



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO-PPG
ÓRGÃO DE EDUCAÇÃO E RELAÇÕES ÉTNICAS COM ÊNFASE EM
CULTURAS AFRO-BRASILEIRAS
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES ÉTNICAS E
CONTEMPORANEIDADE-PPGREC**



ISADORA ALVES COTRIM

**“ESCANDALIZANDO” O SUS: MARCADORES SOCIAIS DA
DIFERENÇA EM PESSOAS TRANSGÊNERAS NO ACESSO À SAÚDE**

JEQUIÉ –BA

2019

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES ÉTNICAS E
CONTEMPORANEIDADE-PPGREC**

ISADORA ALVES COTRIM

**“ESCANDALIZANDO” O SUS: MARCADORES SOCIAIS DA
DIFERENÇA EM PESSOAS TRANSGÊNERAS NO ACESSO À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade como requisito para obtenção do título de Mestre em Relações Étnicas e Contemporaneidade.

Orientadora: Prof^a. Dra. Raquel Souza
Coorientador: Prof. Dr. Marcos Lopes de Souza
Linha de pesquisa 2: Etnias, gênero e diversidade sexual

C845e Cotrim, Isadora Alves.

“Escandalizando” o SUS: marcadores sociais da diferença em pessoas transgêneras no acesso à saúde / Isadora Alves Cotrim.- Jequié, UESB, 2019.

137f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Éticas e Contemporaneidade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Raquel Souza e coorientação do Prof. Dr. Marcos Lopes de Souza)

ISADORA ALVES COTRIM


**“ESCANDALIZANDO” O SUS: MARCADORES SOCIAIS DA
DIFERENÇA EM PESSOAS TRANSGÊNERAS NO ACESSO À SAÚDE**

Este exemplar corresponde à redação final da dissertação defendida por Isadora Alves Cotrim e aprovada pela Comissão Julgadora.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Raquel Souza
Coorientador: Prof. Dr. Marcos Lopes de Souza

Aprovada em: 23 de março de 2019.


BANCA EXAMINADORA



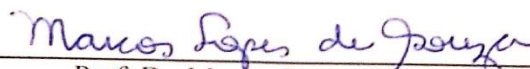
Prof^ª. Dra. Raquel Souza - UFBA
Presidente da Banca/Orientadora



Prof^ª. Dra. Fran Demétrio - UFRB
Examinadora



Prof. Dr. Alexandre de Oliveira Fernandes - IFBA
Examinador



Prof. Dr. Marcos Lopes de Souza - UESB
Examinador

Jequié – BA

2019

AGRADECIMENTOS

“Caminhante, não há caminho, o caminho se faz ao caminhar...” –
Antônio Machado¹

Toda boa jornada é feita de caminhos e pessoas. Algumas, que partem com a gente, outras, que ficam aguardando o nosso retorno, outras, que conhecemos ao longo do percurso e tornam nosso trajeto muito mais interessante. Empreender esse trabalho foi uma longa e desafiadora viagem, cheia de obstáculos e emoções, mas que só se tornou possível graças ao apoio e à companhia de algumas pessoas.

Inicialmente agradeço ao meu pai, João Abel, à minha mãe, Ivanice, e ao meu irmão Murillo, meus suportes e esteios, não só nessa jornada, mas em toda a minha vida. Minhas principais fontes de inspiração e de incentivo, que me motivam sempre a prosseguir. A vocês, todo o meu amor e eterna gratidão.

Agradeço aos familiares, tios e tias, primos e primas e especialmente à minha vó, por toda torcida e todas as orações.

Agradeço ao outro Murillo da minha vida, meu companheiro e melhor amigo, que me acompanhou desde o início dessa trajetória. Obrigada pela parceria, pela escuta sempre atenta, por todo o carinho e cuidado, e por ser minha força nos momentos de fraqueza e de desânimo. Devo muito desta conquista a você.

Agradeço aos meus colegas de turma (e de aventura), e com especial atenção à Julia, Danillo, Camila e Caio. Sem vocês, esse mestrado não teria tido graça. Construimos e crescemos muito juntos ao longo desses dois anos, e vocês foram fundamentais para o sucesso dessa empreitada. Sou muito grata por todas as muitas conversas e reflexões, os materiais compartilhados, os encontros e passeios extraclasse, e especialmente toda força e companheirismo que vocês souberam me proporcionar quando precisei. Essa vitória é nossa.

Agradeço à minha orientadora Raquel Souza, pela disponibilidade, por toda troca de conhecimentos, pelas sugestões e dicas. Agradeço também à Marcos Lopes, por ter aceitado me coorientar, por todas as colaborações referentes à organização do campo, pelas provocações, pelas orientações precisas e por toda sua calma e tranquilidade para lidar com as situações.

¹ MACHADO, A. Cantares. **Poesia Latina** (blog).s.d. Tradução: Maria Teresa Pina. Disponível em: <http://blogs.utopia.org.br/poesialatina/cantares-antonio-machado/>

Obrigada aos meus amigos, de agora e de outros tempos, de perto e de longe, de Guanambi, São João del Rei, Uberlândia e Jequié. A todos(as) aqueles(as) que, mesmo à distância, acreditaram na minha capacidade e me incentivaram.

Agradeço à FAPESB pela bolsa concedida nesse período, que contribuiu muito para a conclusão desse trabalho de mestrado.

Quero agradecer também a todos(as) os(as) professores(as) do PPGREC, pelas contribuições em sala de aula e fora dela e por todos os ensinamentos, teóricos e de vida.

Agradeço também a todos(as) os(as) funcionários(as) do ODEERE, em especial à Cida e Jackson, pelo acolhimento, pela boa vontade de sempre e por todos os serviços prestados.

Agradeço ao professor Alexandre Fernandes e à professora Fran Demétrio pelas leituras atentas e pelas contribuições muito pertinentes e valiosas na banca de qualificação, que muito ajudaram no redirecionamento e na conclusão desse trabalho.

Agradeço imensamente a toda a equipe de humanização do HGPV, com atenção para as pessoas de Nathali Santana, Má-teus Alves, Orla Nanda, Marla Andrade e Gabriela Rebouças, por terem contribuído para a minha inserção no hospital e abraçado a causa do acesso das travestis e transexuais junto comigo.

Toda a minha gratidão e reconhecimento à Louranya, à Caroline e à Margô, pela confiança, pela disposição de se encontrarem comigo e por compartilharem as suas histórias e enriquecerem esse trabalho com a vivência de vocês.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos/às profissionais e trabalhadores(as) do HGPV, que tiraram um tempo nas suas rotinas corridas de trabalho para conversar comigo e responder às entrevistas.

A cada um que contribuiu direta ou indiretamente para que eu pudesse chegar até aqui, meu MUITO OBRIGADO!

“Para aquele senhor, e para a maioria de todos os outros senhores do mundo, a presença de Cláudia deve representar a suprema transgressão, a mais perigosa das ameaças. Tanto que andam matando pessoas como Cláudia, na noite negra e luminosa de Sampa. É que meu amigo Cláudia incorporou, no cotidiano, a mais desafiadora das ambiguidades: ela (ou ele?) movimenta-se o tempo todo naquela fronteira sutilíssima entre o “macho” e a “fêmea”. Isso em uma sociedade em que principalmente o genital é que determina o papel que você vai assumir. Porque se você é homem, você tem de fazer isso e isso e isso – não aquilo. E se você é mulher, deve fazer aquilo e aquilo e aquilo – não isso. Movendo-se entre isso e aquilo, meu amigo Cláudia conquista o direito interno/subjetivo de fazer isso e também aquilo. Mas perde o direito externo/objetivo de fazer nem isso nem aquilo. Tomamos vodca juntos na madrugada falando de solidão, essa grande amiga em comum de todos nós. Trocamos telefones, nos encontramos outra vez. Gosto tanto de seus olhos muito abertos, atentos a tudo, contemplando diretamente o mais de dentro de cada um.” (Caio Fernando Abreu²)

² ABREU, Caio Fernando. Meu amigo Cláudia. **Caio F. Caio** (Blog). 26 nov. 2010. Disponível em: <http://caiofcaio.blogspot.com/2010/11/meu-amigo-claudia.html>. Acesso em 08 jul. 2019.

