilidade. Já trabalhou com prostituição no passado, atualmente é profissional autônoma, trabalhando como mototaxista.

- **Tamara**: Estava com 48 anos no momento da entrevista, que foi realizada em uma Praça na cidade. Mora com sua mãe e tem nome social cadastrado no sistema do Hospital. Tem diagnóstico de HIV há 20 anos e boa adesão à terapia antirretroviral. Classificada como classe D-E em nível Econômico, estudou o 1º Grau Completo. Já trabalhou com prostituição e atualmente exerce atividades como empregada doméstica, passadeira e lavadeira.

- **Talita**: Estava com 41 anos no momento da Entrevista, que foi realizada no Hospital. Mora sozinha e tem nome social cadastrado. Vive com HIV há seis anos e tem boa adesão ao tratamento antirretroviral. Tem o 1º Grau Completo, é classificada como classe Econômica C2 e exerce trabalho com prostituição.

5.3 Instrumentos

Para coleta de dados foi utilizado um Formulário de Dados Sociodemográficos (*Apêndice C*), o Questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil (disponível em http://www.abep.org/criterio-brasil) e um roteiro de entrevista semiestruturada (*Apêndice D*).

O Critério Brasil é um instrumento padronizado e de acesso aberto, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP), com base nos itens de conforto doméstico, nível de escolaridade do chefe de família e acesso a serviços públicos. Esse instrumento será utilizado por oferecer uma medida objetiva da classificação econômica da participante, contribuindo para subsidiar análises posteriores que se relacionem com aspectos que estejam para além de esferas individuais das participantes da pesquisa.

A modalidade de entrevista individual e semiestruturada foi privilegiada, visto que permite interação entre entrevistada e entrevistadora, podendo favorecer respostas espontâneas e a exploração de assuntos mais complexos (Boni & Quaresma, 2005).

Além disso, Pelúcio (2011) salienta a necessidade de se conhecer a relação que as travestis travam com a aids e com o sistema oficial de saúde, por meio de metodologias que possibilitem ouvi-las diretamente para conhecer o que elas mesmas têm a dizer sobre si. Essa afirmação nos levou a selecionar recursos de entrevistas para este estudo, por possibilitarem esta escuta e representatividade sobre os locais de fala das participantes. O roteiro foi desenvolvido a partir de uma revisão de artigos científicos sobre a temática, realizada pela pesquisadora e complementada pela experiência do orientador, e contempla questões que buscam circunscrever as percepções das participantes sobre suas experiências de vida, principalmente no que se a questões subjetivas referentes à sexualidade, corpo, gênero e experiência em viver com a soropositividade, com consequentes adoecimentos.

Por meio do roteiro de entrevista semiestruturada planejamos investigar aspectos relacionados à infância, adolescência e vida adulta, relacionamento intrafamiliar, vínculos com amigos e colegas, principais percalços vivenciados durante o processo de desenvolvimento, experiências de violência a que foram eventualmente submetidas, identidade de gênero e sexualidade (formação dessa identidade ao longo da trajetória de vida, orientação sexual e relacionamentos afetivo-sexuais), diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV (tempo de infecção, via de contaminação, compreensão acerca dos conceitos de vírus HIV e de aids, modos de enfrentamento, pensamentos e sentimentos acerca de ser portadora do vírus), organização do cotidiano, trabalho e estilo de vida (atividade laboral, rotina, atividades de vida diária, e as repercussões das vivências trans e da infecção pelo HIV no dia a dia), relacionamentos afetivos (parceiros afetivo-sexuais, implicações da transexualidade/travestilidade e da infecção pelo HIV nos mesmos), sexualidade, saúde sexual, relacionamentos interpessoais extrafamiliares (relacionamento com amigos), utilização do serviço de saúde e percepções acerca do mesmo (impressões acerca do atendimento nos serviços de saúde, percepção de acolhimento, realização de outros tipos de atendimento, além do médico e de enfermagem), estratégias de autocuidado adotadas para manutenção do bem-estar pessoal, hábitos de lazer, projetos futuros (planos de vida a médio e longo prazo, como pretende alcançar as metas e objetivos de vida), e questões para encerramento da entrevista (percepções acerca da entrevista realizada, escolha de um nome fictício para ser utilizado na pesquisa e eventuais sugestões para aprimoramento do roteiro).

É essencial salientar que, no contexto da pesquisa qualitativa, como colocado por Rey (2002), a entrevista não é encarada como um instrumento organizado de maneira

padronizada, mas como instrumento que promove diálogos e integra os interesses do pesquisador às possibilidades que os participantes manifestam no momento específico do encontro. Ainda, como em todo diálogo, o que é construído pode extrapolar a proposta de conversa inicial e, assim, direcionar o pesquisador para lugares que anteriormente ele não planejava encontrar, pois simplesmente não sabia que existiam. No caso das entrevistas realizadas neste estudo, pode ser observado o caráter espontâneo que os diálogos adquiriram, cada um seguindo seu próprio curso. Apesar de inicialmente ter existido um roteiro semi-estruturado para as entrevistas, na prática o que se deu foi uma conversa aberta e informal com alguns direcionamentos por parte da pesquisadora, que iam de acordo com os objetivos da pesquisa.

Decidimos também utilizar o Diário de Campo para enriquecer o conjunto de dados obtidos na pesquisa, pois existem importantes conteúdos apreendidos ao longo do trabalho que não são diretamente ditos nas entrevistas. Este recurso possibilitou registrar impressões subjetivas da pesquisadora acerca do processo da pesquisa e decorrentes dos encontros com as participantes. Os escritos do Diário de Campo subsidiaram os dados encontrados nas entrevistas e agregaram sentido aos assuntos investigados neste estudo, como sugerido por Minayo (1994).

Em princípio também julgamos ser interessante utilizar dados clínicos das participantes, por meio da análise dos prontuários médicos, a fim de apreender dados objetivos referentes à sua saúde biológica. Assim, poderíamos buscar nestes documentos as seguintes informações: tempo de diagnóstico, esquema de medicamentos utilizados na terapia antiretroviral (TARV), procedimentos utilizados para obter as modificações corporais desejadas (hormonioterapia, cirurgias), adesão ao tratamento, frequência de retornos ao serviço, intercorrências, episódios de internações e condição atual de saúde. De fato isso foi feito, entretanto, com o andamento da análise dos dados, observamos que de acordo com o propósito da pesquisa, os dados médicos não poderiam ter significativa contribuição para os objetivos propostos, que se relacionavam mais com a experiência subjetiva dessas participantes no que e referia a seu gênero e sua condição de viver com HIV/aids, bem como a intersecção entre esses dois marcadores. Sendo assim, optou-se por não considerar os dados coletados através dos prontuários como componentes para a construção dos resultados.

5.4 Procedimentos

5.4.1 Coleta de Dados

As entrevistas aconteceram na própria Unidade no momento em que as participantes compareciam para consulta médica ambulatorial ou quando estiveram internadas na enfermaria. Algumas entrevistas foram realizadas fora do hospital, em local de preferência das participantes.

As entrevistas às participantes que frequentaram a Unidade do Hospital somente para consulta ambulatorial aconteceram em alguma sala disponível dentro da própria Unidade. No caso da participante que estava internada, a entrevista foi realizada no quarto, à beira do leito.

Quando as participantes eram convidadas a realizar a entrevista era primeiramente explicada a pesquisa. Caso elas aceitassem o convite, o TCLE era lido e duas vias eram assinadas pela participante e pela pesquisadora. Uma via era entregue à participante e a outra ficava de posse da pesquisadora.

Após a realização da Entrevista, que era audiogravada pelo Gravador de Áudio do celular da pesquisadora com anuência das participantes, era aplicado o Formulário de Dados Sociodemográficos, seguido do Critério de Classificação Econômica Brasil.

Para todos os casos em que as entrevistas foram realizadas no Hospital a pesquisadora se comunicava com os funcionários da Unidade que realizariam o atendimento aquela paciente para perguntar sobre o melhor momento para realizar a entrevista, se seria antes ou após a consulta médica. Geralmente essa conversa acontecia com a Equipe de Enfermagem ou diretamente com o/a Médico/a. Caso a entrevista acontecesse antes da consulta, a Equipe era avisada sobre onde estaria a paciente para que, caso necessário, interrompessem a conversa e a chamassem para a consulta.

Quando as entrevistas aconteciam fora do ambiente do Hospital, eram realizados alguns contatos telefônicos com as participantes para que fosse combinado o momento e o local em que a Entrevista aconteceria. Geralmente existiu contato pessoal prévio aos telefonemas, quando as participantes estavam no hospital e isso tornava a situação de conversar por telefone mais facilitada. Houve apenas uma participante com a qual o primeiro contato foi o telefônico, pois havia a necessidade da pesquisadora de, em função de prazos para a pesquisa, conversar com ela antes do dia em que compareceria para a consulta. Neste caso a participante também foi muito receptiva e o encontro para a Entrevista fora do ambiente hospitalar foi marcado sem dificuldades. Houve casos

também em que a entrevista foi iniciada no ambiente do hospital e continuada em outro ambiente, como nas próprias residências das participantes, ou em praças da cidade.

No caso da participante que esteve internada na enfermaria no momento da Entrevista, a pesquisadora conversou com a Equipe de Enfermagem durante o processo para saber o momento mais propício para adentrar ao quarto de internação e conversar com a participante, de forma que a rotina de cuidados de Enfermagem fosse menos prejudicada momento da entrevista.

5.4.2 Análise dos Dados

Após a coleta de dados, o Critério de Classificação Econômica Brasil foram aplicados conforme orientação preconizada para esse instrumento.

Os conteúdos do Diário de Campo foram lidos, relidos, analisados em seu conteúdo e foram incorporados à análise dos dados como um todo, complementando as informações encontradas nas Entrevistas.

A pesquisadora leu todos os prontuários que pertenciam às participantes e anotou as informações gerais, descritas anteriormente. Entretanto, como posteriormente fora decidido pela não utilização dos dados dos prontuários, eles não entraram para o conjunto da análise e não compuseram parte dos resultados deste estudo.

As entrevistas audiogravadas foram transcritas literalmente e na íntegra. Posteriormente, o material transcrito das entrevistas foi lido e relido várias vezes e foi aplicado o método da Análise Temática para analisar e compreender os dados, proposto por Minayo (2006) e Braun e Clarke (2006).

Minayo (2006) sugere três fases para a análise de conteúdo na modalidade temática, são elas: a. *Pré-análise:* trata-se da organização preliminar do material que constitui o *corpus* de análise. Inicialmente, é realizada uma leitura geral, denominada flutuante, das entrevistas e a sistematização de ideias. Esse material é cuidadosa e exaustivamente lido e, após sucessivas leituras, procura-se identificar as questões (núcleos) emergentes dos relatos; b. *Descrição analítica*: essa etapa da análise corresponde à categorização dos dados pela similaridade de conteúdos, gerando categorias temáticas para posterior atribuição de significados; e c. *Interpretação referencial*: concerne ao tratamento de dados e às interpretações dos significados dos conteúdos temáticos, de acordo com o referencial teórico adotado.

Braun e Clarke (2006) propõem uma Análise Temática composta por seis fases principais, que não precisam acontecer necessariamente nesta ordem durante o processo da análise, mas é interessante que estejam todas presentes. As fases consistem em: 1. *Conhecer seus dados*: transcrever, ler e reler os dados, anotando ideias iniciais; 2. *Gerar códigos iniciais*: codificação de características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, selecionando os dados relevantes para cada código; 3. *Buscar temas*: agrupamento de códigos como potenciais temas, reunindo todos os dados relevantes para cada tema em potencial; 4. *Rever os temas*: verificar se os temas se relacionam aos extratos codificados e a todo o conjunto de dados, gerando um "mapa" temático; 5. *Definir e nomear temas*: seguir com a análise para refinar as especificidades de cada tema e a história em geral que a análise conta, gerando definições claras e nomes para cada tema; 6. *Produzir o relatório*: é a última oportunidade para análise, envolve a seleção de extratos vivos e convincentes, a análise final de extratos selecionados, relacionando-os à questão de pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico dessa análise.

A Análise Temática proposta nesse estudo apresentará caráter mais indutivo que teórico, ou seja, os temas foram guiados pelos próprios dados e não pela teoria com que se pretende trabalhar (Braun & Clarke, 2006). Apesar de utilizarmos uma teoria para interpretá-los, esse procedimento não será dado *a priori* a fim de que se encaixem em categorias e codificações pré-existentes. Também procuramos analisar os dados, considerando-os como emergidos de um contexto social, que os produz e reproduz a todo momento. Nossa intenção é, portanto, estabelecer conexões entre os dados e contextos socioculturais e condições estruturais que criam espaço para os indivíduos existirem às suas maneiras.

Por fim, selecionamos a modalidade de Análise Temática para analisarmos os dados coletados nesse estudo principalmente por ser considerada um método qualitativo de análise que é flexível ao ser aplicado a diferentes teorias para interpretação dos dados. Através de sua liberdade teórica, a Análise Temática provê uma útil e flexível ferramenta que potencialmente pode fornecer uma rica e detalhada, ainda que complexa, descrição e apreensão dos dados (Braun & Clarke, 2006). As autoras ainda ressaltam que a Análise Temática não está amarrada a nenhum arcabouço teórico pré-existente, podendo ser utilizada dentro de diferentes estruturas teóricas. Para nós, que buscamos uma aproximação entre a Teoria *Queer* e o campo da Psicologia nesta modalidade metodológica, essa ferramenta de análise torna-se pertinente e relevante.

5.5 Considerações Éticas

Uma vez obtida a autorização do docente coordenador do serviço, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, seguindo-se os procedimentos éticos de respeito aos participantes e à instituição, de acordo com a resolução nº 466/12 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

As participantes foram antecipadamente esclarecidas acerca dos objetivos do estudo, assim como as condições de resguardo do sigilo em relação aos dados obtidos, de modo que a pesquisa foi realizada com aquelas pessoas que concordarem com as condições especificadas no TCLE. No caso, todas as participantes convidadas aceitaram a participar do estudo. O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa encontra-se no *Anexo A.*

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 10 entrevistas realizadas, que em princípio haviam sido planejadas com modelo pré-estruturado, aconteceram cada uma a sua maneira. Do conjunto das participantes, 5 foram entrevistadas no próprio setor do hospital onde fazem acompanhamento médico, 1 foi entrevistada no quarto de enfermaria durante uma internação neste mesmo setor e 4 delas foram entrevistadas em lugares fora do hospital. Pode ser notado que as entrevistas realizadas fora do hospital conseguiram atingir maior profundidade e proximidade entre a relação entrevistadora-entrevistada. Nestas, foi comum ao final da entrevista, sentarem a pesquisadora e a participante para tomarem um café, trocarem telefones, e conversarem sobre outros assuntos ou sobre as percepções acerca da situação de participar de uma entrevista, tanto como entrevistadora e como entrevistada. Uma delas disse que havia ganhado uma amiga, após perceber que havia dividido tanto se sua vida com outra pessoa, provavelmente o momento em que conseguiu fazer isso com maior facilidade, pela ausência de julgamentos e pela empolgação que ambas adquiriam no decorrer dos diálogos. Em contrapartida, as entrevistas realizadas no próprio hospital, apesar de também terem atingido certo nível de profundidade, com compartilhamento importante de informações, tiveram outro tom, talvez mais formal, que não permitiu a mesma falta de inibição das participantes e a mesma evolução de vínculo entre pesquisadora-participante.

É relevante explorar mais detalhadamente as singularidades de cada participante, antes de adentrar na análise temática *per se*, já que também se almeja neste trabalho compreender as subjetividades desta população específica. As participantes já foram brevemente apresentadas na seção do método, mas neste contexto a narrativa proposta adquire maior teor de análise, pois muito do que estará descrito neste espaço compõe trechos dos diários de campo, que também constituem o corpo de dados desta pesquisa.

- Lorena

Lorena tinha cerca de 1,70m de altura, era negra com pele de tonalidade clara, cabelos curtos, bastante cacheados e levemente descoloridos, com cor dourada. Faltavam vários dentes em sua boca. As sobrancelhas, muito finas e com poucos pelos, conferiam feminilidade ao seu olhar. As unhas estavam escurecidas, sua voz estava rouca. Estava bastante emagrecida. As maçãs de seu rosto, preenchidas com silicone

industrial também lhe conferiam um rosto bastante feminino. Mostrou ser uma pessoa muito comunicativa e entusiasmada.

Ela estava internada na Enfermaria do Hospital. Combinamos que eu retornaria no sábado para fazermos a entrevista. Cheguei por volta das 17h e vi que Lorena estava com companhia no quarto. Perguntando descobri que era sua irmã Leila que havia ido visitá-la.

Durante nossa conversa, Lorena disse que fazia 10 anos que não tinha contato algum com sua família e justamente naquele dia sua irmã, que havia sido contactada pelo Serviço Social do Hospital, soube de sua internação e foi visita-la. Essa participante há muitos anos se encontrava em situação de rua e era usuária de crack. A família nunca aceitou sua condição de travestilidade e presenciei sua irmã lhe tratando pelo pronome masculino enquanto ainda estava em seu quarto no Hospital.

Essa participante referiu ter passado toda sua infância institucionalizada em um "orfanato", pois sua mãe não tinha condições de lhe cuidar. Na adolescência, quando deixou a instituição, morou durante pouco tempo na casa de sua mãe, mas logo deixou o lar, iniciando a convivência com as travestis, entrando para o mercado do sexo.

Ela estava bastante adoecida, com algumas infecções oportunistas, no momento da entrevista e referiu que não conseguia tomar as medicações para o HIV por seu contexto de vida ser na rua. Mesmo com todas essas fragilidades, ela referiu que desejava receber alta hospitalar e cuidar mais de sua saúde, chegando a fazer planos sobre ter uma casa para viver tranquila.

Em um intervalo que fizemos na entrevista, que em sua totalidade durou quase 3 horas, conversei rapidamente com alguns funcionários do corpo clínico do hospital e pude observar que, por mais que estivessem desempenhando de maneira bastante dedicada os cuidados de enfermagem direcionados a ela, não deixaram de me perguntar sobre o gênero da paciente, mesmo ela tendo cadastro do nome social no sistema do Hospital. Sempre que se referiam a ela para mim, ficavam em dúvida sobre qual pronome usar: "ela... ou ele, né".... "é ele ou é ela?" foi o que me perguntaram. Lorena existia no sistema do Hospital, mas no discurso dos profissionais que lidavam com ela, parecia permanecer no campo da abjeção.

- Angélica

Angélica foi a única participante que não escolheu seu nome fictício para ser mencionada neste estudo. Ao final da entrevista ela estava apressada para pegar o

transporte fornecido pelo governo do município e retornar à sua cidade, então não houve tempo para isso. Eu escolhi chama-la assim pois ela tinha os cabelos loiros, um pouco cacheados, olhos claros e um nariz pequeno. Em meu julgamento, se assemelhava à Angélica, apresentadora de televisão. Ela usava um óculos com armação colorida, uma mochilinha cor de rosa, algumas presilhas coloridas nos cabelos e tinha um sorriso muito simpático.

Ela muito engraçada. Foi a participante que falou mais abertamente sobre sexo, sobre seu "lado piranha" (sic) e sobre gostar muito de transar com homens. Havia poucos meses que Angélica tinha retornado para a cidade de sua mãe no interior, antes estava morando em São Paulo. Lá, trabalhava fazendo programas na rua, usava cocaína e tinha muitas amigas. Estava torcendo para que o homem por quem estava apaixonada também deixasse a cidade e viesse morar com ela. Ela se sentiu muito à vontade em conversar comigo durante a entrevista, em vários momentos fazendo piadas, inclusive sobre suas sequelas na coordenação motora, em função de ter tido um AVC (acidente vascular cerebral).

À época da entrevista, ela estava contando com apoio familiar de sua mãe, padrasto e irmão. Por estar vivendo essa rotina de vida mais familiar, mencionou sentir falta de ir às ruas e esquinas à noite fazer programa, pois ela gostava muito de ser prostituta. Foi a única participante que afirmou com convicção que gostava de ser trabalhadora do sexo. Como ela gostava de transar com homens, estaria realmente no lucro de eles ainda a pagassem para fazer isso. Essa era sua conceituação sobre se inserir na prostituição.

Apesar disso, ela ficava com vergonha quando manifestava falas com teor sexual, me pedia para eu não contar aos médicos. A entrevista foi guiada por um clima leve e fiquei satisfeita e perceber como a participante ficou confortável com a situação. Ela conseguiu falar sobre conteúdos bastante pessoais e, inclusive, verbalizou isso durante suas falas, que não imaginava que conseguiria falar abertamente sobre si para alguém naquele contexto do Hospital.

- Natasha:

Natasha era alta, lida socialmente como branca, mas tinha a pele com a tonalidade um pouco mais escura. O rosto era bastante feminino, com sobrancelhas feitas, maçãs do rosto marcadas. Ela ficou muito feliz quando no contexto da entrevista, eu lhe disse isso espontaneamente, abriu um sorrido de imediato. Tinha aplicação de

silicone industrial nos seios, nádegas, quadril e coxas. Estava com uma roupa simples quando a encontrei: chinelo, calça *legging* colorida, camiseta *babylook* e cabelo meio preso, deixando alguns fios caídos sobre a testa e rosto. Mostrou ser uma pessoa calma, falava devagar. Tinha um gestual bastante feminino, o sorriso bonito e um jeito tímido.

No momento que realizamos a entrevista, ela demonstrou estar entristecida pois havia pouco tempo que sua mãe havia falecido e elas tinham uma relação de bastante proximidade. Conversamos lá no Hospital mesmo e, apesar de não ter se estendido muito em suas falas durante nossa conversa, ela trouxe conteúdos bastante importantes, que enriqueceram os dados deste estudo.

Essa participante estava em seguimento no serviço de psicologia da Unidade, que foi de onde surgiu sua indicação como participante em potencial para esta pesquisa. Foi-me apresentada como uma pessoa que tinha muita dificuldade de comunicação em função de certo comprometimento cognitivo, causado por uma infecção neurológica que havia apresentado há alguns meses. Entretanto, enquanto conversávamos, percebi que Natasha tinha totais condições de verbalizar conteúdos sobre si e sobre sua vida, apesar deste padrão mencionado, de manifestar suas falas de maneira mais abreviada.

Ela atualmente estava morando com uma irmã, que inclusive havia a acompanhado para a consulta no Hospital. Naquele momento, então, podia contar com apoio familiar, mas durante a entrevista descreveu que já havia morado em diferentes estados, sempre trabalhando na rua fazendo programas de prostituição, e usando cocaína. Após ter recebido a notícia de sua soropositividade, Natasha referiu ter parado de fazer programas. Como nunca havia trabalhado com outra atividade, não conseguiu encontrar espaço para um emprego formal. Segundo ela, “por sua sorte” (sic) poderia começar a receber auxílio do Governo, pois, sua infecção oportunista havia deixado sequelas, debilitando sua saúde. Sendo assim, ela teria ao menos uma fonte de renda.

Algo marcante aconteceu após a entrevista. Uma funcionária do corpo clínico que havia prestado um atendimento a Natasha, sabendo que eu a havia entrevistado, sentiu necessidade de conversar comigo. Ela se apresentou a mim com uma feição nitidamente enojada. Disse algo como “nossa, que horror aquela paciente... credo... ela estava suja... você vê que era suja mesmo, péssima higinene, *eca*... olha, fiquei com nojo de uma pessoa assim”. Eu fiquei sem reação, não respondi nada a ela. Entretanto, fiquei surpresa, pois eu havia acabado de passar mais de uma hora em uma sala pequena com Natasha e nenhuma dessas afirmações havia me vindo à cabeça.

É comum pacientes que tem dificuldade de acesso hábitos de higiene de maneira geral comparecerem e serem atendidos nesta Unidade do Hospital, pois vivem em condições precárias, às vezes em situação de rua. Geralmente os profissionais que os atendem estão habituados a isso. É inevitável deixar de concluir, e isso é inferência da pesquisadora, que o que causou esse enojamento na profissional não foi de fato a falta de higiene, pois esta profissional está mais do que acostumada a ver pacientes com hábitos insuficientes de higiene. Foi extraordinário, não na conotação positiva do termo, que aquilo tenha lhe causado esse nível de estranhamento. Este acontecimento, relatado em diário de campo, constituiu um importante material de análise para discutir acerca da normatização discursiva e do preconceito presentes na instituição de saúde.

- Catarina:

A impressão inicial era de que talvez Catarina não aceitasse ser entrevistada, pois ela transmite uma imagem de uma mulher muito imponente e até mesmo arrogante. Por sorte, essa impressão foi equivocada, pois contrariando a expectativa que eu havia criado, ela foi receptiva e disponível ao contato.

De todas as entrevistadas, Catarina foi a que apresentava uma situação financeira mais favorecida. Ela foi nova para a Europa e é casada há quase duas décadas com um Espanhol que é musicista. Ela foi para lá e trabalhou como prostituta, depois fez um curso de paisagismo ornamental e atualmente faz alguns trabalhos com isso. Foi a única que obteve sucesso financeiro permanente em função a sua ida ao outro continente para trabalhar com prostituição.

É uma mulher muito segura de si e isso fez a entrevista algo mais custosa, pois fornecia respostas bastante diretas e sucintas. Entretanto, observei que ao longo da conversa Catarina ficou mais à vontade e isso fez com que conseguisse verbalizar mais conteúdos referentes a sua subjetividade.

Ela referiu alternar entre períodos em que reside no Brasil e períodos em que reside na Europa. Relatou fazer seu tratamento corretamente, inclusive quando está fora do país. Demonstrou em seu relato enfrentar de maneira resiliente sua condição de ser soropositiva e também de se perceber como alvo de preconceitos e discriminações, claramente transmitindo a impressão de não se afetar com isso.

Catarina, uma mulher transex, como ela própria se refere, se apresentou bastante alta, medindo cerca de 1,80m. Tinha um corpo bonito de acordo com os padrões estéticos (seios fartos e cintura fina). Era lida como branca, o cabelo era

preto, liso e comprido. Estava de óculos escuros e durante a entrevista os apoiou atrás da orelha. Estava com um vestido longo escuro e decotado. Unhas feitas e salto e usando. Muito vaidosa, arrumada e suntuosa.

- Rafaela:

De todas as entrevistas realizadas, a de Rafaela talvez tenha sido a que mais trouxe contribuições para este estudo, não apenas pelo conteúdo riquíssimo que ela trouxe verbalmente e em suas atitudes enquanto esteve comigo, mas por todo o contexto em que este contato aconteceu. Toda sua inteligência e clareza ao falar de si certamente enriqueceram muito os dados desta pesquisa.

Foi fácil recrutar Rafaela para o estudo. Avistei uma moça bem bonita sentada no banco de uma área de espera do Hospital. Logo que comecei a falar, ela abriu um sorriso e se mostrou muito disposta a conversar.

A entrevista ocorreu em sua casa, era como uma república em que morava com outras amigas travestis. Rafaela fez questão de esperar todas as suas amigas chegarem à casa para começarmos a entrevista de fato. Ela disse que queria me apresentar a elas, que eu conhecesse as pessoas com quem morava. Feito isso, fomos em direção a seu quarto, onde conversamos durante aproximadamente três horas.

Rafaela mede cerca de 1,65m, tinha a pele negra, cabelos curtos e encaracolados, mas utilizava uma peruca de fios castanhos, lisos e compridos em situações sociais ou lugares públicos. O rosto era realmente muito feminino, com as maçãs marcadas e sobrancelhas feitas. O corpo bonito, segundo padrões estéticos de beleza, tinha quadris fartos e cintura fina. Os seios não tinham próteses. Em função das transformações no rosto, ela apresentava alguns traços um pouco exagerados. Ela também tinha a voz bastante feminina. Sorria bastante, falava rápido e alto. Tinha um sorriso bonito, as unhas eram compridas, sem esmalte. Quando conversamos em sua casa ela estava com um vestido justo na altura do joelho, de um ombro só.

Rafaela já teve algumas doenças oportunistas mais graves em função do HIV, mas isso definitivamente não pareceu prejudicar sua alegria de viver, muito pelo contrário, ela referiu ser uma sobrevivente e que isso lhe dava forças para continuar. Já trabalhou com prostituição, atualmente recebe auxílio do INSS e só faz programas quando lhe é necessário. Verbalizou grandes planos futuros, como ser proprietária de uma casa noturna, porque uma das coisas que mais gostava de fazer era dançar.

- Pamela:

Nosso primeiro contato foi no Hospital, pois a convidei para a Entrevista em dia de consulta médica. Uma das primeiras palavras que Pamela direcionou a mim foi sobre não acreditar na Psicologia. Instantaneamente imaginei que ela não aceitaria conversar comigo ou, se aceitasse, seria um diálogo difícil, com muitas limitações e "resistências", em função deste descrédito em relação à minha figura profissional. Deixou explícito que era uma pessoa muito polêmica, diferente das outras travestis, mas mesmo assim aceitou o convite.

Logo que me aproximei para abordá-la, expliquei saber de sua transgeneridade em função do nome social cadastrado em seu registro no sistema e que havia visto no computador que ela acabava de dar entrada no hospital naquele mesmo momento. Ela respondeu algo como "Ai, nem precisa de nome social para saber que eu sou, né, tá na minha cara". E realmente o que ela disse foi uma verdade, pois Pamela era o que correspondia ao estereótipo de travesti: preenchimentos exagerados no rosto, alta estatura, maquiagem pesada, seios muito fartos.

A primeira parte da entrevista foi realizada em uma sala da Unidade no Hospital e a segunda parte em seu ateliê de costura, que fica em um cômodo dentro de sua casa, onde mora com a mãe e dois irmãos. Confesso ter sido surpreendida quando recebi o convite de Pamela para darmos continuidade à entrevista em sua casa. Aquele descrédito inicial que eu havia recebido enquanto Psicóloga deu espaço para a manifestação de uma vinculação positiva por parte da participante. Foi gratificante perceber que, mesmo com sua postura aparentemente "arredia", Pamela estava disposta a compartilhar comigo aspectos importantes de sua intimidade.

Ir até sua casa foi uma experiência muito interessante. Ela fez questão de me apresentar para sua mãe e seu irmão, demonstrando que era importante para ela que eu conhecesse seus familiares, as pessoas que convivem com ela. Foi o que ela me disse, inclusive, ao interrompermos a primeira parte da entrevista. Ela sugeriu que para minha pesquisa seria importante eu entrevistar também as pessoas que compõem as famílias das mulheres transexuais.

Pamela se apresentou como uma mulher forte, que vivia com o HIV há muitas décadas, e demonstrava uma postura muito resiliente para lidar com tudo isso. Mesmo tendo referido episódios depressivos anteriores, sempre conseguiu se reerguer e manter-se viva e ativa. Adorava costurar e segundo ela, apesar de já ter trabalhado com prostituição, não sabia "vender seu peixe" (sic). Foi a única das participantes que já

trabalhou como “bombadeira”, que é a profissional (informal) que domina as técnicas de enxertar silicone industrial para esculpir os corpos das travestis.

- Claudia:

Cláudia se mostrou uma mulher séria. Foi receptiva com a ideia de ser entrevistada, mas manteve uma postura de bastante seriedade durante toda a conversa. Ela contou sua história de vida, tem muitos irmãos e alguns deles são LGBT. Brincamos quando ela falou isso, ao percebermos que há diversidade sexual dentro de sua própria família.

Ela não era muito alta, a pele era branca, silhueta magra, cabelos pintados de loiro, fios lisos e na altura dos ombros, corpo feminino sem “exageros”, com próteses de silicone apenas nos seios. Na primeira vez que a vi tive que olhar mais de uma vez para me certificar de que era uma mulher transexual, ela se mostrou diferente das demais participantes. As outras geralmente tiveram um visual chamativo e exuberante. Cláudia não, pareceu uma mulher comum, sem grandes vaidades.

No dia em que conversamos para a entrevista, que foi no Hospital, Cláudia estava aguardando ser chamada para realizar um exame de imagem, pois estava com alguns problemas com o silicone em seus seios. Ela colocou silicone industrial de maneira caseira, há cerca de duas décadas. Uma porção do material se deslocou para a região dos testículos. Atualmente está tendo problemas em função disso. Com esse cenário ela nos mostra a importância das pessoas travestis e transexuais receberem assistência à saúde, inclusive, para as questões referentes à transição de gênero.

Cláudia trabalhou durante bastante tempo como prostituta, mas desde que soube de seu diagnóstico referiu ter preferido parar com esta atividade. Atualmente ela recebe auxílio do INSS e também aluga quartos em uma pensão para outras meninas transexuais e travestis. Gosta de passar o tempo com os amigos e contou que costuma ingerir bastante bebida alcoólica para se divertir, mas se viu obrigada a diminuir esse consumo após iniciar o tratamento do HIV.

- Alessandra:

Fábio, assim como constava em seu registro no Hospital, foi um participante indicado pela médica quando eu realizava o levantamento das possíveis candidatas ao estudo. Como nem todas as pacientes transexuais têm nome social cadastrado no

sistema do Hospital, outro meio de encontrá-las foi conversar com a equipe, que as conhece. A médica que me indicou esse participante disse: “Anota aí o registro dele, que eu acho que esse aqui também é”.

Aguardei o horário de sua consulta e vi no sistema que o paciente havia chegado. Procurei na sala de espera algum rosto feminino, de uma pessoa transexual ou travesti, mas não encontrei. Olhei com mais atenção e percebi que havia um homem com cabelo tingido de loiro, óculos escuros e unhas pintadas. Percebi que ele não correspondia ao estereótipo do gênero masculino e imaginei que essa pessoa poderia ser Fábio. Sentei ao seu lado e o convidei a participar da pesquisa. Nesse momento o paciente perguntou do que se tratava e eu expliquei. Então, a paciente (agora no feminino) sorriu e disse: “Sim, eu sou transexual. Aqui no hospital eu me visto assim e mantenho meu nome, mas lá fora com meus amigos e na minha vida eu sou mulher, meu nome é Alessandra. Eu ainda me visto assim para vir ao hospital e ir trabalhar por causa do preconceito, que é muito grande, mas se eu pudesse eu seria o tempo todo Alessandra”. Foi assim que conheci Alessandra e a partir daí ela não precisou mais ser Fábio, pelo menos entre nós duas.

Alessandra ainda não vive o tempo todo como mulher transexual/travesti. Aos dias da semana ela se mantém como Fábio, segundo ela, para trabalhar e aos finais de semana consegue se vestir e ser Alessandra. Independente disso era uma pessoa muito feminina, mesmo utilizando roupas da sessão masculina. Tem até os seios desenvolvidos pelo uso de hormônios. Ela pareceu muito delicada, falava com a voz fina e tinha os gestos muito femininos. Nossa conversa foi bastante profícua, tendo acontecido numa praça pública.

- Tamara:

Tamara pareceu uma mulher de aspecto frágil e aparentava ter mais idade do que tem. Tem os traços da sobrancelha bem marcados e as bochechas avantajadas por conta de aplicações de silicone industrial que se deslocaram um pouco para baixo das maçãs do rosto. Ela tinha um aspecto comum às mulheres vaidosas de meia idade, que fizeram, que já fizeram muitas plásticas. Lembro que quando a conheci julguei improvável que as pessoas a vissem como mulher transexual ou travesti. No dia da nossa conversa estava bastante maquiada e perfumada.

Ela foi muito receptiva para fazermos a entrevista, que aconteceu em uma praça pública, demonstrando satisfação em conversar comigo e em perceber meu interesse por

sua história. Ela foi a participante que mais se emocionou ao rememorar violências que sofreu no passado e as dificuldades que encontrou ao longo de sua vida para conseguir renda fora do meio da prostituição. Ela conseguia ter uma postura de enfrentamento, mas visivelmente lhe era difícil se ausentar de um sofrimento que a acompanhava há anos, que parecia ser uma consequência da trajetória de discriminação e preconceito que ela viveu. No momento da entrevista estava residindo com sua mãe numa casa que, pelo que ela descreveu, era muito simples e precária: tinha apenas três cômodos (cozinha, banheiro e quarto) e não tinha forro, o teto era a telha (de eternite) e a casa ficava na parte dos fundos de um terreno onde na frente funciona uma oficina mecânica. Em uma cidade que facilmente atinge 40ºC, pode-se considerar que não é possível existir qualquer tipo de conforto físico neste ambiente.

Tamara já teve doenças oportunistas em função dos prejuízos a sua imunidade, mas naquele momento fazia muito bem seu tratamento. Além de seguir seus próprios cuidados com a saúde, essa participante cuidava da mãe que desenvolveu uma enfermidade crônica e precisava de muitos cuidados diários e de acompanhamento em Hospitais. Apesar de todas as dificuldades que já enfrentou, refere que ainda sente vontade de viver e realizar coisas, ao menos enquanto sua mãe estiver viva. Quando finalizamos a nossa entrevista, ela foi entregar uma sacola com roupas lavadas e passadas para uma colega e, segundo ela, sua renda é conquisttada dessa maneira, com alguns serviços isolados que ela prestava para amigos e colegas.

- Talita:

Talita é uma travesti suntuosa, parece ter um brilho natural. Mesmo com algumas marcas em seu corpo que demonstram alguma fragilidade de saúde, como seu olhar às vezes cansado e sua forma emagrecida, ela não deixava de brilhar. Sua timidez durante nossa conversa durou apenas alguns minutos e depois ela passou a falar alto e dar risada de coisas engraçadas que dizia. Era muito vaidosa, contou que só usa salto alto com mais de 10 centímetros, já quase não consegue mais andar com sapatos que não tenham salto, pois lhe doem os pés. Tinha os gestos largos e escandalosos. Falava coisas engraçadas e era bastante articulada.

Foi uma participante que referiu não ter conseguido sair do meio da prostituição, mesmo tendo desejado. Pareceu um pouco cindido: às vezes ela referia que estava tranquila com sua vida de fazer programas na prostituição, outras vezes referiaa que gostaria de poder se livrar desta forma de trabalho e realizar outra atividade.

Apresentou-se como uma mulher muito segura de si e afirmava suas crenças com convicção. Ela atribuía isso a sua família que, segundo ela, sempre a ensinou a bater de frente e encarar o mundo. No momento da entrevista verbalizou que se relacionava bem com a mãe e irmãos, mas referiu que durante sua adolescência e início da vida adulta era muito difícil dialogar e a pouca convivência que tinha com os familiares sempre envolvia brigas.

Talita portava estatura média, a pele negra de tonalidade clara, estava mais magra do que costuma ser no momento da entrevista, pois havia acabado de passar por um momento de internação no Hospital. Ela refere que tem dificuldades em tomar os remédios regularmente todos os dias, mas afirma com segurança que um dia conseguirá fazer o tratamento corretamente e que não vai permitir com que adoeça.

Feita a apresentação mais detalhada das participantes, é interessante explorar as entrevistas em si. Como previamente descrito na seção do método, foram realizadas 10 entrevistas, que somam um total de 22 horas e 43 minutos. É interessante também comentar o tempo de transcrição e a quantidade de páginas transcritas para todas essas horas de entrevistas, pois envolveram muito tempo e dedicação. O tempo total de transcrição, tendo como média que a pesquisadora levou 10 minutos para transcrever 1 minuto de fala (às vezes mais, às vezes menos), foi de 227 horas e 43 minutos, que equivalem a 9 dias e meio. No total foram 404 páginas de transcrição, com a média de 40 páginas e meia cada entrevista. As transcrições foram feitas na íntegra e posteriormente lidas diversas vezes. A tabela a seguir ilustra estes números:

Tabela 3. Informações gerais sobre as entrevistas e transcrições

Tempo total de entrevistas	Tempo médio por entrevista	Tempo total de transcrição	Número total de páginas transcritas	Média de páginas por entrevista
22h e 43m	2h 16min	227h 43m	404	40,4

As categorias temáticas previamente organizadas em tópicos, aglutinadas conforme afinidade de conteúdo, estão assim expostas por termos seguido o método de análise dos dados proposto por Minayo (2006) e Braun & Clarke (2006). A construção das categorias temáticas foi pensada tanto de acordo com os objetivos propostos por este estudo, como pelos próprios conteúdos dos dados em si. Buscamos não pré-estabelecer nenhum tópico, nem seguir os assuntos eliciados pela pesquisadora nas

entrevistas, ao seguir o roteiro semiestruturado, para se pensar nas categorias temáticas de análise dos dados, para que esta análise fosse o mais fiel possível às falas das participantes. Não obstante, é relevante considerar que as categorias e as subcategorias dialogam e conciliam-se entre si, comumente sendo complexo determinar uma separação definitiva entre os temas. Ao falarem de uma, falam de outra. Provavelmente isso aconteça porque todas as narrativas, cada uma em si, são sobre histórias de vida e subjetividades específicas, singularizadas, que abarcam, cada uma delas, os constructos enfocados neste estudo. Todos os temas, portanto, carregam e se misturam aos outros. Vale a pena destacar que o recorte do gênero e da soropositividade ocupam lugar de destaque não somente por constituírem o foco desta pesquisa, mas por serem condições base na existência destas pessoas.

Pensamos, então, em construir a análise dos dados dividindo-os em três grandes categorias temáticas: a primeira denominada *Existência*, a segunda *Resistência* e a terceira *SoroPositividade*. As denominações para os conjuntos dos assuntos serão explicadas conforme o seguimento do texto. Cada uma delas apresenta subcategorias que, como já comentado, dialogam entre si. Ao falarmos sobre a Existência destas participantes, estaremos falando sobre aspectos de suas narrativas referentes à época da infância e adolescência, sobre sua vida sexual e afetiva, sobre conceituações e vivências considerando seu gênero e orientação sexual, e narrativas que fazem alusão a suas significações referente aos seus corpos, trabalhando-se com um conceito de corpo não biológico, mas como uma construção social de corpo-gênero, que dialoga com os conceitos problematizados na Teoria *Queer*, inclusive o referente aos corpos abjetos.

Na categoria Resistência serão analisadas as narrativas referentes as suas trajetórias de vida, permeadas por marginalizações, abjeções e exclusões, e sobre o enfrentamento de toda essa adversidade. As subcategorias envolvidas em Resistência são voltadas às falas referentes à relação das participantes com os familiares, os processos que a guiaram ao meio da prostituição e os discursos que denunciam preconceitos referentes à condição de ser mulher transexual e travesti e também soropositiva. A conceituação de abjeção perpassa por toda essa categoria.

Na terceira categoria, denominada SoroPositividade, serão analisados os conteúdos trazidos pelas participantes sobre diferentes assuntos que abarcam a condição de viverem com HIV/aids; desde as formas de contaminação, passando pelas transformações em suas vidas após diagnóstico, suas percepções sobre frequentar a seção do Hospital especializada no tratamento do vírus, suas demandas para este serviço

e suas conceituações e ressignificações sobre o que é (con)viver com a soropositividade. Novamente aqui falamos sobre a abjeção de suas existências.

A seguir está uma figura ilustrativa sobre a categorização dos dados desta pesquisa enquanto temas, compondo as 3 grandes categorias e suas subcategorias. As linhas que unem algumas subcategorias foram assim realizados para dar forma à conexão e diálogo que existe entre esses conteúdos. Em seguida está a análise pormenorizada das três categorias temáticas, separadas em diferentes tópicos.

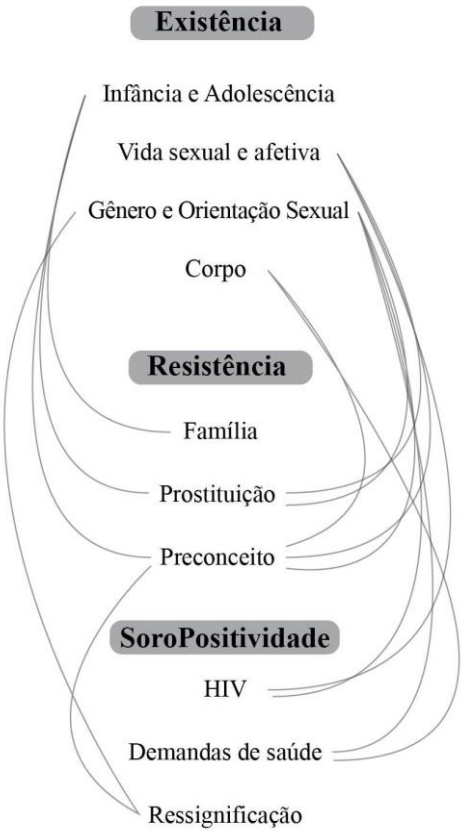

Figura 1: Categorias temáticas, suas subcategorias e as ligações entre elas.

6.1 Existência

Os conteúdos gerais das entrevistas estiveram bastante marcados por falas alusivas a sua existência enquanto mulheres transexuais ou travestis, por meio de relatos espontâneos e de respostas as questões elaboradas de acordo com o contexto do diálogo. Nesta análise se atribui uma significação específica para o termo *Existência*, sendo este referente a descrições variadas realizadas pelas participantes voltadas à representação de

si mesmas, de seu gênero, de sua orientação sexual, de suas práticas sexuais, suas vivências afetivas e acepções quanto a seus corpos. Em suma, nesta categoria temática foram colecionadas falas concernentes a sua existência no mundo enquanto pessoa transexual e travesti, inclusive considerando que a mesma conversa com os outros tópicos que serão explorados adiante, que constituem as outras categorias temáticas (Resistência e SoroPositividade).

Entrando mais especificamente nas narrativas das participantes ao discorrerem a respeito de suas vivências na infância e início da adolescência, praticamente todas relataram que apresentavam mais afinidade para amizade com meninas, bem como maior interesse por brincadeiras socialmente atreladas ao gênero feminino. Por exemplo no trecho a seguir, Natasha fala de maneira tranquila e naturalizada sobre sua preferência de brincar com bonecas, mesmo sendo comum ouvir em seu próprio núcleo familiar que deveria brincar com carrinhos, o que configura a expectativa dos pais de que suas preferências fossem por atividades masculinas, revelando a não aceitação da expressão do gênero da criança.

> P: Como eram as coisas quando você era criança? Me conta um pouco sobre isso
> Natasha: Minha infância, quando eu era criança... eu gostava sempre de brincar de boneca
> P: Hum
> N: Aí eu pegava... meu pai queria que eu brincasse de carrinho... Eu não, sempre brincava com as meninas de boneca

No trecho a seguir Rafaela expõe como se percebia quando crianças em termos de gênero. Para explicar sua feminilidade desde a idade infantil, recorre a signos socialmente associados às meninas. Relevante observar que quando as participantes recorrem a explicações sobre seu comportamento feminino, o fazem calcadas na heteronormatividade (Butler, 2001; 2004), pois deixam bem estabelecido que determinados comportamentos podem ser apenas atribuídos ao gênero feminino e vice-versa. Parece surgir no discurso, inclusive como uma tentativa de se aproximar da inteligibilidade social:

> Rafaela: Eu gostava de mexer em cabelo, adorava pentear cabelo, não podia ver um cabelo solto que eu tava penteando... vestia as roupas da minha mãe, adorava cabelo. Que mais? Eu sempre gostei de flor,

> sempre fui muito organizado, enquanto vamos dizer assim.... os cadernos do meu irmão que era hetero, era uma coisa de dar medo, o meu era aquela coisa mais assim... aquele papel mais confeitado, aquele papel mais decorado, uma coisa mais... mais, como é que fala? Organizada, sabe? Uma mulher mesmo, aquelas coisa, tinha a que cuida dos filho, que cuida de tudo, deixa tudo arrumadinho, direitinho... eu sempre fui mais metódica nas minhas coisa, bem mais... organizada. Meu pai sempre falava assim, que eu era o braço direito da minha mãe, então são várias... aprendi a fazer comida muito cedo, acho que com dez anos eu já sabia cozinhar, minha mãe me colocava pra cozinhar comida, já sabia fazer arroz, já sabia fazer tudo... limpava casa, lavava banheiro. (...) As pessoa notava assim porque eu trabalhava muito bem pra uma criança, era muito organizadinho, uma casa bem limpa, sabe? Tudo feito com muito capricho, uma coisa que nenhum homem faria aquilo daquele jeito, um serviço doméstico daquela forma. Entendeu?

Alessandra descreve sobre como, na inocência da brincadeira infantil, naturalmente expressava sua feminilidade. Ela também recorre a signos socialmente lidos como femininos e refere que desde que consegue se recordar seus comportamentos lúdicos quando criança, eles se assemelhavam aos das meninas suas amigas:

> Alessandra: ... em casa, pra brincar e tal eu era a Alessandrinha. Entendeu? Então juntava os amigos, as amigas, tal tal tal, aquela coisa toda, né? Então eu nunca era ‘o’, eu sempre era ‘a’. Sempre. Aí eu colocava aqueles turbantão, sabe? Aquelas coisa... minhas irmã, minha mãe tem aquelas saia comprida, eu colocava assim, jogava, brincava e tal. Nunca e... ‘ai, vamo brincar de... de escolinha’, ‘eu sou a professora!’... entendeu? Aí alguns amiguinho falava ‘por que não professor?’, ‘não, porque professora é mais rígida, não sei o que’... e no nosso tempo era mais professora, aquela coisa. Eu sempre era a professora. Nunca era o masculino, entendeu? (...) Caminhãozinho, essas coisa: não curtia. Boneca, das minhas irmãs: amava. Entendeu? Tudo que dizia, que era de menina eu gostava. Eu gostava, tudo. Pegava as sandálias das minhas irmãs, andava pra lá e pra cá... É aquela coisa que eu sempre.... sempre gostei.

Foi comum encontrar nos relatos a ausência de precisão em relação ao momento em que perceberam a diferenciação entre os gêneros, sendo essa diferença anatômica ou social e simbólica, e também sobre quando passaram a se identificar ou expressar como pessoas femininas. Esta inexatidão acerca de um momento, além de ser improvável por se tratar de uma memória referente à infância, ou porque crianças ainda

não atentam para estas concepções da maneira que o fazem os adultos, pode remeter a algo que sempre existiu, como algumas delas conseguiram verbalizar, tornando impossível demarcar o início para tal na infância e na adolescência.

Rafaela não lembrava precisamente sobre quando adquiriu a percepção acerca de seu gênero, mas afirma uma sensação de estranhamento ao entender a diferença socialmente imposta entre o masculino e o feminino baseada na anatomia do corpo:

> Rafaela: Foi estranho porque eu tinha um pênis. Eu era um homem e uma mulher por dentro. Foi muito estranho pra mim isso! Aceitar isso no começo, sabe? Porque eu não era uma mulher, mas eu queria ser uma mulher... eu me sentia uma mulher, mas eu não era uma mulher. Sabe? Uma coisa muito estranha... e isso foi desde que eu comecei a entender o que era homem e o que era mulher, e o que era pênis e o que era vagina, que vagina era de mulher e que pênis era de homem, que eu comecei a entender isso... foi horrível pra minha cabeça!!! (...) Acho que dos 10 aos 13 anos foi essa labuta a minha vida. De ser insatisfeita com meu corpo, com o meu órgão, com tudo... porque eu era uma mulher dentro do corpo de um homem! Era uma coisa muito estranha pra mim, era uma coisa que eu queria, eu queria sair correndo... eu queria ficar longe, meu deus, é uma coisa muito estranha!

Lorena foi a participante que morou durante a infância em uma instituição referida por ela como orfanato. Ela se orgulha ao dizer que, aos 4 ou 5 anos, foi o primeiro menino a morar na ala das meninas, dividindo o dormitório com elas. Espontaneamente no trecho a seguir ela trouxe sobre a percepção de seu gênero, que é congruente ao aspecto da feminilidade sempre ter existido e não passado a existir a partir de um momento.

> Lorena: Aí, minha mãe falou que o colégio transformou nu... num.. numa... mulher
> P: Numa mulher
> L: Assim, o colégio não tem nada ver. Quando a senhora me pôs pra dentro, fica vendo, eu já era afeminada! Não tem que eu sou homem... que eu já sou desde criança assim! Eu não escolhi... ser o que sou... eu gosto de homem eu desejo homem. Eu encaro... encaro... lá no colégio, no meu, eu, eu que tinha que ser a princesa. E o que eu gostava tinha que ser o príncipe... Eu lembro dele até hoje, Eduardo (*mandou beijo)*. Nós beijava na boca e tudo (*sorriu)*
> P: Então desde sempre você se percebe...

> L: Menina. 34 anos de idade, eu nunca fui homem!

Lorena nunca foi homem e, apesar de sua mãe atribuir sua feminilidade ao fato de ter convivido com muitas meninas durante a infância, ela afirma com convicção que este fator não a influenciou nisso, pois ela sempre se reconheceu dessa maneira. É curioso observar que a mãe não tem o pensamento que parte da lógica inversa, de que provavelmente Lorena foi colocada na ala das meninas porque já se comportava como tal. É o pensamento que busca encontrar uma causa para a transexualidade, o mesmo que ocorre com as demais expressões de sexualidades que são consideradas desviantes à norma heterossexual.

Tamara descreve em seu relato que desde que se "reconhece como gente" (sic) tem a percepção de ser menina/mulher e tinha dificuldades de compreender porque seu pai exigia que se comportasse de uma maneira com a qual ela não se reconhecia. Ela demarca espontaneamente a idade de 7 anos quando já tinha consciência de que exercia atividades comumente atribuídas às meninas.

> Tamara: Desde os 7 anos eu gostava de fazer as coisas em casa, já era como se fosse uma menina mesmo... Eu arrumando a cozinha pra minha mãe, me sentia mulher. Sentia que eu era uma filha dela.

Paloma fala espontaneamente sobre sempre ter percebido que desejava ser mulher e que, em nenhum momento de sua vida se identificou com signos masculinos:

> Paloma: Desde quando eu entendo que eu sou ser humano, que eu queria ser menina. Eu queria ser olhada pelos meninos como menina (...) eu desejava ser mulher. (...) A minha identidade feminina veio ao natural. Eu nunca forcei nada. O meu jeito de andar, o meu jeito de falar, o meu jeito de ser, é desde quando eu me conheço por gente. A personalidade forte e marcante e o bom gosto.

Saindo do cenário da infância e entrando no contexto da adolescência, foi interessante notar nos relatos dessas participantes que a descoberta do desejo sexual e afetivo por homens as fez perceberem e reafirmarem sua feminilidade (Louro, 2001 e Miskolci, 2009). A exigência social de que haja uma correspondência a um gênero específico caminha de mãos dadas com este aspecto da orientação sexual. É justamente pela lógica heteronormativa que estas mulheres transexuais e travestis assim se

perceberam ao identificar seu desejo sexual por homens e ao ter experiências sexuais com eles. Butler (1990) explora essa concepção de que existe uma exigência social para que haja conformidade a um gênero definido e essa norma certamente contribui para que estas participantes, que estão circunscritas a mesma, se afirmem enquanto mulheres ao perceberem seu desejos afetivo e sexual pelo sujeito homem.

Inclusive, muitas descreveram que foi a partir do ato sexual em si que a percepção de correspondência ao gênero feminino foi realmente firmada, como já pontuado nos estudos realizados por Davi (2013) e Kulick (2008). Todas relataram desejarem expressar feminilidade também para atrair sexualmente os homens e foi comum em seus relatos, elas perceberem que eram "fêmeas" ou que tinham um forte desejo de serem mulheres através da prática sexual.

A reflexão obtida por meio desses relatos nos leva a constatar a necessidade de conformidade à norma heterossexual de gênero buscada pelas pessoas transexuais, a fim de se tornarem pessoas inteligíveis socialmente (Butler, 2004). Para elas, é como se não existisse a possibilidade de gostarem sexualmente de homens e serem homens, ou, ainda, gostarem sexualmente de homens e não se sentirem mulheres durante o sexo. A heternonormatividade estrutural, portanto, parece moldar os gêneros e corpos dessas mulheres.

Foi, portanto, comum em suas falas recorrerem à justificativa do desejo erótico para legitimar o gênero. Afinal, pela norma heterossexual, se a orientação é direcionada ao gênero masculino, só se pode ser do gênero feminino, pois, o que opera é a norma binária que preconiza a união sexual entre os "sexos opostos" (Butler, 2003).

O trecho a seguir refere-se a uma das falas em que Rafaela discorre sobre a percepção de seu gênero a partir de sua primeira experiência de relação sexual e ilustra esta discussão proposta:

> Rafaela: Foi com dois homens, mas eu a mulher. Foi uma coisa assim, que eu não esperava, não foi premeditado, aconteceu. Foi aí que realmente eu vi que eu era fêmea, eu era passiva, eu era mulher... Não adianta, se eu tentasse me envolver com mulher, eu não ia conseguir, assim... seria uma mentira gigantesca pra mim. Ia ser uma mentira. Eu ia viver e morrer insatisfeita. Entendeu? Foi onde que eu resolvi me travestir, aí eu fiquei mais feliz.

É interessante pontuar que para essas participantes nunca fez sentido estarem em relacionamentos com homens e serem lidas também como homens por eles. Não existiu a opção de ter uma relação sexual ou um relacionamento afetivo homossexual, tratando-se de dois homens se relacionando. Existe uma comunicação entre gênero e orientação sexual neste sentido: elas se sentem atraídas afetiva e sexualmente por homens, mas se satisfazem nesta relação desde que sejam desejadas e vistas como mulheres. No trecho a seguir Tamara tem uma fala que expressa concretamente esta questão:

> Tamara: Queria que me vissem de um jeito feminino, de um jeito mais legal. De o homem tá comigo não porque eu era um homem... homem com homem, como se diz... eu queria estar com um homem que estivesse com uma mulher, que desejasse uma mulher. E essa mulher tinha que ser eu.

Alessandra relatou um conteúdo muito interessante sobre quando teve sua primeira experiência sexual, que foi com um professor por quem estava apaixonada durante a adolescência. Ela refere como se tivesse descoberto realmente sua identidade após esta experiência. Esse trecho nos mostra que a construção do gênero para estas participantes também esteve calcada na matriz binária heteronormativa (Butler, 2001).

> Alessandra: Ain.... aí eu me realizei! Aí eu falei ‘não, a minha vida é esta. É isso que eu sou, é isso que eu quero pra mim. É isso que eu nasci, infelizmente nasci...’ Aí ele foi... maravilhoso, sabe? Eu nunca tinha tido relação, naquele dia aconteceu (...) ‘Eu descobri o que eu sou’, eu falei pra ele, ele falou ‘o que que você é?’, eu falei assim ‘eu sou um menino... sou um menino, mas querendo ser uma menina’. Eu falei pra ele. Ele pegou e falou assim ‘se deus quiser, um dia vai se realizar’, ele falou pra mim.

Para Natasha foi a partir das experiências de ficar com os meninos no início da adolescência que ela passou a perceber seu desejo afetivo e sexual pelo gênero masculino. Concomitante a isso, foi se hormonizando e transformando seu corpo. Ela relaciona ter percebido seu desejo sexual por meninos com a percepção de seu gênero travesti:

> P: E quando você percebeu que você era travesti?
> Natasha: Com 16 anos
> P: E como foi que você descobriu?

> N: Com 12 anos eu comecei a namorar um menino... Aí eu senti que eu tinha atração por homem... não por mulher...

Para a construção do “vir-a-ser” travesti, por parte destas participantes, pode-se dizer que foi essencial para todas encontrarem referência na vivência com outras travestis para que pudessem se reconhecer e se afirmarem como tal, ainda no período da adolescência. Tenha sido em função da exclusão do convívio familiar, entrada no mercado do sexo ou tão somente afinidade, elas relataram que terem visto e conhecido mulheres transexuais e travestis as fez dar início à jornada de transformações corporais e à busca pelo reconhecimento social referente a estas expressões de gênero, descrevendo esses episódios quase como se fossem um divisor de águas em suas vidas.

Muitas narram, dentre elas Natasha, Cláudia e Talita, que saíram de casa neste momento que entraram em contato com o meio travesti. Esse relato foi muito comum: perceber atração sexual por homens, começar a travestir-se, entrar em contato com outras travestis, sair de casa por dificuldades no relacionamento com os familiares e adentrar ao meio da prostituição, completando a transição, o “tornar-se travesti” (Pelúcio, 2005). Para todo este processo, elas sempre relataram a convivência com outras travestis como fator primordial para realizarem todas as mudanças corporais desejadas.

Neste trecho de fala, Natasha discorre sobre como teve influência de uma amiga travesti na fase em que saiu da casa dos pais, começou a se prostituir e, a partir dessa influência, teve informação e acesso sobre as mudanças corporais. O mesmo aconteceu com a maioria delas: Lorena, Angélica, Rafaela, Pamela, Cláudia, Alessandra e Talita.

> P: Como é que foi essa época de começar a fazer programa?
> Natasha: Através de umas amiga que eu tinha
> P: Como assim?
> N: Eu era gayzinho... aí tinha as amigas que eram travesti, que eu conhecia.... fiz amizade. Saí da minha casa que eu morava, vinha de ônibus pro centro, passava aqui com os meus amigos.... aí conheci as travesti que ficava lá. Aí eu peguei amizade com elas... e meu pai me mandou embora de casa
> P: Hum
> N: Aí eu peguei e vim pra casa duma... pra cá
> P: Ficou na casa de uma travesti
> N: Aham

> P: Que era sua amiga
> N: Aham... Aí ela me emprestou peruca... maquiava... Nem usava salto ainda
> P: Ela te ensinou
> N: Aham... aí eu comecei a ficar direto assim. E fui mudando...

Talita narra com muita propriedade a época em que começou o processo de se tornar travesti. Seu relato transmite a ideia de que ela sabia que não queria sua imagem e seu gênero da maneira que estava quando ainda não havia transicionado por completo para a travestilidade, mas ela também não sabia para onde essa imagem e esse gênero poderiam ir. A influência de outras travestis foi fundamental para conseguir o que sempre desejou. As referências são escassas justamente porque a sociedade coloca essas pessoas à margem ou até à parte de materialidade, por serem corpos considerados abjetos (Butler, 2001; 2004). Não existem nas mídias, nas escolas, nos espaços públicos. Foi na noite e no cenário da prostituição que Talita enxergou pela primeira vez suas referências e possibilidades.

> Talita: Era engraçado porque eu percebia que eu gostava dos meninos, mas eu queria que eles me vissem como menina. Só que eu não parecia menina, assim, no visual. Parecia mais no jeito, sabe? Aí quando eu comecei a fazer programa, eu só colocava umas blusinhas e sainhas, assim... mas eu não sabia tudo o que podia ser. Conheci as meninas na rua, nas esquinas e aí "pá", já era. Eu vi que era um mundo muito legal e muito diferente! Elas todas com a bunda grande, os cabelos até a cintura... e eu vi que eu podia ser assim também! (...) Muito louco isso, né? Você não sabe o que é, o que dá pra ser.... aí você vê as outras e fala: "é isso!".

Durante a infância e início da adolescência, ainda quando não tinham tido contato com este meio, as participantes relataram perceber que se sentiam femininas, ou até mesmo mulheres, mas lhes faltava um nome e uma referência, o que provavelmente ocorre em função da abjeção (Butler, 2004), em que não há materialidade para essas existências. Era como se elas não compreendessem o quê de fato eram ao perceberem que habitavam corpos socialmente significados como masculinos, mas se reconheciam como femininas. Podemos refletir, pois, acerca das influências positivas que a convivência ou ao menos o conhecimento acerca da existência de pessoas transexuais e travestis faz na vida destes sujeitos e supostamente faria ainda mais se acontecesse

desde a infância. Possivelmente lhes teria sido mais acessível compreender quem são, bem como sua expressão social de gênero, se tivessem tido essas referências anteriormente. Fica evidente, portanto, a relevância da discussão acerca da representatividade e da visibilidade para esta população, para além do contexto da militância, alcançando as mídias e o espaço público de maneira geral, que por sua vez, lhes é de direito apenas na formalidade da lei, mas não na prática.

Foi comum durante as falas das participantes elas se referirem ora com pronome masculino, ora com pronome feminino. Foi comum também elas explicarem seu gênero fazendo referência a falas como "sempre quis ser mulher", "sei que não sou mulher de verdade", "sou feminina", entre outras expressões que denotaram que as próprias participantes não encaravam que fossem exatamente aquilo que se conceitua socialmente como mulher. Provavelmente isto se deve ao fato de terem um pênis, apesar de todas elas terem problematizado questões referentes à genitália, chegando à conclusão que ela por si só não constitui gênero. Elas definitivamente se consideram femininas, porém nenhuma delas disse com todas as letras "sou mulher", dizendo no lugar disso "me sinto mulher", "sou uma mulher frustrada", "sou feminina", "sou mulher com pênis". Essas maneiras de se colocar vão de acordo com a socialmente estabelecida correspondência entre anatomia da genitália como determinante de gênero (Butler, 2001).

Essa discussão se estende para uma conceituação de gênero que está para além das classificações disponíveis, nos fazendo perceber que cada uma delas fala sobre si de maneira original e particular. É como se cada uma delas tivesse um gênero próprio, explicado à sua maneira. O que existe nas narrativas dessas participantes é a singularidade e a individualização com as quais cada uma se autorefere. Nesse sentido, ao definirem sua subjetividade, ao se auto-conceituarem, essas participantes apresentaram uma "atitude *queer*", diferentemente do que ocorreu quando discursaram acerca de suas implicações nas relações sexuais e afetivas, em que lhes era essencial corresponder ao estereótipo feminino e à relação entre "sexos opostos", calcada na heteronorma. Pode-se dizer, portanto, que em termos de gênero, se apresentaram como fluidas, singulares, *queer* e em termos de orientação sexual, ou práticas sexuais e afetivas, apresentaram-se mais como heteronormativas.

> Rafaela: Pra te falar a verdade eu acho que é tudo a mesma coisa. Porque tem tantos nome pra gente, eu acho que a gente é igual diabo mesmo, que

> o que mais tem é nome. É João, mulher trans, é traveco, travesti, então... eu até hoje eu não vi um título assim cabível pra gente, sabe? São tantos. Eu acho que mulher trans é o mais cabível. (...) Se deus criou por exemplo nos bicho, passarinhos de tantas cores, tantos jeitos... por que pros seres humanos tem que existir só homem ou mulher, ou só um ou só outro? Tem que ser vários.

Essas afirmações podem promover uma reflexão pertinente que vai de acordo com um pensamento *queer*. Várias delas se referiram a expressões como "eu sou eu" ou "eu sou Catarina transexual", "eu sou Paloma" para definirem seu gênero. Essas narrativas estão embutidas de dois argumentos: o primeiro é que o gênero é o sujeito (Butler, 2004), não há uma separação ou uma dualidade; o outro é que existe a singularidade total na significação que o sujeito dará para seu gênero ou para sua existência, já que são inseparáveis. Nesses momentos as participantes expressaram muita proximidade a um discurso *queer*, que dialoga com o conceito de corpo/gênero proposto por Butler (2004), ou mesmo a um discurso em que o gênero se desfaz, pois o que entra em questão é o sujeito.

Neste trecho, Rafaela explanou que se deve ao fato de que, apesar de existir clareza de sua parte acerca de sua identidade feminina, ela imagina que essa mesma clareza não é compartilhada pelas outras pessoas, sendo necessário, muitas vezes se referir como "homossexual" porque, segundo Rafaela, é um conceito socialmente inteligível. Questionada sobre isso, argumentou:

> Rafaela: Homossexual. Eu sou homossexual. Por mais que eu seja feminina, que eu me sinta mulher... eu sou bem realista. Eu acho que nesse mundo que a gente vive, pelo menos aqui no Brasil, eu sou homossexual [...] Eu acho que assim, eu to me referindo como homossexual, como mulher trans, como transexual, como travesti, já viu? Eu já me referi como tudo quanto é coisa porque eu acho todos irreais... Eu acho que eu deveria ser uma mulher também, mas infelizmente... eu não sou mulher, se for ver assim pelo realismo que vive esse mundo em que a gente vive. Mas na minha cabeça eu sou, por isso que eu não sei como me colocar, entendeu? Internamente eu sei que eu sou fêmea, entendeu? [...] mas externamente tem essa questão de tem quem ache, tem quem não ache, tem quem aceite, quem não aceite, tem quem goste, tem quem não goste. Então, fica difícil a minha colocação, assim, saber em que lugar que.. que eu me encaixo em tudo isso.

A singularidade aparece inclusive quanto a se definirem como mulheres transexuais ou como travestis. Nenhuma das participantes compreendeu ou utilizou o termo “identidade de gênero”. Mas espontaneamente em seus discursos algumas se definiram como travestis e outras como mulheres transexuais.

Algumas participantes julgaram não serem mulheres transexuais por não terem o desejo de eliminar o pênis em uma cirurgia. Atribuindo, portanto, uma diferença entre as categorias “travesti” e “transexual” marcada pelo desejo da cirurgia de transgenitalização na última. Houve diferença na atribuição de significado ao conceito “travesti” por parte das participantes. Ao passo que umas atribuíram conotações negativas e pejorativas ao termo, outras se referiram a essa categoria como “uma mulher com pênis”. Mas, de maneira geral, é necessária uma maior reflexão e problematização acerca de todas estas terminologias.

No trecho a seguir, Catarina ilustra com propriedade essa discussão, ao dizer que nunca se sentiu mulher, pois “não é biológica” (sic). Ao explicar seu gênero recorre espontaneamente a essa questão da singularidade:

> Catarina: Mulher são vocês, entendeu? Que já têm quadril próprio, entendeu? Por que eu vou colocar um silicone industrial, que é uma coisa que com o tempo, aquilo ali pode me levar até a morte? Então eu me rendo conta dessas coisas
> P: Como assim ‘mulheres são vocês’?
> C: Vocês são biológicas. Eu não me sinto mulher
> P: Você não se sente mulher?
> C: Não. Nunca me senti. Me sinto Catarina, transexual
> P: Você se sente transexual
> C: Sim, me sinto eu. Catarina, transexual. Mulher, mulher, homem é homem, gay é gay
> P: Ahm
> C: Pra mim. O que elas digam, o que os outros digam, o que elas pensam, o que ‘ah, eu sou mulher’. Não, você não é mulher não, bem. Mulher biológica é outra coisa. Você pode se sentir uma mulher, mas você nunca vai ser. Mulher biológica gera filho, tem seu próprio ciclo menstrual de hormônio, é diferente.
> P: Uhum
> C: Nós somos, nós nascemos homens e... podemos até ser feminina. Pra mim, eu tô falando pra mim, entendeu? Então eu não tenho necessidade de falar ‘ai, me sinto mulher’. Não me sinto, porque eu não sou.
> P: Então pra você tem essa diferença?