RESUMO

A Saúde no Brasil é um direito de todos/as e dever do Estado estabelecido por meio da Constituição Federal de 1988. Esse direito deve ser garantido de forma universal, integral e equitativa. Entretanto, quando levamos em consideração algumas populações específicas, em situação de desigualdade e vulnerabilidades, como as travestis e transgêneras, percebemos a existência de dificuldades para obter atendimento nos serviços públicos de saúde. Este trabalho pretende investigar como tem acontecido o acesso dessas pessoas aos espaços de saúde, levando em consideração outros marcadores sociais da diferença além da questão de gênero. O campo privilegiado de análise é centrado nos estudos sociais e históricos para compreender como são constituídas as desigualdades e a hierarquização das diferenças que designam o lugar de pertencimento de grupos étnicos e/ou raciais, de orientação sexual, condições socioeconômicas, nível de instrução, profissão, entre outros. O principal objetivo é, portanto, entender como as intersecções e cruzamentos de certos marcadores determinam diferentes formas de atendimento e de concepções por parte dos(as) trabalhadores(as) e profissionais de saúde em relação às travestis e transgêneras. Foram usados como aporte teórico-metodológico para respaldar essa discussão algumas políticas de saúde e portarias, especialmente às concernentes à população LGBTT, e autores como Michel Foucault, Guacira Lopes Louro, Richard Miskolci, Berenice Bento e Judith Butler, entre outros, discutindo gênero e sexualidade; Kimberlé Crenshaw e Conceição Nogueira, na perspectiva da interseccionalidade; Axel Honneth acerca do reconhecimento, entre outros. Metodologicamente, utilizou-se a abordagem qualitativa, mais especificamente a etnografia. Os instrumentos empregados para construção das informações empíricas foram: diários de campo, observação participante, entrevistas narrativas e entrevistas semiestruturadas. As entrevistas narrativas foram realizadas com duas transgêneras e uma travesti, para a identificação dos marcadores sociais da diferença e para a compreensão das suas experiências pregressas com o Sistema Único de Saúde (SUS). As entrevistas semiestruturadas aconteceram com profissionais e trabalhadores/as de saúde no espaço do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV) de Jequié, por meio de um roteiro de perguntas, visando entender as concepções acerca da travestilidade e da transgeneridade, bem como investigar suas vivências de atendimento com esse público. Os discursos foram analisados, seguindo a perspectiva foucaultiana. Compreendeu-se que os discursos sobre gênero e sexualidade no campo da saúde produzem a forma com a qual os/as profissionais e trabalhadores/as prestam os cuidados para com essas pessoas no cotidiano, evidenciando as relações de saber e poder que permeiam esse acesso. Os resultados apontam para a supremacia do discurso médico e biologizante, que tem por base a cisheteronormatividade e as dicotomias de gênero que fundam padrões de normalidade. Apesar das mudanças concernentes à retirada da transexualidade dos manuais de psiquiatria, as pessoas transgêneras ainda continuam sendo lidas a partir do prisma da doença. Além disso, enfrentam dificuldades de ordem prática, em relação ao uso do nome social e à alocação em espaços generificados, como enfermarias e banheiros. No que concerne aos marcadores sociais da diferença, percebeu-se que fatores como passabilidade, nível de instrução, empoderamento e raça interferem diretamente na forma como essas pessoas conseguem acessar esses espaços e reivindicar cuidados de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso à saúde; Marcadores sociais da diferença; Travestis e Transexuais; Interseccionalidade; SUS.

ABSTRACT

Access to health in Brazil is a right of all, duty of the state and must be guaranteed in a universal, integral and equitable way. However, when we take into account some specific populations, in situations of inequality and vulnerabilities, such as transvestites and transsexuals, we perceive the existence of difficulties to obtain care in public health services. This work intends to investigate how has happened the access of these people to the health spaces, taking into account other social markers besides the question of gender, from social markers of the difference. The privileged field of analysis is centered on social and historical studies to understand how the intersections and crossings of certain social markers determine different forms of care and conceptions by workers and health professionals in relation to transvestites and transsexuals. Were used as theoretical-methodological contribution to support this discussion, some health politics and ordinances, especially those concerning the LGBTT population, and authors such as Michel Foucault, Guacira Lopes Louro, Richard Miskolci, Berenice Bento and Judith Butler, among others, were discussed. sexuality; Kimberlé Crenshaw and Conceição Nogueira, from the perspective of intersectionality; Axel Honneth about recognition, among others. Methodologically, the qualitative approach was used, more specifically the ethnography. The instruments used to construct the empirical information were: field diaries, participant observation, narrative interviews and semi-structured interviews. The narrative interviews were realized with two transsexuals and a one transvestite, to identify the social markers of the difference and to understand their previous experiences with SUS. The semi-structured interviews were made with professionals and health workers in the space of the General Hospital Prado Valadares (HGPV) of Jequié - BA, through a script of questions, pretending to understand the concepts about transvestitism and transsexuality as well as investigate their experiences of care with this public. The discourses were analyzed, following the Foucaultian perspective. It was understood that the discourses on gender and sexuality in the field of health, produce the way in which professionals and workers care to these people in the daily life, evidencing the knowledge and power relations that permeate this access. The results point to the supremacy of medical and biologizing discourse, based on cisheteronormativity and gender binarismo, to guide the notions of normality. Despite the changes concerning the removal of transsexuality from the manuals of psychiatry, transgender people still being read from the prism of the disease. In addition, they face practical difficulties, in relation to the use of the social name and to their allocation in gender spaces, such as nurserys and toilets. Concerning social markers of difference, it has been noted that factors such as passability, educational level, empowerment and race interfere directly with the way these people can access these spaces and claim health care.

KEY-WORDS: Access to health; Social markers of difference; Transvestites and Transsexuals; Intersectionality; SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	<i>American Psychological Association</i> (Associação Americana de Psiquiatria)
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID	Código Internacional de Doenças
CIS	Cisgênero
CTSLGBT	Comitê Técnico de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais)
HIV/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MS	Ministério da Saúde
ODEERE	Órgão de Educação e Relações Étnicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPGREC	Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, gays, Travestis e Transexuais
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TIG	Transtorno de Identidade de Gênero
TRANS	Transexual
TT	Travesti e Transexual
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 O CONCEITO DE SUJEITO, GÊNERO E MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA	21
1.2 Marcadores sociais da diferença e intersecções nas experiências travestis e transgêneras.	26
1.3 Autoidentificações e diferenças nas vivências travestis e trans.....	30
1.3.1 MARGÔ	31
1.3.2 LOURANYA.....	34
1.3.3 CAROLINE.....	36
2 RECONHECIMENTO, SAÚDE E PATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES TRANS.....	39
2.1 Direito à saúde no Brasil e o cuidados às pessoas transgêneras e travestis no âmbito do SUS	41
2.2 Direito à saúde no Brasil e ancoragens possíveis da produção do cuidado às pessoas transgêneras e travestis no âmbito do SUS: uma revisão de literatura	46
2.2.1 Acesso ao processo transexualizador	48
2.2.2 Políticas de HIV/AIDS	53
2.2.3 Saúde Integral	54
2.2.4 O que a revisão de literatura nos apontou?	60
2.3 Novas perspectivas e conquistas no cenário TT	61
3 PERCURSOS TEÓRICO – METODOLÓGICOS	65
3.1 A etnografia e o fazer-etnográfico	66
3.1.1 Os caminhos percorridos: a cidade de Jequié, o mundo travesti e trans, o SUS e o atendimento transespecífico	69
3.1.2 Os espaços da saúde, o contato com os profissionais, e as impressões iniciais do campo	74
3.2 Análise do discurso: operando com Foucault.....	79
4 “ESCANDALIZAR” O SUS: OS DISCURSOS DE TRABALHADORES(AS) E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À TRAVESTILIDADE E A TRANSGENERIDADE	83
4.1 Entendimentos sobre travestilidade e transgeneridade	84
4.1.1 “A livre expressão de escolha da pessoa precisa ser respeitada”: entendimento da transgeneridade enquanto escolha	85
4.1.2 “Quando eu passei a entender e a conhecer, eu via como uma doença”: entendimento da transgeneridade enquanto patologia	87
4.1.3 “Eles precisam respeitar a sociedade”: entendimento da transgeneridade enquanto algo imoral	89
4.1.4 “Eles dão muito show, eles gostam de dar show”: travestilidade e transgeneridade como identidades escandalosas.....	91
4.1.5 “Transexual é aquele que faz cirurgia”: os discursos sobre o “transexual verdadeiro”	93

5.0 COM A PALAVRA: ELAS.....	97
5.1 “Eu vou, eu exijo... eu não me reprimo em relação a isso não...”: informação, empoderamento e uso do nome social.....	97
5.2 - “Não acreditam que nasci homem...”: passibilidade e acesso.	100
5.3 “Além de viado, preto e pobre”: gênero, raça, classe e possíveis cruzamentos.....	103
5.6 “Fui tomando os hormônios por indicação de amigas que já tomou e deu certo”: tecnologias do gênero e automedicação na vivência trans e travesti	112
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS.....	122
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DE SAÚDE)	129
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOS: TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (TCLE).....	132
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETAS DE DADOS PARA ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	134
ANEXO - Parecer do CEP	135

INTRODUÇÃO

Não se pode escrever nada com indiferença.

(Simone de Beauvoir³.)

O que nos leva a pesquisar algo? O que nos mobiliza, diante de uma infinidade de assuntos e possibilidades, a eleger um tema para estudar? Durante o percurso desta pesquisa, tive que lidar com essas perguntas recorrentemente: nas disciplinas, nos questionamentos dos(as) professores(as) e colegas, nas conversas com pessoas do meu cotidiano... por que escolhi falar de pessoas transgêneras? Por que no contexto da saúde? É nesse tom que escolho iniciar esse texto, localizando-me temporo-espacialmente sobre minhas aproximações com o tema desta pesquisa e delineando os referenciais, categorias e autores(as) que me acompanharam nessa jornada.

Meu interesse pelo campo dos estudos de saúde e gênero se inicia no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia, curso de pós-graduação no qual ingressei no ano de 2014, buscando me aprimorar profissionalmente enquanto psicóloga. Ao me mudar para a cidade, fui morar no bairro Jardim Umuarama, onde se situava um dos *Campus* da UFU (Campus Umuarama) e o Hospital de Clínicas, alguns dos locais pré-determinados como espaços de atuação da residência. E foi nesse bairro de classe média-alta que primeiro tive contato com aquelas que seriam, anos mais tarde, eleitas como foco desta pesquisa que agora vos apresento: as travestis e trans, englobadas na categoria de pessoas transgêneras, termo “guarda-chuva” que representa a categoria de pessoas com uma identidade ou expressão de gênero que diverge do sexo que lhes é imputado no momento do seu nascimento.

Naquele contexto específico, era comum encontrá-las nas esquinas das ruas, com trajés mínimos e chamativos, que deixavam muita pele à mostra, maquiadas e empertigadas em cima de altíssimos saltos. Aproveitavam-se da grande circulação de carros e caminhões na região (um cruzamento com a BR-050), e ficavam ali à espera de possíveis clientes. Desde o início, me causaram um misto de curiosidade, estranhamento e medo, porque o que se dizia no bairro era que, além de trabalharem com prostituição, cometiam pequenos roubos, portanto, o

³ SIMONE DE BEAUVOIR. *Escritas.org* (Blog). Disponível em <https://www.escritas.org/pt/t/34937/nao-se-pode-escrever-nada>. Acesso em 11 jul. 2019.

recomendado era evitar aproximações. Entretanto, apesar desse suposto perigo que representavam, era comum observar a aproximação de carros com vidros escuros, cujos donos paravam, trocavam rápidas palavras, as deixavam entrar e logo partiam. Esse primeiro contato já denunciava os espaços e posturas que a sociedade usualmente reserva a essas pessoas: o lugar do exótico, que repele e atrai ao mesmo tempo, da prostituição, da marginalidade e da segregação.

Esses lugares-comuns dizem respeito a todo o imaginário social que cerca essa categoria, que não é só local, mas mundializado. Leite Júnior (2014) reflete que a noção de “exotismo” tem suas bases no discurso colonial e nas intersecções e diálogos que estes corpos estabelecem, com ideias sobre raça, classe, gênero e nacionalidade, que se entrecruzam com categorias científicas, além de concepções nativas e midiáticas; o medo e a segregação dizem desse lugar de “marginalidade” que é esperado que estes sujeitos ocupem, ao estigma que lhes é socialmente atribuído, e que Butler (2016) traduzirá enquanto conceito como “corpos abjetos”, que será aprofundado posteriormente.

Continuando a narrar minha experiência, em conversa com colegas e professores(as) do programa, soube da existência de um ambulatório especializado nos cuidados a essas pessoas, alocado no Hospital de Clínicas (HC-UFU). O “Em Cima do Salto: Saúde, Educação e Cidadania”, foi criado em 2006, intencionando ofertar serviços médicos, psicológicos e de assistência social no processo de redesignação sexual, e atendia em seu escopo travestis, homens e mulheres trans em busca de cuidados de saúde, tratamentos de hormonioterapia, acompanhamento psicológico e reivindicações por mudança de nome. Prontamente, demonstrei interesse em estagiar nesse setor, e dentro de pouco, agilizamos a minha entrada.

No período de um ano, trabalhando enquanto psicóloga nesse espaço, foi fundamental o contato direto com a população transgênera, acompanha o cotidiano, as dificuldades, desafios cotidianos e demandas. Comecei a ter contato com conceitos como cisgeneridade, transgeneridade, binarismo de gênero, heteronormatividade, identidades de gênero e toda uma variedade de termos e expressões que compõem a área dos estudos e teorias de gênero. Pude me inteirar também das disputas epistemológicas e múltiplos discursos que cercam esse fenômeno: do âmbito médico científico, o debate no campo da saúde, das políticas públicas, das próprias travestis e trans, entre outros. Essa imersão vivencial, bem como todo o aprofundamento teórico realizado, foram fundamentais para o questionamento de certas

premissas e crenças hegemônicas que até então eu nutria, e para a construção das bases para esse estudo.

No intercurso do meu estágio no programa, houve uma greve que provocou a paralisação dos atendimentos, e os(as) usuários(as) transgêneros(as) tiveram que se dispersar para outros serviços de saúde da cidade que não foram sensibilizados para atendê-las(os). As queixas advindas disso foram diversas: falta de preparo dos(as) profissionais dos outros locais para atendê-los(as) devidamente, interrupção das terapias hormonais e da dispensação das receitas, desrespeito em relação ao uso do nome social, desconhecimento em relação aos processos concernentes à transgeneridade, e preconceitos e discriminações vários. Por meio desses relatos, pude, então, perceber algumas especificidades e demandas da população transgênera que o serviço de saúde, naquele momento e contexto, não estava capacitado para atender. Estariam, então, em outros lugares?

Esse acontecimento me fez olhar para minha experiência enquanto profissional de saúde e me questionar: será que estamos sendo preparados(as) em nossos cursos de formação para lidar com esses sujeitos que chegam aos nossos consultórios e espaços de trabalho, e borram as inteligibilidades de gênero em que a sociedade se pautou até então para entender e categorizar os corpos? Os gêneros e sexualidades dissidentes estão sendo discutidos nos currículos dos cursos e no conteúdo das disciplinas? E se não estão, como os(as) trabalhadores(as) e profissionais formados(as) para trabalhar com a saúde estão lidando com essas questões no dia-a-dia de suas atividades?