> C: Tem, tem. ‘Você é homem?’. Também não sou homem. Se eu fosse homem tava casando, fazendo filho, e não do jeito que eu sou. Entendeu?
> P: Entao você é o que?
> C: Eu sou uma transexual, eu sou Catarina.
> P: Voce é você.
> C: Eu sou eu. Isso.

Outro exemplo bastante ilustrativo sobre como essas participantes tinham cada uma sua própria conceituação acerca de seu gênero é o que está a seguir, em que Rafaela busca se definir, ao ser questionada pela pesquisadora:

> P: Às vezes você se refere como travesti, às vezes você se refere como mulher trans. Como que é isso? Me explica...
> Rafaela: Pra te falar a verdade eu acho que é tudo a mesma coisa.. Porque eu sou uma mulher, mas eu sou transgênero. Uma mulher transgênero. Sou uma mulher com pau (*deu risada)*, vamos dizer assim. Uma mulher com pênis.

Outras participantes se definiram enquanto Travestis, ao invés de mulheres transexuais. A categoria Travesti entre elas também foi conceituada de diversas maneiras, sendo incorporada por algumas e repudiada por outras, justamente por associar à palavra ao contexto da prostituição ou da indignidade. Talita, ao mesmo tempo em que se julga uma mulher transexual por ser feminina, assume uma identidade travesti ao autoreferenciar-se. E como observado por Bento (2006), ela gosta de seu corpo, o que indica que emergência de discussão no meio acadêmico acerca da premissa de disforia de gênero como classificatória para as pessoas transexuais, pois muitas vezes essas pessoas nos mostram o oposto, ao verbalizarem apreço pelos próprios corpos.

> Talita: Eu sou uma pessoa que nasceu com um pênis, mas sempre foi feminina. É engraçado que, apesar de eu me sentir feminina e não me sentir homem, eu gosto do meu corpo do jeito que é, com as mudanças que eu fiz. Então, eu acho que já que a sociedade acha que o pinto é uma coisa masculina, acho que posso dizer que sou uma mulher Travesti, ou travesti mesmo. Porque não tenho a vagina, tenho um pau, mas tenho a feminilidade e gosto de ser vista assim, sabe?

Independente das conceituações particulares que cada uma delas faz acerca de seu gênero, é pertinente observar como a biologia impera como lei para significar corpos e gêneros. Por exemplo neste trecho, quando Cláudia diz que nasceu com corpo de homem, percebe-se uma naturalização em que a anatomia do corpo é imperativa em determinar o que é masculino e feminino. Essas mulheres transexuais e travestis, apesar de saírem da matriz normativa genitália-gênero, permanecem inscritas nessa lógica para se autoreferirem.

> P: E como que você descreve sua identidade de gênero....
> Cláudia: Eu creio que... espírito de mulher.... um corpo de homem...
> P: Espírito de mulher num corpo de homem...
> C: ...
> P: Corpo de homem mais ou menos, né? (*sorrindo, em tom de brincadeira)*
> C: Sim. No início, o corpo, o sexo é o de homem, continua. Não fiz cirurgia
> P: Uhum
> C: Um espírito de mulher que nasceu num corpo de homem. Fui mudando o corpo, com o tempo. Acho que é isso.

Outro aspecto importante de salientar nas falas destas participantes se volta à questão de como a feminilidade e a masculinidade estão inscritas no ato sexual em si. Além de perceberem-se femininas pela atração sexual e afetiva que têm por homens e ser no momento da relação sexual que elas relatam se afirmarem enquanto mulheres, é ao serem passivas com seus namorados e maridos, seja na penetração anal ou no conjunto de comportamentos durante o sexo, que fica estabelecido quem é o homem e quem é a mulher naquela relação. Como comentamos anteriormente, em termos de práticas sexuais, as participantes relataram falas bastante heteronormativas, em que ser passiva é ser mulher e ser ativo é ser homem.

Fica bem delimitado que na relação sexual com os namorados e maridos elas são somente passivas, pois lhes é essencial que estejam numa relação com um homem, dado também discutido por Kulick (2008). Se ser ativo é ser homem e se estar com um homem lhes afirma mulheres, é primordial que nas relações sexuais elas jamais sejam ativas. Com algumas particularidades no que se refere a como cada uma delas lida com a própria genitália, no geral todas são apenas passivas na relação sexual que envolve penetração anal. Algumas permitem serem tocadas no pênis, outras o escondem durante

o ato, outras não desejam fazer a cirurgia por temer não sentir mais prazer sexual. A seguir encontram-se alguns trechos que demonstram esses pontos comentados:

> Cláudia: Se virar o bumbum pra mim... (*mandou dois beijos)*, procura outra meu amor (...) Eu explico pra ele primeiro
> P: Ahm
> C: Que ali a mulher sou eu, não ele.
> P: Uhum
> C: Se ele entender a gente continua, se ele não entender... eu vou ter que procurar outro na... em outra área, né? Porque ali não é minha área. Em ter um relacionamento com uma pessoa sério não é minha área. Não dá

> Alessandra: Apesar deu ter o.... o pênis, né? Eu não gosto que rela. Eu não me masturbo, tendo a relação. Eu sinto, eu tenho o meu prazer do meu jeitinho.
> P: Como é seu prazer?
> A: Que é daquele jeito... na esfregação, eu acabo.... como eu tomo hormônio, então eu não gozo como um homem, de espirrar, aquela coisa. Então eu tenho aquela secreção, entendeu? Então, mas eu não preciso me masturbar. Por quê? Porque eu tenho tesão por ele.
> P: Então nas suas relações sexuais você é sempre passiva?
> A: Sempre. To... cem por cento
> P: Cem por cento.
> A: Nunca... se eu falar pra você que que eu já fui ativo, mentira minha. Nunca tive vontade
> P: Você nunca foi ativa...
> A: Nunca. Assim, já me masturbei, é claro, se eu dizer que não.... às vezes uma necessidade me fez fazer isso, entendeu? Mas pensando naquela relação que eu tive, a pessoa transando comigo, entendeu? Que no momento eu tive aquele prazer, mas não cheguei a gozar, aquela coisa toda... porque eu não tenho coragem de fazer isso.
> P: Por que?
> A: Eu não me sinto bem, eu não me sinto bem
> P: Como é isso?
> A: E com essa, principalmente com os meus namorados, eu é... eles nem vê a minha frente. Nem vê, eu não deixo. Eu posso fazer posições que ele quer, de frente e tal... mas sempre com uma toalha, sempre escondendo aquela parte íntima. E uma: como é meu namorado, eu também não aceito... quer ver? Não é meu namorado.
> P: Nem ver, então...
> A: Não, não aceito. Porque eu não gosto de gay, eu não gosto que o meu namorado, ele seja ativo e passivo. Ele tem que ser ativo. Se ele

> já foi passivo com alguém, é direito dele. Mas comigo não vai ser nunca. E os meus namorados geralmente são masculinos.
>
> Rafaela: (...) a maioria deles é ativos e não gostavam que eu... que eu penetrasse. Então nas minhas relações sérias, eu fui a fêmea da história. Eles não se consideravam gays porque... porque eles não eram passivos. A passiva da história sou eu. (...) O que eu gosto mais, eu prefiro o ativo que toque no [meu] membro. Porque eu vou me sentir mais... menos estranha. Porque se for um ativo que não pegue, eu vou me sentir incompleta. Porque se eu virar de frente, ele vai ver uma coisa que ele não quer ver, então, eu não sou normal pra ele. Eu vou me sentir anormal. Então um sexo bom pra mim tem que ser um homem que seja ativo, mas que não se importe em tocar o meu pênis, que seja um homem que não goste, mas que simpatize ou então não tenha tanta fobia assim ao membro.
>
> Talita: É uma coisa bem certa pra mim. Não tenho vontade jamais de ser ativa, sabe? Quero é ser pegada. Eu sou toda linda desse jeito, me maqueio, me arrumo, fico com uns homens bem macho, pra na hora do sexo eles quererem que eu seja ativa? Jamais. É uma questão de ser feminina mesmo. Quem dá é feminina. Não dá pra ser feminina e ativa no sexo com um homem!

Diferentemente disso, nas relações sexuais concernentes à prostituição, algumas delas relataram conseguirem ser ativas e penetrar seus clientes, pois segundo elas, a maioria dos homens procura por isso quando pagam pelo sexo com as travestis. Mas, mesmo no cenário da prostituição, algumas delas relataram não conseguir penetrar seus clientes, tanto pela ingestão de hormônios, que fisiologicamente pode prejudicar a ereção peniana, quanto por uma questão subjetiva, em que referiram um desconforto importante em desempenhar o papel ativo na relação sexual. Essa observação sobre ser ativa na prostituição, mas somente passiva nas relações sexuais com os namorados/maridos, também esteve presente na etnografia de Kulick (2008).

Nessa fala, Natasha relata que não conseguia ser ativa com o sexo que praticava na prostituição. De acordo com ela, isso acontecia tanto por não ter ereção peniana, mas também por não se sentir confortável, esses dois fatores parecem caminhar juntos.

> P: Os clientes procuram mais o quê?
> Natasha: Mais pra dar. Tinha um italiano que eu saía belíssimo aqui em cidade. Quando eu comecei a sair com ele era um mar de rosas, me

> pagava 300 reais, italiano. Tava de passagem aqui no Brasil. Aí eu saía com ele era um mar de rosa. Ele me comia... tudo tudo tudo. Depois começou a pegar no meu pênis, queria que reagisse, reagisse e nada. Aí ele parou de sair comigo, porque o meu pênis não reagia. Queria uma mulher ativa. Falei 'então tá, bem, tá querendo uma mulher ativa, então vai procurar uma mulher ativa'.

Lorena narra que alguns clientes insistiam para que ela fosse ativa na relação sexual, mas ela simplesmente não conseguia. De maneira criativa, resolveu essa questão comprando uma prótese peniana:

> P: E na época que você fazia programa, seus clientes pediam pra você ser ativa?
> Loerna: Pediam sim
> P: E como era?
> L: Eu não ia
> P: Você não fazia?
> L: Aí eu comecei a comprar consolo!
> P: Ahm
> L: Pra eles, né?
> P: Aham. E aí você era ativa, mas com consolo?
> L: Estranho, né?
> P: Você acha estranho?
> L: Ah, eu acho. Engraçado...

Catarina demonstrou encarar com mais naturalidade quando lhe era solicitado que fosse ativa na relação sexual com os clientes. Ela não referiu desconforto ou dificuldade de ereção, tratando a questão como algo comum que acontece na relação com os clientes, no contexto da prostituição.

> P: Mas os clientes pedem pra você ser ativa na relação?
> Catarina: Alguns sim. Sim, alguns sim.
> P: Hum
> C: São homens, rapazes da alta sociedade. Né? A maior parte casados. Maior parte. Porque eles são heteros. Eles não são gay. Maior parte, aliança no dedo. As vezes eu saio pra balada assim, 'não, eu tenho, eu tenho mulher, mas to viajando, não sei o que, não sei o que'. Entao, eu vejo, o tipo de homens que vem com a gente, eles não são gay. Não. São heteros. (...) Inclusive tem heteros que fala assim 'ai, eu não sou gay' (*falou rindo)*. E tá lá ... me fazendo um oral. Eu fico só

> observando, ‘então tá’. Não vou pirar a cabeça dele, deixa ele pensar que ele não é, entendeu?

Para Cláudia também era natural ser ativa com os clientes, mas jamais nas relações afetivas e sexuais de sua vida pessoal:

> Cláudia: Hoje em dia tá liberado tudo. O homem que procura a gente... eles querem fazer... ativo e passivo
> P: Hum
> C: Antes, muitos anos atrás era mais difícil... era mais o homem, eu fazia sempre a feminina. Hoje em dia homem que me procura, a maioria quer fazer o passivo também. Eu faço.

Apesar das relações sexuais travadas no contexto da prostituição serem diferentes das que ocorrem dentro de um relacionamento afetivo, pela questão da passividade/atividade, várias relataram que estavam ou já estiveram namorando homens que conheceram como seus clientes. Quando o namoro se inicia, os ato sexuais entram na lógica da penetração ser realizada pelo homem, que é homem justamente por ser ativo. Uma das participantes também comentou que em seu julgamento é frequente nos tempos atuais as mulheres transexuais e travesti sustentarem financeiramente seus namorados e maridos. Este dado também foi discutido por (Kulick 2008).

Esta última afirmação apareceu na fala de uma das participantes, Cláudia, que referiu ser bastante comum, em seu julgamento, as mulheres transexuais e travestis atualmente arcarem com as despesas dos namorados. Muitos deles não trabalham e são elas que conseguem a renda necessária para o dia a dia.

> Cláudia: ... Hoje em dia trans geralmente sustenta homem
> P: Ah é?
> C: Eu sou duma época que homem me sustentava. Não, não entra na minha cabeça sustentar homem.
> P: Uhum
> C: Um colabora com o outro. Hoje em dia trans sustenta homem. Esses trans de hoje é assim
> P: Sério?
> C: Sério... a maioria. Não digo todas, a maioria

Um ponto interessante que emergiu das falas destas participantes foi sobre como geralmente conhecem os namorados e começam a se envolver com eles. Foi

comum na fala de algumas delas referirem que começaram a namorar algum cliente, ou seja, conheceram o companheiro na relação prostituta-cliente, que evoluiu para uma relação pessoal de namoro. Natasha, por exemplo, estava namorando no momento da entrevista um rapaz, amigo de sua irmã, com quem ficou as primeiras vezes em um esquema pago, de programa. Conforme foram se conhecendo a relação evoluiu para um namoro. Segue o trecho da entrevista:

> Natasha: Aí ele mudou lá pra perto da casa da minha mãe... Aí comecei a conversar com ele, fazer amizade com ele. Ele tinha amizade com a minha irmã solteira
> P: Ahm, a Mariane
> N: Mariane
> P: Hum
> N: Aí ele pegou, começou a me ver, fez amizade comigo, começou a conversar comigo... aí nós começou a ficar. Ele perguntou se eu fazia programa, eu falei que fazia. Aí eu saí junto com ele 3 vezes como programa. Aí depois ele falou que queria ter uma relação comigo. Aí eu falei pra ele que as pessoas não iam falar bem dele tá namorando comigo.
> P: Por que?
> N: Por ser travesti. Aí ele falou 'não, eu sou eu, cada um é cada um... não devo nada pra ninguém'. E aí tamo namorando
> P: Legal... Você já tinha tido uma experiência assim?
> N: Já
> P: Então as primeiras vezes que você saiu com ele foi como um programa?
> N: Foi
> P: Mas você ainda tava trabalhando com programa?
> N: Não... Ele foi lá em casa aí eu vi ele, achei ele bonito, pergutei pra minha irmã quem era.... aí ela falou que ele tinha mudado pra do outro lado da rua faz pouco tempo... aí teve um dia que ele foi lá, minha irmã não tava, aí ele falou 'mariane tá aí', aí eu falei que não. Aí ele falou assim 'que que você tá fazendo aí', aí eu falei 'nada', aí ele falou 'você não topa fazer um programa comigo?', aí eu falei assim 'faço'.... Aí a gente fez assim três vezes e depois eu não cobrei mais

Outra discussão pertinente que emerge na análise destas entrevistas, foi a de que as expressões "identidade de gênero" e "orientação sexual", ditas pela pesquisadora, não foram, em nenhum caso, compreendidas pelas participantes, o que nos leva a refletir sobre a representatividade das mesmas para este segmento. Elas dizem sobre as pessoas, mas não foram ditas pelas pessoas. Para tal reflexão é importante considerar que

existem marcadores sociais específicos de classe econômica, bem como de nível de escolaridade, que podem influenciar para que tais terminologias não sejam de acesso ou façam sentido a esta população (Pelúcio, 2004). Também é válido frisar que se tratam de termos acadêmicos, não utilizados pela população alocada fora dos muros das universidades.

Além das discussões que vêm sendo travadas acerca das categorias "travesti" e transexual", presentes tanto na militância política quando na esfera acadêmica, que discorrem acerca de definições e diferenciações entre ambas e de sua despatologização, a análise das narrativas das participantes deste estudo também nos levou a outra reflexão. Reflexão esta que aponta para o fato de que, apesar de existirem definições estabelecidas acerca da transexualidade, principalmente no campo da medicina, as falas das participantes deste estudo nos mostraram ampla diversidade de significados dentro de cada uma destas categorias, ou seja, cada uma delas explica essas categorias de maneira peculiar e, por sua vez, cada uma delas também se expressa de maneira peculiar dentro destas categorias. Encontramos, portanto, participantes que se autodenominam travestis porque são mulheres com pau, mas também participantes que, apesar de se denominarem mulheres com pau, não se referem como travestis porque enxergam este termo como pejorativo e depreciativo. Múltiplos significados foram dados a cada uma destas categorias e também múltiplas maneiras de explicar essas categorias implicando a própria existência a elas. Sendo assim, podemos fazer a reflexão de que por mais que se atinja um consenso, na ciência e na militância, acerca da definição dessas categorias, suas expressões são as mais diversas possíveis, o que torna, por sua vez, difícil o caminho de sua definição e delimitação. O universo trans é diverso. E a maneira como cada uma significa seu gênero é individual.

Percebe-se que se iniciou a discussão dos dados acerca de sua existência pontuando aspectos narrativos referentes à infância e adolescência e em seguida se estabeleceu uma descrição e análise referentes à percepção sua identidade de gênero, que por sua vez esteve ligada também a aspectos da vida sexual e afetiva, que inevitavelmente também se relacionam a sua orientação sexual. As subcategorias dentro deste eixo, aqui denominado de "existência", se entrelaçam e complementam continuamente – o que está refletido na composição deste texto.

Ademais, foi comum encontrar nas falas das participantes situações em que vivenciaram, ainda na infância, passagens que envolveram práticas sexuais. As significações destas experiências foram narradas de maneira singular por cada

participante, mas observou-se que existiram variações que podem ser referidas da seguinte maneira: algumas manifestaram um discurso sobre esta vivência que se voltou para algo da ordem da normalidade, como algo comum que lhes foi ocorrido; outras manifestaram significações que pendem para um caráter abusivo sobre o que lhes ocorreu, atrelando a estas narrativas afetos negativos; e algumas, apesar de reconhecerem o lado abusivo do que lhes aconteceu, não demonstraram atribuir importância aos episódios.

Lorena, por exemplo, demonstrou forte incômodo ao rememorar e narrar o episódio que ocorreu em sua infância, que envolveu uma prática sexual forçada por parte de um adulto:

> Lorena: [...] vou te contar uma história que... como a gente com quatro anos de idade... consegue gravar... uma barbaridade. O que eu sofri naquele colégio...
> P: O que que você sofreu lá?
> L: Abuso
> P: Você lembra...
> L: Sexual
> P: Hum...
> L: Era assim a entrada, né? A igreja... entravam uns corredores pro fundo, ia pros quartos... tinha um berçário, que eu era do berçário... e tinha os adultos. Eu lembro que vinha uma mão de baixo da minha cama, assim... *fez o gesto de uma mão acariciando sua cabeça e seu cabelo...* parecia um anjo, sabe?
> P: Uma mão de uma pessoa passando a mão no seu cabelo?
> L: *Concordou com a cabeça.*
> P: Hum... Enquanto você dormia?
> L: *Concordou.* Aí eu acostumei com aquela mão. E dormia assim.
> P: Uhum...
> L: Aí todo dia eu olhava embaixo da cama... não era ninguém... era um anjo. Não sei te explicar. Aí eu comecei a ficar com medo... aí colocaram um rapaz lá, pra dormir do meu lado
> P:Hum
> L: E ele dava banho na gente
> P: Ele era adulto?
> L: Era. Ele dava banho na gente. Todo mundo... e me deixava pra trás.
> P: Como é que foi isso?
> L: O cara me colocou assim *(explicou gestualmente que era no colo)* sentou e me beijou na boca. Pequenininho. E aquilo me deu choque. Na boca e no pipi. Deu aquele arrepio.

> P: E o que ele fazia com você?
> L: Queria me penetrar, mas não conseguia... ... ficou na minha cabeça, mas eu nunca falei isso pra ninguém.
> P: E como era pra você isso?
> L: Estranho... Uma sensação estranha

Pamela também demonstrou ter sido afetada pela relação que seu irmão mais velho havia estabelecido com ela, que envolvia práticas sexuais. Para esta participante, eram situações ambivalentes, pois, ela tinha sentimentos positivos pelo irmão, mas gostaria que ele não desempenhasse mais atos sexuais com ela. Para ela foi difícil à época, porque contou para sua família, que não acreditou nela. Entretanto no momento da entrevista, ela demonstrou não se afetar pontualmente em relação a esta história:

> Pamela: O meu conhecimento sexual, minha vida sexual se iniciou com meu irmão mais velho. Você entendeu? E foi uma coisa que, assim, não me agradou. Eu tentei contar pros meus pais, eu tentei contar... é... assim, me abrir. Mas o que que acontece? A minha família não me ouviu. [...] Não era um abuso. Meu irmão nunca me bateu, nunca me estrupou. Eu tô falando que a forma da relação era como um estrupo, sem experiência. Junta duas crianças é... que... minha mãe tinha revisa pornô, coisa que... ela queria apimentar a relação dela com o meu pai. Talvez meu irmão tenha olhado aquela revista, como eu também olhei. Entendeu? Então... quer dizer... não tem uma coisa de ensinar, "olha, você toca aqui, você lubrifica o ser humano antes de você entra". Você acha que é só abre a perna e vai lá dentro. Né? Então é diferente... a relação com uma pessoa não experiente é horrível!

Catarina também narrou situações em que percebeu, após adulta, ter sofrido abuso sexual por parte dos adultos. Mas, segundo ela, como ela não percebia a gravidade do ocorrido enquanto criança, isso não a afetou:

> P: Como que foi sua primeira vez, sua primeira relação sexual?
> Catarina: Ai... assim de relação, relação eu nem lembro. Via só uns pedófilo abusando de mim, Sem ter noção
> P: Mas isso você tinha que idade?
> C: Ai, nova, 7, 8 anos de idade
> P: E eles abusavam de você, então?
> C: Sim. Sim. Mas eu não me dava conta porque na realidade né... a gente não é ainda sexual

> P: Uhum... Mas o que que eles faziam, ou tentavam fazer com você?
> C: Não, tentavam não. Eles faziam. Sei lá, 'monta aqui na bicicleta..... de... de.. sei lá, me bulinava, me tocava. Põe pra mim no carro, senta aqui'
> P: Eles te penetravam?
> C: Não, não chegava a tanto. Mas sentia assim, o pênis no meio das pernas, sabe? 'Coloca a boca aqui, toca aqui'. Tudo essas coisa assim, mas a qual você, por você ser criança, você não se rende conta. Então você não sabe o que é certo, o que é errado, ele é adulto, você é uma criança. Então você começa a olhar e... e achar tudo aquilo normal. [...] Imagina uma criança afeminada? Aí que os homens fazem isso mesmo. Se já fazem com os meninos assim... normal... Imagina com a gente que é menino mas toda feminina, parecendo uma menininha?

Esta última narrativa, proferida por Catarina, contextualiza uma discussão que pode ser pertinente para ir contra uma crença preconceituosa do senso comum de que crianças que foram abusadas sexualmente podem tornar-se adultos com patologias da ordem da sexualidade, ou até sexualidades desviantes da normalidade. Essa crença obviamente abre espaço para atribuir a pessoas homossexuais, bissexuais, travestis e transexuais a existência de um problema de saúde mental acometido por um trauma infantil. Infelizmente, esse pensamento tem forte tradição não somente no senso comum, mas até no campo da Psicologia, por ter embasado no passado conhecimentos altamente contestáveis construídos a partir de tal premissa (Arán, 2006 e Murta, 2007)

O que esta participante mostra a partir desta fala é a lógica invertida: meninos que foram abusados sexualmente na infância não se tornam efeminados ou homossexuais na vida adulta, mas em contrapartida, meninos que apresentam uma expressão de gênero que não está em conformidade com os estereótipos sociais atribuídos ao mesmo, estão mais vulneráveis a sofrer este tipo de violência. Essa reflexão evidencia que o problema deixa de ser o trauma infantil que pode ou não repercutir em uma sexualidade desviante na vida adulta e abre uma perspectiva que aponta para um problema de ordem estrutural, em que há uma cultura na qual os homens de alguma maneira apresentam mais propensão a ter atitudes sexuais com crianças do gênero masculino se estas manifestarem alguma feminilidade.

Sobre as questões referentes ao corpo nesta população, sabe-se que é intensa a busca das travestis e mulheres transexuais pelas transformações corporais que tornem seus corpos inteligíveis enquanto femininos. Neste terreno surge uma discussão relevante, pois fica evidenciado que as transformações do corpo se destinam à satisfação

pessoal e também apresentam uma finalidade social, a partir do momento em que o olhar do outro legitima seu gênero. É em função dessa questão que para algumas participantes sua genitália não lhes era incômoda, ao passo que ter pelos no rosto ou ausência de seios, era. Elas referiram que não importava o órgão sexual que tinham entre as pernas, mas sua aparência como um todo se expressar e ser lida socialmente como feminina.

Além disso, pudemos notar nas falas das participantes nestas entrevistas que elas gostavam de seus corpos, contrariando o senso comum ou o conceito de disforia de gênero proposto pelo discurso médico. Ao momento da entrevista, por exemplo, Rafaela referiu amar seu corpo e disse essas palavras em tom de ternura e satisfação. Bento (2006; 2009), discorre sobre a não veracidade da afirmação comumente feita, sobre as pessoas transexuais necessariamente odiarem seus corpos, que consiste em um discurso proveniente da ciência médica. Foi o que aconteceu com esta e outras participantes. Rafaela ilustra com sua fala essa questão:

> Rafaela: O importante é a minha imagem, como as pessoas vão me ver... A minha frustração era com a minha imagem... de ser um homem, mas por dentro uma mulher. Era minha imagem, como os outros me viam que era a minha frustração. Nem tanto é por eu ter um pênis ou uma vagina, ou por eu não ser uma mulher por eu ter um pênis, mas era mais pela minha imagem, a questão de eu me sentir bem com aquilo que eu queria de verdade, que era vestir uma roupa feminina, que era ter um cabelo grande, passar um batom, fazer uma maquiagem, namorar com homem, me relacionar com o sexo oposto, me sentir bem, me sentir segura, ser convidada pra lugares, só aconteceu depois que eu me travesti. Parece que tava tudo só esperando eu me travestir. E eu amo ser assim, gosto muito do meu corpo.

Essa reflexão certamente nos mostra o caráter social do gênero É uma construção relacional, pois parte do “outro que me olha”. Essas afirmações nos mostram que não se pode falar em gênero, neste sentido, em termos individuais, pois assim ele está desfeito. O gênero habita o discurso e é uma forma de descrever a relação entre as pessoas, mas não a partir da pessoa em si, mas do olhar do outro (Butler, 2004; Porchat, 2014).

Além de serem reconhecidas socialmente como femininas, muitas delas afirmaram que, em específico, lhes era essencial perceber que os homens as olhavam com desejo sexual ou erótico. Vemos que a relação com o outro por este argumento

também é importante na construção de seu gênero, o que novamente aponta para seu caráter social. Lorena fala espontaneamente sobre isso neste trecho da entrevista:

> Lorena: Eu arrumada fico totalmente diferente, os homens me olham muito. Com desejo
> P: E o que você acha que muda quando você se arruma?
> L: Eu fico mais mulher... todos me olham
> P: E é bom isso?
> L: Eu acho...ser o centro das atenções... eu vou sair do hospital... vou sair pelos corredores com todo mundo me olhando
> P: Uhum... e você acha que quando as pessoas te olham, o que que elas vêem?
> L: Os homens sente vontade. As mulheres ficam com inveja... de eu saber andar num salto. Luis 15... reta. Que nem uma modelo... saber se arrumar... Ser elegante. Eu sou elegante.

Todas as participantes tinham em seus corpos as marcas construídas de feminilidade, variando desde uma sobrancelha feita, até silicone industrial e cirurgias plásticas. Todas buscaram ao longo de suas trajetórias de vida agregarem a seus corpos elementos femininos e o fizeram por diferentes métodos. Pamela, Rafaela, Natasha, Catarina e Cláudia não tiveram uma boa experiência com hormônios, mas elas têm seus corpos esculpidos com silicone industrial. São litros e litros distribuídos nas nádegas, quadris, coxas e seios. A busca pela feminilidade marcada em seus corpos talvez seja uma das preocupações centrais em suas vidas.

Outras participantes nunca fizeram uma aplicação de silicone, mas apresentavam o hábito de utilizarem hormônios femininos, como no caso de Alessandra e Talita. Nestes casos surgem transformações específicas, principalmente o aumento dos seios e a melhora na textura da pele.

Uma das participantes deixou a prostituição e se especializou no trabalho como Bombadeira de travestis. De todas essas atividades, a de bombadeira aparece com a que Pamela mais se identificou e dedicou ao longo de sua vida. Na nossa conversa, ela forneceu detalhes sobre o processo de fabricação do silicone industrial, sobre a história da aplicação de silicone e de cirurgias plásticas no mundo e detalhes sobre o procedimento de aplicar o material nos corpos das travestis.

> Pamela: E a técnica é o que você tem que saber, que você tem que atravessar tecido, músculo, gordura, vasos sanguíneos. Aí eu fui estudar

> anatomia, porque tudo o que eu faço eu gosto de saber porque que veio, como que é, como surgiu, qual foi sua história [...] A silicone fica entre o músculo, a pele, a carne e o vaso sanguíneo. Detalhe: se você passou os vasos sanguíneos e não teve cuidado, se você acertar uma pontinha da agulha no músculo, você pode atrofiar, ou aleijar a pessoa ali [...] Uma boa bombadeira, ela tem que ter seus primeiros cuidados com a higiene em si e segundo, um bom toque de dedo porque você tem que sentir toda aquela coisa com o dedo.

Bombar um corpo é moldá-lo de acordo com o que se sonha, com o que se deseja. Pamela refere brincar de deus quando modela um corpo e enxerga-lo como uma tela a ser pintada, uma obra de arte a ser realizada:

> Pamela: Eu acho que [bombar um corpo] é brincar de ser deus. Ou consertar o que deus não deixou. Você se sente um pouco poderosa. Entendeu? Porque você vê aquilo ali... você tá mudando um corpo. Ele pode ser uma marca registrada, uma passarela... É fascinante [...] o travesti é a monalisa moderna. Porque a gente era... aquela coisa mista, entre homem e mulher, que monalisa inspira isso... mas a gente andava, a gente não era um quadro. Essa era a brincadeira de ser de silicone.

6.2 Resistência

Da mesma maneira como ocorre na primeira categoria, Existência, a categoria temática que se denominou *Resistência*, também apresenta subtemas que dialogam entre si e que, por sua vez, estabelecem relação com os demais eixos temáticos construídos para analisar os dados deste trabalho. Falaremos nesta seção principalmente sobre o contexto social destas participantes, tanto com um olhar ao micro-social, considerando a família, como ao macro-social, considerando a inserção na sociedade e convívio com a comunidade. Estes cenários trouxeram falas concernentes à exclusão do ambiente familiar e escolar, à entrada no mercado do sexo e na prostituição, e as vivências de preconceito e discriminação, tanto em função de seu gênero, como pela condição de viver com HIV/aids.

Escolhemos a palavra “Resistência” para fazer referência a tais questões, em muito produtoras de vulnerabilidade, por meio de uma nuance positiva e profícua

referente ao enfrentamento que estas participantes demonstraram apresentar diante de todas as adversidades impostas em suas trajetórias de vida e, sendo assim, diminuindo-se as chances de uma possível ligação a aspectos frágeis, comumente associados ao se abordar as vulnerabilidades desta população.

Assim como já é sabido na literatura, todas as participantes enfrentaram dificuldades no relacionamento com os membros do núcleo familiar durante a infância e adolescência, tendo essas dificuldades se acentuado no momento em que lhes foi revelado, em um primeiro momento, uma orientação sexual diferente da socialmente esperada, e posterior a isso, quando elas começaram o processo de "tornar-se" travesti/transexual (Pelúcio, 2005), passando a utilizar roupas femininas e a incorporar a sua imagem signos associados às mulheres, de acordo com os discursos normativos em relação aos estereótipos dos gêneros.

Algumas relataram que sofreram diferentes tipos de violência durante a infância por não corresponderem ao gênero esperado, por meio de brincadeiras ou de comportamentos femininos, mas a violência ficou mais evidente no momento da adolescência quando se iniciaram as experiências afetivas e sexuais com meninos e isso foi conhecido pela família, principalmente pai e mãe. Rafaela narra que, ao contar a sua mãe que gostava de meninos, foi expulsa de casa.

> Rafaela: Ela jogou as coisas pela janela, no intuito de que eu me humilhasse pra ela, no intuito deu voltar pra casa. Meio que o filho pródigo, né? Só que eu sempre fui uma pessoa segura, então, eu peguei as minhas coisa, coloquei dentro da bicicleta cargueira, que eu trabalhava no sacolão, e fui embora. Fui embora, fui pra casa duma tia minha e lá eu comecei a me travestir.

Pamela, por sua vez, narra que o fator que a motivou a sair de casa foi julgar que não era correto para sua família precisar conviver com uma pessoa travesti, um "ser estranho", segundo ela. Sendo assim, demonstrando ter incorporado o lugar à margem que lhe é colocado socialmente, considerou melhor poupá-los disso e não morar mais com eles:

> Pamela: Eu achava assim que a minha identidade ia interferir na vida deles. Então, eu sou o tipo da pessoa assim... que não gosta de incomodar ninguém. Entendeu? A minha sexualidade, o meu jeito de ser é meu. Então você não é obrigado a pegar essa pedra por causa de

> mim. Então, sabe, eu não sei se você tem homossexuais, ou uma pessoa com vício, com droga na família, mas todo ser que é estranho, é bizarro... a família sofre junto... entendeu? [...] Eu saí de casa pra eles não sofrerem. A gente mantinha sempre comunicação, mas... eu fui viver a minha vida.

Catarina teve problemas com seus irmãos quando o pai faleceu. Ela refere que eles lhe excluíram na herança da divisão dos imóveis por ela ser "homossexual". Ainda adolescente, sentiu-se desamparada e resolveu deixar a família. Foi quando ela entrou no meio da prostituição na Europa, com a ajuda de uma amiga travesti:

> Catarina: Quando meu pai faleceu, meu pai tinha imóveis, a casa onde a gente morava, etc e tal. Esses três irmãos, eles bem dizer, eles deram um golpe... nos imóveis do meu pai, inclusive eu por ser assim, eles falavam 'não, não sei o que', mas isso já passou. 'E por que você fez isso?', 'porque você era homossexual'. (...) Veja minha condição. Na época eu era adolescente. Foi aí que uma amiga apareceu e 'vamo pra Italia'.
> P: Foi nesse momento que você foi pra lá?
> C: Sim, era uma pessoa... que a sociedade julgava péssima por ser travesti, que ergueu a mão, que me levou e que eu dei a volta por cima e eu sou o que eu sou hoje. E depois quando eu voltei eu já estava com outra mentalidade.

Entretanto, indubitavelmente, a violência foi acentuada de maneira significativa quando elas começaram a transição, fazendo uso de hormônios e transformações corporais. Na verdade, muitas iniciaram este processo quando já haviam sido expulsas de casa, ou quando saíram voluntariamente por não conseguirem enxergar possibilidade de continuar vivendo no seio familiar enquanto mulher transexual/travesti, como foi o caso de Pamela. A violência no contexto familiar, portanto, é um fator importante para as vulnerabilidades. A família não acolhe, o que faz com que essas mulheres precisem sair de casa e, se não chegam a sair, permanecem nesse contexto permeado de violências psicológicas e físicas.