De acordo com Louro (2013, p.16), gênero e sexualidade são discussões pouco ou nada contempladas nos aprendizados e saberes construídos pelas universidades e demais espaços de ensino e formação. E quando o são, tanto na educação quanto na saúde, os corpos das travestis e pessoas trans têm sido alvos constantes das pedagogias corretivas e das ações de recuperação ou punição. Para estes, a sociedade reserva penalidades, sanções, reformas e exclusões.

Na conjuntura atual de saúde do nosso país, os(as) transgêneros(as) e travestis que buscam os serviços encontram-se em situações de grande vulnerabilidade física, social e psicológicas. Vulnerabilidade é um termo utilizado para caracterizar a predisposição que determinadas pessoas ou grupos apresentam para sofrerem por certos tipos de doenças e danos na saúde. Está relacionada aos processos de marginalização social, discriminação e violação de direitos. No caso específico das pessoas travestis e trans, por destoarem dos padrões

cisheteronormativos e binaristas impostos socialmente, essa vulnerabilidade aparece na forma de múltiplas violências, físicas, morais e psicológicas, dificuldades de acesso ao trabalho formal, educação, bens e serviços, entre outros fatores que, atuando isolados ou de forma combinada, as tornam mais propensas a uma série de riscos e doenças (BRASIL, 2015).

Ao ser admitida no Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade (PPGREC), pelo Órgão de Educação em Relações Étnicas da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (ODEERE/UESB), a minha motivação era para entender como as dimensões de gênero se articulam a sexualidade, como se interseccionam à saúde e às questões étnico-raciais. O **principal objetivo** desse trabalho foi compreender quais são os marcadores sociais da diferença que perpassam o acesso de pessoas travestis e trans aos espaços públicos de saúde e identificar como estes marcadores se entrecruzam e se interseccionam para determinar diferentes formas de atendimento e percepções por parte dos(as) trabalhadores(as) e profissionais de saúde.

Delineados os objetivos, o **problema central** se resumiu à seguinte questão: Quais são os marcadores da diferença que se apresentam na relação entre pessoas trans e trabalhadores(as) e profissionais de saúde? Marcadores sociais da diferença é um conceito das ciências sociais que visa, por meio de um olhar para múltiplos fatores, como pertença a grupos étnicos e/ou raciais, condições como gênero, orientação sexual, faixa etária, condições socioeconômicas, nível de instrução, profissão, entre outros, compreender como as desigualdades entre as pessoas se estabelecem na sociedade. No caso das pessoas travestis e trans, acredito que esses variados eixos se entrecruzam com a questão da identidade de gênero e que isso influencia na interação social com pessoas trans, trabalhadores(as) e profissionais de saúde, determinando condições de acesso e tratamento diferenciado e desigual.

Os **objetivos específicos** foram, por sua vez: analisar, por meio do discurso dessas travestis e mulheres trans, como os(as) profissionais lidam com as demandas e singularidades deste público e discutir, por intermédio dos discursos dos(as) profissionais da saúde, quais as concepções existentes acerca da transexualidade e da travestilidade.

A pesquisa de campo foi realizada em um município no interior da Bahia, que não conta com serviço especializado para atender a esse setor da população (travestis e trans). Depois de breve pesquisa de campo em alguns espaços de saúde, e chegada a conclusão de que estas pessoas raramente frequentavam a atenção primária (a porta de entrada do serviço: unidades básicas e postos de saúde), foi definido como campo principal deste trabalho o Hospital Geral

Prado Valadares (HGPV), por se tratar do maior hospital da cidade de Jequié, atendendo mais de 600 mil habitantes, o que compreende a população local e de 27 municípios circunvizinhos (BAHIA, s.d.). Como metodologia, adotamos a etnografia, utilizando como referencial Clifford Geertz (1989) e Roberto Cardoso de Oliveira (1998).

No espaço do hospital aconteceram as observações de campo e entrevistas aos(as) trabalhadores(as) e profissionais da saúde. De acordo com o Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2007, p. 1), são considerados(as) trabalhadores(as) de saúde todos(as) que trabalham de forma remunerada em organizações ou instituições atuantes em prol da melhoria da saúde; dessa forma, os(as) trabalhadores(as) da saúde podem ser classificados em dois grupos: o primeiro abrange as pessoas que prestam serviços – sejam eles pessoais ou não – ou seja, aqueles(as) profissionais formados(as) na área da saúde; o segundo compreende as pessoas não engajadas na prestação direta de serviços, que compreendem os(as) trabalhadores(as) administrativos, da parte da gestão e do apoio em saúde. Ambas as categorias interessam a esse trabalho. Na estruturação e lógica do serviço de saúde, quando um usuário(a) chega em certa unidade, ele(a) é recebido(a) primeiramente por um(a) atendente/secretário(a) – um(a) trabalhador(a) de saúde – que fará a ficha de registro para abertura do prontuário e a partir daí, encaminhará essa pessoa para o acolhimento e a triagem com um(a) profissional de saúde, geralmente enfermeiro(a). Quando esse(a) usuário(a) é uma travesti ou pessoa trans consideramos que esse primeiro contato é ainda mais importante, pois é nesse momento que o nome social – o nome pelo qual aquela pessoa prefere ser tratada e que corresponde ao gênero com o qual ela se identifica no momento – será ou não registrado no prontuário, e isso irá interferir no curso de todos os atendimentos posteriores.

Como esse trabalho está tratando do acesso e atendimento a uma população vulnerável e constantemente invisibilizada e sem espaço de fala, consideramos importante incluí-las nesse estudo, abrindo espaço para contarem suas histórias de vida e experiências com os serviços de saúde que já frequentaram. Esta é, portanto, uma etnografia que se desenvolve em duas frentes: junto aos(as) trabalhadores(as) e profissionais de saúde no espaço do HGPV, e junto à duas mulheres transgêneras e uma travesti que aceitaram participar como colaboradoras e compartilhar suas impressões. A escolha por trabalhar com estes dois segmentos foi feita levando em consideração que, refletir sobre o acesso e as experiências de travestis e nos espaços de saúde é também problematizar a maneira com a qual os(as) trabalhadores(as) e profissionais

percebem essas diferenças e reconhecem essas identidades; este é, portanto, um trabalho que visa lidar com o tema de forma fundamentalmente interseccional e transdisciplinar.

A interseccionalidade é um conceito da pesquisadora Crenshaw (2002) que estuda como várias estruturas de poder e de subordinação agem de forma associada e interativa nas vidas das minorias, gerando condições desiguais e desempoderamentos vários. Ela se debruça especialmente sobre o patriarcalismo, o racismo e a desigualdade de classe para compreender como esses fatores se imiscuem e interagem com outros para submeter certas categorias a piores condições sociais e de vida do que outras.

Tendo em vista essa concepção, é importante questionar: como uma travesti é encarada quando busca tratamento em um espaço de saúde? Isso muda se além de travesti, essa pessoa for negra? E se for escolarizada e de classe média? E se não aparentar “ser travesti”? Que outros fatores se associam a essa identidade de gênero e promovem uma maior/menor aceitação/exclusão nesse ambiente? É dessas nuances que esse trabalho trata, e é justamente nesse sentido que reside a sua relevância. Muito se tem dito acerca do acesso de travestis e pessoas trans no contexto da saúde, mas a maioria dos trabalhos que versam sobre isso tomam essa categoria como unívoca e ignoram as particularidades e diferenças desses sujeitos dentro do seu próprio grupo. Como essas categorias identitárias de gênero (travestis e trans) são compreendidas e posicionadas quando estão em confronto com outras tantas? Que ideias acerca destas identidades são acionadas no contato com os(as) trabalhadores(as) e profissionais de saúde? A pertinência desta investigação se estabelece numa perspectiva integrada sobre os múltiplos determinantes sociais que imprimem nas vivências/experiências desiguais de travestis e mulheres transexuais e da relação que se estabelece entre elas e as estruturas e serviços de saúde, personificados aqui na forma dos(as) trabalhadores(as) e profissionais.

A **relevância** desta pesquisa abrange tanto o meio acadêmico quanto o contexto de saúde. Para o contexto acadêmico, o trabalho contribui ao trazer um assunto atual sob uma perspectiva interdisciplinar, uma vez que esse trabalho se fundamenta em fontes de variadas vertentes para a construção do seu escopo teórico: das teorias de gênero, das ciências sociais, da filosofia política, das políticas públicas, da saúde coletiva, da antropologia, dos saberes trans, entre outros. No contexto da saúde, colabora por trazer esse tema para a discussão nos espaços de saúde, posto que, apesar da profusão de estudos e projetos que tratam das questões de gênero, na prática, nas cidades interioranas e de pequeno/médio porte, ainda há um tabu em relação a tudo que cerca os debates de gênero e sexualidade. E englobando ambos os contextos, essa

pesquisa se diferencia porque procurou acompanhar o cotidiano do hospital e de como os(as) trabalhadoras(es) e profissionais de saúde interagem com as travestis e as pessoas trans.

Para pensar nessas questões e subsidiar esse debate, adotou-se um referencial teórico fundado nas contribuições de vários(as) autores(as), dentre os(as) quais: Judith Butler, uma das principais aportes nas discussões de gênero e Teoria *Queer* da contemporaneidade, seguidas de Guacira Lopes Louro, Marcos Renato Benedetti, Larissa Pelúcio e Berenice Bento, importantes teóricos(as) brasileiros(as) que reverberaram e aprofundaram os estudos de Butler no contexto nacional; Foucault foi utilizado como base para o debate sobre sexualidade, normatividade e biopoder e para fundamentar a análise dos dados. Para embasar as discussões sobre interseccionalidade e marcadores sociais da diferença foram utilizadas Kimberly Crenshaw, Avta Brah, Carla Akotirene, Patrícia Hill Collins e Vivianne Vergueiro. Documentos oficiais, na forma das políticas e portarias do Ministério da Saúde, ampararam a discussão nesse âmbito; Alex Honneth colabora na proposição de uma nova gramática social para as minorias sob a forma do reconhecimento; Roberto Cardoso de Oliveira e Clifford Geertz fornecem subsídios importantes para a compreensão da etnografia enquanto método de produção do material empírico.

A **análise dos dados** empíricos foi feita utilizando como referencial a análise do discurso foucaultiana, que trabalha “com a emergência e materialidade do discurso tomando por base as relações de poder implicadas na produção social do sujeito”, como afirma Fischer (2001, p. 594). As entrevistas realizadas foram lidas sistematicamente e organizadas em campos semânticos, de acordo com as temáticas em comum.

O presente trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo, intitulado “O conceito de sujeito, gênero e marcadores sociais da diferença” visa estabelecer o pano de fundo para o nosso debate, trazendo o conceito de sujeito a partir de Butler e Foucault para embasar a discussão sobre os mecanismos de regulação social que definem os parâmetros de normalidade sob os quais se fundam a nossa sociedade, estabelecendo quem será aceito e quem será excluído e/ou precisará ser tratado para se enquadrar às normas. A partir daí, discutiremos sobre as noções de gênero e sexualidade a partir de Rubin e Butler, para falar sobre cisgeneridade e transgeneridade. Esse capítulo também se ocupará de fazer as diferenciações entre os termos “identidade de gênero” e “orientação sexual”, bem como apresentará as travestis e mulheres trans que colaboraram nesse estudo, já situando os marcadores sociais da diferença que distinguem as vivências de cada uma delas.

No segundo capítulo “Reconhecimento, saúde e patologização das identidades trans” falamos sobre o debate da travestilidade e da transgeneridade no campo da saúde, visando entender como a medicina e as áreas da saúde se apropriaram dessas categorias, construindo todo um saber-poder em cima desses corpos. Nesse mesmo capítulo também se encontra uma revisão de literatura dos últimos seis anos acerca do acesso dessa população ao SUS, visando entender como tem acontecido e de que forma esse fenômeno está sendo compreendido no âmbito nacional. Encerramos essa seção trazendo as novas perspectivas e conquistas no cenário transgênero, descrevendo algumas mudanças que ocorreram em termos de leis e avanços para essa comunidade nos últimos anos.

O terceiro capítulo, definido como “Percurso Metodológicos”, detalha os caminhos percorridos pela pesquisadora para a efetivação desse trabalho, bem como os procedimentos metodológicos e abordagens teóricas adotados para amparar essa investigação. Justificamos a escolha do campo empírico e detalhamos as ferramentas e recursos utilizados para a construção e análise dos dados.

No quarto capítulo “Escandalizar’ o SUS: os discursos de trabalhadores(as)/profissionais de saúde em relação à travestilidade e transgeneridade” encontra-se a análise das falas dos(as) profissionais e trabalhadores(as) de saúde com base na perspectiva foucaultiana, entendendo-as como formações discursivas que acionam saberes, técnicas e práticas que interferem diretamente no modo como vão compreender e cuidar dos(as) usuários(as) travestis e trans que chegam em seus espaços de trabalho. Essas respostas foram sistematicamente lidas e relidas, e reunidas em campos semânticos, analisados a partir da perspectiva foucaultiana e dos(as) teóricos(as) de gênero.

No quinto e último capítulo fazemos a análise das entrevistas realizadas com as nossas colaboradoras travestis e trans, tentando compreender a forma com a qual os marcadores acionados por essas vivências – classe, escolaridade, profissão, raça, etnia, geração, entre outros fatores, multiplicados à questão da identidade de gênero – poderiam intervir no modo como são atendidas nos espaços públicos de saúde.

CAPÍTULO 1 - O CONCEITO DE SUJEITO, GÊNERO E OS MARCADORES SOCIAIS DA DIFERENÇA

Antes de adentrar nas discussões de gênero e conceituar transgeneridade e travestilidade, é fundamental situar esse debate em um conceito prévio, anterior a qualquer identidade ou papel de gênero: a noção de sujeito, de pessoa.

Para destrinchar essas ideias, utilizaremos Butler, que inspirada por Foucault, ao longo de sua obra (2014; 2015; 2016, entre outros), em maior ou menor dimensão, tenta entender como se dá a formação da identidade e da subjetividade humanas, construídas e reguladas pelas estruturas de poder e saber que regem a nossa sociedade. Para tanto, ela centraliza seus questionamentos no “sujeito” tentando compreender quem ele é, como se constitui, e de que forma essa sujeitidade é amparada pelo Estado (ou não). Em “Quadros de Guerra: Quando a vida é passível de luto?” Butler (2015) se debruça sobre os contextos de guerra contemporâneos, que, por falta (ou deficiência) de redes sociais e econômicas de apoio expõe determinadas populações – atravessadas por marcadores de raça, gênero, nação, entre outros – a condições precárias de vida, determinando maior suscetibilidade à fome, às doenças, à pobreza e até à morte.

Butler (2015) reflete que essas violências são produzidas, na maior parte das vezes, pelo próprio Estado-Nação, que falha em prover proteção e condições de sobrevivência a todos, submetendo alguns à miserabilidade e, às vezes, à própria destruição. O que determina, então, quem poderá acessar direitos e terá sua vida garantida e quem será sacrificado e invisibilizado em suas necessidades? Butler (2015) se ampara em Hegel para afirmar que, há regras, termos e convenções que atuam do seu próprio modo, para determinar quem será, no contexto da vida política contemporânea, entendido como sujeito ou não. Essas exclusões são determinadas por categorias identitárias e culturais, e uma das populações que Butler (2015) localiza como sendo alvo dessas formas de violência legalizadas/praticadas pelo Estado são as minorias de gênero e sexuais.

Partindo dessa premissa, o Estado – na forma das leis e instituições – se baseia em normas que se guiam tanto pela experiência individual quanto pela ideia de uma totalidade. De acordo com Foucault (2009, essa tendência tem suas origens no poder pastoral, onde o Estado,

baseado nos princípios cristãos, passa a atuar classificando e submetendo as individualidades a certos modelos muito específicos. Esse poder – que se transmuta e posteriormente se une ao biopoder e se amplia para outras instâncias institucionais, como a saúde, a educação... – trabalha por meio de técnicas de adestramento, procedimentos de dominação e submissão, ordens e premissas reguladas, enquadrando os indivíduos em certos padrões, regulando e os transformando em “corpos dóceis”, governáveis. Foucault (1999) nomeia esses artificios de poder disciplinar e enfatiza ainda que a partir deles

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis” (FOUCAULT, 1999, p.164).