Alessandra, por exemplo, cresceu em um lar envolvido em um contexto importante de violência, pois seu pai agredia constantemente sua mãe. Ela temia revelar sua condição, primeiro de homossexual, depois de travesti a ele, por medo de sofrer agressões físicas severas, além de temer não ser aceita. Ela foi uma participante que não

saiu de casa, por ter encontrado apoio na mãe. Entretanto, seu pai deixou a família por não ter suportado viver com uma filha travesti e uma mãe que compactuava com ela.

> Alesandra: De repente você vê que a tua coisa não é mulher e sim homem. Aí eu falo "nossa, o meu pai vai me matar, vai me por pra fora.... eu vou morar na onde?... Eu não tenho estrutura, eu não tenho serviço, eu não tenho nada", né, "o que vai acontecer comigo?" Eu sempre saía assim quando eu ia me divertir, eu levava a minha mochilinha, com as minhas roupinhas e às vezes me arrumava até na rua, pra ele não.... entendeu?

Em um exemplo mais grave, Lorena não encontrou apoio vindo de sua mãe. Ela saiu do "orfanato" no início de sua adolescência e foi morar com sua mãe. Quando começou a frequentar o meio da prostituição e travestir-se, viu a necessidade de deixar a casa da mãe, já que a mesma não aceitava a filha como era. Mudou-se do interior para a capital do Estado e trabalhou durante dez anos como prostituta. Como descrito por Pelúcio (2007) e Peres (2005), deixar a casa da família e entrar no meio da prostituição parece ser a única opção para muitas mulheres transexuais e travestis. Concomitante a isso, passou ser usuária assídua de drogas que causam extrema dependência, crack, no caso. Nesse cenário, por fazer sexo desprotegido com os clientes, infectou-se com HIV. No momento da entrevista estava com 34 anos, mas desde os 20 aproximadamente passou a ser moradora de rua. Se formos analisar sua trajetória de vida, ela sempre esteve desamparada da família – na infância morando no orfanato e na adolescência nas casas de prostituição. Sem dúvida todo esse desamparo contribuiu para o contexto de vulnerabilidades em que se encontra atualmente. Vale ressaltar que, de todas as participantes, Lorena foi a única que nunca havia apresentado adesão ao tratamento e se encontrava com a saúde bastante debilitada (estava em internação quando conversamos).

É importante salientar que, ao saírem de casa, encontram um ambiente igualmente hostil, que lhes negou qualquer possibilidade de inserção digna no mercado de trabalho ou convívio social que não tenha sido com outras travestis. Foi neste contexto que muitas das participantes conheceram outras travestis, quem tiveram como referência estética e identitária, passando a adquirir seu modo de vida, ingressando no mercado do sexo e realizando as transformações corporais almejadas e valorizadas neste

meio. Ferraz *et al* (2006) também observou que a saída ou expulsão de casa geralmente culminou na entrada dessas mulheres no meio da prostituição.

No trecho a seguir Natasha relata que saiu de casa em um contexto em que não era aceita pelo pai e não conseguia mais estar em convívio familiar no lar. Ao fazer isso, entrou no mercado do sexo e realizou suas transformações corporais.

> Natasha: Aí eu fui crescendo, crescendo. Quando eu comecei na parte dos 12 anos, 13, eu comecei a tomar hormônio feminino. Aí eu peguei, saí de casa, com 15 anos
> P: Hum
> N: Voltei pra casa com 18 anos, transformado já. Com peito... silicone
> P: Hum
> N: Aí eu peguei... ... e fiquei assim pra sempre

A maioria das participantes deixou clara em sua fala que a prostituição foi uma consequência óbvia e também a única maneira de sobreviverem neste momento de vida, em que há total ausência de apoio familiar, que foram achados também comentados por Kulick (2008).

Lorena, Angélica, Catarina, Natasha, Rafaela, Pamela, Cláudia, Tamara e Thayla saíram de suas casas no início da adolescência por conflitos familiares que se relacionavam a seu gênero e iniciaram o trabalho como prostitutas. A única exceção foi Alessandra, que até o momento da entrevista não havia completado todos os estágios da transformação travesti por temer não encontrar espaço na comunidade, principalmente em termos de trabalho e emprego. Essa participante vivia durante os dias da semana como “Fábio”, trabalhando de mototaxista e aos finais de semana se montava e vivia como Alessandra, entre os amigos. Mas, durante a adolescência, mesmo sem sair de casa, precisou trabalhar fazendo programa.

É interessante salientar que, apesar de muitas reconhecerem a prostituição como uma atividade degradante, outras verbalizaram sobre sua vivência no mercado do sexo com satisfação. Outras, ainda, demonstraram uma concepção ambivalente, referindo ter valorizado esta forma de trabalho e vivência no início, mas, ao passo que a prostituição se tornou a única opção, algo compulsório para a sobrevivência, parou de ser valorizada, tornando-se uma atividade aversiva.

Catarina, que foi jovem para a Europa, fala com naturalidade sobre seu trabalho como prostituta e sobre como o contexto de prostituição lá é diferente do que há no Brasil:

> Catarina: Lá na realidade eu fiz de tudo. Até prostituta eu fui, de cabaré. Só que lá é tudo mais liberal
> P: Quando você foi pra lá com 18 anos você trabalhou como prostituta então?
> C: Não. Fui trabalhar depois. Lá eu lavei prato, trabalhei no Mc donalds... até babá eu fiz. Aí depois falei 'ah, aí não dá, né'. Aí eu comecei a fazer. Comecei a ganhar muito bem, ganhei muito bem, muito muito muito muito bem.
> P: Ganhou muito dinheiro?
> C: Sim. Porque lá é tudo legalizado, né?
> P: Como que é?
> C: Ah, é diferente, é legalizado, você tem direitos. A prostituição é considerada um trabalho. Aqui também é trabalho, o que não é ... o que não... o que é ilegal aqui é o desfrutamento da prostituição. O que é lá fora também, o desfrutamento da prostituição. É o cafetinagem. Mas lá fora você fazendo, você tem saúde, você tem carteira assinada
> P: Voce tinha carteira assinada?
> C: Sim, era considerado um trabalho
> P: Mas como? Você trabalhava pra alguém?
> C: Não. Eu sou independente! Eu tinha carteira assinada, a qual era independente e pagava a minha taxa
> P: Ah, entendi. Você era autônoma
> C: Sim, autônoma. E pagava a minha taxa. Mas é outro tipo, entendeu? Não é como a prostituição no Brasil, a qual aqui o pessoal, as meninas são muito desfrutada. E a polícia, todo mundo tá sabendo e ninguém tá nem aí
> P: E como que é lá, é pela internet? Ou... é um lugar...?
> C: Não, eles acham *(riu)*. Tem as casas mesmo. Casas de apontamento
> P: Hum
> C: Todo mundo sabe que aquele prédio todinho é pr'aquilo. Tem vários prédio. Tipo, tem um andar que são transexuais, outro são meninas, o outro são rapazes, o outro são casais
> P: Tipo um shopping (*rindo)*
> C: Isso. Exato. Na Holanda tem até vitrines
> P: Mesmo?
> C: Sim, elas ficam na vitrine, após certa hora. E ficam ali se mostrando e os homens passam na rua. Aí combina, vai, põe o dinheiro lá, fecha a cortina, aí terminou, abre, vai embora.
> P: E isso tudo é regulamentado?

C: Sim, não podia ser o contrário.

Cláudia também fala com naturalidade sobre ter começado a se prostituir na adolescência e sobre como isso foi uma consequência de não ter encontrado um espaço para si na escola, ter abandonado os estudos e, então, iniciado essa vida:

> Cláudia: ... eu abandonei os estudo, a 8ª. Comecei a trabalhar, eu continuei trabalhando, já trabalhava, daí eu comecei a frequentar a noite. Da noite eu vi que... que eu não era aquilo, aquele garoto, aquele adolescente que... queria mulheres, né? Caí no mundo. Com 14 anos
> P: Uhum
> C: Com 19 eu já estava na Europa
> P: Hum... Me fala um pouco sobre esse 'cair no mundo', o quê foi isso, 'cair no mundo'?
> C: Se prostituir
> P: 14 anos
> C: Comecei
> P: E como que foi essa fase da sua vida, que você começou a se prostituir?
> C: Como foi? No início é tudo li.... é tudo um mar de rosa, tudo é bonito, qualquer idade, né, adolescência, tudo é bonito. Mas com o tempo... a gente vai mudando a cabeça... é uma transformação. Começou pelo corpo, tomando hormônios...

Tamara começou a trabalhar como prostituta em um contexto diferente, que foi quando descobriu ser soropositiva. Ela imaginava que ninguém contrataria uma pessoa com diagnóstico de HIV e concluiu que sua única possibilidade de renda era entrar para o mercado do sexo. Essa atitude mostra a crença internalizada de que a soropositividade também é fator de marginalização e exclusão social. Narrou que teve vivência de rua durante uma fase de sua vida, quando trabalhava como prostituta e isso lhe rendeu histórias graves de violência, como por exemplo o episódio em que sofreu grave agressão física na rua. À maneira narrada fica sugerido que é possível que tenha sofrido uma tentativa de homicídio:

> Tamara: O que eu passei.... o que eu sofri... eu não desejo pra ninguém". *(diz isso em lágrimas*). Já é difícil pra alguém que tem uma aparência normal conseguir um lugar na vida, pra mim foi muito mais difícil. (...) Teve uma vez que eu sofri um ataque na rua... eu tava

> descuidada de madrugada, andando de shortinho, tinha acabado de fazer um programa.... tava de peruca. Veio um homem e me bateu tanto com um pau... mas tanto, tanto... Eu fui num saco de lixo embrulhada pros hospital.

Alessandra não abandonou os estudos quando começou a se prostituir, aos 18 anos. Ela relatou que o fez porque não conseguia outra forma de trabalho, por ser efeminada demais. A participante estudava durante os dias da semana, fazia magistério e contabilidade, e aos finais de semana fazia programas, continuando a morar na casa de sua mãe. Ela foi uma participante que declarou como muito aversivo trabalhar fazendo programas para clientes.

> P: Então era essa correria de segunda a sexta e de sábado...
> Alessandra: E de sábado eu fazia programa.
> P: E como que foi?
> A: Ai, foi horrível. Eu nunca gostei. Fiz muito tempo, fiz muito tempo programa. Às vezes de 6ª feira que a gente não tinha aula, eu ia. Mas eu montava nos carros pensando no dinheiro. Não no, na realização do meu corpo, entendeu? Não. Eu me sentia suja... tanto que eu fazia a um programa e... ai... eu não sei, eu me sentia muito mal, sabe? Sempre me sentindo mal. Aí eu falava 'eu tenho que suportar porque eu preciso, eu preciso, eu preciso, eu não consigo serviço...'. Eu fazia poucos e já queria voltar para casa e tomar banho. Era horrível.

Pamela referiu já ter trabalhado como prostitua, mas não tinha afinidade com essa profissão. Fez programas durante anos, mas depois foi trabalhar com algo que gostava e se tornou bombadeira das travestis. Mesmo depois de ter deixado para trás a prostituição, ela continuou morando nas casas de prostituição, com limpeza, na cozinha, como bombadeira e depois começou a trabalhar como costureira e estilista, atividade que exercia até o momento da entrevista. Sobre a prostituição, ela disse:

> Pamela: Não que isso seja uma vergonha [ter que se prostituir], porque eu já tive. Mas eu vi que eu não nasci pra ser puta
> P: Você já teve essa vivência...
> A: Já. Ah, já. Eu não sei nem vender o meu peixe, pra você ter uma ideia
> P: Como que era então

> A: Quando fazia programa? O cliente parava e me perguntava ‘o que que você faz?’, o que que uma pessoa oferecendo programa faz? Eu já dava uma direta nele ‘bom, ler a bíblia nós não vamos, né? Contar carneirinho também não, então você imagina o que nós vamo fazer’. Então era onde eu perdia cliente. Aí tinha outro sistema
> P: Hum
> A: Deu meia-noite: ganhei, ganhei, se não ganhei vou embora pra casa. É... não saía com pessoas bêbadas, não saía com pessoas que tivesse sintomas ou cheiro de droga, então... não sobrava nada pra mim. Mal conseguia pagar o aluguel, mal conseguia pagar as conta, mal conseguia me vestir. Aí fui fazer outras coisas.

Rafaela conceituou de maneira ambivalente as atividades da prostituição: no início do envolvimento com o mercado do sexo, a prostituição era algo prazeroso e reafirmava sua posição feminina no mundo, pois foi quando começou de fato a se sentir desejada pelos homens. Ela narra:

> Rafaela: No começo é uma questão de financeiro e de... de sair com o sexo oposto, em questão de se sentir, se afirmar, de se sentir mulher. Que quando uma transex para numa esquina, em qualquer lugar, automaticamente vai começar a parar carro, vai começar a parar homem, então ela vai se sentir um pouco mais feminina.

Entretanto, com o desenrolar do tempo no mercado do sexo, Rafaela referiu que passou a enxergar a prostituição como falta de oportunidade e descreveu a atividade como indigna, suja e nojenta. Um ponto que parece lhe causar mais repulsa nessa forma de trabalho foi perceber que os homens a tratavam de maneira degradante, negando sua dignidade humana.

> Rafaela: Eu acho que é uma vida que não é pra ninguém, é uma falta de oportunidade, é uma sujeira, é uma nojeira. Quando você viaja pra um lugar e só encontra pessoas que te... pra te... pra se aproveitar de você, entendeu?

Angélica falou sobre a prostituição de uma maneira diferente das demais participantes. Em sua fala fica explícito o teor prazeroso e satisfatório de trabalhar fazendo programas. Ela justificou isso dizendo que o que mais gostava de fazer era transar com homens e, sendo assim, quando tinha relações sexuais e ganhava dinheiro com isso, ficava muito satisfeita. Ela conta de maneira engraçada sobre sua “vontade de

dar" e fica implícito em seu discurso que esse seu traço é algo identitário para ela. Demos muita risada no momento da entrevista em que ela contou sobre já ter ido à igreja para ver se essa "vontade de dar" saía do seu corpo. Apesar de ter sido a única participante a se referir dessa maneira sobre ser prostituta, a literatura aponta que muitas mulheres transexuais e travestis que trabalham com isso o fazem com satisfação (Peres, 2005). Não se pode afirmar ao certo, mas é possível que apenas uma delas tenha mencionado o mercado do sexo como algo prazeroso por terem apresentado certa inibição com a figura da pesquisadora, que representava uma instituição de saúde.

> Angélica: Olha, eu sou... eu não deixei de ser aquela prostituta... de esquina... eu não deixei, Paula.
> P: Uhum
> A: Eu to sendo tão verdadeira que eu to até me desconhecendo
> P: É? Que bom
> A: Mas eu não consigo ó... de deixar de... olhar os homens com um olhar assim... diferente. Tá em mim, é uma coisa incrível.
> P: E você tava tentando deixar isso de lado?
> A: Então... Nunca tentei. Só pensei, assim... mas praticamente eu nunca tentei. Igual eu penso, por exemplo, se o Anderson [por quem estava apaixonada] vier pra cá, vai ser a melhor coisa... aí eu paro [de fazer programa]. Agora se eu souber que ele não quer nada coimgo, eu pego e vou pra avenida. Eu pago a cafetina e trabalho na rua. Porque eu gosto de homem, vou ter homem na rua... e vou ter homem que me paga
> P: Uhum
> A: Faz sentido? Não sou tão louca...
> P: E como que é isso? Porque você tá dizendo que gosta de homem, então uma das coisas que faz você querer voltar a trabalhar se prostituindo na rua é porque você gosta dos homens. Como que é isso, Monica?
> A: Ah, por exemplo, qualquer pessoa. Eu posso até comprometer você porque você vai falar pros seus colega de trabalho. 'Olha, cuidado, hein? Ela pega no peru, cuidado.'.
> P: Eu não vou dizer nada, como eu te expliquei no começo da conversa. Mas por que precisariam tomar cuidado?
> A: Eu imagino que as pessoas acham muito feio isso
> P: Feio o que?
> A: Uma pessoa ser é... tão piranha. Né?
> P: As pessoas acham feio uma pessoa ser piranha?
> A: Porque eu não tenho um homem fixo. Então pra mim, o céu assim é o limite. Não, melhor, o céu não tem limite. Vou, vou e vou.

> Enquanto tem homem querendo comer, eu to querendo dar. Coisa de louco. Agora se eu voltasse pra igreja, 'sai, sai!', e me convertesse.... talvez seria a solução
> P: Voce acha que existe essa possibilidade da igreja te converter e toda essa vontade que você tem de dar pros homens sumir?
> A: Existe. Sabe por que existe? Porque uma vez eu fui na universal, aqui da cidade. Aí o pastor começou a falar de uma maneira lá que emociona a gente. Se a gente se prende na emoção, assim, se a gente vai com fé na emoção, aquilo sai da gente. Incrível, mas sai. E eu não quis que saísse, Paula!!! (*sorriu)*
> P: Voce não quis que saísse
> A: Não, tanto é que eu fiquei com o olho aberto, eu ficava fazendo figuinha. De verdade
> P: Pra não sair de você
> A: Pra não sair. Porque era muito bom (*deu risada)*. Mas, enfim, não saiu. Não saiu. Tô lutando pra ficar.

Podemos afirmar que a necessidade de "resistência" para essas participantes começou antes do momento em que viveram o contexto da prostituição. Como já discutido, elas vivenciaram o preconceito, a estigmatização e a exclusão do próprio lar pela família. Infelizmente a família não é apenas a única responsável para favorecer essa exclusão. Concomitante ao momento em que eram expulsas do núcleo familiar por expressar um gênero em dissonância ao considerado normal, estas mulheres enfrentaram desde o início de sua vida escolar, a discriminação e a violência de seus pares e do próprio sistema educacional, que tendeu a seguir os valores morais e normativos como eixo estruturante (Foucault, 1998). Foi comum no relato destas participantes surgirem falas alusivas a essa opressão específica. A escola, uma instituição de poder inserida dentro do sistema heteronormativo, infelizmente não compõe um espaço para pessoas trans (Peres, 2010).

Natasha, por exemplo, relata o processo de ter saído da escola. Em suas palavras ela "saiu porque quis" (sic), mas se analisarmos o contexto envolvido em sua própria fala, não fica difícil compreender que sua saída da instituição escolar foi uma consequência de opressão e preconceito vivido, principalmente por parte de sua professora.

> P: E você estudou até que série?
> Natasha: Até a 7ª
> P: E como foi essa época que você parou de estudar?

> N: Ai, porque já tava formando peitinho já, eu já tava com roupa de mulher. Meu corpo tava ficando feminino já
> P: Aí você saiu da escola?
> N: Aí eu saí da escola
> P: Por que?
> N: Porque a professora de ciências falou assim 'nossa'... ela sentou assim com meu pai e com a minha mãe 'mas seu filho não tem nada a ver com Eder, parece uma mulher'. Com a minha mãe. Aí minha mãe chegou e contou pro meu pai
> P: A professora de ciências falou com a tua mãe
> N: Falou... que eu não tinha nada a ver com Eder... Eu tava fazendo peitinho. Ela falou 'Eder.... você não gosta de menina não, né?', aí eu falei 'não, professora... eu gosto de menino'. Normal... Aí eu saí da escola porque eu quis

Rafaela não viu outra opção, senão abandonar a escola. Para ela, seria impossível naquele momento de sua vida, com as condições que tinha para lidar com situações de discriminação e preconceito, continuar com os estudos. Ela sofria com violência verbal por parte dos colegas em função de ser taxada como "bichinha", mas a emergência de existir enquanto travesti no mundo a impossibilitou de continuar frequentando o espaço escolar, porque as agressões seriam cada vez mais intensas, se tornando insuportáveis.

> Rafaela: E se eu quisesse ser o que eu queria ser, e se eu fosse o que eu queria ser dentro da escola, naquela época, menina! Ia ser a pior época da minha vida. [...] A vontade de ser mulher era maior que a de estudar [...] Um travesti naquela escola cheia de criança ia ter gente que ia me abominar, ia ter pai que ia tirar o filho da escola só por minha causa.

Algumas delas narraram que sentiam mais preconceito vindo das professoras e diretoras da escola que das demais crianças, como foi a fala de Catarina. Ela refere que por ter um comportamento feminino desde criança, percebia discriminação e repreensão das autoridades na escola, mas conseguia se socializar e pertencer a um grupo de amigos. As professoras e diretoras constantemente a advertiam ou chamavam os pais e colocavam seu comportamento, que não correspondia ao de um menino "regular" de sua idade como problema. É interessante essa colocação por trazer a discussão de que o ambiente escolar exclui as crianças e adolescentes "desviantes" em termos de gênero

não apenas por dificuldades que possam vir a ter por sofrer violência sistemática dos colegas (*bullying*), mas em função do próprio sistema institucional, que oprime e exclui tais existências (Foucault, 1998).

Obviamente, este cenário violento também foi considerado por elas como propulsor de exclusão também deste meio. Além da exclusão da família, estas mulheres foram excluídas do sistema formal de ensino. Para um adolescente, ser excluído destes dois núcleos é ser excluído dos principais alicerces que constituem fatores protetivos à vida nesta fase. Além da família, portanto, a exclusão advinda do ambiente escolar também foi determinante para o contexto de vulnerabilidades, que na verdade surgiu como algo imposto para esta população.

A exclusão escolar apresentou consequências não apenas imediatas à vida destas mulheres, mas a longo prazo. A consequência destas duas exclusões é encontrar apenas nas ruas e no meio de outras travestis, que já estão inseridas na prostituição, algum tipo de acolhimento. A longo prazo, a exclusão do sistema formal de ensino restringe em demasiado as chances que essa população tem de acesso a qualquer tipo de empregabilidade. Juntando isso, à discriminação em função da própria expressão de gênero, as chances de encontrar um trabalho são praticamente anuladas.

Entretanto, mesmo com este cenário adverso, encontramos participantes que conseguiram desenvolver uma ocupação laboral e viver com um salário que, por mais que as situasse em uma classe econômica menos favorecida, de acordo com os critérios de classificação brasileiros, é conquistado fora do lugar a que as amarras sociais insistem em colocá-las, à margem – como acontece com as que se mantiveram compulsoriamente no mercado do sexo ou para a que se encontrava em situação de rua. Uma delas, inclusive, que foi Pamela, conseguiu desenvolver um ofício e ter uma micro empresa, por mais que não seja formalizada. Ela tem seu próprio ateliê, produz peças diversas de roupas e se realiza essa atividade com satisfação. Outra participante que não aceitou a margem como um lugar para si e conseguiu subverter lugar foi Catarina, que mencionou na entrevista ter realizado curso de paisagismo oriental quando esteve residindo na Espanha. Atualmente, nos períodos em que passa no Brasil, exerce essa atividade de maneira autônoma, em conjunto com uma amiga que é arquiteta.

Não é a intenção realizar discursos meritocráticos no sentido de afirmar que, mesmo com as adversidades, essas participantes em questão foram capazes de sair do contexto de marginalização e exercer atividades de trabalho inseridas na comunidade. Reconhece-se este esforço e este sucesso, mas é inevitável, uma vez compreendendo

todo o emaranhado de fatores de vulnerabilidades a que essas participantes são submetidas ao longo de uma vida inteira, perceber que as que conseguem sair disso são aquelas que apresentaram, em alguma instância, fatores protetivos: para Pamela, o apoio familiar com o qual pode contar, em função de sua relação com a mãe ter se tornado muito positiva durante a fase adulta, e para Catarina, a oportunidade de passar décadas vivendo em uma cultura que não marginaliza da mesma maneira as travestis e ter se casado com um homem espanhol, que sempre lhe apoiou financeiramente.

O preconceito de gênero foi narrado por todas as participantes. A discriminação que existe dentro da família e da escola, também está perpetuada nos espaços públicos, de convívio social. Este foi um assunto realmente presente em todas as entrevistas. Algumas narraram situações assustadoras, como a anteriormente discutida, em que Tamara foi levada a um hospital embrulhada em um saco de lixo, outras narraram essa opressão específica de maneira mais superficial mas, de fato, este conteúdo apareceu em todas as entrevistas. Vale salientar a observação de que o preconceito e a discriminação estiveram presentes na vida dessas mulheres desde a mais tenra infância, tanto dentro de casa como na escola. O mesmo aconteceu na adolescência, tendo sido agravado por terem adentrado ao mercado do sexo e parece permanecer na fase adulta, com um agravo especial, que é a condição específica de viver com HIV/aids.

Já foi previamente discutido que o discurso heteronormativo produz corpos inteligíveis, ou seja, corpos aceitáveis por estarem inscritos na matriz hegemônica, e que, portanto, também produz os corpos impensáveis, abjetos e não inteligíveis. Butler (2006) discute que a performatividade não se dá apenas em função da fala e da linguagem, mas principalmente aos atos corporais em si.

A violência de gênero no caso destas mulheres transexuais e travestis certamente se dá, sobretudo, em função do caráter de abjeção presente em suas existências. O conceito de ser abjeto para Butler (1999) não está engendrado apenas a modos específicos de práticas sexuais ou expressões calcadas fora à heteronorma. Ele se relaciona a todos os tipos de corpos e vidas que não adquirem status de “vida” propriamente dita, sendo sublocados como não importantes. Aos seres abjetos também impera um questionamento acerca de sua própria humanidade (Butler, 2003). Se é lido como sub-humano, se trata como sub-humano, ou seja, é como se estivesse implicitamente permitido direcionar agressões, mutilações e extermínios, afinal, essas pessoas abjetas tem questionado seu status de humanidade.

Elas trouxeram falas duras sobre situações que vivenciaram em que perceberam estarem sendo tratadas como se fossem desprovidas de dignidade humana. Lorena, que é a participante que vive em situação de maior vulnerabilidade narrou durante alguns momentos da entrevista que é comumente tratada com violência pelos outros:

> Lorena: Tem um ou outro que me trata bem. Mas sabe como é, né? Travesti só leva paulada. Na rua, então..
> P: Então tem essas pessoas que não te destratam porque você é uma travesti?
> L: *concordou com a cabeça*
> P: E como elas são com você?
> L: Bruta
> P: Bruta como, Lorena?
> L: Bruta, ignorante, estupida! "Vai embora, cai fora, sai daqui!"
> P: Acontece bastante?
> L: Às vezes
> P: E como é isso pra você?
> L: Humilhante... ... humilhante... ...

Após essa fala ficamos em silêncio alguns segundos. No momento da entrevista, Lorena referia ter apenas uma pessoa com quem podia contar, que era uma amiga que vivia em uma casa situada numa rua que Lorena costuma frequentar e dormir. Essa pessoa lhe fornecia algumas refeições e algumas roupas. Ela via nessa mulher uma amiga. Apesar uma de suas irmãs ter retomado contato com ela no instante da internação em que ocorreu a entrevista, Lorena estava há mais de 10 anos sem contato com a família, sem ninguém.

A expressão "lixo da sociedade" foi utilizada por Rafaela muitas vezes ao longo da entrevista. Lixo é aquilo que não serve mais para nada, é aquilo do que queremos nos livrar. Apesar de apresentar muitos recursos de enfrentamento e preservação de sua autoestima, a participante refere ter a clareza que é assim que "a sociedade" a enxerga. Ela faz uma leitura crítica a partir desta percepção:

> Rafaela: Então eu acho que é indigno essa posição de o lixo da sociedade ser pra gente. Eu tenho certeza de que, se deus é capaz de criar um cachorrinho de um monte de raça, porque que deus não é capaz de fazer um humano deu um monte de raça?... Por quê que tem que ser todo mundo homem e todo mundo mulher? Porque eu não concordo!... Eu acho tipo assim, que existe passarinho de um monte de... existe verde, existe amarelo, existe azul, existe marrom,

> existe uns que canta de um jeito, uns que cantam de outro... porque que não pode existir um humano, uns que gosta de mulher, uns que gosta de homem. Olha... se deus pode criar, vamo dizer assim, cores, tantas cores diferente... por que que deus não pode criar um homem num corpo de uma mulher e uma mulher num corpo de um homem???

O preconceito de gênero também aparece na própria instituição de saúde que frequentam para fazer o tratamento do HIV. Na entrevista de Catarina, que foi realizada no hospital enquanto aguardava ser chamada pelo médico para a consulta, ela relatou uma situação de discriminação que havia acabado de presenciar naquele ambiente:

> Catarina: Preconceito tem em todos os lugares. Inclusive aqui. Agora mesmo eu cheguei aqui, eu vi agora. Tinha três moças, não sei quem elas são e elas "não, não, não mexe com essa daí não que essa daí é na dela". Quer dizer, dá vontade de você pegar e falar 'peraí, minha filha, o que você tá sentindo?' Só que eu não faço porque eu me sinto superior a uma pessoa que tem uma cabeça medíocre assim, entendeu? Agora se eu estou num outro lugar e essa pessoa bate de frente comigo, ela se arrepende. Porque não é querer ser potente, é a minha defesa. Então eu sinto sim um preconceito." (...) Eu olhei elas e pensei dentro de mim "nossa, que que vocês faz da vida, minha filha. Você vai lidar com pacientes e você tá com essa mentalidade?"
> P: Eram pessoas que trabalham aqui?
> C: Sim. Agora, eu tava sentada ali na cadeira. Mas parece que ela tinha o prazer de fazer eu escutar, entendeu?
> P: É mesmo?
> C: Sério, eu simplesmente abaixei o óculos e falei: 'oi, algum problema? Você tá falando comigo?'. Aí ela baixou a cabeça e foi com as outras duas embora. Existe.

No decorrer de nossa conversa, Pamela faz uma rica reflexão sobre as questões referentes ao preconceito social que as pessoas transexuais sofrem e relata um diálogo que teve sobre isso com um amigo negro, ao falarem sobre as discriminações que as minorias sociais enfrentam no cotidiano. Ela desenvolve um pensamento que denuncia a realidade das pessoas transexuais, que além de viverem violências em ambientes públicos, também têm sua identidade deslegitimada no próprio ambiente familiar e sofrem por serem sozinhas em sua transexualidade. Essa discussão nos remete ao aspecto previamente comentado, referente à ausência de referência que as pessoas transexuais têm, tanto na convivência em familiar e em comunidade, quanto nas grandes

mídias, possivelmente repercutindo em um aumentando na sensação de solidão, de não pertencimento a um grupo e até uma percepção da abjeção.

> Pamela: Uma vez eu entrei numa discussão com um amigo meu que é negro. Ele falou assim: "vocês acham que vocês têm preconceito na vida? O negro sofre muito mais". Eu falei: "não! vocês não sofrem tanto assim". "Não, sofremos sim... é... se a gente for num prédio, é elevador de serviço, não sei o que, não sei o que". Eu falei: "tá, tá ótimo... eu também sofro o mesmo preconceito. Só que você já parou pra pensar que quando você entra na tua casa, no teu mundo, aonde você pode ficar sossegado, chamado santuário seu, pra descansar o seu espírito, o teu pai e a tua mãe são negros? Os seus irmãos são negros? A hora que eu volto pra minha casa, pro meu santuário, pra descansar o meu espírito, eu não vejo o meu pai uma *drag queen*, a minha mãe uma lésbica e meus irmãos com sexos trocados. Eu sou sozinha ainda no mesmo mundo. Eu sou eu e eu". Ele falou: "ah, mas olhando isso, isso é verdade". Eu falei "eu não tô querendo ganhar o prêmio de quem sofre mais, sou só tô te falando que a minha trajetória de preconceito não termina até o meu portão".

Todos esses fatores de exclusão, discriminação e preconceitos parecem se multiplicar e infelizmente tornar esta população, que já é marginalizada, mais vulnerável e suscetível para entrar em contato com o vírus do HIV. Algumas participantes relataram que se infectaram com os namorados, outras nas relações desprotegidas com clientes na prostituição. A explanação desses desfechos específicos em relação ao vírus será realizada com maior minúcia na próxima seção da análise temática dos resultados, chamada *SoroPositividade*. Mas de qualquer forma, é relevante firmar uma discussão acerca da estigmatização direcionada a estas mulheres em função do conjunto de marcadores que apresentam, que as colocam em lugar de preterimento nas relações sociais e afetivas.

As participantes relataram de maneira geral julgar difícil se envolverem em relacionamentos sérios, se comparadas às mulheres que não são transexuais. Elas verbalizaram que os homens as procuram mais comumente para terem relações sexuais, ou as têm como amantes, mas é raro encontrar um homem que assuma publicamente um relacionamento sério com uma mulher transexual/travesti. Essa dificuldade parece se acentuar quando elas revelam aos parceiros a condição de serem soropositivas. Algumas delas referiram preferir não contar, outras contam quando o relacionamento é sério e

poucas disseram contar sem maiores dificuldades. A fala a seguir, de Cláudia, é um exemplo de como existe o preconceito em se relacionar com pessoas portadoras do vírus HIV:

> P: E o que que você acha que o hiv mudou... ou influenciou na sua vida?
> Cláudia: Sexo... eu não posso chegar num homem, ter um relacionamento sério e falar 'tenho hiv'. Ele já esquiva de você
> P: Sua experiência foi essa...
> C: Sim. Já tive, vários. Durante esses 15 anos [vivendo com o hiv]. 'Quer ter uma coisa séria, vamos, mas usar camisinha sempre... porque eu sou soropositivo'
> P: E aí?
> C: No outro dia cadê o homem? Não veio buscar nem a roupa dele, bem!
> P: Então você acha que afetou em termos de relacionamento?
> C: Afeta. Muito, muito. Afeta muito. Tem pessoas que não entende ainda, que existe preservativo. Tem que fazer sem preservativo. Hoje em dia eles fazem sem preservativo. Garotos de 14 anos, esquecem preservativo. Se eu fosse namorar uma pessoa e quisesse passar o vírus pra ela... muitos por aí, eu passaria. Só que não faço, né?

É difícil, ou mesmo impossível, determinar se o preconceito e discriminação dirigidos a essas pessoas se dão em função de seu gênero, em função da soropositividade ou de ambos. De maneira geral, quando questionadas diretamente acerca de vivências em que foram vítimas de preconceito e violência, a maioria delas refere que não lembram de uma situação específica em que sofreram discriminação por causa desses dois marcadores. Entretanto, espontaneamente foi comum elas narrarem situações em que fica explícita a discriminação e as motivações da mesma. Geralmente, após rememorarem de maneira espontânea essas situações, elas refletiam e chegavam à conclusão de que foram vítimas de um preconceito específico. Pamela narra uma situação que vivenciou no próprio hospital em que faz o tratamento do HIV, quando passou por uma consulta com a profissional do corpo clínico:

> Pamela: Eu tive um divergência com uma dentista ali, foi o único ser humano nessa vida que me fez chorar e ter vergonha de ter nascido, foi a dentista.[...] Mas ela me tratou tão mal [...] Eu senti pela primeira vez que ela tem preconceitos, de travesti, de negro, de pobre e de soropositivo. [...] Ela me tratou muito mal, sabe? Você sente, é a mesma coisa da... a pessoa assim, tentar ser profissional contigo, por

> causa do estatuto, por causa do emprego [...] Ela foi a primeira pessoa. A minha família, minha irmã, minha mãe, se não fosse elas, eu teria chegado em casa e primeira coisa [teria tentado suicídio]. [...] ela me deixou nessa situação, com vergonha de mim. Eu não consegui nem dirigir o meu carro, pra você ter noção. Eu fiquei no estacionamento quase uma hora, respirando, sabe? Então é nessas horas que parece que é onde gera uma violência. Pela primeira vez eu tive vergonha de mim, eu tive vergonha de aparecer, eu fiquei quase 15 dias sem botar a cara aqui [rua], eu não conseguia nem abrir a porta pra poder costurar [...] Foi, foi horrível. Foi horrível. Foi muito horrível.