Doravante, todos aqueles que escapam dos padrões estabelecidos, das normas especificadas, são subordinados a medidas corretivas, de tratamento ou exclusão. Essa lógica recai também sobre o gênero e a sexualidade, e é especialmente sobre isso que nos debruçaremos com mais afinco nos próximos parágrafos.

Retomamos Butler (2016) para analisar esse fenômeno, com base naquilo que ela chama de matriz cultural. A teórica afirma que estamos todos imersos em uma “matriz cultural”, ou seja, num contexto moldado por discursos e práticas construídos culturalmente ao longo de muitas gerações. Essa matriz opera sob uma lógica binária de dois sexos (macho/fêmea) e de dois gêneros (homem/mulher) e sob um viés fundamentalmente cisheteronormativo, ou seja, que considera a cisgeneridade e a heterossexualidade como naturais e esperadas. Acerca disso, Butler (2016) reflete que:

a matriz cultural por intermédio da qual a identidade de gênero se torna inteligível exige que certos tipos de identidade não possam existir – isto é, aquelas em que o gênero não decorre do sexo e aquelas em que as práticas do desejo não decorrem nem do sexo nem do gênero (BUTLER, 2016, p.44)

Portanto, essa situação já condicionaria determinados corpos ou identidades à legitimidade –ou não –, definindo que algumas identidades de gênero seriam falhas do desenvolvimento natural ou “impossibilidades lógicas” posto que não se adequariam às normas de inteligibilidade cultural socialmente impostas. (BUTLER, 2016, p.45).

Rubin (2003, p.10), em “Pensando o sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade”, reflete sobre esse essencialismo sexual, que considera que “o sexo é uma

força natural que existe anteriormente à vida social e que molda as instituições”. A autora menciona que nossa sociedade foi construída sob essa norma que considera o sexo como “eternamente imutável, a-social e transhistórico”. Tal raciocínio perpassa vários campos de saberes, dentre eles a biologia, a medicina, a psicologia e, como não poderia deixar de ser, embasa estudos e teorias que alicerçam e organizam nossa estrutura social. O sexo é classificado como sendo de propriedade dos indivíduos e algumas dúvidas são lançadas acerca do que o determina: talvez seja inerente aos hormônios ou a psique ou ainda construído como fisiológico ou psicológico. Entretanto, Rubin destaca que um ponto em comum perpassa todas essas categorias etnocientíficas: a de que sexualidade é considerada a-histórica e sem determinantes sociais relevantes (RUBIN, 2003, p.10-11).

Com base nas discussões levantadas por Butler (2016) e Rubin (2003), o que determinaria então a diferença entre sexo e gênero? Essa distinção é pensada usualmente partindo da ideia de que o sexo seria dado biologicamente, natural, e de que, no contraponto, o gênero seria social, e, portanto, culturalmente construído. Butler (2016), em “Problemas de gênero: feminismo e subversão das identidades”, tece uma crítica a essa visão fragmentada dessas categorias. Ela questiona a ideia comum de que o gênero seria decorrente do sexo e problematiza a arbitrariedade dessa separação, ressaltando que “talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero se revela absolutamente nula” (p. 27). Ou seja, em sua concepção, o sexo seria um produto cultural tanto quanto o gênero, não havendo entre essas categorias nenhuma diferença (BUTLER, 2016).

Por meio dessa contestação, Butler (2014) vem questionar essas regulações de gênero, ou seja, esses discursos e tecnologias que definem o que leva uma pessoa a ser apreendida socialmente como “normal” e, portanto, a ser aceita. Essas normas são de múltiplas ordens – legal, militares, médicas, psiquiátricas, entre outras – e operam criando inteligibilidades, ou seja, permitindo que determinados atos e condutas sejam interpretados como válidos. Atuam, portanto, como afirma Butler (2014, p.253) por meio de uma “grelha de legibilidade sobre o social e definindo os parâmetros do que será e do que não será entendido como domínio do social”. A norma determina um paradoxo, por meio desses critérios que ela confere ao campo social, pois, mesmo aqueles(as) que lhe escapam, continuam sob sua égide, sendo regidos por ela.

Mas, Butler (2014, p. 266) reflete também que, a norma, ao mesmo tempo que produz o modelo a ser seguido, o padrão, no contraponto, produz também os desviantes, ou, nas

palavras da própria “qualquer oposição à norma já está contida na própria norma, e é crucial para seu próprio funcionamento”. Partindo desse pressuposto, tentar burlar a norma de gênero pode rapidamente ativar as ações regulatórias que as várias instâncias de poder se utilizam para se manter operando. Mas, ao passo que esta – a norma – não é uma instância imanente, ontológica, mas sim uma prática continuamente (re)feita e (re)instituída nos ritos sociais e cotidianos, isso nos autoriza, portanto, a questioná-la, problematizá-la, e desinvesti-la de seu poder.

Assim, Butler (2014, p.252-253) salienta que gênero é compreendido como sendo “o mecanismo através do qual as noções de masculino e feminino são produzidas e naturalizadas”, mas destaca ainda que o próprio – gênero – tem a possibilidade de ser o aparato através do qual esses termos, normas e condutas podem ser desconstruídos, questionados e desnaturalizados. É o que acontece com os transgêneros, que solapam essa lógica do binarismo dicotômico macho-fêmea e sugerem que o gênero se move para além dessa fronteira.

De acordo com o documento “Orientações sobre identidade de gênero: conceito e termos” (JESUS, 2012, p.12), idealizado e executado pela transativista e psicóloga Jaqueline Gomes de Jesus, transgêneros(as), como a própria etimologia “*trans*” da palavra sugere, são as pessoas que estão para além do gênero, ou seja, que não se reconhecem com o gênero que lhes foi designado no momento do seu nascimento. Em contraponto, cisgêneros(as) são aqueles(as) que, segundo denota o prefixo “*cis*”, estão do mesmo lado do gênero, ou seja, identificam-se com o gênero no qual foram designados no momento do seu nascimento. Cisgeneridade e transgeneridade operam, portanto, como identidades de gênero, ou seja, são formas pelas quais os indivíduos se identificam nessa relação entre o seu sexo biológico e seu autoreconhecimento.

Jesus (2012, p. 12-13) destaca que a categoria “*Identidade de Gênero*” não deve ser confundida com a de “*Orientação sexual*”, posto que a primeira atua nos níveis constitutivos do sujeito enquanto identidade, e a última diz respeito a por quem esse indivíduo se interessa na instância afetiva e sexual. Relações de gênero definem identidades socialmente construídas na oposição entre feminino e ao masculino. Butler (2016, 236-237) desenvolve uma crítica a essas concepções biologicistas e essencializantes sob as quais se amparam o discurso científico e do senso comum, afirmando que a verdade interna do gênero nada mais é do que uma fabricação, “uma fantasia instituída sobre a superfície dos corpos” ressaltando que, os gêneros não seriam nem verdadeiros nem falsos, mas apenas produzidos por meio do discurso, como efeitos de verdade. Assim, ela afirma que o gênero, em geral, é uma forma de paródia, mas, que

algumas performances de gênero são mais parodísticas do que as outras, como seria o caso das travestis e das *drags queens*. Para Butler (2016), as identidades masculinas e femininas, bem como a heterossexualidade, nada mais são do que atos performativos regulados socialmente e repetidos até o ponto em que adquirem a aparência de algo instituído, que sempre esteve ali.