Apesar de todas as violências cotidianas por que passam, narradas pelas participantes durante as entrevistas, tanto pela condição de viverem com HIV/aids, como também pela abjeção em função de seu gênero, foram verbalizadas falas muito resilientes, tendo sido comum estas mulheres demonstrarem sua força em enfrentar a dura realidade de viver com o peso da estigmatização.

Sem exceções, todas elas em algum momento, ou em vários, tiveram uma postura firme, demonstrando um enfrentamento muito eficiente das adversidades vividas, por meio de um vasto repertório para lidar com as mesmas, seguem trechos das entrevistas para ilustrar:

> Talita: Eu sou muito assim, independente. Sempre. Eu acho que por eu ser o que eu sou e ter acontecido tudo isso, ao invés deles me enfraquecerem, eu me fortaleci. Então assim, por tudo, tudo. É muito difícil uma coisa me derrubar. Quem enfrenta isso que eu enfrento, meu bem... enfrenta tudo!
>
> Catarina: Mas eu nunca fui uma pessoa de ‘ah, que horror, que gente’, fazendo a coitadinha. Não. Eu sempre fui uma pessoa... eu te responderia a altura. Eu nunca fui de fraquejar... pra tudo. Pra doença... tudo, em geral. Na felicidade, na tristeza. Eu sempre fui aquela pessoa forte que eu seguro muito a onda assim. Sabe por quê?
> P: Hum
> C: Porque eu não tenho alternativa. Entendeu? Então eu aceito a vida como ela é, em todos os sentidos.
>
> Tamara: Nessas horas, assim, eu já sei com quem eu to lidando, porque o verdadeiro hetero, ele jamais vai julgar... uma transexual, um gay... porque o hetero tem a sexualidade dele garantida. Agora em geral, quando uma pessoa vem me julgar, o que ela é? Ela é uma

> pessoa que vive no armário, infeliz. Então ela quer apontar o medo pra ela falar pra pessoa do lado 'nossa, eu detesto'. Ela tem medo daquilo.
>
> Angélica: E eu, minha filha, olha, eu não sei como eu tô vivendo. Eu levo a vida na graça, tudo pra mim tem que ser graça. Porque se não for assim eu vou matar todo mundo. Vou sair puxando o cabelo, sei lá, vou sair fazendo... maldade, sabe? Então eu prefiro... Eu prefiro transar.

Lorena, que foi a participante que estava internada no momento da entrevista, referiu que tem o sonho de construir uma instituição para cuidar de crianças que são negligenciadas em cuidados pelos pais. Essa é a participante que viveu a infância em um "orfanato" e que no momento da pesquisa era usuária de crack e se encontrava em situação de rua. Mesmo com todo este cenário de vulnerabilidades ela apresenta motivações para continuar sua trajetória de vida, com planos para seu futuro.

Algo que esteve muito presente nos discursos das participantes foi a relação de proximidade com a figura materna. Elas narraram muitas dificuldades no convívio familiar durante a adolescência, principalmente nos períodos em que revelaram à família sua orientação sexual e posteriormente sua identidade de gênero, fatores que comumente culminaram na expulsão do lar. Entretanto, pode-se observar que, particularmente no que se refere à relação com a mãe, isso se apresentou como um período, como algo transitório, já que nos momentos das entrevistas, a maioria delas relatou uma relação de afetos positivos, proximidade e bastante vínculo com a mãe. Algumas delas, inclusive, referiram terem a mãe como referência do "ser mulher".

> Tamara: Eu saí de casa quando era menina mais por causa do meu pai, né? Que não aceitava ver um filho virar mulher. Saí de casa, mas nunca perdi o contato com a minha mãe, sempre ligava... Aquela época era orelhão, eu comprava as fichas e ligava pra ela. Todo dinheirinho que eu conseguia eu mandava pra ela pra ela comprar coisinhas pra casa e pra ela [...] Ela sempre me aceitou, mas foi depois de crescida que voltamos a morar juntas. Quando eu era menina ela comprava umas coisas pra mim, assim, de mulher... tipo leite de rosas... meu pai odiava. Hoje moro com ela e nossa senhora não consigo nem imaginar minha vida sem a minha mãe. Se ela morrer antes de mim eu vou perder o chão. Minha vida não vai mais ter sentido.

> Talita: Nossa, minha mãe é meu tudo. Minha inspiração, um mulherão. Hoje a gente é muito junta. Adoro sair com ela pra fazer as coisas. Nem que seja pra ir no supermercado comprar arroz. A gente se faz companhia. Não vive junto, mas tem essa ligação.
>
> Alessandra: Aí ela falou [quando Alessandra lhe contou que era soropositiva] 'filho, se depender de mim você vai viver muito, muito tempo... porque eu vou te cuidar sempre', ela falou... minha mãe, né? E ela me cuida mesmo. [...] A minha mãe é a melhor mãe do mundo. Com todos os problemas, dificuldades... ela é a melhor mãe do mundo'. Apesar que a gente tem as nossas intri... discussõezinhas e tal, né? Às vezes eu discuto com ela e falo 'por que que eu discuti, né?', por causa de bobeira, mas né? Tudo bem.
>
> Natasha: Meu pai não aceitou quando eu me assumi... ele me mandou embora de casa... largou da minha mãe por causa disso, mandou ela escolher eu ou ele. Aí ficou esse jogo... ele querendo que eu gostasse de mulher. Ele não aceitou que minha mãe aceitava meu jeito normal. Ela escolheu eu. [...] ela sempre me respeitava, comprava roupa de mulher pra mim e pra minha irmã.
>
> Rafaela: Então, minha relação com a minha mãe hoje em dia é um dos melhores eu acho... acho que ela abriu um pouco a cabeça dela, sabe? [...] Ela viu que só porque eu sou... só porque eu sou transexual... tipo assim... eu sou uma coisa ruim? Mas tem bem mais heterossexuais aí que são mais ruins do que eu, eu amo a minha mãe!!! Pra mim ela foi o portal pra mim tá aqui, né? Então pra mim é uma das coisa mais importante da minha vida. Eu tendo manter minha relação boa com ela enquanto eu tenho ela.

É possível perceber que, além de atualmente estarem próximas, elas carregam uma grande admiração pelas mães. O que não acontece com a figura paterna. Nenhuma participante mencionou de maneira positiva o pai, sendo este mencionado apenas em contexto em que diziam sobre a não aceitação da família, ou sobre como sofreram violências durante a infância para se tornarem meninos e desenvolverem comportamentos masculinos. Da mesma forma que elas carregam respeito e consideração por suas mães, a recíproca também acontece, pois em seus relatos elas geralmente referiram que as mães também são envolvidas com suas vidas e apoiam suas escolhas. Apesar de terem enfrentado enormes dificuldades que culminaram em vulnerabilidades no período da adolescência, essas participantes conseguiram retomar e

fortalecer os laços com suas mães na vida adulta. Esse é mais um fator que nos mostra a resiliência, ou a capacidade de recuperação que essas mulheres travestis e transexuais trazem consigo.

6.3 SoroPositividade

O objetivo principal deste trabalho foi buscar compreender quais eram as significações referentes à condição de viver com HIV/aids para esta população específica, composta por mulheres transexuais e travestis que fazem acompanhamento em um serviço de saúde terciário do SUS direcionado ao tratamento desta infecção, sendo estas significações ditas pelas próprias participantes da pesquisa. Decidiu-se denominar o conjunto de conteúdos referentes ao processo de contaminação, de descoberta do diagnóstico, adoecimento, tratamento, experiência em frequentar o serviço de saúde, demandas direcionadas a este serviço, e as formas de enfrentamento ao HIV de *SoroPositividade* porque, além de ser uma palavra usada para designar a condição do diagnóstico de HIV/aids, observamos que muitos dos significados trazidos pelas participantes apresentou conotação positiva, de superação e ressignificação, tirando essa condição do lugar de doença e abjeção e a elevando a um patamar associado à vida, ao cuidado e à dignidade, como o título desta pesquisa sugestiona. Esta categoria temática, portanto, reúne conteúdos referentes ao HIV e a tudo ao que ele circunscreve, trazidos pelas participantes nas entrevistas. Novamente é pertinente salientar que muitos destes assuntos, que compõem subcategorias de acordo com o método de análise adotado, se comunicam e estão presentes em conteúdos explorados nas categorias e subcategorias anteriores.

Apareceram importantes fatores de vulnerabilidade nos discursos das participantes, referentes a conteúdos que as designaram a tornarem-se suscetíveis à contaminação HIV. Como discutido na seção *Considerações Iniciais* desta Dissertação, os estudos da área da saúde que se destinam a compreender o conceito de Vulnerabilidade, propõem que a emergência da aids seja interpretada por meio da interação de três segmentos da vulnerabilidade: a individual, a pragmática e a social. Se considerarmos o conceito desta maneira, poderemos constatar que o que torna as pessoas suscetíveis a entrarem em contato com o vírus é um conjunto de fatores, que estão para além da esfera individual, mas que são principalmente coletivos e contextuais, podendo acarretar, inclusive, em maior ou menor suscetibilidade de acesso

a recursos referentes a todas essas instâncias para se protegerem ou enfrentarem a situação crítica de adoecimento (Mann *et al*, 1993).

Sabendo dos contextos de vida dessas mulheres, que as tornaram suscetíveis a entrarem em contato com o vírus, faz-se relevante a discussão baseada nas falas coletadas referente a como se deu o contexto da infecção pelo HIV. As relações sexuais desprotegidas com namorado e com cliente foram as únicas duas vias de transmissão narradas pelas participantes, não tendo sido mencionada nenhuma outra forma de contaminação.

Rafaela, Pamela e Thayla, tendo como exemplo, referiram saber terem se infectado com os namorados, ainda na adolescência, por não utilizarem preservativo com eles. Rafaela inclusive construiu uma crítica pertinente que se situou na contramão do preconceito advindo do senso comum, em que as travestis são vetores de HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Ela, também envolvida nessa crença cultural à época, não imaginou que seu namorado, um homem heterossexual, poderia ser portador e lhe transmitir o vírus e, partindo desta premissa, não utilizou preservativo com ele. Ela mesma problematiza a crença comum de que são as travestis que portam o vírus, pois foi um homem heterossexual que lhe transmitiu. Segue trecho da entrevista:

> Rafaela: ... o segundo exame que eu fiz, no meu primeiro relacionamento... eu já tava infectada
> P: Entao você sabe de quem você pegou?
> R: Sei. O primeiro namorado, eu tava com ele. Eu descobri só depois!!! Ele também abandonou o tratamento, ele mentiu pra mim! Depois que eu descobri, ele tentou jogar pra cima de mim, como se ele tivesse pegado de mim e lógico porque eu sou travesti, né? Então ele pegou de mim (*ironia).* Ele tentou jogar isso. Mas depois quando eu confrontei ele, a mãe dele veio me contar... que ele já tomava remédio fazia muito tempo, que ele escondeu os remédio na casa do avô dele pra mim não ver. Aí até aí tudo bem, né? Eu não ia poder chorar pelo leite derramado. Acabei ficando com ele ainda algum tempo.
> P: Isso com 15 anos
> R: Com 15 anos... acho que eu fiquei com ele até os meus 18... acho que... foi o relacionamento mais duradouro que eu tive, o primeiro. E olha que ele mentiu pra mim! E foi ele que passou pra mim!

É relevante ressaltar aspectos específicos do contexto de vida dessas mulheres ao contraírem o HIV de seus namorados durante a adolescência: eram as jovens que

haviam acabado de sair ou serem expulsas de casa pela família homofóbica e transfóbica. Esse enredo sem duvida marca vulnerabilidades e é somado ao fato das pessoas transexuais e travestis usualmente serem preteridas para relacionamentos afetivos e amorosos, já que é comum serem apenas procuradas para sexo, sendo este pago ou não. Muitas tinham o sonho de namorar, mas percebiam a dificuldade de encontrar um parceiro. Angélica, por exemplo, verbalizou se preocupar mais com o fato de estar solteira e não ter um emprego do que ser portadora do vírus. Vale salientar que essa participante no momento da entrevista já havia adquirido sequelas em função de um acidente vascular cerebral que possivelmente se relacionou com o desenvolvimento da aids, ela apresentava dificuldades na fala e na coordenação motora. Mesmo com esse quadro, suas queixas e insatisfações se dirigiram mais a não ser correspondida pelo homem por quem estava apaixonada e a não conseguir trabalhar. Essa discussão torna-se pertinente porque a questão do preterimento muito provavelmente faz com que essas mulheres rendam-se aos desejos dos parceiros para não perdê-los, já que é muito difícil encontrar algum que as aceite e as assuma.

O medo de serem abandonadas pelos parceiros, uma vez já tendo conseguido se envolver em um relacionamento, esteve presente, por exemplo, de maneira clara na fala de Alessandra, que no caso preferia não revelar ser soropositiva justamente por medo de ser deixada pelo parceiro, observação também encontrada por Pelúcio (2007).

O preterimento para relações afetivas também se mostrou um fator de vulnerabilidade que predispôs estas participantes a se infectarem pelo vírus. Essa participante comentou sobre as dificuldades de convencer o parceiro a usar preservativo, já que ele não sabe de sua soropositividade. Em seu julgamento, ela estaria desagradando seu namorado ao recusar-se ceder a sua vontade de ter a relação sexual sem preservativo e isso a fez temer pelo fim do relacionamento, além de já não ter revelado o diagnóstico a ele por este mesmo medo. Neste caso específico, a paciente já era infectada pelo HIV, mas é importante a reflexão de que, como para essas mulheres é difícil encontrar um parceiro, é provável que elas tendam a se render mais as vontades dos mesmos para não desagradá-los, preservando assim o relacionamento. Segue a fala de Alessandra referente a esta questão:

> Alessandra: Eu falo “não, vamo usar”. Aí é a desconfiança dele que eu fiquei com outras pessoas. Entendeu? Porque faz duas semanas que a gente reatou mesmo, assim, a transar, sabe? Aí ele pegou e falou assim “alguma coisa tá

> acontecendo... porque você não quer, você quer transar comigo com camisinha", eu peguei e falei assim "é pra preservar, não tem nada a ver, é prevenção", falei pra ele, ele tá falando assim "você tá achando que eu fiz alguma coisa na cadeia?", eu falei "não, não é... sei lá". Ele falou assim "olha, semana que vem a gente não vai usar camisinha, eu não quero".

Almeida & Murta (2013), Ferraz *et al* (2006), Kulick (2008) e Pelúcio (2009) identificaram que as relações desprotegidas com os namorados as colocam em situação de vulnerabilidade para o HIV, já que com clientes na prostituição fazem uso de preservativo. Pudemos identificar relatos que apontaram para este comportamento na vida sexual destas participantes. Entretanto, algumas delas também referiram sexo desprotegido com clientes, o que muito provavelmente se relacionou a situações de vulnerabilidade financeira.

Nas relações sexuais desprotegidas com os clientes, elas no geral referiram que era frequente não fazerem uso do preservativo antes de se infectarem, apesar de terem narrado que o mais comum era utilizá-lo, pois já sabiam dos riscos de contrair doenças. Os relatos do não uso do preservativo se voltaram ao período de suas vidas em que eram adolescentes recém-saídas de casa, com muitas dificuldades de conseguir qualquer tipo de trabalho pela condição de ser travesti, ou ainda um menino afeminado, sendo assim, apresentando clara condição de vulnerabilidade. Algumas referiram que os clientes pagavam um valor maior pelo programa se elas aceitassem não utilizar preservativo e, como era - e ainda é - muito árduo para estas mulheres conseguirem renda, se tornaram mais propensas a aceitar este tipo de proposta, o que as tornou potencialmente um alvo de entrarem em contato com o HIV, já que esses clientes possivelmente apresentavam perfil de praticar sexo desprotegido com outras prostitutas ou parceiras/os.

> Talita: Olha, eu tava com tanta dificuldade de conseguir dinheiro naquela época, era uó. Tava fazendo programa atrás de programa, tava bem difícil, viu? E era comum, minhas amigas também falavam, os caras pagavam mais para fazer sem [preservativo]. Ai, eu sabia que eu tava fazendo coisa errada, sabia que eu podia pegar doença, mas o que eu podia fazer? Precisava de dinheiro. Era quase duas vezes mais que eles pagavam sem camisinha. Eu olhava assim, via se tinha cara de pessoa certa, assim... e fazia sem. Ativa ou passiva. Fazia sem. Às vezes eu noiava e ia tomar banho, mas não adianta, né? Hoje eu sei disso. Mas fazia, ué. Precisava do dinheiro.

A maioria das participantes relatou ter sentido um grande impacto quando descobriu seu diagnóstico, usando, por exemplo, a expressão “fiquei em choque” para referir este momento. A seguir estão alguns exemplos de falas das participantes sobre suas reações e percepções ao terem recém descoberto sua soropositividade:

> Natasha: Ai... foi... foi assim uma decepção, né? Fiquei abaladíssima, meio sem chão. Falei ‘nossa, essa doença... mas como que eu peguei?’. Eu não entendia... hoje eu entendi que era porque eu transava muito sem camisinha. O cara novinho saía comigo e queria sem camisinha.

> Cláudia: Os primeiros meses... O primeiro mês... ... saí do médico, falou ‘ó, tá com isso, isso, isso’, ah, numa boa. Fui pra casa, numa boa, falei ‘vou tratar... vou cuidar’. Mas com o tempo, até a ficha cair... entra em depressão, aí você não pode entrar em depressão, se entregar... se você se entregar... acabou.

> Tamara: Quando eu descobri que eu tinha HIV, achei que era o fim do mundo. Pensei que tinha acabado pra mim, sabe? Era como se você recebesse a notícia que ia morrer. Pensei ‘vou morrer’, pra quê viver? A vida perde o sentido... até você acostumar, parece um pesadelo.

Apesar de terem referido que foi muito difícil esse momento, a maioria delas não deu continuidade ao assunto, sendo comum encerrarem a fala com uma conotação positiva. Quando eram diretamente questionadas sobre essas questões referentes ao HIV, geralmente elas respondiam de maneira sucinta e encerravam a fala mencionando alguma forma de enfrentamento.

> Tamara: Eu descobri que tava com hiv, isso mexeu um pouco com a minha mente e eu falei assim, ‘não vou me entregar pra doença, né? Eu vou continuar minha vida... Foi difícil, foi horrível. Mas eu não me deixei cair por conta disso. Acabei começando a fazer programa porque eu achava que nenhum lugar mais ia me dar emprego, mas eu segui em frente. Aos trancos e barrancos e hoje tô aqui.

> Lorena: Ai, meu deus. Todo mundo ficou sabendo que eu tinha HIV
> P: Uhum... e como foi?

> L: Muitos deram as costas... muitos me esnobaram, muitos me... me isolaram. Mas nem por isso eu me apeguei. Se eu me apegasse... aí que eu ia... ia ficar doente
> P: Uhum...
> L: Fui mais superior que eles. Ergui meu nariz. Não dei intimidade. Se eu não pensar em mim quem vai pensar? Hoje sinceramente eu não ligo. E não faz diferença nenhuma eu ter esse problema.
>
> P: Faz tempo que você vive com HIV?
> Catarina: Sim
> P: Você sabe quanto tempo?
> C: Não. Nunca descobriram até hoje
> P: E que você faz tratamento, faz tempo?
> C: Faz
> P: Você tem ideia de quantos anos?
> C: Ah... uns dez. Pode ser? Uns dez, até oito, sete... eu não lembro, doutora. Tanto é que eu vivo tão assim, que essas coisas pra mim não é importante, sabe? Se eu ficar dando importância pra essas coisas *tsc tsc*... então eu acho que aconteceu, passou. Agora se eu pegar a documentação na mão, aí eu sei
> P: E você precisa tomar remédio? Você toma?
> C: Sim. Inclusive quando [...] eu vim parar aqui [...] eu peguei essa infecção... que que... que .... era dois fungos e bactérias no pulmão e aí aconteceu. Mas não que eu estava mal. Até agora eu nunca fiquei, mas se ficar também, doutora, ó. Pode ver, as meninas que cuidaram de mim aqui elas falaram 'nossa, que é isso, que recuperação, como a Catarina é forte'. Fazer o que? Tudo isso tá dentro de mim... se morrer, morreu.

Após o período de assimilação do diagnóstico, quando se adaptaram à realidade de viver com HIV/aids, o que incluiu tratamento para as participantes que tinham boa adesão, relataram mudanças significativas no comportamento sexual com os namorados ou com homens com quem apenas se relacionavam sexualmente. Uma das mudanças notórias foi em relação ao uso do preservativo, pois todas elas referiram que desde que ficaram sabendo da soropositividade passaram apenas a ter relações sexuais que envolviam penetração anal de maneira protegida. Mas, para além do uso do preservativo, foi evidente que a maioria delas passou a ter uma atitude maior de autoproteção, ou autopreservação, tanto na relação sexual, como nos relacionamentos afetivos.

Natasha, por exemplo, descreve brevemente algumas mudanças pelas quais percebeu ter passado após descobrir que era soropositiva. Em seu julgamento, houve uma melhora perceptível na qualidade de suas relações após essas mudanças.

> P: E o quê mudou na sua vida, Natasha, depois que você adoeceu e descobriu que você tinha HIV?
> Natasha: Mudou muita coisa
> P: Você sabe dizer uma delas?
> n: Eu parei de sair com os mesmos homens que eu saía. Parei de dar confiança pra qualquer um. Cuido mais de mim e da minha saúde, tô sempre vindo no médico
> P: E por que não sai mais com os mesmos homens?
> N: Agora só tem um que eu saio só.
> P: Hum... que é seu namorado... ou não?
> N: É
> P: Você tá namorando, então?
> N: Tô. A gente usa preservativo. Ele sabe que eu tenho. Não liga. É uma boa pessoa. Nunca que antes eu ia conseguir ficar assim com uma pessoa. Agora consigo, tô bem assim.

Quando Rafaela foi perguntada sobre como sua vida estava após a descoberta da soropositividade, ela demonstrou uma fala semelhante à de Natasha e a de outras participantes, que enfatizaram os ganhos positivos secundários que adquiriram após a descoberta do diagnóstico e início do tratamento:

> Rafaela: O HIV eu acho que me agiu mais em questão íntima, sabe?... Questão íntima porque eu comecei a não me entregar mais tão fácil... Então eu acho que... o HIV... fez eu me preservar mais, me manter mais. Não me entregar mais tão fácil, me cuidar mais, começar a procurar o médico, fazer exames, foi ótimo pra mim. Não foi ótimo, né? Mas foi ótimo em outras coisas
>
> Cláudia: Depois que comecei a fazer tratamento, cortei bebida. Bebo, assim... bebia muito destilado... não bebo mais destilado. Bebo a cada 10 dia minha cerveja, bebo sim. Sou fumante. E nisso, a gente entra em depressão, muda muita coisa... e é os remédios, muda de remédio, o organismo não aceita... Até acostumar (*bate na mesa de novo)*... com o tempo vai acostumando. Tudo nessa vida a gente acostuma. Com o bom e com o ruim
> P: Tem mais algo que você percebeu que mudou depois de começar a fazer o tratamento?

> C: Hum... parei de me prostituir... também.... e outra, a idade também cansa, né fofa? Consegui alugar uma casa e fiz pensão para as meninas que fazem programa. Agora ganho meu dinheirinho assim.

Como dito anteriormente, os relatos quanto às transformações da vida sexual após infecção pelo HIV foram diversificados. Cláudia, por exemplo, foi uma participante que disse nunca ter contado a nenhum namorado sobre ter HIV, pois, segundo ela os homens nunca aceitam se relacionarem com a mulher transexual quando ela é soropositiva. O medo em sofrer mais discriminação por viver com o vírus foi dado também encontrado por Pelúcio (2007).

Em contrapartida, outras participantes disseram sempre terem revelado ao parceiro o diagnóstico e que nunca tiveram problema com isso, dentre elas Pamela, Natasha e Talita, com as falas ilustrativas a seguir:

> Pamela: Eu não tenho nenhum tabu com a minha doença. Minha doença é explicada pra cliente, pra homens que eu saio, pra família... eu conheço um cachorro na rua 'oi, sou soropositiva'. Então é aquela coisa, eu já dou aquele choque pra aquela coisa, se tiver que gostar da minha pessoa, vai ter que gostar junto com isso que eu carrego.

> Natasha: Fazia dois meses que a gente tava junto saindo já. Ele pediu pra mim pra ir sem camisinha. Aí eu peguei virei falei assim pra ele 'ai, não, Fabrício, sabe... eu não posso'... ele falou 'por que você não pode?'... eu falei 'voce gosta de mim mesmo? Se você gostar vai ter que aceitar', ele falou 'pode falar', falei assim 'eu tenho hiv'. Ele falou 'não tem nada a ver isso aí, a gente se cuidando um do outro... usando preservativo... de boa'.

> Talita: Eu tava ficando com ele há um tempo já e falei. Não aguentava mais ter que ficar escondendo. É uma coisa que tá comigo, não queria enganar ninguém. Falei 'olha, eu sou portadora do vírus, me cuido, faço tratamento'. Ele aceitou. Ficou assustado, né? Vou mentir se eu tiver falando que não ficou. Mas a gente continuou junto um tempo ainda e não foi por causa disso que separamos.

Foi comum as participantes relatarem que revelaram o diagnóstico ao parceiro apenas quando estão em um relacionamento sério e já existe maior intimidade entre o casal. Nas relações recentes ou que envolvem apenas sexo, quase todas referiram não terem revelado ao parceiro sexual o diagnóstico. Com exceção de Pamela, que referiu

contar a todos sem se importar se as pessoas se afastarão, pois, parte da lógica de que quem irá conviver com ela precisará ser uma pessoa desprovida de preconceitos, caso contrário a relação não lhe interessa. Como se pode perceber, cada uma delas lida de maneira singular com a questão da soropotividade.

É interessante discutir acerca dessas mudanças de comportamento sexual que ocorrem após a descoberta, assimilação e tratamento do HIV. Se antes elas não se protegiam nas relações, mesmo sabendo que poderiam contrair alguma doença, agora elas se protegem para não transmitir o vírus que carregam aos parceiros ou clientes. Certamente há um conjunto multifacetado de determinantes que culminam nesta mudança de comportamento sexual, mas vale analisar de maneira pormenorizada alguns aspectos desta questão. Se, como vimos, foi um conjunto de vulnerabilidades que as submeteu ao contato com o vírus, o que fez com que essas mulheres passassem a proteger sua saúde, a de seus parceiros e a de desconhecidos com quem praticavam sexo, após a descoberta da soropositividade? De certa maneira, seu contexto de vida e alguns dos marcadores sociais que constroem as vulnerabilidades continuaram os mesmos (gênero, raça, classe social, desamparo da família, estigmatização). Algo que se transformou após receberem o diagnóstico foi que passaram a frequentar e serem assistidas por uma instituição de Saúde especializada no tratamento de pacientes que vivem com HIV/aids. Muitas fazem seguimento com o mesmo médico, desde que iniciaram o acompanhamento após terem sido encaminhadas ao hospital terciário. Estarem constantemente frequentando consultas e o ambiente de saúde pode ser algo que, por mais que não atenda a todas as suas necessidades de saúde, tenha contribuído para que houvesse maior conscientização e motivação para o autocuidado por parte dessas mulheres.

Ao serem encaminhadas para o serviço terciário, como já foi abordado na seção do método, estas mulheres estavam em condição mais debilitada de saúde, já manifestando doenças oportunistas da aids, em função do comprometimento adquirido na imunidade. É importante discutir sobre quais fatores estão envolvidos nesses contextos que favoreceram uma boa ou má adesão, tanto antes de serem encaminhadas ao serviço especializado, bem como após estarem seguindo no mesmo. No geral, pudemos observar a importância que a instituição de saúde tem em favorecer ou dificultar a adesão das pacientes, mas não são esses apenas os fatores determinantes para tal, existem outras questões envolvidas.

Vemos como a presença de apoio familiar e de renda é importante para adesão, pois muitas das participantes que não apresentavam dificuldades em aderir ao tratamento, moravam com membros da família nuclear, ou existia relação de proximidade e apoio, e tinham condições de exercer atividade laboral e conseguir renda ou recebiam auxílio do INSS em função do adoecimento. Foi o caso de Alessandra, Paloma, Suzany, Cláudia, Natasha e Catarina.

Também pudemos observar por meio dos discursos dessas participantes que existiu um estabelecimento de vínculo com funcionários do hospital, particularmente com o médico ou médica que as atendia. Esse vínculo foi significativamente aprofundado quando era o mesmo médico que acompanhava o seguimento da paciente, ao invés de ser atendida em cada retorno por um profissional diferente. Muitas elogiaram os médicos, chamaram-nos pelos nomes e diziam que guiavam seu próprio comportamento cotidiano em função de orientações disponibilizadas por eles, sobre o que deveriam, poderiam ou não fazer diante de sua condição de saúde e tratamento. Elas mesmas consideravam essa relação de vínculo com o/a médico/a como um fator favorável à sua adesão ao tratamento. Alessandra, por exemplo, fala sobre sua médica de uma maneira carinhosa, nitidamente a colocando como referência da manutenção de sua saúde:

> P: E você se considera uma pessoa saudável?
> Alessandra: Ah, olha... eu me considero. Porque eu tenho uma vida tranquila, tranquila, como qualquer outra pessoa. Faço tudo que eu quero, como tudo que eu quero, não podendo comer, mas eu como (*riu)*, ai, a Dra. Roberta... eu conto pra ela, às vezes eu vou num churrasco, eu vejo aquela gordurinha, que eu amo, aí eu falo ‘ai, eu vou pegar um pedaço’, mas aí eu falo pra ela ‘mas eu encho de limão, viu’? Ela fala que não pode, mas é só aquele pedacinho. Então.... nada me impede. Mas depois eu me arrependo porque eu sei que eu tenho o colesterol e triglicérides. Mas em termos do hiv... eu nem... eu lembro só na hora que eu vou tomar o remédio

Outra participante, Tamara, também fala com esse mesmo tom sobre seu médico, mostrando que importância que ele tem para que ela se mantivesse firme com os cuidados de sua saúde:

> Tamara: Ai, o Dr. Caio, você conhece? Ele sempre pede todos os exames pra mim, sabe? Eu explico tudinho pra ele como eu tô me

> sentindo, ele ouve... ele sempre sabe quando tem alguma coisa errada comigo. Essa última consulta que eu fui lá, ele falou que eu tinha que fazer caminhadas por causa, né, das pernas minhas que tá inchada. Aí eu comecei a fazer, é importante mesmo. Nossa, mas tudo o que eu preciso ele me fala, todas as coisas assim... da saúde mesmo... é ele que me ajuda.

Uma das participantes que referiu nunca ter apresentado boa adesão foi Lorena, que é, dentre as demais, a que mais se encontra em situações de vulnerabilidade, já que é usuária de crack, vive em situação de rua e havia perdido total contato com a família nos últimos 10 anos. É muito difícil, para não dizer impossível, para uma pessoa moradora de rua conseguir inserir em sua rotina a ingestão das medicações, que devem ser feitas de maneira assídua, geralmente duas vezes ao dia.

> P: E o tratamento do HIV? Você costuma tomar os remédios?
> Lorena: Nunca tomei
> P: Nunca tomou?
> L: *fez que não com a cabeça*
> P: Mas precisaria?
> L: Precisaria. O amarelo e o branco
> L: Ah, não tinha como guardar as coisas, né flor?
> P: Não tem como guardar?
> L: Eu moro na rua *(fez uma cara de desgosto)*.
> P: Ah, você mora na rua?
> L: Mas agora eu vou dar um jeito na minha vida.
> P: Vai?
> L: Em nome de jesus. Você vai ver. Jesus vai me ajudar... eu não quero saber de rua
> P: O que que você tá pensando em fazer?
> L: Ai, trabalhar. Ir atrás dos meus documentos... continuar meu tratamento certinho... ver se eu recebo auxílio... pra mim... sobre minha saúde.

Essa discussão se torna relevante para este trabalho, pois um dos objetivos era buscar compreender a experiência subjetiva dessas participantes em frequentarem o serviço de saúde no qual fazem seguimento para identificar possíveis demandas específicas que, por sua vez, poderiam vir a contribuir para o aprimoramento da assistência especializada a essas pessoas. Compreender como alguns aspectos da vida delas mudaram após terem iniciado este acompanhamento de saúde pode ser um

caminho interessante para este propósito. Para tanto, faz-se necessário analisar os conteúdos trazidos pelas participantes nas entrevistas referentes a sua experiência enquanto usuárias de um serviço terciário do SUS para HIV/aids.

Todas as participantes, independente à qualidade de sua adesão ao tratamento para o HIV, discorreram acerca de sua experiência em frequentar o serviço de maneira positiva. Foi comum dizerem que se sentiam acolhidas e respeitadas, que os médicos e os demais funcionários as tratavam educadamente e que todos de maneira geral respeitavam seu nome social. Mesmo quando relataram já terem sido chamadas pelo nome de registro, o que todas fizeram, isso parece não ter prejudicado a visão positiva que elas apresentavam do ambiente de saúde em questão.

> Rafaela: Eu gosto de lá [hospital], não é pra puxar o saco, lá não tem ninguém pra mim puxar o saco. É porque sinceramente, é o lugar mais profissional que eu vi aqui... e é o lugar que... que mais respeita a gente pelo menos que é LGBT, porque nesses outros lugares as pessoas me chamavam de Rafael, foi uma coisa deprimente. Em outro hospital que eu fui fazer a cirurgia e fui chamada de Rafael no meu prontuário e nossa, é uma coisa muito, muito frustrante pra mim... então não sei se é porque.... assim, no hospital [em que faz acompanhamento do HIV] já aconteceu uma vez, que olharam na minha pasta e ainda não tinha o nome específico, sabe? Aconteceu uma vez isso só, então... lá eu não tenho nada pra falar assim.... o tratamento lá... teve ter um cinco anos eu creio que faço tratamento lá, ou menos que isso um pouco. E foi o melhor lugar pra mim que eu encontrei.
>
> P: E de maneira geral, como você acha que os profissionais aqui te tratam?
> Catarina: Muito bem! Nossa, encontrei pessoas maravilhosas. Que isso! Dra Arlete. Nossa, outros doutores também, sabe? Muito bem.
> P: Todo mundo aqui te chama pelo nome social?
> C: Sim, sim. Sim, todo mundo
> P: Médico, enfermeira...
> C: Sim, sim. Todo mundo. Eu acho que é porque é lei e tudo e alguns deles já compreenderam, muitos fizeram curso, né? Então isso acontecer é normal
> P: Nunca ninguém desrespeitou isso em relação a você?
> C: Não, só uma vez que diz ela que colocou o prontuário em cima ali, o funcionário do balcão colocou o nome em cima. Aí ela começou a gritar meu nome masculino. Eu nem dei confiança, ali eu continuei.