Assim, um discurso que repouse nessas ideias limitadoras sobre gênero, insistindo no par homem-mulher como a única forma de compreender esse campo, atua no sentido de “efetuar uma operação reguladora de poder que naturaliza a instância hegemônica e exclui a possibilidade de pensar sua disrupção” (BUTLER, 2014, p. 254). Portanto, quem ousa romper com essa aparente congruência prevista entre as categorias de gênero, sexo e desejo, estabelece uma ininteligibilidade, uma incoerência, e são, portanto, apartados pelo discurso hegemônico para as margens, para a precariedade. De acordo com Butler (2002), ocupam esses espaços aqueles que não são/estão adequadamente generificados(as), que escapam da ordem heterossexual – que é utilizada para delimitar as fronteiras da normalidade –, tornando qualquer pessoa que não esteja circunscrita nestas fronteiras como um ser “abjeto”.

Esses seres considerados abjetos sofrem “através de um conjunto de exclusões, de apagamentos radicais, os quais, estritamente falando, recusam a possibilidade de articulação cultural” (BUTLER, 2000, p. 161) Ou seja, na medida em que não se situam na matriz cultural vigente, nos parâmetros estabelecidos de normalidade, não conseguem ser lidos, e não são, portanto, inteligíveis. Doravante, ao não serem reconhecidos, devem, então, serem eliminados ou segregados. Entretanto, por meio das suas existências/resistências, acionam os limites e fronteiras das normas, uma vez que ao qualificarmos um grupo como “excluído”, estamos dando a ele um *status* oficial, uma legitimação e, logo, uma possibilidade de articulação e reivindicação de direitos. Portanto, ao excluirmos travestis e pessoas trans por sua não conformidade ao sistema de gênero hegemônico, estamos abrindo em nossa matriz cultural, os meios para a subversão e a suplantação desse modelo

Porém, quando Butler está falando da exclusão a que certos sujeitos estão submetidos em nossa sociedade, cabe a seguinte reflexão: será que todos aqueles que subvertem as normas de gênero e/ou heteronormatividade são excluídos da mesma forma? Se existem regras acerca das expressões de gênero e da heterossexualidade, não existiriam também regras sobre como ser gay ou como ser trans? Uma travesti está submetida às mesmas discriminações que uma mulher trans? E quais seriam as diferenças entre ser travesti e transgêneros? E que outros fatores multiplicados a essa identidade de gênero poderiam determinar uma maior exclusão ou

aceitação por parte da sociedade e de suas instituições? Acerca dessas diferenças, falaremos no próximo capítulo.

1.1 Marcadores sociais da diferença e intersecções nas experiências travestis e transgêneras.

Antes de entrarmos na discussão sobre marcadores sociais da diferença, nos quais as categorias travestis e trans estão incluídas, é pertinente fazermos uma distinção entre esses dois termos. Esse é um debate que tem se estendido ao longo de alguns anos e até hoje não há um consenso. A noção de transexual está diretamente vinculada às ciências médicas e psiquiátricas. Benedetti (2005), em “Toda feita: o corpo e o gênero das travestis”, tenta estabelecer essas diferenças, e relata que as mulheres trans usualmente possuem um amplo conhecimento do linguajar médico-psiquiátrico, e fazem uso desses saberes para amparar seus modos de ser e agir. Embasadas por esse discurso, entendem-se enquanto doentes, não aceitando seus órgãos sexuais biológicos e requerendo a cirurgia como forma de correção ou ajustamento de seu corpo físico à sua *persona* feminina.

Já a travesti, de acordo com Kulick (1998, p.21) deriva do verbo 'transvestir', ou seja, vestir roupas do sexo oposto (ou *cross-dress*, em inglês). Kulick realizou uma etnografia para entender os estilos de vida dessas pessoas no contexto da cidade de Salvador – BA, e por meio de sua imersão no campo, percebeu que as travestis não se caracterizam apenas por usar roupas de mulher. Relata que a principal característica das travestis de Salvador, e de todo o Brasil, é que:

elas adotam nomes femininos, roupas femininas, penteados e maquiagem femininos, pronomes de tratamento femininos, além de consumirem grande quantidade de hormônios femininos e pagarem para que outras travestis injetem até vinte litros de silicone industrial em seus corpos, com o objetivo de adquirir aparência física feminina, com seios, quadris largos, coxas grossas e, o mais importante, bundas grandes. (KULICK, 1998, p. 21-22).

Entretanto, o autor destaca que, apesar das múltiplas transformações, muitas das quais impossíveis de serem desfeitas, as travestis não se definiriam como mulheres cis ou trans, posto que não teriam a intenção de apagar todas as marcas de masculinidades e nem tampouco reivindicariam para si uma subjetividade feminina tradicional (KULICK, 1998). Estariam, pois, entre os gêneros feminino e masculino, sem se posicionar nem em um, nem no outro, mas

deslocando-se entre esses lugares de acordo com seus interesses e necessidades. Travesti é vista, portanto, como uma categoria política que pretende borrar o feminino e o masculino.

Mas, o que percebemos nas literaturas mais recentes sobre o tema, é que não há essa fixidez de conceitos nas identidades travestis e trans. Em trabalhos realizados com esse público, é possível observar que a transgeneridade/travestilidade não as resumem nem as intitulam, mas são tratadas como um artifício, um instrumento da qual usam para se situar entre os gêneros, contrariando o discurso científico, que tenta estabelecer essas identidades como definidas, demarcadas, como afirma Oliveira (2014). Acerca disso, Foucault (2014, p.78), destaca que a ciência, a partir do século XVIII, fundamentou uma “genealogia da sexualidade”, diretamente vinculada à “noção de verdade”, no qual o indivíduo era induzido a atentar-se para os seus desejos, a se entender e reconhecer enquanto sujeito desejante, travando uma busca pelo seu “verdadeiro sexo”. Para tanto, foi instaurada toda uma “aparelhagem para produzir discursos verdadeiros sobre o sexo”, que disseminava a ideia de uma sexualidade supostamente sã e completa baseada nas formas devidas de uso dos órgãos sexuais, tendo por modelo as relações cisheterossexuais no contexto matrimonial/conjugal.

Essas compressões persistem até hoje nas práticas psicológicas e médico-psiquiátricas, especialmente quando nos referimos a travestis e pessoas trans. Entretanto, apesar das tentativas de controle, as categorias identitárias deslizam e fogem das regulações, pois são fluidas e atravessadas por dispositivos históricos e políticos que as constituem e definem. Meros conceitos e normas não conseguem abarcar a subjetividade, a complexidade das vivências e as várias formas de manifestação de gênero e da sexualidade dessas pessoas.

Portanto, tendo em vista que essas fronteiras de diferenciação que separam os gêneros são frouxas e deslizantes, tem-se optado ultimamente pela autoidentificação, uma vez que, como afirma Barbosa (2010, p. 4), “menos que identidades coerentes e nucleares, os relatos destas pessoas apontam a coexistência de múltiplas posições de sujeito, que são acionadas situacionalmente”. Neste estudo, procuramos respeitar a autonegação das participantes com todas as ambivalências e contradições que mostraram ao longo dos encontros e conversas. Destacamos também que utilizamos a abreviação trans ou pessoas transgêneras para nos referir às/aos transexuais (termo que é mais recorrente na literatura), uma vez que, como afirma Foucault (2000, p. 8-9), “a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que tem por função conjurar seus poderes e perigos (...) e esquivar sua pesada e temível materialidade”, ou seja, o discurso é um instrumento

que reproduz e perpetua certos valores sobre determinadas coisas/objetos/pessoas e não é nosso objetivo nesse trabalho reiterar o uso de uma categoria êmica – transexual, transexualidade – que relaciona essas identificações de gênero ao campo médico-psiquiátrico, que se apropria delas a partir da ideia da doença e da disforia. Assim, quando for necessário o uso dessa nomenclatura – por conta das referências ou da discussão que está sendo feita – ela será usada entre aspas.