> Depois que ela parou eu fui lá falei ‘olha, sou eu, Catarina, não José’. Falei ‘você não pode me chamar assim’. Mas aí ela falou ‘ah, ele colocou aqui’. Falei ‘filha, você tá cansada de saber que sou eu, para de graça... qual é o seu problema de gritar aqui meu nome de homem? Qual é o seu problema? Se tá ali é assim’. Não, mas é lei. Não vou nem citar nome, mas eu vi, entendeu?

Apesar de não terem influenciado negativamente a percepção geral que as participantes manifestaram sobre a unidade do hospital em que fazem acompanhamento, houve relatos que apontaram para demonstrações nítidas de discriminação e preconceito, tanto em relação de gênero, como a outros marcadores sociais (raça, classe e HIV), impossíveis de serem dissociados para a análise em questão. Além do episódio em que Catarina havia acabado de ouvir algumas falas preconceituosas de alguns funcionários momentos antes da entrevista, e do episódio narrado por Pamela, em que sentiu uma discriminação significativa por parte de outra profissional do corpo clínico da Unidade, Tamara descreve outro tipo de exclusão concernente à condição de ser soropositiva e travesti:

> Tamara: Eu preciso fazer alguns tratamentos com médico cardiovascular, inclusive uma cirurgia em função de varizes nas pernas. Mas eu tô tendo que pagar as consultas particular porque no Hospital e nos postinhos quando eles vêem que eu sou HIV positivo e travesti, eles me encaminham pra cá... encaminham pra lá... e acaba que ninguém atende. Tenho que pagar com o dinheiro que eu não tenho.

Esses casos nos mostram que os profissionais de saúde ainda estão inseridos no discurso hegemônico heteronormativo e nos levam a uma reflexão acerca da patologização destas identidades, que provém de práticas discursivas arroladas às ferramentas do biopoder (Foucault, 2005). Essas instituições de saúde estão inseridas dentro desta rede de poder que normatiza e patologiza. Portanto, na própria cultura institucional dos setores de saúde existe espaço para que essas pessoas recebam estes tipos de tratamento, extremamente discriminatórios. Certamente isso se dá por enxergarem essas mulheres transexuais e travestis de maneira estigmatizada, como se não fossem pessoas dignas de verdadeira humanidade. Como veremos, essa reprodução de discursos preconceituosos é marcada por um importante distanciamento destes

profissionais com essa população, o que interfere diretamente em seu desconhecimento sobre a mesma, bem como de suas demandas.

Goffman (1988) discute com maestria a conceituação e as implicações da estigmatização na organização social e na interação entre os indivíduos. O estigma é aquilo que isola o diferente e, ao fazê-lo, demarca o campo do social. Na base das relações sociais e seus laços, estão os estigmas; entre cada um e todos os outros, entre um grupo e outro grupo, os processos de identificação (re)agrupam os sujeitos em lugares determinados, estabelecendo diferenças, demarcações. Em suas estranhezas, as imagens estigmatizadas nos incomodam porque aparecem onde não deveriam estar; dessa forma, tornam-se imagens perturbadoras. Enquanto as instituições de saúde e os profissionais que as compõem não tiverem domínio acerca destes determinantes das interações sociais, irão continuar perpetuando relações de discriminação, baseadas nesta noção de estigma. Certamente é o que ocorre com as participantes desta pesquisa, quando narram situações em que vivenciaram preconceitos, partindo de pessoas que ocupam o lugar da normalidade no discurso social.

Conhecer o contexto de vida dessas participantes através de suas próprias vozes fez com que pudéssemos conhecer com maior verossimilhança suas reais demandas para o serviço de saúde que frequentam. Elas são usuárias um serviço terciário especializado no tratamento de aids, mas ouvi-las nos possibilitou compreender que suas demandas para o mesmo estão para além de cuidados direcionados à infecção do HIV e à manutenção de sua adesão ao tratamento antirretroviral. Como já observado por Pelúcio (2009) as demandas que as travestis apresentam em relação ao serviço público de saúde são distintas daquelas que lhes são oferecidas, pois, geralmente intervém-se apenas diante das questões referentes ao tratamento do hiv e da aids, e ignora-se todas as outras demandas advindas de sua cultura própria.

Cláudia, Lorena, Natasha, Rafaela, Pamela, Alessandra, Tamara e Talita nos mostraram que fizeram intervenções caseiras em seus corpos para adquirirem os traços e curvas femininas sempre muito valorizadas por todas elas. Duas coisas são importantes referentes a este cenário da transição de gênero: uma delas é o serviço de saúde oferecer esses procedimentos, tanto hormonização como transformações plásticas corporais, como parte do tratamento inserido no setor e saúde para essas pessoas. Isso deveria indubitavelmente ser garantido com a implementação de mais ambulatórios de Travestis e Transexuais pelo SUS, que atualmente são muito escassos e não respondem a todas essas demandas da população trans.

Outro ponto imprescindível refere-se ao próprio corpo clínico do serviço especializado em HIV/aids em que elas fazem seguimento conhecer quais as implicações destes procedimento de intervenções corporais realizados sem assistência profissional, na saúde dessas mulheres e seus possíveis impactos no tratamento antirretroviral. Dados sobre essas possíveis interferências são, inclusive, desconhecidos pela literatura, pois a intersecção entre o tratamento medicamentoso para HIV e as intervenções para transição de gênero ainda não foram estudadas pela comunidade científica. Não é suficiente tratar apenas o vírus e controlar a infecção, é necessário conhecer essa população para poder assisti-la de maneira apropriada. Cláudia, por exemplo, fez uma aplicação de silicone industrial há cerca de 20 anos e teve complicações, pois o material se redistribuiu para a região dos testículos. Ela também estava investigando tumores na mama, e se questionou se possivelmente eles se relacionariam às aplicações antigas de silicone industrial. Não se sabe também a relação entre a hormonização sem acompanhamento médico e a administração das medicações antirretrovirais.

Além de se fazer necessário conhecer os processos de transição, envolvendo hormonização e aplicação de próteses de silicone e silicone industrial, algumas dessas participantes também haviam realizado cirurgias plásticas em clínicas clandestinas, que atendiam mulheres transexuais e travestis. O resultado disso é que algumas participantes tiveram complicações, como por exemplo Tamara, que fez plástica no nariz que a impossibilitou de respirar corretamente. E, sobretudo, o corpo clínico precisa também ter conhecimento de que existe discriminação e estigmatização mesmo dentro das instituições de saúde e que isso pode dificultar o acesso dessa população a todos os cuidados necessários, como no caso da própria Tamara que estava pagando sessões particulares com médico cardiovascular porque no SUS esse tratamento lhe foi negado, certamente por sua condição de ser travesti e soropositiva.

É igualmente imprescindível que o corpo clínico tenha conhecimento de que existe grande probabilidade de uma mulher travesti soropositiva trabalhar ou já ter trabalhado com prostituição, o que aconteceu com todas as participantes entrevistadas, sem exceção. Ter ciência disso e de toda a trajetória de exclusões e marginalização que essas mulheres sofreram ao longo da vida é compreender que são uma população vulnerável mais suscetível a fazer sexo sem camisinha porque possivelmente não tem outras fontes de renda possíveis, por não conseguirem ingressar no mercado formal de trabalho. Sabe-se também que os clientes insistem para não utilizar preservativo,

persuadindo-as por oferecer um valor maior de pagamento se assim for feito. É pertinente que a equipe de saúde tenha conhecimento desse cenário porque, além de tudo, isso as torna possivelmente mais expostas a outras doenças sexualmente transmissíveis.

Saber que muitas que trabalham com prostituição e conhecer minimamente este meio em que se inserem, é considerar que elas podem fazer uso de drogas e álcool, como ocorreu com Lorena, Angélica, Natasha, Cláudia, Tamara e Talita. Esses fatores são muito importantes a serem considerados, pois apresentam efeitos potencialmente nocivos à fisiologia do corpo e isso pode influenciar consideravelmente o efeito das medicações e a imunidade destas mulheres. Entretanto, a literatura também carece destes tipos de estudo.

Lorena, Angélica, Rafaela, Alessandra, Tamara e Talita deixaram claro em suas narrativas a questão do preterimento nas relações amorosas, que ocorre tanto em função de seu gênero, quanto pela soropositividade. É igualmente importante que os médicos e demais profissionais que venham a atendê-las saibam que isso também é um fator de vulnerabilidade que pode as tornar mais suscetíveis a praticar sexo desprotegido para evitar desapontar os parceiros, por temerem abandonos.

Todas as participantes referiram que, pelo menos durante a fase da adolescência, distanciaram-se dos familiares ou até mesmo deixaram suas casas. É necessário que a equipe de saúde saiba deste enredo e que isso também constitui um fator de vulnerabilidade para as pessoas que vivem com HIV/aids, pois sabe-se que o apoio de familiares e pessoas próximas é importante para motivar a adesão ao tratamento e também para cuidar destas pessoas caso venham a adoecer.

A expectativa proveniente do senso comum de lidar com pessoas que vivem com HIV/aids é de que essas vivem em constante fragilidade emocional e sofrimento imposto por esta condição, que pode vir a ser até mesmo insuperável. Entretanto, analisando as narrativas colocadas por estas mulheres nas entrevistas realizadas, percebemos o movimento contrário: existe muita força, superação e desejo de viver por parte delas. O HIV não foi em momento algum colocado como algo negativo, pesado ou prejudicial em suas vidas. Pelo contrário, tivemos falas que apontaram para uma boa convivência que estas mulheres conseguiram travar com a soropositividade. Um exemplo para este apontamento foi a fala de Pamela, lembrando que ela apresenta a infecção há 31 e demonstrou uma posição resiliente em enfrentar essa condição, que consiste em uma ressignificação particular:

> Pamela: Eu não me vejo mais sem o HIV porque são tantos anos, que eu não sei o que é ser sem HIV. Eu acho que se eu me curasse amanhã, eu não saberia o que fazer porque tá tão normal que eu... eu... eu tornei isso em vez de meu inimigo, meu amigo. Em vez de eu excomungar ele, eu falei "bom, vou ser obrigado a conviver com esse... com esse hospedeiro que tá dentro de mim. Ou eu faço as pazes com ele, ou nós vamo brigar a vida toda.

Elas não falaram de maneira extensa sobre esta condição, mesmo quando eram perguntadas diretamente. Como comentado anteriormente, geralmente elas eram breves nas colocações referentes ao HIV, encerrando as falas com teor positivo, indicando um enfrentamento eficiente para tal condição. Poderíamos considerar que as falas sobre isso eram breves porque geravam incômodo e desconforto, o que não é possível refutar completamente. Entretanto, podemos perceber que outros assuntos eram mais importantes e emergentes nas subjetividades dessas participantes. Para Angélica, por exemplo, lhe era mais penoso não estar namorando o homem por quem está apaixonada, do que estar vivendo as sequelas de um AVC muito provavelmente causado em função da má adesão ao tratamento do HIV, somado a um intenso uso de drogas.

Falas extremamente positivas estiveram associadas à soropositividade, como no caso de Rafaela que disse claramente que passou a se cuidar muito mais após ter assumido o tratamento do vírus. Ela também disse que se considera uma sobrevivente, uma pessoa forte. Foi notório como as participantes associaram o HIV como um indicativo de força e não de fraqueza. Essa significação também apareceu nas falas de Catarina, Pamela, Cláudia, Alessandra e Talita. Segue a fala de Rafaela:

> Rafaela: Porque eu tenho a SIDA, eu venci o câncer. Tem gente que não precisa nem ter HIV pra morrer, só o câncer já leva já. Tem gente que nem câncer tem, só o HIV já leva eles embora, uma pneumonia que pega e vai embora. Eu acho que se deus não olhasse por mim eu taria morta já. Ele poderia ter me destruído e porque ele não fez isso? Porque eu não acredito que eu sou isso que eles fala. Eu não sou essa coisa estranha, eu não sou essa aberração.

Retomando brevemente as discussões acerca dos corpos abjetos (Butler, 2006; 2008), é importante lembrar que a autora afirma que os corpos abjetos são aqueles que não deveriam existir, pois estão excluídos da matriz hegemônica. Uma vez não

existindo, é consequência que não sejam compreendidos tampouco nomeados. Entretanto, o grupo social que é soropositivo, atualmente, tem um nome e é considerado uma minoria política com direitos conquistados como, por exemplo, um programa do Ministério da Saúde voltado apenas para o tratamento acessível do HIV voltado a essas pessoas. O que se deseja refletir é: um grupo antes excluído, marginalizado e abjeto, que é o grupo das pessoas soropositivas, hoje já foi nomeado, ressignificado e teve alguns importantes direitos conquistados. Com as mulheres transexuais e travestis isso ainda não aconteceu de maneira tão formalizada e programática, como no caso das pessoas soropositivas. Podemos, então, dizer que os seres abjetos em função do gênero ininteligível, tornam-se aptos à dignidade humana quanto adquirem o status da soropositividade, por mais problematizável que essa afirmação seja. É, para além de uma condição, uma nomeação e uma humanização ao que antes era inominável, ininteligível e sub-humano. Os dados, as falas das participantes nos mostram exatamente isso, pois elas colocam sua condição de soropositividade em um lugar de autocuidado, autoproteção, vínculo, superação, força e motivação para viver. No cenário da abjeção, é como se o HIV materializasse o inimigo até então uma forma inominável, tornando-se toda a adversidade da existência superável, pois, o inimigo passa a ser enfrentável.

A partir disso parte a importante reflexão que percebemos surgir por meio das falas destas participantes, sobre sua condição de viverem com HIV/aids. Tal percepção motivou a denominação desta categoria temática como SoroPositividade: a de que a convivência com o vírus e o seguimento em um setor oficial de cuidados à saúde as trouxe para um lugar social que até então não podiam acessar.

Essas mulheres transexuais e travestis, em demasiado estigmatizadas, discriminadas, excluídas e marginalizadas da sociedade, ou mais, ocupando o (não) lugar da abjeção e da ininteligibilidade, apresentaram com a condição de ter o diagnóstico de HIV um fator que as permitiu pertencer a um lugar reconhecido e significado como humano, digno e de cuidados. A soropositividade as fez adentrar o sistema de saúde, as fez ter um registro com nome social em Unidades de Saúde e Hospitais, as fez serem usuárias de um serviço público da mesma maneira que pessoas que não vivem a condição da transexualidade são. As fez saírem na rua durante o dia, pegarem um ônibus e adentrarem em lugares que antes lhe negava acesso.

É injusto constatar que, para essas participantes, pelo engendramento à abjeção, foi necessário que o adoecimento acontecesse para que pudessem ter acesso ao nome e à

humanidade, mas infelizmente é alto que coaduna com esta organização social, que exclui os desviantes à norma e em que pessoas transexuais são abjeções. O HIV foi como uma via de acesso para serem cuidadas como “pessoas normais” e também para passarem a se cuidar mais. Para essas mulheres, portanto, a sorologia para o HIV é positiva também nesse sentido: as tirou da abjeção e as levou à dignidade

.

7. CONSIDERAÇÕES (IN)CONCLUSIVAS

Com a análise das narrativas das participantes, pudemos conhecer importantes aspectos de suas existências e é possível, com esta afirmação, concluir que conseguimos trabalhar de maneira satisfatória com os objetivos propostos por este estudo. Vimos que as questões referentes a suas significações acerca de seu gênero são ao mesmo tempo diversificadas, pois surgiram conceituações bastante distintas para sua transexualidade e travestilidade, e singularizadas, pois cada significado foi exclusivo, construído a partir dessas subjetividades únicas.

Pudemos observar inclusive que essas participantes, por estarem inscritas no discurso da matriz hegemônica, reproduziram discursos bastante normativos no que se referiu a suas orientações sexuais e práticas sexuais, ficando clara a importância para elas expressarem uma feminilidade ilusoriamente substanciada, que buscou se relacionar com estereótipos definidos de masculinidade. Entretanto, no que se referiu a suas concepções acerca de gênero, observamos que essas participantes quebraram com o discurso normativo e adquiriram uma postura que pode até mesmo ser considerada *queer*. Um exemplo muito ilustrativo sobre essa afirmação foi a problematização realizada por uma das participantes, na qual afirma que se há passarinhos de todas as cores e todos os tipos, por que não poderiam existir expressividades humanas de diversos tipos, sem serem restringidas apenas a homem e mulher, pelo que regula o discurso heteronormativo?

Sobre seus corpos, pudemos notar seu diálogo íntimo com o gênero e, principalmente como a construção dos corpos e dos gêneros apresentaram um caráter social. A transformações dos corpos, para que correspondessem a um gênero inteligível, se deu desde que fosse (e para que fosse) legitimada pelo olhar do outro. O corpo-gênero somente existiu em seu caráter social, por isso a grande importância que essas participantes atribuíram ao reconhecimento que percebiam a partir do outro, através de olhares e atitudes, sobre seu gênero e para isso foi necessário transformarem os corpos.

Todas as participantes em algum momento de suas vidas referiram ter trabalhado como prostitutas. A maioria delas referiu já ter trabalhado como prostituta contra sua própria vontade, porque não lhe restava outra opção. Todas elas narraram situações em que foram vítimas de violência psicológica e física e demonstraram ter consciência de que isso aconteceu em função da estigmatização da qual são reféns, tanto pela expressão de gênero, como pela prostituição e pela soropositividade. Foi notório

em seus discursos que suas trajetórias de vida, marcadas por extrema marginalização e abjeção, as colocaram como sujeitos de múltiplas vulnerabilidades que, sem dúvida, contribuíram para que se contaminassem (ou que fossem contaminadas) pelo vírus do HIV.

Foi significativo descobrir que, apesar de todas as adversidades e violências enfrentadas, essas mulheres transexuais e travestis conseguiram ressignificar sua condição de viver com HIV/aids e encontrar nisso força e resiliência para continuarem motivadas a viver suas vidas. O HIV parece tê-las tirado de um lugar de abjeção, tê-las colocado em um cenário oficial que envolve cuidados à saúde e isso mostrou influência em suas atitudes de autocuidado, autoproteção e, até mesmo, melhoras em sua qualidade de vida. Se antes elas pertenciam a um lugar sem nome, após estarem formalmente inscrita no setor oficial de cuidados à saúde, em função do HIV, puderam adquirir um status de humanidade. Foi devido a essa observação que surgiu a motivação para o título deste trabalho, “da abjeção à dignidade”.

Ademais, fica a sugestão de que o serviço em aids dialogue com o serviço dos ambulatórios de transexuais e travestis, ambos no SUS, para saber sobre as implicações da transição de gênero na saúde dessas pessoas e conhecer possíveis interferências disso tudo no tratamento antirretroviral e na saúde delas. Ainda, que surja a interface assistência-pesquisa direcionada a essa interlocução, pois não existem estudos no Brasil com esse enfoque. Poderiam ser realizadas pesquisas-ação nesses diferentes ambulatórios, desempenhadas de maneira multiprofissional, para a construção desse conhecimento.

Ainda sobre o contexto de prostituição, é importante que a equipe multidisciplinar que atua com a população soropositiva – que envolve também Serviço Social e Psicologia, algo previsto pelo Ministério da Saúde – tenha conhecimento acerca desse cenário, que para muitas travestis e transexuais é imperativo. A partir disso, e pensando que uma das bases do SUS é buscar garantir a saúde dos usuários de maneira integral, poderiam ser pensadas intervenções direcionadas a buscar, junto com essas pacientes, alternativas e possibilidades de inserção no mercado de trabalho, acionando a rede de assistência social do município em questão e projetos sociais de ONG com associação ou não às prefeituras. Essa poderia ser uma via que facilitaria a saída do meio da prostituição para aquelas que a desejam.

No geral as narrativas dessas participantes mostraram que, de modo a garantir suas adesões, não basta prescrever as medicações e orientá-las para que as tomem, é

necessário conhecer seu contexto de vida para se pensar em estratégias que viabilizem isso. No caso em que uma das participantes estava em situação de rua, houve a narrativa de que nunca havia feito uso dos medicamentos prescritos porque não tinha local para guardá-los. Para isso, etapas anteriores ao tratamento em si precisam receber assistência, pois, pelo contrário, todas as investidas de saúde serão em vão.

É necessário que se compreenda para além da aids, que se busque conhecer como essa população vive. Por exemplo, para atender as demandas reais, bem como promover assistência integral à saúde dessas pessoas (física, psicológica e social) faz-se necessário entender de maneira apropriada a questão de gênero em si, como ocorrem os processos de transição, e dialogar com o ambulatório especializado a atender travestis e transexuais. Esse é um dos argumentos que aponta para a importância da implementação de tais ambulatórios. Não é eficaz olhar apenas para o HIV, é preciso conhecer mais profundamente essa realidade e saber, por exemplo, que são pacientes que fazem uso de hormonização e de silicone industrial, que possivelmente apresentaram escolaridade baixa em função da exclusão no sistema formal de ensino e que possivelmente apresentam ou já apresentaram desamparo da família, além de compreender o cenário de vulnerabilidades no lugar de apenas intervir sobre a patologia orgânica.

Para isso, é importante que corpo clínico compreenda de fato a expressão de gênero dessas pessoas, para que comentários preconceituosos ou atitudes discriminatórias, pautadas na estigmatização, percam lugar nessas instituições. Uma sugestão para tentar melhorar esse cenário é a de organizar e realizar rodas de conversa com travestis e profissionais, em que elas mesmas falem sobre suas vivências. Assim, há mais garantia de que as informações corretas serão compartilhadas e, com isso, diminuídas as chances de serem transmitidos conceitos equivocados sobre essa população.

Conhecer a rede de apoio social dessas pessoas é demasiado importante, pois se sabe que há mais chances de adesão ao tratamento se elas recebem esse tipo de apoio. Poder-se-ia, por exemplo, realizar o chamamento dos parceiros para que eles pudessem acompanhá-las em suas consultas, se houvesse consentimento, e isso poderia promover maior amparo e constituir-se em ponto de apoio para a adesão ao tratamento.

Torna-se também uma questão de saúde pública o acesso gratuito às intervenções corporais para a transformação, que envolvem procedimentos médicos, pois ao recorrerem a práticas caseiras e improvisadas, essas mulheres transexuais e

travestis colocam sua saúde em risco. Portanto, as políticas públicas praticadas no âmbito da saúde, voltadas para a preservação da integridade dessas pessoas, precisam ir além do reconhecimento do nome social, acesso a laudo psiquiátrico e à hormonização.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, G. & Murta, D. (2013). Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), *14*, 380-407.

Alves-Mazzotti, A. J. & Gewandsznaider, F. (1999). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Arán, M. (2006). A sexualidade e a gramática normativa sexo-gênero. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalitica*, *9*(1). 49-63.

Ayres, J. R. C. M. (2009). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: G. W. S. Campos et al. (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 375-418). São Paulo: Hucitec.

Barbosa, B. C. (2013). "Doidas e putas": Usos das categorias travesti e transexual. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), *14*, 352-379.

Bento, B. (2008). *O que é transexualidade.* São Paulo: Brasiliense.

Bento, B. (2009). A diferença que faz diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. *Bagoas*. *4*, 95-112.

Benjamin, H. (1966). *The transexual phenomenon.* New York: Julian Press.

Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: Como fazer entrevistas em ciências sociais. *Em Tese* (Florianópolis), *2*(1), 68-80.

Borges, L. S., Canuto, A., Oliveira, D., & Vaz, R. (2013). Abordagens de gênero e sexualidade na Psicologia: revendo conceitos, repensando práticas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *33*(4), 730-745.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Portaria n. 457 de 19 de agosto de 2008. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 ago. 2008. Seção 1, p. 69. *Aprova a regulamentação do processo transexualizador no âmbito do SUS.*

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1.707 de 18 de agosto de 2008. Diário Oficial da União. Poder Executivo, *Brasília, DF*, 19 ago. 2008. Seção 1, p. 43. *Institui no âmbito do SUS o processo transexualizador a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.*

Brasil. Ministério da Saúde (2014). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Aids e DST*. Ano III n. 1.

Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. (2003). *Qualitative Research for Education: an introduction do Theories and Methods*. Nova Iorque: Pearson Education Group.

Butler, J. (1993/2001). Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In Louro. G. L. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.

Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Butler, J. (2004). *Undoing gender*. New York: Routledge.

Butler, J. (2009). Desdiagnosticando o gênero. *Revista de Saúde Coletiva*. *19*(1), 95-126

Carvalho, M., & Carrara, S. (2013). Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), *14*, 319-351.

Conselho Nacional de Saúde. (2012, 12 de dezembro). *Resolução No. 466/2012*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS. Retirado de http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

Davi, E. H. D. (2013). *Belíssima: Um estudo merleau-pontyano da corporalidade travesti*. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publication.

Duque, T. (2009). *Montagens e desmonstagens: vergonha, estigma e desejo na construção das travestilidades na adolescência*. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal de São Carlos, UFSCar, São Carlos.

Ferraz, E. A., Souza, C. T., Souza, Luiza, M., & Costa, N. (2006). *Travestis profissionais do sexo: Vulnerabilidades a partir de comportamentos sexuais.* Trabalho apresentado no *XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*. Caxambu-MG.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública, 24*(1), 17-27.

Foucault, M. (1996). *Genealogía del Racismo.* La Plata: Editorial Altamira.

Foucault, M. (2005). *História da sexualidade I: A vontade de saber* (Maria Thereza da Costa Albuquerque, José Augusto Guilhon Albuquerque, Trads.). Rio de Janeiro: Graal, 2005.

Jesus, J. G. (2013). O conceito de heterocentrismo: um conjunto de crenças enviesadas e sua permanência. *Psico-USF*. *18*(3). 363-372.

Kulick, D. (2008). *Travesti*: *Prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz.

Leite, Jr. J. (2008). *"Nossos corpos também mudam": sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica do Estado de São Paulo, PUC-SP, São Paulo.

Leite Jr, J. (2011). *Nossos corpos também mudam: A invenção das categorias "travesti e "transexual" no discurso científico*. 1ª ed. São Paulo: Annablume/ FAPESP.

Leite Jr, J. (2012). Transitar para onde? Monstruosidade, (des)patologização, (in)segurança social e identidades transgêneras. *Revista Estudos Feministas, 20*(2), 559-568.

Lionço, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: Avanços, impasses, desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 19*(1), 43-62.

Louro, G. L. (1999). Pedagogias da sexualidade. In G. L. Louro (Org.), *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte, MG: Autêntica

Louro, G. L. (2001). Teoria *queer*: Uma política pós-identitária para a educação. *Estudos Feministas, 9*(2), 124-135.

Mann J., Tarantola D. J. M., & Netter, T. (1993). *Como avaliar a vulnerabilidade à infeção pelo HIV e AIDS.* In: Parker R. (Org.), *A AIDS no mundo* (pp. 276-300). Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Mello, L. P., Marcelo, B, Camilo A., & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, *gay*s, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad, 9*, 7-28.

Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO.

Miskolci, R. & Pelúcio, L. (2006). Fora do sujeito e fora do lugar: reflexões sobre performatividade a partir de uma etnografia entre travestis. *Gênero-Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero*. 255-267

Miskolci, R. (2009). Teoria *Queer* e a sociologia: O desafio de uma analítica da normalização. *Sociologias, 11*(21), 150-182.

Minayo, M. C. S. (1994). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes

Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO

Moreira, T. A. S. (2012). O ato de nomear – da construção da categoria de gênero até a abjeção. *Cadernos do CNLF*, *14*(4). 2914-2926.

Morse, J. M. & Field, P. A. (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. Beverlly Hills: Sage Publications

Murta, D. A. (2007). *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde.* Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas). Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro.

Neves, J. L. (1996). Pesquisa qualitativa: Características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração, 1*(3), 1-5.

Nunes, S. A. (2000). *O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha: um estudo sobre a mulher*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10.

Patton, M. (1986). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: Sage Publication.

Pelúcio, L. (2004). Travestis, a (re)construção do feminino: gênero, corpo e sexualidade em um espaço ambíguo. *Revista Anthropológicas*. *15*(1). 123-154.

Pelúcio, L. (2005). "Toda quebrada na plástica": Corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. *Campos-Revista de Antropologia Social*. *6*(1-2). 97-112.

Pelúcio, L. (2007). *Nos nervos, na carne, na pele: Uma etnografia sobre a prostituição travesti e o modelo preventivo da AIDS*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP.

Pelúcio, L. (2009). *Abjeção e desejo: Uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS*. São Paulo: Annablume/FAPESP.

Pelúcio, L. (2011). Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. *Saúde e Sociedade*, *20*(1), 76-85.

Penedo, S. L. (2008). *O corpo incerto: Corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond.

Peres, R. S. & Santos, M. A. (2005a). Sobre a elaboração e utilização de estudos de caso na pesquisa científica e na prática profissional em Psicologia. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva, & M. A. Santos (Orgs.), *Formação em Psicologia: Desafios da diversidade na pesquisa e na prática profissional* (pp. 117-130). São Paulo: Vetor.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2005b). Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia. *Interações*, *10*(20), 109-126.

Peres, W. S. (2005). *Subjetividade das travestis brasileiras: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro.

Peres, W. S. (2010). Travestis, escolas e processos de subjetivação. *Instrumento*. *12*. 57-66.

Peres, W. S. (2012). Travestilidades nômades: a explosão dos binarismos e a emergência queering. *Estudos Feministas. 20*(2), 539-547.

Peres, W. S. (2013). Psicologia e Políticas Queer. In. Teixeira-Filho, F. S. et al (Orgs.). *Queering: problematizações e insurgências na psicologia contemporânea*. Cuiabá: EdUFTM.

Peres, W. S.; Pocahy, F. A.; Carneiro, N. S.; Teixeira-Filho, F. S. (2014). Transconversações queer: sussurros e gemidos lusófonos de Quatro cadelas mirando a(s) Psicologia(s). *Periódicus*. *1*, 106-153.

Peres, W. S. (2015). *Travestis brasileiras: do estigma à cidadania*. Curitiba, PR: Juruá Editora.

Porchat, P. (2014). O corpo: entre o sofrimento e a criatividade. *Epos, 5*(1). 112-130.

Rey, F. L. G. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Cengage Learning.

Trevisan, J. S. (2004). Devassos no paraíso: A homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. Rio de Janeiro / São Paulo: Record.

Turato, E. R. (2000). Introdução à metodologia de pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, *2*(1), 93-108.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-metodológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.* Petrópolis, RJ: Vozes.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, *39*(3), 507-514.

Sedgwick, E. K. (1996). *Queer Theory/Sociology*. Malden: Blackwell.

Silva, N. E. K. & Sancho, L. G. (2013). O acesso de homens a diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis na perspectiva multidimensional e relacional da vulnerabilidade. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, *17* (45), 463-471.

Silva, J. P. V. & Lima, J. C. (2005). Sistema Único de *Saúde:* reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.), *Textos de apoio em políticas de saúde* (pp. 43-73). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Sousa, P. J., Ferreira, L. O. C., & Sá, J. B. (2013). Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*(8), 2239-2251.

Stake, R. E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). London: Sage Publications.

Vergueiro, V. (2015). *Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade.* Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade). Universidade Federal da Bahia (UFBA), Bahia.

Warner, M. (1993). *Fear of a queer planet: queer politics and social theory*. Minneapolis/London: University of Minnesota Press.

Willig, C. (2005). Introducing qualitative research in Psychology. London: Open University Press.

APÊNDICE A – REVISÃO DE LITERATURA

"*Gender is a Galaxy*": uma revisão de literatura sobre as identidades de gênero nas transgeneridades

Com a finalidade de se obter maior compreensão acerca do estado da arte da temática referente às transgeneridades, a fim de que se pudesse subsidiar o projeto de pesquisa de Mestrado intitulado "Corpos, gêneros e sexualidades: as subjetividades de mulheres trans e travestis que vivem com HIV/aids", decidiu-se por fazer essa revisão bibliográfica.

Compreender as identidades de gênero, pelo ponto de vista das pessoas que não se identificam com o gênero que lhes foi designado ao nascer, é crucial para entender a experiências dessas pessoas, particularmente em uma cultura que coloca a identidade de gênero como uma ferramenta social organizadora.

O objetivo deste trabalho foi, portanto, realizar uma revisão bibliográfica das publicações empíricas que se destinaram a investigar a identidade de gênero das pessoas transgênero, por meio da busca de artigos indexados em bases de dados nacionais e internacionais.

Trajetória metodológica e procedimentos

Para a realização dessa revisão foram realizadas as seguintes etapas: 1) elaboração da pergunta norteadora do trabalho, que se refere à questão que orientou as buscas dos artigos nas bases de dados; 2) seleção das bases de dados mais apropriadas para responder à pergunta; 3) escolha da sistematização de busca com termos indexados ou termos gerais de busca; 4) estabelecimentos dos critérios de inclusão e exclusão para a composição da amostra de artigos; 5) leitura, análise e interpretação do conteúdo dos artigos; 6) elaboração deste relatório referente à revisão.

A pergunta da revisão

Tendo como base que a presente revisão estaria inserida em um estudo maior e que sua realização contribuiria para uma melhor compreensão do tema envolvido em tal estudo, a formulação da pergunta que norteou as buscas dos artigos e a escolha das bases de dados foi: "Empiricamente, o que se sabe sobre a identidade de gênero das pessoas transgênero?". Além de ter se mostrado mais adequada e viável, essa pergunta

foi mais de encontro com o interesse da pesquisadora para a realização deste trabalho de revisão, que abarcou estudar as identidades de gênero por meio de estudos empíricos, pois estes forneceriam informações provenientes da investigação feita diretamente com essas pessoas, ao invés de formulações e explicações teóricas, provenientes de artigos não empíricos.

A escolha das bases de dados para as buscas

Para efetuar a busca bibliográfica, visando a assegurar a abrangência nacional e internacional das fontes utilizadas para esta revisão, e também considerando as disciplinas e áreas abarcadas por cada uma delas e, ainda, tendo em mente que a pergunta norteadora precisaria ser respondida, foram consultadas as seguintes bases indexadoras: LILACS, PubMed, PsycInfo, Web of Science e Project Muse.

LILACS foi uma base selecionada por ser o índice de literatura mais abrangente para as publicações da América Latina e Caribe e compreender a literatura relativa às ciências da saúde. Seria interessante para este trabalho que se fizesse uma busca das publicações brasileiras e latino americanas para mapear o campo do conhecimento também no país em que a pesquisa maior será realizada. Utilizou-se essa base também por conter publicações da área da saúde, pois essas bases geralmente indexam artigos referentes à temática das identidades transgêneras, já que muitas pesquisas na área médica serem feitas com essa população, ainda é classificada como portadora de um transtorno psiquiátrico (Transtorno de Identidade de Gênero), e também porque essas pessoas usam serviços de saúde, sendo muitas vezes os participantes das pesquisas recrutados justamente por serem usuários do Sistema Único de Saúde, no caso do Brasil.

Uma das bases internacionais selecionadas para realizar a busca foi a PubMed, uma base de dados norte americana que possibilita a pesquisa de artigos da área médica. Ela também foi selecionada seguindo a lógica supracitada, de que muitas publicações em que participantes são pessoas transgêneras estão indexadas em bases de dados da área médica.

Pensando que a pergunta da revisão envolvia o constructo de identidade de gênero, que é também utilizado pela ciência psicológica, foi selecionada a base de dados PsycInfo, uma base de dados produzida pela APA (American Psychological Association) e que, portanto, contém publicações referentes ao campo da Psicologia.

Ainda, na tentativa de aglutinar à revisão artigos provenientes de outros campos de saber, foi utilizada a base de dados Web Of Science, que fornece acesso a múltiplas bases de dados que referenciam pesquisas multidisciplinares, o que permite que se atinjam publicações provenientes de outras áreas, além da saúde, médica e psicológica, incluídas nas bases anteriormente citadas

Utilizando a lógica de agregar ao trabalho publicações referentes a outros campos do conhecimento, pelo fato da busca eliciada pela pergunta conter um constructo referente aos estudos do fenômeno humano, foi utilizada a base de dados Project Muse, que contém artigos indexados na área das Ciências Humanas.

A seleção dos termos para as buscas

Para cada base de dados existiu uma maneira diferente de fazer a busca, pois elas requerem diferentes maneira para encontrar os artigos. No geral, para todas as bases foi utilizada a combinação de algum termo (indexado ou não) para designar as pessoas transgêneras com o termo "identidade de gênero", também indexado ou não, dependendo da base.

Na base de dados LILACS, em que a busca é feita com descritores indexados pelo DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), utilizados na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), foi feita da seguinte maneira: ("Transexualidade" OR "Transgênero" OR "Transgêneros" OR "Travestismo Fetichista" OR "Transexualismo") AND "Identidade de Gênero". Colocar a palavra "or" faz com que a busca atinja itens que estão indexados com um desses termos, não necessitando conter todos os termos. Colocar "and" faz com que a busca seja limitada a achados que contenham a combinação do termo anterior com o posterior.

Seguindo essa sistematização, na base de dados PubMed os descritores também eram indexados, via MeshTerms. Essa base de dados trabalha de uma maneira diferente com eles, em que é necessário colocar apenas o "descritor chave" para a busca, que contém todos os demais e os insere automaticamente na busca. Assim, não foi necessário especificar todas as possibilidades de termos para encontrar os artigos, como feito com a busca na base anterior. A busca na PubMed, portanto, foi: "Transgendered Persons" AND "Gender Identity".

PsycInfo também trabalha com termos indexados. A busca nessa base foi feita com a combinação de termos: ("Gender Identity Disorder" OR "Transgender" OR "Transsexualism" OR "Transvestism") AND "Gender Identity". Nessa base foi possível

utilizar outros filtros para a busca, então selecionei o período temporal das publicações a serem encontradas (será especificado na seção de critérios de inclusão/exclusão), e o tipo da publicação, “Journal”.

A base de dados multidisciplinar Web Of Science não trabalha com descritores indexados. Sendo assim, foram feitas algumas tentativas de busca, com diferentes termos e combinações entre eles. A combinação que foi mais produtiva, em termos de quantidade de resultados de busca, foi a “Trangenderism” AND “Gender Identity”, que foi a utilizada para o trabalho. Também foi possível refinar a busca por tipo documento a ser encontrado, que no caso foi “Article”.

Project Muse, a base de dados das Ciências Humanas, também não sistematiza termos indexados para a busca. Portanto, foram feitas diferentes buscas com diferentes termos, sendo a mais promissora: “Transgendered Persons” AND “Gender Identity”. Foi igualmente possível selecionar o tipo de publicação a ser buscada, que para essa base foi “Articles”.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Quando se faz uma busca em bases de dados, os achados não se restringem ao que se deseja encontrar, de acordo com o objetivo da busca. Para as buscas em questão, meu interesse era o encontrar artigos empíricos indexados, que fossem escritos em uma linguagem que pudesse ser compreendida por mim. Então, os primeiros critérios de inclusão dos itens encontrados nessas buscas foram: itens que fossem em formato de artigo (sendo excluídos documentos em formatos de tese, capítulo de livros, editoriais, etc), artigos publicados a partir do ano de 2005 (a revisão abrangeu artigos publicados nos últimos dez anos); e artigos escritos português, o inglês ou o espanhol.

Os critérios de exclusão que orientaram a seleção da amostra final para este trabalho foram: exclusão de artigos não empíricos (excluindo, portanto, estudos teóricos); pesquisas de áreas médicas e biológicas (pois não responderiam à pergunta proposta neste trabalho); pesquisas que não tiveram uma amostra especificamente composta por pessoas transgêneras (sendo composta por população selecionada pela orientação sexual, como *gay*s e lésbicas, ou por familiares e companheiros de pessoas trans, ou ainda população infantil diagnosticada com Transtorno de Identidade de Gênero); e, por fim, estudos empíricos com a população trans, mas que não tinham como enfoque a identidade de gênero dessas pessoas.

Resultados e Discussão

Analise Quantitativa

As buscas foram realizadas em cada uma das bases citadas na seção de Procedimentos, com os termos de busca também referidos. No total de todas as buscas foram encontrados 472 itens. A Tabela 1 especifica os resultados da busca em cada base.

	Total de itens	Exclusões	Seleção
LILACS	30	27	03
PubMed	35	34	01
PsycInfo	372	355	17
Web of Science	20	19	01
Project Muse	15	15	00
TOTAL	472	451	22 – 1 = 21

Tabela 1. Resultados de todas as buscas

Seguindo os critérios de exclusão, foram excluídos 99 itens, sendo 59 por serem em outro formato que não artigos (teses, capítulos de livro, editorial, etc), 31 por serem itens escritos em língua que não era portuguesa, inglesa ou espanhola, e 9 por serem de um ano de publicação anterior a 2005, como pode ser observado na Figura 1.

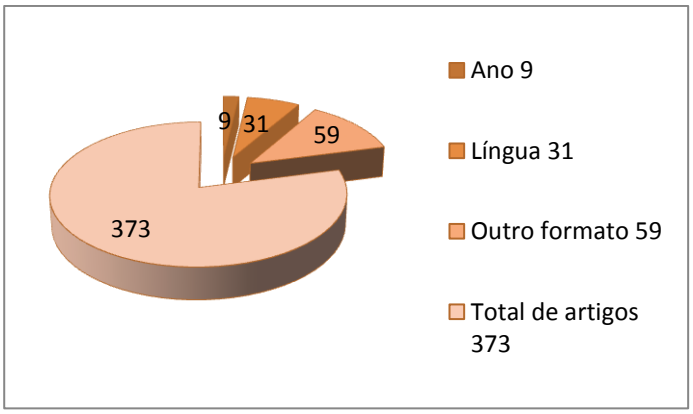

Gráfico 1: Primeiras exclusões

Dessa forma, restaram 373 artigos para a seleção, de acordo com os critérios de inclusão. Foram lidos todos os resumos de todos esses itens para que pudesse ser decidido se comporiam ou não a amostra a ser analisada neste estudo de revisão.

A leitura dos resumos permitiu excluir 167 artigos por não serem derivados de estudos empíricos, 110 por terem como amostra outras populações que não envolviam pessoas trans (como foi o caso de estudos com amostras de pessoas identificadas como *gay*s ou lésbicas, ou familiares e parceiros de pessoas trans, população infantil diagnosticada com Transtorno de Identidade de Gênero, entre outros), 34 por se tratarem de abordagens médicas e biológicas referentes a essa população (como estudos das áreas de neurologia, endocrinologia, cirurgia, dermatologia, etc.), e 40 estudos foram excluídos porque, apesar de serem empíricos e terem amostras compostas por pessoas transgêneras, não tinham como enfoque o estudo de sua identidade de gênero (focando em carreiras de trabalho, movimento de militância, comorbidades psiquiátricas, entre outros aspectos). Essa seleção está exposta na Figura 2.

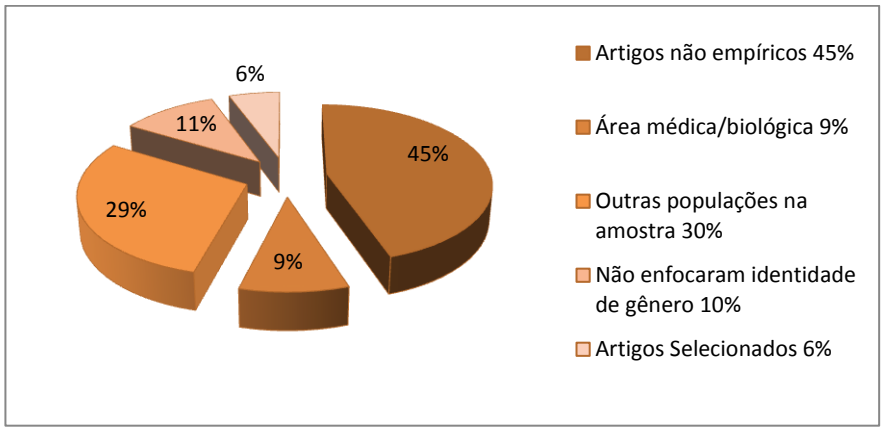

Gráfico 2. Seleção dos artigos para composição da amostra do estudo

Dos 22 artigos selecionados, um esteve nos resultados de busca de duas bases diferentes. Sendo assim, a amostra candidata à análise desta revisão foi composta por 21 artigos. Entretanto, 6 artigos não puderam ser recuperados porque eram pagos e não puderam ser solicitados via COMUT porque a Universidade estava em greve. Portanto, a amostra final do presente estudo contou com 15 artigos selecionados.

Segue a Figura 3, que ilustra a distribuição das publicações por ano. O presente ano, 2014, está incluído na amostra e no gráfico, porém nenhuma base de dados disponibilizou artigos indexados desse ano. Portanto, observa-se no gráfico que não há publicações em 2014, podendo transmitir a impressão que houve regressão na

quantidade de publicações, mas não é o caso, visto que elas possivelmente ainda não foram indexadas. Dessa forma, observa-se uma tendência crescente referente à quantidade de publicações sobre o tema em questão, podendo-se inferir que nos últimos anos se concentra maior quantidade de artigos.

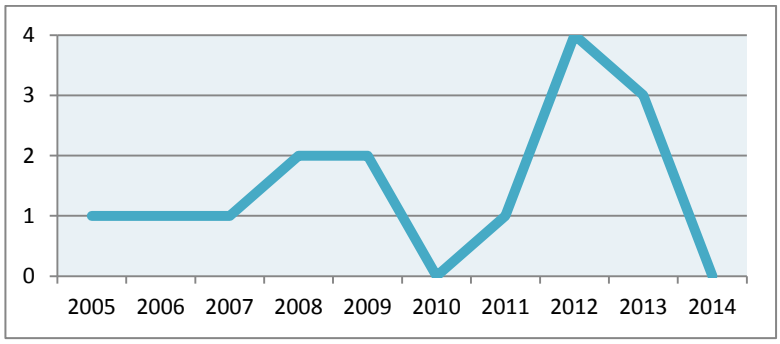

Gráfico 3: Número de publicações por ano

Em relação aos lugares em que as pesquisas foram realizadas, pode-se observar pelo Gráfico 4 que a maior parte dos estudos internacionais publicados em língua inglesa se concentrou nos Estados Unidos, com oito publicações realizadas neste país. Canadá e Reino Unido apresentaram três pesquisas cada um. Além disso, foram encontrados três pesquisas sobre o tema realizadas no Brasil.

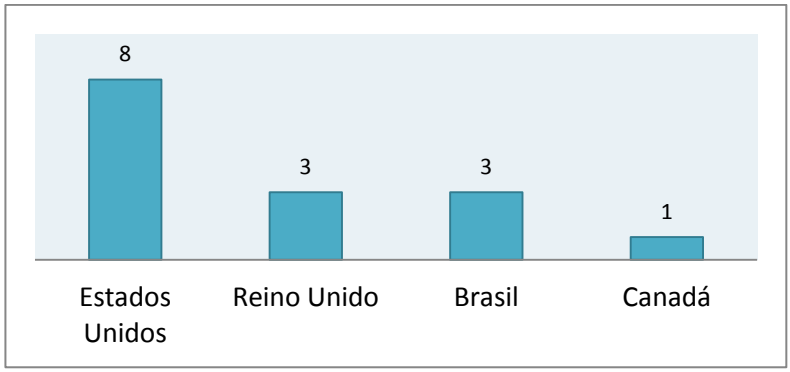

Gráfico 4: Lugares em que foram realizadas as pesquisas

Em relação às metodologias utilizadas nos 15 estudos, 12 foram qualitativas, duas quantitativas e uma quali-quanti. Quase todos os estudos qualitativos utilizaram como procedimento a aplicação de entrevistas abertas. Os dois estudos quantitativos consistiram no preenchimento, por parte das pessoas da amostra, de questionários referentes à identidade de gênero e orientação sexual, enviados por email ou por correio. O estudo quali-quanti usou a combinação questionário-entrevista e foi o único que

utilizou um grupo de comparação, composto por homens não transgêneros. Segue a Figura 5 para ilustrar.

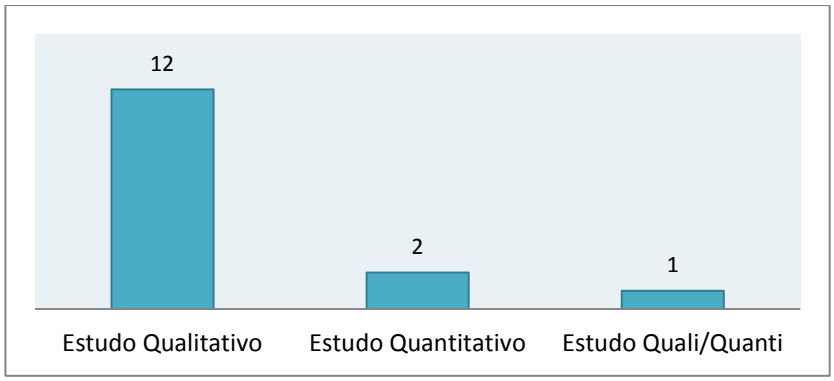

Gráfico 5: Metodologias utilizadas nos estudos

Em relação à população estudada em cada estudo, houve variação. Interessante notar que não houve estudo em que participaram apenas mulheres transgêneras. Houve predominantemente estudos com a população de homens transgêneros, totalizando sete artigos. Cinco estudos utilizaram como população homens e mulheres trans. Apenas um estudo, brasileiro, teve como participantes mulheres identificadas como travestis. Outro estudo teve amostra composta por homens trans, mulheres trans e pessoas identificadas como gender*Queer*. E um estudo teve como população investigada mulheres trans e uma pessoa identificada como *cross-dresser*. A Figura 6 ilustra (F designa Female, portanto, mulheres trans, e M designa M, homens trans).

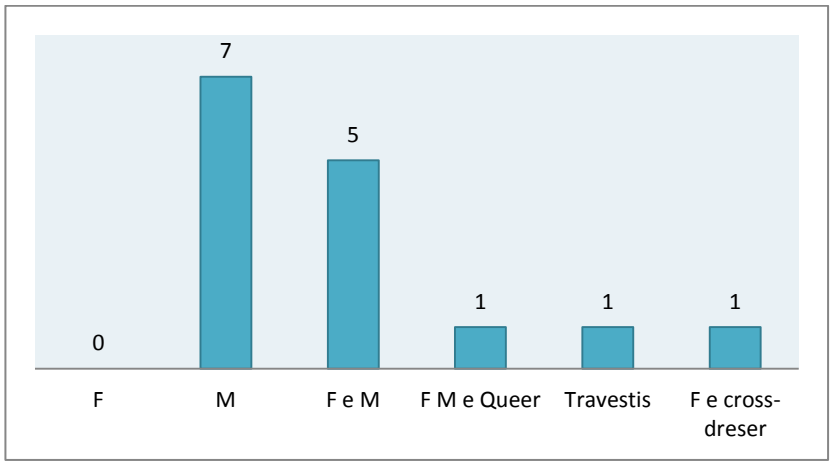

Figura 6: Populações que compuseram as amostras dos estudos

Análise Qualitativa

Por meio da leitura e análise qualitativa dos artigos encontrados para essa revisão, puderam ser identificados alguns temas principais que apareceram no corpo de resultados dessas publicações. Puderam ser identificadas quatro grandes categorias para esses temas: *Construções do corpo; Construções do gênero; Interseccionalidades do gênero e da orientação/identidade sexual; e Pluralidade de identidades.*

Todas as categorias estão entrelaçadas às questões da identidade de gênero das pessoas transgêneras, que constituiu o foco deste estudo, e também se misturam e se complementam. O olhar segmentado a cada uma delas é para efeito de minuciosa análise apenas, já que nos sujeitos elas aparecem trançadas.

Realizo, então, uma exploração de cada uma dessas categorias temáticas e, em seguida, algumas reflexões acerca das amostras utilizadas nos estudos.

Construções do corpo

Quase todos os estudos trouxeram as questões referentes ao corpo das pessoas transgêneras como fundamentais na constituição de suas identidades de gênero. No geral, os artigos que trouxeram essa categoria atrelada à construção da identidade de gênero dos participantes, o fizeram evidenciando o sentimento de disforia de gênero percebido pelas pessoas (que envolve um sentimento de insatisfação com a imagem corporal, implicando na sensação de "viver em um corpo estranho", que comumente traz sentimentos depreciativos, que podem envolver forte ansiedade ou depressão do humor), os aspectos que envolveram a transição do sexo biológico para o gênero percebido, e como as questões da transformação do corpo por meio de cirurgias e hormonização possibilitam uma melhora na percepção da imagem corporal, que se torna mais condizente com a maneira como se sente psiquicamente em relação à identidade de gênero.

Sampaio e Coelho (2012) em seu estudo brasileiro realizado com uma amostra de homens e mulheres transgêneros encontraram que, para esses participantes, se submeter ou não a um processo cirúrgico de redesignação sexual (cirurgia de genitalização) não constitui a transexualidade por si. Os participantes deste estudo colocaram que todos os procedimentos que ocorrem no corpo, inclusive a cirurgia transgenitalizante, se dão para diminuir o sentimento ruim vivido por essas pessoas, em que há a sensação de não adequação do corpo ao gênero percebido, mas que, independente da realização ou não, o gênero já está lá. É uma idéia de que o gênero

antecede o corpo, ou seja, o corpo se tornará o que é (modificado ou não) para que haja uma correspondência ao gênero, que o antecede.

Na mesma linha de achados, Vegter (2013) encontrou nas entrevistas com os participantes de seu estudo que as modificações corporais não foram vistas como totalmente integrantes (constituintes) da formação da identidade de gênero, mas como um meio de diminuir a distância entre o corpo e a mente. A expressão do gênero por meio da transição seria, portanto, uma maneira de validar essa identidade socialmente.

Essa necessidade de fazer o corpo corresponder ao gênero percebido muitas vezes surge ainda na infância. Morgan e Stevens (2008) encontraram isso em sua pesquisa com homens trans, que referiram ter percebido, ainda quando crianças, que seu gênero não correspondia ao designado no nascimento e que muitas crianças acreditavam, na primeira infância, que realmente pertenciam “ao outro” gênero, e isso ocorria porque usavam os interesses, amizades e brincadeiras em que se envolviam como referência para ter essa percepção.

Schleifer (2006) também encontrou dados parecidos em seu estudo, em que os participantes referiram que desde crianças percebiam que não correspondiam ao gênero designado e que “algo faltava” em seus corpos, se referindo ao pênis, no caso dos FTMs (termo em inglês que significa Female to Male, são os homens transgêneros que foram designados mulheres ao nascer em função de sua anatomia). Esses participantes também colocaram que iniciaram a transição em função do sentimento de disforia de gênero.

Nagoshi, Brzuzy e Terrel (2012), em seu estudo com homens e mulheres transgêneros, encontraram que os participantes definiram o corpo como uma extensão do que se sente na mente, mas alguns acreditaram que havia a necessidade de cirurgia para que houvesse a correspondência total no corpo do que se percebia psicologicamente.

Apesar de os estudos corroborarem com a informação de que a transição em si não constrói a identidade de gênero, pois esta precede as transformações do corpo, Rowniak e Chesla (2013) encontraram com seus participantes que a transição foi importante porque contribuiu para a diminuição de sua disforia de gênero. Os autores referem, ainda, que a hormonização com testosterona os fez se tornarem “passáveis”, ou seja, fez com que a sociedade passasse a enxergá-los como homens, e isso validou sua identidade de gênero também para si. No estudo de Johnson (2007) com participantes FTM revelou que a transição não muda a identidade de gênero da pessoa, mas transforma a maneira como a sociedade a classifica.

Sobre a “passabilidade”, que é algo encontrado por meio das transformações no corpo (hormonização e cirurgias), Johnson (2007) encontrou com os participantes de seu estudo (homens e mulheres trans) que a ela no geral é mais difícil de ser atingida para as MTFs (Male do Female, são as mulheres trans que foram designadas homens ao nascer em função de sua anatomia), mesmo com a hormonização, porque a testosterona deixa marcas que frequentemente não podem ser apagadas, como angulações marcadas no rosto, voz grossa e pelos no corpo. Por outro lado, os efeitos do estrogênio nos corpos biologicamente femininos são mais fáceis de serem revertidos. Dessa forma, os homens trans (FTMs) conseguem facilmente a passabilidade após a hormonização e podem ser, no máximo, lidos como homens baixinhos ou mais novos do que realmente são. O mesmo não acontece com as mulheres trans, em função das características trazidas pela produção de testosterona na adolescência. Entretanto, a cirurgia genital dos FTM é mais mal sucedida que a cirurgia das MTFs e também mais cara (Factor & Rothblum, 2008). Assim, ao passo que os homens trans tem mais passabilidade socialmente, nas relações sexuais não acontece o mesmo, pois são homens que terão uma relação sexual sem pênis (Johnson, 2007).

Ainda sobre passabilidade, Dozier (2005) percebeu com seus participantes que o surgimento da barba e da calvície são marcas importantes para que os homens trans sejam assim percebidos pela sociedade.

Williams, Weinberg e Rosenberger (2013) apontam que muitos homens trans, após a transição completa, assumem uma identidade totalmente masculina, sendo reconhecidos totalmente como tal, e comumente preferem ser classificados apenas como “homens”, excluindo a categoria “trans” de sua autoidentificação.

Os autores também encontraram um dado interessante ao analisar as entrevistas com os participantes do estudo: de maneira geral, os participantes relataram que seus corpos foram modificados para que houvesse uma correspondência com gênero percebido, mas que, a partir do momento que estes corpos já se encontravam modificados, eles contribuíam para afirmar o gênero a que essas pessoas pertenciam. Então, esse estudo segue a linha de Sampaio e Coelho (2012), de que o gênero precede o corpo, mas acrescenta que o corpo, apesar de a priori não determinar o gênero, uma vez modificado, marca e reafirma esse gênero.

Os autores também colocam que as transformações no corpo abrem espaço para novas maneiras de se relacionar sexualmente. Esse dado também foi observado por Bockting, Benner e Coleman (2009), que em seu estudo também encontrou que os

participantes trans homens relataram mudanças no comportamento sexual após a transição, sentindo-se mais masculinos e com a libido aumentada. Esses participantes também afirmaram que não sentiam precisar de um pênis para se sentirem e desempenharem um papel masculino na relação sexual. Dozier (2005) também encontrou resultados parecidos, em que os participantes de seu estudo referiram não precisar de um pênis para se sentirem pertencentes ao gênero masculino.

Vegter (2013) encontrou falas parecidas que emergiram dos participantes homens transgêneros de seu estudo. Eles disseram que no geral não se interessam em buscar a cirurgia de faloplastia por não julgar que um pênis seja necessário para se sentirem homens e desempenharem esse papel na relação sexual.

Construções do gênero

Outro constructo importante que esteve presente no corpo dos artigos encontrados nessa revisão foi o referente ao gênero propriamente dito, e às construções que apareceram sobre essa temática nas produções científicas analisadas. Os artigos abordaram, portanto, aspectos presentes na construção da masculinidade e feminilidade, remetendo à discussão do que venha a significar a construção do gênero e da transgeneridade nos sujeitos. Às vezes essa construção apareceu como atrelada aos estereótipos construídos socialmente acerca do que é ser homem e mulher, outras vezes apareceu vinculada aos comportamentos sexuais e à vida sexual de maneira mais ampliada.

Nagoshi et al (2012) encontraram dados muito interessantes que dizem respeito à construção das masculinidades e feminilidades na amostra estudada (que envolveu homens e mulheres trans), pois todos os participantes de seu estudos referiram, de alguma maneira, que expressam tanto características masculinas como femininas, presentes no corpo e nos comportamentos. Seu estudo, portanto, abre espaço para pensar o gênero como um traço mais contínuo, fluido e mutável, do que como algo estático.

A maior parte dos estudos, como já visto nas análises anteriores, envolveu uma amostra composta por homens transgênero (FTMs). Em quase todos esses estudos esteve presente a trajetória de construção do gênero e das representações acerca da masculinidade. Vegter (2013), por exemplo, encontrou em seu estudo que os homens trans não sentiam que eram excessivamente masculinos, podendo assumir sua feminilidade e desviar-se da pura masculinidade, sem que isso comprometesse sua

identidade global de gênero. Esses participantes referiram não sentir que tinham menos masculinidades que homens designados assim ao nascer. Na verdade, eles expressaram a crença de que todos os indivíduos apresentam níveis variados de masculinidade e feminilidade, que por si só não podem ser determinados ou determinantes de gênero.

Nesse mesmo estudo, os homens referiram que, no início de sua transição, sentiam uma necessidade mais forte de expressar de maneira marcada a sua masculinidade, bem como rejeitar suas características que se aproximassem de qualquer feminilidade, sugerindo que a expressão de gênero é uma via para se atingir a validação social. Nessa mesma linha, Dozier (2005) aponta ter verificado com os participantes de sua pesquisa que, a partir do momento que a categoria de gênero fica óbvia para a sociedade (que ocorre após a transição), os homens trans perceberam que não necessitavam mais desempenhar um papel muito masculinizado, como sentiam que precisavam desempenhar antes da transição. Após a transição, portanto, ao serem lidos como homens perante a sociedade, se sentiram mais livres em seu comportamento para desempenhar, inclusive, atividades tipicamente femininas.

A masculinidade nos homens trans parece diferenciar-se da masculinidade nos homens que foram designados homens ao nascer (“homens biológicos”). Johnson (2007), por exemplo, percebeu em seu estudo que os homens trans que compuseram sua amostra experimentavam um outro modelo de masculinidade, sem abdicar do que aprenderam enquanto viviam como mulheres, o que constituiu uma subversão da masculinidade enquanto gênero ativo, agressivo e de dominação. Da mesma maneira, Schleifer (2006) também encontrou que os homens em seu estudo descreveram experimentar uma masculinidade diferente dos homens nascidos homens.

Bockting et al (2009) encontraram que alguns homens trans demoraram para ter clareza acerca de sua identidade de gênero pois ficavam na duvida se apenas gostavam de homens no sentido homoafetivo ou se sentiam assim porque queriam ser homens.

Outro achado importante foi que muitos homens trans, após completarem a transição preferiram ser designados como homens apenas, sem incluir a categoria trans nessa classificação (Morgan & Stevens, 2008; Rowniack & Chesla, 2013).

Morgan e Stevens (2012) constataram em sua amostra compostas por mulheres transgênero (MTFs) que as que tiveram uma transição tardia (após 40 anos de idade, em média), tiveram uma fase da vida em que a masculinidade também esteve muito marcada e estereotipada. Muitas casaram, tiveram filhos, empregos tipicamente masculinos, inclusive prestaram serviço militar e estiveram presentes em combates e

guerrilhas. Essas mulheres, ao longo da infância, já haviam percebido sua não conformidade com o gênero designado ao nascimento, porém eram constantemente punidas ao manifestar qualquer traço feminino em seu comportamento. Todas relataram ter o hábito de praticar o *cross-dressing* (utilização de roupas tipicamente pertencentes ao gênero oposto, no caso, o feminino) escondidas, inclusive após terem se tornado adultas, ainda antes da transição. Essas participantes referiram ter experimentado ao longo da infância um forte desejo de poder se expressar como gênero feminino, e de ter nascido tipicamente em corpos femininos. Elas referiram que ainda não tinham ideia do que significava a transgeneridade, mas já percebiam que estavam alocadas socialmente em gêneros que não correspondiam ao que sentiam ser.

Schleifer (2006) também pode observar nas entrevistas que realizou com homens trans que esses indivíduos também apresentaram o desejo de serem do gênero masculino antes de saberem o que é a transgeneridade. Observação também constatada por Morgan e Stevens (2012), no estudo realizado com as mulheres trans, que também se sentiam femininas desde a infância, quando ainda não sabiam o que seria uma identidade transgênera. Esses achados nos mostram que o sentimento de se perceber de um gênero ou de outro não é uma "escolha racional", já que antecede qualquer conhecimento que possa se ter sobre o assunto.

Rowniak e Chesla (2013) também colocaram que muitos homens trans referiram ser identificados como lésbicas masculinas antes de iniciar a transição. Em função da sociedade decodificá-los dessa maneira, assumiam identidades lésbicas. Entretanto, na medida em que atingiam a fase adulta, transicionavam e assumiam a identidade masculina.

Vegter (2013) coloca uma interessante reflexão acerca desse fenômeno, de existirem muitas crianças nascidas meninas que desempenham um comportamento masculino e por isso são lidas socialmente como meninas masculinas (em inglês existe um termo "tomboy" para designar meninas que tem esse comportamento masculino, mas ainda são categorizadas como meninas), que é a constatação de que muitas dessas meninas na fase adulta transicionam a assumem a identidade de gênero masculina, outras permanecem com a identificação feminina de gênero e são lidas como lésbicas masculinas.

Tal fenômeno traz uma reflexão importante pois, ao passo em que existe espaço para as meninas expressarem sua masculinidade desde a infância, o mesmo não pode acontecer com os meninos, que precisam esconder qualquer traço de feminilidade que

apareça e são logo taxados pejorativamente como “bichas”, “veados” e são cruelmente punidos pelos pais e pela sociedade. Isso pode indicar uma tendência de que venha a ser menos difícil para os FTMs assumirem sua identidade transgênera em relação ao que é para as MTFs.

Apenas o estudo de Garcia (2009) envolveu uma amostra composta por Travestis, que é uma especificação da categoria transgênera que só existe no Brasil. Sobre a construção do gênero nas travestis, o autor coloca que nas relações afetivosexuais, elas comumente assumem um papel feminino e submisso em relação aos seus maridos. Isso contribui para construir e marcar em seu gênero a feminilidade. Entretanto, é uma categoria que não apresenta tão acentuada a disforia de gênero, nem o desejo de realização de cirurgia transgenitalizadora, o que repercute na manutenção de componentes masculinos agregados a essas identidades femininas.

Interseccionalidades do gênero e da orientação/identidade sexual

Os artigos trouxeram análises interessantes sobre as orientações sexuais das pessoas de identidade transgênera. Alguns estudos apontaram a importância do papel da orientação sexual na construção e afirmação da identidade de gênero, bem como a contribuição da identidade de gênero para a consolidação da orientação sexual. Vê-se, portanto, que identidade de gênero e orientação sexual caminham juntas nas identidades desses indivíduos, apesar de apresentarem significados distintos.

Williams et al (2013) puderam verificar em seu estudo com homens transgêneros que a relação entre o corpo sexualizado e o gênero eram variáveis, sendo que a característica do parceiro ou da parceira com quem se envolviam contribuía para afirmar sua identidade de gênero. Dessa maneira, a orientação sexual percebida pelos participantes colaborava com a percepção da identidade de gênero. Isso também ficou claro no estudo de Dozier (2005), que constatou por meio de sua amostra composta também por homens transgêneros, que a orientação sexual não é baseada somente no gênero do objeto da atração sexual, mas no gênero de quem se sente atraído também.

A contribuição da orientação sexual para a afirmação da identidade de gênero fica mais compreensível se considerarmos que, além de ser preciso considerar o gênero do sujeito a que se destina como objeto de desejo, também depende do gênero ao qual o sujeito em questão pertence para que possa ser considerado que se está desempenhando uma ou outra orientação sexual. Por exemplo, somente homens podem ser *gay*s e somente mulheres podem ser lésbicas. No caso dos homens trans, que comumente se

identificavam como mulheres lésbicas masculinas antes da transição, é um marco para sua identidade de gênero poderem se assumir e serem lidos como *gay*s, pois somente homens podem ter essa orientação sexual. É o parceiro homossexual, que obviamente o vê como um homem, que irá contribuir para a marcação de sua identidade de gênero, nesse caso. Outros exemplos foram citados nos estudos, como o dos homens trans heterossexuais que procuram se relacionar com mulheres bastante femininas para terem também a sensação de sua identidade de gênero estar legitimada. Sendo assim, para alguns casos a orientação e identidade sexual parecem estar intimamente relacionadas à identidade de gênero.

Muitos dos estudos abordaram a questão da orientação sexual antes da transição. Bockting et al (2009), na análise quantitativa realizada a partir dos resultados dos questionários aplicados, constataram que após a transição os homens trans se sentiram mais atraídos por outros homens. Essa amostra, antes de transicionar, se identificava como lésbica. É interessante pensar que ainda antes de transicionar, portanto ainda vivendo como mulheres, essas pessoas se relacionavam com outras mulheres e que, após a transição se permitiram relacionar com outros homens. Muitos desses homens trans colocaram que, a partir do momento que se sentiram seguros em relação a sua identidade de gênero masculina, puderam assumir sua identidade *gay*. Se relacionar com homens antes da transição não seria satisfatório justamente por configurar uma relação heterossexual em que ficaria marcado o seu papel de mulher.

Analogamente a esses achados, Morgan e Stevens (2008) demonstraram, ao analisar as entrevistas aplicadas com homens transgêneros que, mesmo quando eram lidos como lésbicas masculinas na adolescência, os homens trans (antes de transicionar, portanto ainda mulheres), não se sentiam em relações homossexuais ao se relacionarem com mulheres, pois já se sentiam homens. Sentiam-se, portanto, em relações heterossexuais.

Schleifer (2006) encontrou resultados parecidos, em que os homens trans *gay*s antes de trancisionarem, portanto ainda vivendo como mulheres, se engajaram em relações heterossexuais com homens, mas isso não os satisfazia, pois necessitavam desempenhar papel masculino na relação e, como ainda eram lidos como mulheres, não conseguiam desempenhá-lo. Então, mesmo tendo como objeto de desejo indivíduos do gênero masculino, não conseguiam se engajar em relacionamentos heterossexuais. Essa afirmativa é outra que confirma a ideia de que a orientação sexual envolve não apenas o objeto de desejo, mas o gênero da pessoa em questão.

Nagoshi et al (2012) encontraram participantes que atribuíram significados diferentes para a intersecção entre orientação sexual e identidade de gênero. Os homens e mulheres entrevistados por ele consideraram que a orientação sexual não define a identidade de gênero. Os participantes atribuíram um significado heteronormativo a essa premissa, exprimindo a opinião de que uma pessoa se relacionar com outra do mesmo gênero não implica em ela ser homem ou mulher. Por exemplo, um homem não deixaria de ser homem por se relacionar com outro homem, e o mesmo se aplicaria a mulheres. Mas esse estudo também encontrou que a orientação sexual dos participantes se transformou após a transição.

Factor e Rothblum (2008) em sua análise quantitativa da aplicação dos questionários de orientação sexual a pessoas transgêneras, observaram que a minoria dos homens transgêneros (apenas 8%) era *gay* e a maioria das mulheres trans era lésbica. No geral, essa pesquisa evidenciou que as pessoas transgêneras constituem um grupo heterogêneo em termos de identidade de gênero e orientação sexual.

Pluralidade de identidades

A leitura e análise dos artigos revelaram que dentro da categoria da transgeneridade existe uma ampla gama de diversidades e classificações, que vão além das identificações binárias referentes a homem e mulher. Essa análise marca, portanto, que os limites e demarcações das identidades de gênero das pessoas trans, bem como o olhar que se tem para elas, devem ser ampliados e estendidos para que possam ser melhor compreendidos.

Factor e Rothblum (2008), em sua amostra composta por 166 pessoas transgêneras, identificaram, por meio de questionários que avaliaram a classificação da identidade de gênero, que os termos mais usados por essas pessoas para se classificar em termos de gênero foram “MTF”, “FTM” e “Gender*Queer*”. Essa última classificação, no geral, indica que a pessoa não se identifica nem com o gênero masculino, nem com o feminino; seria uma espécie de terceiro gênero, ou uma categoria “agênera” (sem gênero, se considerarmos apenas o binarismo de gênero composto por homem e mulher). Nessa amostra, 31% das pessoas se identificaram como gender*Queer* e um terço referiu preferir que não sejam utilizados pronomes masculinos ou femininos para se referirem a elas. Além disso, essa amostra estudada pelo autor usou 34 expressões diferentes para classificar sua identidade de gênero, além de FTM, MTF e Gender*Queer*, dentre elas: Cross-dresser, Transvestite, Transgender, Intersex, Fem

Male, Gender Blender, Trans woman, Trans man, Man, Woman, Butch, Diesel dyke, etc. Esses dados revelam a complexidade e multidimensionalidade das identidades de gênero.

Kuper, Nussbaum e Mustanski (2011), em seu estudo com uma amostra de 292 pessoas que não se identificavam totalmente com o gênero que lhes foi designado ao nascimento, encontraram que a identidade de gênero mais encontrada, conforme os participantes preencheram o questionário, foi a Gender*Queer*, seguida de homem e mulher trans, e depois seguida por homem e mulher transexual. Os participantes listaram, inclusive, identidades que não constavam no questionário como uma opção, assinalando a opção "outro" e escrevendo a maneira como classificavam sua identidade de gênero. Além disso, quase metade dos participantes se identificou nem como homem ou mulher e 5% como homem e mulher. A análise dos dados evidenciou também que as pessoas mais velhas da amostra tenderam a se identificar mais como Cross-dresser e as mais novas como Gender*Queer*. Dentro dessa última categoria, foram mais mulheres que assinalaram se identificar com ela. Os estudos de Factor e Rothblum (2008) e Vegter (2013) também apontaram que é mais comum a categoria Gender*Queer* aparecer como classificatória de identidade de gênero para pessoas mais novas.

O estudo de Kuper et al (2011) evidencia o largo alcance da variedade das identidades de gênero dentro de espectro transgênero e que essas identidades foram pouco estudadas. A categoria Gender*Queer*, por exemplo, é uma identidade nova e relativamente distante do discurso acadêmico. Trata-se de um grupo que não almeja transicionar por completo porque se afasta do binarismo de gênero. Nessa categoria as pessoas se identificam ou com ambos os gêneros binários (homem e mulher) ou com nenhum deles, então não vêem a necessidade de corresponder aos estereótipos de nenhum gênero. São pessoas que não desejam também fazer a cirurgia transgenitalizante, e esse é um dado interessante, já que a maioria dos estudos com a população transgênera tem como foco as questões referentes à cirurgia.

No estudo realizado por Williams et al (2013) duas das 25 pessoas trans que compuseram a amostra se identificaram como Gender*Queer*. Para essas pessoas também ficou evidente que não há a preocupação de corresponder a nenhum papel de gênero, inclusive no contexto da relação sexual. Diferenciando-se dos homens trans que também participaram dessa pesquisa, em que cumprir o papel masculino de dominação no contexto sexual apareceu como importante.

Outro apontamento relevante feito nesse estudo é que a categoria Gender*Queer* é mais utilizada por quem tem mais acesso a estudos acadêmicos, além de ser mais jovem. No cenário brasileiro, portanto, essa categoria não está muito presente.

O estudo realizado por Bento (2012) coloca que não existe apenas uma identidade trans propriamente dita, mas diferentes nuances de identidade, organizadas por meio de uma complexa rede de identificações que se manifesta por meio de movimentos de negação e afirmação aos modelos estabelecidos socialmente para designar o que venha a ser um homem e uma mulher. A autora coloca, portanto, que não há identidade sexual e de gênero que seja típica e única para as pessoas trans.

Vegter (2013) faz uma observação pertinente e que também pode ser aplicada por meio da análise qualitativa dos artigos encontrados nesse trabalho de revisão: a identidade trans é um abrangente termo "guarda-chuva", que engloba todos os indivíduos que não têm identidades de gênero normativas e que não estão em conformidade com seu gênero socialmente designado.

As amostras

Em quase todos os artigos apareceram apontamentos dos próprios autores sobre as limitações e as dificuldades de recrutamento das amostras utilizadas. Alguns estudos utilizaram uma amostra composta por populações que frequentavam algum serviço de saúde, como clínicas médicas para tratamentos hormonais da transição, ou algum atendimento em grupo de apoio/terapêutico para pessoas transgêneras. Morgan e Stevens (2012), por exemplo, explicita que as participantes de seu estudo foram todas recrutadas via contato do pesquisador com o grupo de apoio de que faziam parte.

Não cabe refletir que a amostra "enviesa" os resultados, porque a proposta de uma pesquisa qualitativa não envolve a generalização dos dados, mas uma compreensão do fenômeno estudado de maneira mais aprofundada. Entretanto, as pesquisas realizadas com a população trans, proveniente de grupos de apoio, caracteriza a amostra no sentido de que provavelmente são pessoas que apresentam mais recursos e estratégias de enfrentamento para lidarem com as dificuldades envolvidas em viver em uma sociedade que ainda discrimina a expressão de sua identidade de gênero.

Raciocínio semelhante pode ser feito em relação a amostras que são compostas por pessoas trans recrutadas em serviços de saúde: são pessoas que necessariamente buscaram tratamento hormonal ou cirúrgico e isso também caracteriza especificidades nos discursos dessas pessoas. Sabe-se que, para conseguir realizar tratamento médico

para a transição, é necessário conseguir um laudo por parte do médico que autorize a realização desses procedimentos. Para conseguir esse laudo, os pacientes precisam ser diagnosticados com Transtorno de Identidade de Gênero (CID 10 e DSM IV TR) e, portanto, se enquadrar aos critérios diagnósticos deste transtorno para conseguirem a autorização para iniciar seu tratamento. Um dos problemas que isso pode trazer é que os pacientes acabam adaptando seu discurso sobre sua identidade de gênero de maneira a conseguir preencher os critérios diagnósticos. Por exemplo, eles podem dizer que sentem desde criança que não pertencem ao gênero que lhes foi designado, porque um dos critérios para diagnóstico é esse, quando na verdade esse sentimento surgiu na adolescência (Bolin, 1994 e Hausman, 1995, citados por Schleifer, 2006).

Uma razoável alternativa para esses problemas amostrais foi sugerida por Kuper et al (2011). Os autores trazem à tona os benefícios em trabalhar com amostras recrutadas online para estudos com pessoas transgêneras. Os principais se relacionam ao fato de que essa amostra não é necessariamente clínica (não apresentando as especificidades já comentadas), pode ser geograficamente dispersa e não necessariamente estar sob uso de hormônios, o que abre espaço para a investigação de identidades não binárias (como o caso das pessoas gender*Queer*, que comumente não fazem hormonização por não desejar corresponder ao estereótipo de nenhum dos gêneros binários).

Por outro lado, a desvantagem de utilizar amostras recrutadas online é que isso a deixa necessariamente mais branca, mais estudada e mais jovem, pois são essas as pessoas que apresentam mais o hábito de utilizar a internet (Kuper, 2011).

Os estudos de Vegter (2013), Factor e Rothblum (2008) e Dozier (2005) também trouxeram essa observação sobre a etnia da amostra, composta na maioria dos casos por pessoas brancas. Além disso, geralmente a amostra também foi composta por pessoas muito esclarecidas e informadas acerca das questões trans, por viver, inclusive em comunidades LGBT, como no caso dos estudos de Dozier (2005), Nagoshi et al. (2012) e Williams et al. (2013). Isso não necessariamente constitui um problema de amostra para possíveis generalizações dos resultados, mas é importante ressaltar as especificidades para sabermos o quê de fato essas amostras representam.

Um resultado interessante específico dessa revisão de literatura, com enfoque nas identidades de gênero das pessoas transgêneras, foi o número de artigos encontrados que utilizaram amostras compostas por homens transgêneros. A percepção de que esse resultado é surpreendente, talvez se dê em função da expectativa da pesquisadora, que

era de encontrar mais estudos com mulheres trans, por julgar que eles são mais frequentes que estudos com amostras masculinas. Factor e Rothblum (2008) fazem uma reflexão acerca de ter surgido maior número de estudos com amostras compostas por homens transgênero nos últimos anos, citando o estudo de Crawley (2002), que coloca que nas décadas anteriores, realmente era dado maior enfoque nas amostras compostas por mulheres trans para a realização de pesquisas com pessoas transgêneras e isso pode ter deixado uma lacuna de estudos com a população masculina. Então, o movimento de se ter mais estudos nos últimos anos com enfoque na população trans masculina, pode ser interpretado como algo compensatório recomendado, inclusive, pelos estudos anteriores com populações trans femininas, que apontaram essas lacunas.

Além disso, também há a reflexão de que a população de homens trans apenas se tornou mais visível para a sociedade nos últimos anos. Não é que essas pessoas não existissem nas décadas anteriores. Mas, por falta de informação acerca das questões trans e também por falta de referências na sociedade (porque homens trans ainda eram "invisíveis"), esses indivíduos eram lidos socialmente e viviam como lésbicas masculinas Factor e Rothblum (2008).

Considerações Finais

Essa revisão trouxe elementos que possibilitaram uma maior compreensão no que se refere às identidades de gênero nas pessoas transgêneras. O próprio título do trabalho talvez possa resumir o que pode ser encontrado, pois na busca de realizar uma revisão de literatura para compreender o que se sabe sobre a identidade de gênero das pessoas transgêneras, os achados indicaram que não existe apenas uma possibilidade de existir enquanto pessoa trans. O guarda-chuva da transgeneridade envolve multiplicidades e foi isso o que essas pesquisas nos mostraram.

Além disso, os estudos selecionados para este trabalho salientaram que diversas construções servem de alicerce para a constituição das identidades transgêneras. Construções essas concernentes ao corpo, ao gênero e à orientação sexual dessas pessoas.

Esses artigos conseguiram trazer ao conhecimento científico noções sobre as identidades de gêneros nas trangeneridades, visibilizando-as de maneira que não estivessem inscritas em discursos patologizantes. Esse olhar despido de classificações dadas *a priori* é o que viabiliza o contato com o fenômeno e que pode nos aproximar essencialmente de possíveis reflexões e compreensões sobre o mesmo.

Foi relevante a constatação de que em vários artigos analisados os autores falaram sobre sua posição enquanto pesquisadores dessa população, trazendo sobre as motivações de seu interesse na área, sobre suas próprias identidades de gêneros e a maneira como são lidos pela sociedade. Relevante porque em pesquisa qualitativa é importante olhar para os dados sabendo de onde eles partiram e por quem eles foram encontrados. A maneira como o pesquisador escuta e seleciona as informações no artigo que está construindo contribui para a composição dos resultados encontrados nas pesquisas.

Foi feita uma seleção de artigos que fossem empíricos para compor a amostra de estudos dessa revisão. A intenção de selecionar estudos empíricos foi uma tentativa de se aproximar mais das populações estudadas para compreender suas identidades de gênero, se afastando de explanações teóricas. O foco e o interesse foi conhecer o que as pessoas tinham a dizer sobre si mesmas, e não teorizações sobre suas identidades. Entretanto, pude observar que mesmo as pesquisas empíricas trouxeram muita teoria no corpo de sua produção. Talvez seja uma contribuição a ser considerada para futuros estudos, a que se busque um contato mais aproximado com a população em questão, deixando de lado teorizações, porque a população em si carrega um rico material sobre as transgeneridades e é disso que precisamos nos aproximar para poder compreender o que é ser transgênero, em um mundo socialmente organizado pelo binarismo de gênero.

Outro apontamento pertinente é que, para se compreender a formação e as identidades de gênero dessas pessoas, talvez possa ser interessante a realização de estudos longitudinais. Não foi encontrada essa modalidade de pesquisa nas buscas desse trabalho de revisão.

Futuramente será construído um artigo sobre esse trabalho a fim de compartilhar os resultados aqui encontrados.

Para finalizar, a análise qualitativa dos artigos encontrados evidenciou, como já apontado, a multiplicidade das identidades de gênero, que parecem ir além do que o sistema binário de gênero consegue abarcar. Em função disso foi escolhido o título de “Gender is a Galaxy: uma revisão de literatura sobre as identidades de gênero nas trangeneridades” para este trabalho. A expressão “Gender is a Galaxy” apareceu na fala de uma das entrevistas realizadas no trabalho de Bockting et al. (2009) e é com a fala desse participante, que talvez resuma os principais achados da revisão em questão, que eu encerro este trabalho (o trecho foi livremente traduzido por mim):

> *Quanto mais pessoas trans eu conheço, mais confortável eu me sinto comigo mesmo e menos binária fica minha visão das coisas. O sistema binário de gênero não funciona pra mim. Em nenhum espectro. Por exemplo, não é uma linha que vai da mulher lésbica masculina, para o homem trans e o homem mesmo. Muitas lésbicas masculinas são mais masculinas do que muitos homens trans. Eu sou uma bicha trans. Eu tenho amigos homens trans que não são identificados como homem da mesma maneira que uma drag é. Eu tenho amigos que se identificam com um terceiro gênero. Gênero é uma Galáxia!* (pp. 694-695).

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed.

Bento, B. (2012). Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciência e Saúde Coletiva*, *17*(10), 2655-2664.

Bockting W,. Benner, A., & Coleman, E. (2009). *Gay* and Bisexual Identity Development Among Female-to-Male Transsexuals in North America: Emergence of a Transgender Sexuality. *Arch Sex Behav 38*, 688–701.

Bolin, A. (1994). Transcending and Transgendering: Male-to-Female Transsexuals, Dichotomy and Diversity, in Gilbert Herdt (ed.) *Third Sex,Third Gender: Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*, pp. 447–85. New York: Zone Books.

Crawley, S. (2002) 'Prioritizing audiences:Exploring the differences between Stone Butchand transgender selves'. *Journal of Lesbian Studies*, *6*(2), 11-24.

Dozier, R. (2005). Beards, Breasts and Bodies: Doing sex in a gendered world. *Gender & Society. 19*, 297-316.

Factor, R. & Rothblum, E. (2008). Exploring gender identity and community among three groups os transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and gender*Queer*s. *Health Sociology Review*. *17*, 241-159.

Garcia, M. R. V. (2009). Alguns aspectos da construção do gênero entre travestis de baixa renda. *Psicologia USP*, *20*(4), 597-618.

Hausman, Bernice L. (1995) *Changing sex: transsexualism, technology, and the idea of gender*. Durham, NC / London: Duke University Press.

Johnson, K. (2007). Changing Sex, Changing Self Theorizing Transitions in Embodied Subjectivity. *Men and Masculinities*, *10*(1), 54-70.

Kuper, L. E., Nussbaum, R., & Mustanski, B.(2011). Exploring the Diversity of Gender and Sexual Orientation Identities in an Online Sample of Transgender Individuals. *Journal of Sex Research 0*(0), 1-11.

Morgan, S. W. & Stevens, P. E. (2008). Transgender identity development as represented by a group of female-to-male transgendered adults. *Issues in Mental Health Nursing*, *29*, 585-599.

Morgan, S.W. & Stevens, P.E. (2012). Transgender identity development as represented by a group of transgendered adults. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*, 301-308.

Nagoshi, J.L. Brzuzy, S. & Terrell, H. K. (2012). Deconstructing the complex perceptions of gender roles, gender identity, and sexual orientation among transgender individuals. *Feminism & Psychology*. *22*(4), 405–422.

Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em:http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm

Rowniak, S. & Chesla, C. (2013). Coming Out for a Third Time: Transmen, Sexual Orientation, and Identity. *Arch Sex Behav 42*, 449–461.

Sampaio, L. L. P., & Coelho, M. T. A. D. (2012). Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor de saúde. *Comunicação Saúde e Educação*. *16*(42), 637-49.

Schleifer, D. (2006). Make Me Feel Mighty Real: *Gay* Female-to-Male Transgenderists Negotiating Sex, Gender, and Sexuality. *Sexualities. 9*(1), 57–75.

Vegter, V. (2013). Conceptualizing Masculinity in Female-to-Male Trans-Identified Individuals: A Qualitative Inquiry. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. *47*(1), 88-108.

Williams, C.J., Weinberg, M.S. & Rosenberger, J.G. (2013). Trans men: embodiments, identities, and sexualities. *Sociological Forum. 28*(4), 719-741.

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

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
LEPPS – Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde
Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto-SP
Fone (0xx16) 3315 3645 / 8132 9896

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: *Corpo e identidade em travestis e transexuais que vivem com HIV/aids: um estudo qualitativo.* Meu nome é Paula Morillas de Holanda, sou estudante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) e sou a pesquisadora-responsável por esta pesquisa.

Estou desenvolvendo um estudo que tem por objetivo compreender o processo de formação e transformação do corpo e da identidade de travestis e transexuais portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) em seguimento ambulatorial. Para tanto, preciso da colaboração de pessoas que se identificam como travestis e transexuais e gostaria que você fosse uma delas. Preciso conversar livremente e a sós com você. Caso esteja de acordo em colaborar com o estudo, você irá participar de uma entrevista individual, quando iremos conversar sobre sua experiência vida para entender como você percebe sua identidade de gênero e sua condição de ter HIV/aids. Essa conversa será realizada em um ou mais encontros (se necessário), em local de sua preferência e de acordo com sua disponibilidade.

A conversa terá duração de, aproximadamente, 60 minutos, e acontecerá em dia e horário estabelecidos de acordo com sua conveniência. Vamos conversar sobre história de vida, formação da sua identidade de homem/mulher, sua condição de saúde, sentimentos e pensamentos despertados pela condição de ter HIV, facilidades e dificuldades percebidas depois de iniciar seu tratamento, seu trabalho, suas amizades, seus relacionamentos e seus planos futuros. Tais questões são importantes para que eu possa alcançar o objetivo deste estudo.

Durante esse encontro pretendo realizar a gravação de nossa conversa em áudio, com a finalidade de garantir que nada do que você me disser passará despercebido ou será esquecido. Para tanto, preciso de seu consentimento e de sua autorização por escrito, mostrando que está de acordo com o fato de que nossa conversa seja gravada. Manterei guardada essa gravação na sala do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS, situado no Departamento de Psicologia, Avenida Bandeirantes, 3900, Bloco 5, sala 34 da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Monte Alegre, 14.040-901 - Ribeirão Preto-SP. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa e serão mantidos por um período de até cinco anos. Depois desse prazo o áudio gravado será descartado.

Preciso de sua colaboração, mas você precisa estar ciente de que sua participação é inteiramente voluntária e não lhe trará nenhum tipo de beneficio direto, como remuneração ou outra vantagem especial. Não haverá nenhuma forma de reembolso ou ressarcimento, já que você não terá nenhum gasto com a participação na pesquisa. Além disso, fica-lhe assegurada total liberdade de desistir de participar do estudo e se retirar da pesquisa a qualquer momento em que desejar fazê-lo, quando não mais interessada ou disposta a prosseguir colaborando, sem que isso implique qualquer prejuízo ou acarrete qualquer penalidade, represália ou constrangimento à sua pessoa, ou que prejudique a continuidade de seu atendimento.

O fato de participar deste estudo não envolve riscos previsíveis ao(à) participante. Contudo, algumas questões abordadas podem gerar algum tipo de desconforto psicológico. Caso isso aconteça, você poderá conversar com o psicólogo da equipe, ou ser encaminhado(a) para acompanhamento especializado disponível no serviço. Em termos dos benefícios potenciais, após a conclusão deste estudo, espera-se que a pesquisa possa contribuir para que o profissional de saúde compreenda melhor as necessidades das pessoas travestis e transexuais que vivem com HIV/aids, o que pode potencializar a melhoria no atendimento.

Ao aceitar participar deste estudo sua identidade será resguardada e lhe será assegurada a confidencialidade das informações que me proporcionar durante a entrevista. Ao dar seu consentimento, você também estará concordando com o fato de que a gravação realizada em áudio seja transcrita e que o material produzido possa ser utilizado por mim, sempre para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto aos dados fornecidos, de acordo com as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos.

É importante que você saiba que tem direito de receber esclarecimentos antes, durante e após a realização da pesquisa. Quaisquer dúvidas que você tenha quanto aos procedimentos deste estudo poderão ser esclarecidas a qualquer momento. Basta entrar em contato.

Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Caso tenha necessidade de obter algum esclarecimento a mais sobre os aspectos éticos desse estudo, pode entrar em contato com esse Comitê por meio do endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco 23, Casa 37, 14040-901 - Ribeirão Preto - SP. O telefone para contato é (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3633-2660 (segunda à sexta-feira, das 8h00 às 17h00). E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Considerando o que foi explicado acima, declaro que:

Fui informado(a) de que a minha participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem que isso possa acarretar qualquer tipo de consequência para mim. Estou ciente de que minha participação será registrada por meio de gravações de áudio, com o que consinto voluntariamente, desde que a mesma seja utilizada com objetivos de pesquisa. Estou ciente de que a divulgação do material produzido irá resguardar meu anonimato. Estou ciente também de que todo material derivado de minha colaboração será utilizado com objetivo exclusivo de pesquisa e que serão tomados os demais cuidados éticos necessários para preservar meus direitos à intimidade e dignidade pessoal. Fui informada ainda que o pesquisador responsável por este projeto poderá fazer apresentações em eventos científicos, bem como publicar os resultados deste estudo, respeitando-se os limites éticos aqui firmados. Considero que fui esclarecido(a) em minhas dúvidas a respeito deste estudo e estou informada de que tenho a disponibilidade do pesquisador para prestar esclarecimentos em relação a eventuais dúvidas que possam surgir no decorrer da pesquisa. Também

estou ciente de que terei acesso a esse trabalho após sua conclusão, caso eu tenha interesse, e que posso retirar a minha concordância em qualquer etapa do estudo.

Considerando o exposto, aceito participar voluntariamente deste estudo. Recebi uma via deste Termo e tive a possibilidade de lê-lo com atenção antes de firmá-lo.

Eu, _____ (nome do/a participante), recebi uma via deste Termo e tive a possibilidade de lê-lo com atenção, após o que aceitei participar deste estudo, sabendo que a minha participação é livre e inteiramente voluntária.

Data: _____ de _____ de 2015.

Assinatura do(a) participante: _____

RG: _____

Assinatura da pesquisadora-colaboradora: _____
Paula Morillas de Holanda

Assinatura do pesquisador-responsável: _____
Manoel Antônio dos Santos
Professor Associado da FFCLRP-USP

Fones para contato: *Pesquisador-responsável*: (16) 3289 4628 e (16) 98826 2293 (Paula Morillas de Holanda), de 2ª a 6ª feira, das 8 às 17 horas.

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Formulário de Dados Sociodemográficos

– uso exclusivo de LEPPS© –

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Data de nascimento: _____/_____/_____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Contato: Telefone: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Estado civil: _____

Tempo de namoro: ____ anos Tempo de casamento/união estável: ____ anos

Escolaridade (cursou até que série completa): _____

Naturalidade: _____ Procedência (cidade onde reside): _____

Profissão/ocupação: _____ Ativa ( ) Afastada ( ) Aposentada ( )

Tempo integral ( ) Tempo parcial ( )

Renda mensal pessoal: R$ _____

Renda familiar (soma dos rendimentos de todos os que contribuem no orçamento doméstico) R$: _____

Número de pessoas que contribuem para o sustento da casa: _____

Religião: _____ Praticante: ( ) sim ( ) não Frequência semanal: _____

Faz parte de algum grupo? De que tipo? Com que frequência?_____

Composição familiar:

Tipo de família: ( ) nuclear ( ) extensiva ( ) extensiva recasada ( ) recasada

( ) monoparental

Filhos: ( ) sim ( ) não Quantos:_____

Quem mora na casa? (sexo, idade, profissão de cada membro familiar, colocar os filhos de acordo com a ordem de nascimento).

Nome	Parentesco	Sexo	Idade	Profissão	Rendimentos(R$)
		( )masc ( )fem			
		( )masc ( )fem			
		( )masc ( )fem			
		( )masc ( )fem			
		( )masc ( )fem			
		( )masc ( )fem			

Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP) – 2014

Posse de itens de conforto doméstico	Não possui	Possui 1 item	Possui 2 itens	Possui 3 itens	Possui 4 ou mais itens
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava louça	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4

Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

Escolaridade da pessoa de referência (antigo "chefe de família")

Nomenclatura Antiga		**Nomenclatura Atual**
Analfabeto / Primário incompleto	**0**	Analfabeto / até 3ª série Ensino Fundamental
Primário completo / Ginasial incompleto	**1**	4ª série do Ensino Fundamental / Ensino Fundamental II incompleto (até 7ª Série Ensino Fundamental)
Ginasial completo / Colegial incompleto	**2**	Ensino Fundamental II completo / Médio incompleto
Colegial completo / Superior incompleto	**4**	Médio completo / Superior incompleto
Superior completo	**7**	Superior completo

Serviços públicos	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Classe	**Pontos**
A	45 – 100
B1	38 – 44
B2	29 – 37
C1	23 – 28
C2	17 – 22
D-E	0 – 16

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome do(a) participante: _____
Data: _____
Horário: Início_____ Término:_____
Duração: _____

- Infância e adolescência
- Conte-me como foi sua infância.
- Como foi o relacionamento com seus pais/irmãos/família nuclear?
- (caso tenha saído de casa precocemente) Como foi para você deixar a casa de sua família?
- Como era seu relacionamento com seus pares na infância? E na adolescência?
- Você frequentou escola? Como era isso para você? Quais foram as dificuldades e facilidades?
- Você realizou alguma atividade de trabalho na infância ou na adolescência?
- Na adolescência, como eram seus relacionamentos afetivos/sexuais?
- Você se lembra de ter vivenciado situações em que sofreu violência ou discriminação? Poderia dar exemplos?
- A discriminação que você já sofreu, por parte das pessoas, se deu por que razão, em sua opinião?
- Quais foram as principais dificuldades que você vivenciou durante essas fases da sua vida?

- Identidade de gênero e questões acerca da sexualidade
- Como você descreve sua identidade de gênero?
- Desde quando você se percebe dessa forma?
- Qual é sua orientação sexual? Ela se transformou ao longo do tempo? Continua se transformando?
- Você já se sentiu atraída(o) por pessoas: do mesmo sexo? Do sexo oposto? Dos dois sexos?
- Como você se define? (travesti, transexual, mulher, homem) O que é ser.....?
- Para você, o que é ser mulher e que é ser homem?
- O que você pensa sobre a correspondência entre sexo anatômico e identidade de gênero?

- Intervenções sobre o corpo/Transformações corporais
- Como você vê seu corpo hoje?
- Quando começou o seu processo de transformação corporal? (Conte-me detalhes, se possível)
- Quais foram as modificações corporais que você já fez?
- Que recursos você já usou ou usa para conseguir as transformações do seu corpo? (O que foi feito com supervisão médica e o que não foi)
- Pretende realizar mais alguma modificação corporal? - E o que ainda falta fazer em seu corpo, para que você se sinta plenamente realizada(o)? Acha que conseguirá fazer? Como?
- O que você pensa sobre a cirurgia da redesignação sexual/transgenitalização?
- Você está satisfeit(o)a com seu corpo na maior parte do tempo?
- Qual é a parte do seu corpo de que você mais gosta? Por quê? E a que menos gosta? Por quê?

- Diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV
- Com que idade você descobriu que tinha o HIV? (Há quantos anos?)
- Você sabe como se infectou pelo HIV?
- Você acha que entende bem o que significa HIV/Aids? E sobre formas de transmissão?
- Como foi para você o momento da revelação do diagnóstico, por parte do médico?
- Como é seu tratamento? (efeitos colaterais; alterações corporais)
- Como você lida com tudo isso hoje?
- Você já teve alguma complicação em decorrência do HIV?
- O que o fato de ter HIV mudou/muda na sua vida? E no seu cotidiano?

- O que você acha que as outras pessoas pensam sobre você ter HIV?

Enfrentamento da doença e do tratamento
- O que é qualidade de vida para você?
- O que você faz e que te ajuda a manter sua qualidade de vida? (*hobbies*, passatempos, o que faz para se divertir, lazer)
- O que é (ou foi) mais difícil de enfrentar durante o tratamento? (O que ajudou você a enfrentar ou superar essa dificuldade?)

Cotidiano: trabalho, rotina, estilo de vida
- Atualmente, você está trabalhando?
- Como é, para você, seu trabalho?
- Você já se sentiu discriminado(a) ao buscar um emprego formal? Ou no contexto de trabalho?
- Como é sua rotina?
- Como você definiria seu estilo de vida? O que você pensa sobre ele?
- Como é seu fim de semana?
- Que atividades você costuma fazer para se divertir (por lazer)?
- Você acha que o HIV muda/mudou algum aspecto da sua vida em relação ao trabalho e ao lazer?

Relacionamentos afetivos
Questão norteadora: "Pensando nos seus relacionamentos afetivos, eu gostaria que você me falasse como começou sua vida afetiva e sexual".
Questões de aprofundamento:
- Como foi sua primeira vez?
- Que práticas sexuais teve na sua primeira relação sexual?
- Você sentiu prazer?
- Já teve namorados(as)? Quantos?
- Está em algum relacionamento atualmente? Tem algum parceiro(a) afetivo/sexual? Se sim, há quanto tempo? Como se conheceram?
- Já foi casada(o)? Se sim, por quanto tempo?
- Como é o(a) seu/sua parceiro(a)?
- Como seu/sua parceiro(a)/cônjuge se define? Qual era a orientação sexual dele(a)?
- Como é o relacionamento de vocês?
- Como seria um(a) parceiro(a) ideal, para você?
- Você já fez a revelação do diagnóstico do HIV ao seu parceiro(a)? Como foi?
- Como seu parceiro(a) lida com o fato de você ser HIV positivo?

Sexualidade
- O que é sexo para você?
- Qual a importância da sua vida sexual no seu bem-estar?
- O que é prazer sexual para você?
- O que não pode faltar em relação ao sexo?
- Você está satisfeita(o) com sua vida sexual atualmente? Se não, o que mudaria?
- Você acha que o HIV mudou algo em seu relacionamento sexual?
- O que gosta de fazer com seu parceiro durante o ato sexual?
- O que gosta que seu parceiro faça com você durante o ato sexual?
- Que prática sexual dá mais prazer a você?
- Como você se sente após uma relação sexual?
- Você sente prazer em todas as suas relações sexuais?
- Com que frequência você faz sexo?
- Você se masturba? Com que frequência? Como você faz?
- Quantos parceiros sexuais você teve no último mês?
- Quantas relações sexuais você teve no último mês?
- Quantos parceiros sexuais você teve durante a vida?

- Você já teve algum problema relacionado à sexualidade (problemas de ereção, dor, dificuldade de atingir o orgasmo, ejaculação precoce, falta de desejo sexual)

Saúde sexual
Você usa preservativo no sexo anal? (quando recebe? quando penetra?)
Você usa preservativo no sexo oral? (quando recebe? quando faz no parceiro?)
Você usa preservativo no sexo vaginal (para trans operada)?
Você já teve alguma outra doença sexualmente transmissível? Qual e como descobriu?

Relacionamentos interpessoais
- Você tem amigos?
- Como são seus amigos? Costuma vê-los com frequência?
- O que você pensa sobre eles?
- O que você acha que eles pensam sobre você?
- Você já contou para algum deles sobre ter HIV? Como foi isso para você?
- Você acha que o HIV mudou algo em seus relacionamentos interpessoais?
- Como você acha que as pessoas de uma maneira geral te veem? E o que você acha que elas pensam sobre você?

- Utilização dos serviços de saúde e percepções acerca do mesmo
- Você já fez tratamento psiquiátrico? Usa/usou medicação psicotrópica? Já foi internado em hospital ou enfermaria psiquiátrica? Já fez/faz psicoterapia? (por quanto tempo?)
- Uso de outros medicamentos de uso contínuo, além dos prescritos para o HIV?
- Desde quando você utiliza o serviço da UETDI em função de seu diagnóstico de HIV?
- Além de atendimento médico e de enfermagem, você faz algum outro acompanhamento na unidade (com a Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Fisioterapia)? E no hospital como um todo, faz algum outro tipo de atendimento?
- Como você descreveria esses atendimentos?
- Você faz algum acompanhamento em outro serviço de saúde, como o de Referência em DST/Aids do Município?
- Participa de algum atendimento em grupo, dentro ou fora da Unidade?
- Você participa de alguma atividade de uma ONG? Como é isso para você?
- Quais são suas impressões acerca dos atendimentos que você faz na UETDI?
- Como você se sente quando frequenta a Unidade? Sente-se acolhido pelos profissionais?
- Quais são as dificuldades que você já encontrou no serviço?
- Você é tratado(a) pelo seu nome social?
- O que você acha que poderia ser feito para que suas demandas específicas fossem atendidas?

- **Projetos futuros**
- Quais são seus planos de vida a curto, médio e longo prazo?
- Como você se vê daqui a alguns anos?
- Como deseja que sua vida esteja daqui a alguns anos?
- Gostaria que algo mudasse significativamente? O quê?

- Planos/Perspectivas futuras
- Pensando no futuro e deixando a imaginação bem livre, como você imagina que você vai estar daqui a 10 anos? (Imagine uma cena qualquer: com quem você está? Onde? O que está fazendo? O que está pensando? O que está sentindo?)

Questões para encerramento da entrevista
- Agora que estamos encerrando nossa conversa, gostaria de saber sua opinião sobre essa entrevista e sobre o tema da pesquisa.
- Como você se sentiu durante a entrevista?
- Houve algum momento da entrevista que foi marcante para você? Qual e por quê? O que sentiu a respeito?

- Que sugestões você daria para melhorar esse roteiro de entrevista? (Por exemplo, que perguntas você acha que eu poderia incluir quando estiver entrevistando as próximas participantes? Ou então, você acha que vale a pena modificar alguma pergunta que eu fiz, ou mudar a sequência das perguntas?)
- Para preservar sua identidade, quando essa pesquisa for escrita e publicada será usado um nome fictício no lugar de seu nome verdadeiro. Você tem alguma sugestão para esse nome fictício?
- Você gostaria de me perguntar alguma coisa?

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética

FFCLRP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/029/-vjmc

Ribeirão Preto, 18 de março de 2015.

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **"CORPO E IDENTIDADE EM TRAVESTIS E TRANSEXUAIS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: UM ESTUDO QUALITATIVO"** foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 141ª Reunião Ordinária, realizada em 12.03.2015, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE nº 40100314.3.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª ANDRÉIA SCHMIDT
Coordenadora

À Senhora
Paula Morillas de Holanda
Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP-USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: http://www.ffclrp.usp.br - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br