Sendo assim, situadas as diferenças êmicas entre travestis e trans, que por si só já determinam divergências na forma como são tratadas socialmente. Uma vez que o termo “*transexual*” é uma categoria cientificamente aceita e catalogada, enquanto travesti está mais associada a uma identidade marginalizada e ameaçadora, como afirma Kulick (1998, p. 26), convém aqui abrirmos um parêntese para falarmos de outras posições das vivências transgêneras específicas que, interseccionalizadas, conferem às pessoas que as encarnam maiores privilégios, quanto mais se aproximam da normatividade e de capitais socioculturais⁴, e maiores exclusões e estigmas, à medida que se afastam destas condições.

Acerca disso, Viviane Vergueiro (2015, p. 20), mulher trans, como se denomina, e importante transativista brasileira, relata em sua autoetnografia (dissertação de mestrado), que “certas posições normativas e acesso a recursos impensáveis para boa parte das pessoas trans”, possibilitaram importantes conquistas em sua vida, mesmo que tenham se modificado quando começou a se autoidentificar enquanto mulher. O que Vergueiro (2015) nos diz por meio dessa colocação, é que algumas condições existenciais, como o fato de ser “mestiça branca e leste-asiática”, de classe média, intelectualizada e com acesso considerável a tecnologias e procedimentos estéticos, a permitiram certa passibilidade e alguns privilégios inimagináveis para outras pessoas que também se enquadram/se denominam como travestis, apesar de não a poupar da discriminação, da dor e do sofrimento que o “*cistema*”⁵ e a “*ciscolonialidade*”³ impõem a todos que fogem dela.

O termo passabilidade é comumente usado para referenciar a quanto um homem ou mulher trans consegue passar-se por cis, ou seja, o quanto tem sua transexualidade

⁴ De acordo com Pierre Bourdieu (2007, p. 13) o capital social corresponde à rede de relações interpessoais que cada um constrói, com os benefícios ou malefícios que ela pode gerar na competição entre os grupos humanos. Já o capital cultural, se expressa na forma da educação, de conhecimentos apreendidos, livros, diplomas etc.

^{5,3} Ao se referir a ciscolonialidade, Vergueiro (2015, p. 25) fala das “diversas formas de colonialidade – em outras palavras, dos sistemas – que operam contra as diversidades corporais e de gênero”.

invisibilizada e consegue passar despercebido(a) entre as pessoas cisheteronormativas. Acerca disso, Vergueiro (2015) completa que:

[...] Ser visível enquanto pessoa trans significa, no mais das vezes, ser alvo de ridicularizações, estranhamentos, exotificações e outras violências, fazendo com que a invisibilidade — equivalente ao ‘passar-se como pessoa cisgênera’, ou, em termos mais problemáticos, ao ‘parecer homem ou mulher de verdade’ — acabe se tornando um objetivo muito importante para muitas pessoas trans (VERGUEIRO, 2015, p. 214).

Essas diferenças que se atravessam e determinam múltiplas vivências dizem respeito a marcadores sociais que, combinados e articulados, determinam interseccionalidades. Segundo Collins (2017), o aparecimento desse termo remete às políticas feministas negras das décadas de 1960 e 1970, que criticavam o feminismo vigente na época como sendo parcial e incompleto, uma vez que ignorava as opressões variadas e simultâneas vivenciadas pelas mulheres negras nos Estados Unidos. Collins (2017, p.8-9) utiliza-o para pensar como certos sistemas de opressão interconectados, como “racismo, patriarcado, homofobia e exploração de classe” configuram matrizes de dominação numa perspectiva construcionista social. Apesar de ter seu berço na teoria feminista, o termo ganhou complexidade ao longo do tempo, e passou a ser entendido como um “projeto de conhecimento” sendo utilizado como um termo guarda-chuva para se referir às múltiplas matrizes de dominação/subordinação que atuam produzindo injustiças sociais na vida de determinados sujeitos. Foi popularizado pelo trabalho da jurista afro-americana Kimberlé Crenshaw, que partiu da sua experiência enquanto mulher negra para pensar a intersecção entre gênero, raça, justiça e violência

Assim, o conceito de interseccionalidade pode ser entendido como:

significando os efeitos complexos, irreduzíveis, variados e variáveis que decorrem quando múltiplos eixos de diferenciação – econômica, política, cultural, psicológica, subjetiva e experiencial – se interseccionam em contextos historicamente específicos. O conceito enfatiza que as diferentes dimensões da vida social não podem ser separadas em vertentes discretas e puras (BRAH; PHOENIX, 2004, p. 76).

Acerca disso, Crenshaw (2002) reflete sobre a Declaração Universal que garantia a aplicação dos direitos humanos sem distinção de gênero, mas quando as mulheres eram:

estupradas, espancadas no âmbito doméstico ou quando alguma tradição lhes negava acesso à tomada de decisões, suas diferenças em relação aos homens tornavam tais abusos periféricos em se tratando das garantias básicas dos direitos humanos, e tais diferenças não eram levadas em consideração (CRENSHAW, 2002, p. 172).

Assim, Crenshaw (2002, p.172) salienta que, outros elementos que compõem as identidades sociais dessas mulheres, como por exemplo “classe, casta, raça, cor, etnia, religião,

origem nacional e orientação sexual” são aspectos essenciais para entender e definir como a discriminação atua nos mais diferentes grupos.

Ainda em Crenshaw (2002, p. 177), a autora expande o entendimento de interseccionalidade para além da experiência das mulheres, definindo o conceito de forma mais ampla como sendo “a forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento”. Para exemplificar essa ideia, utiliza-se da analogia de uma avenida, considerando os vários eixos de poder – raça, etnia, gênero e classe, entre outros – como vias que se cruzam e estruturam contextos sociais, econômicos e políticos, onde as dinâmicas do desempoderamento se deslocam. Essas vias representam eixos de poder, que ao contrário de se excluírem, frequentemente se sobrepõem e se encontram, criando pontos de intersecção que determinam múltiplas complexidades na vivência de tais sujeitos. Em consonância com esse raciocínio, Vergueiro (2015, p.24) chama a atenção para a necessidade da “análise crítica da normatividade cisgênera”, destacando que esta somente pode ser feita por meio da interseccionalidade, ou seja ao pensarmos em pessoas transgêneras, devemos levar em consideração como essas identidades de gêneros dissidentes se associam com padrões corporais, de raça e/ou etnia, classe social, entre outros, para não incorrer no risco de julgarmos, de forma implícita ou explícita, esse grupo enquanto uma entidade homogênea (VERGUEIRO, 2015, p. 31).

Butler (2016, p. 21) chama a atenção para o fato de que “gênero nem sempre se constituiu de maneira coerente ou consistente nos diferentes contextos histórico”, estabelecendo “intersecções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas”. Este trabalho, portanto, pretende olhar as travestis e mulheres trans participantes a partir de todos esses prismas, que personificam e encarnam categorias que determinam maiores facilidades ou dificuldades na relação com profissionais quando procuram os espaços de saúde.

1.3 Autoidentificações e diferenças nas vivências travestis e trans.

As vivências travestis e trans, como quaisquer outras vivências, são marcadas por uma multiplicidade de classificações identitárias, que se configuram e se rearranjam de acordo com os espaços que habitam/ocupam e as transformações corpóreas e subjetivas que vão

experimentando ao longo de suas vidas. Neste subtópico traçaremos brevemente o perfil das três participantes transgêneras desta pesquisa e das diferenças que estas encarnam, para em um capítulo posterior tratar destas questões nos discursos acionados pelos(as) profissionais de saúde.

Apesar das travestis e mulheres trans que aceitaram participar desse trabalho terem vivências e experiências completamente diferentes, um consenso encontrado em seus depoimentos diz respeito àquilo que Pelúcio (2007, p. 18) chama de “centralidade do estigma que representam, marcados pelo embaralhamento de gêneros e, sobretudo, pela construção do feminino em corpos masculinos.” Esse estigma experienciado pelas colaboradoras desta investigação geralmente se traduz de duas formas, aplicando-se em menor ou maior grau a cada uma delas: (1) na forma de abjeção, conceito de Butler (2000) já explorado anteriormente, que se refere à deslegitimidade social que certos corpos sofrem por não se referenciar nos ideais hegemônicos defendidos pela sociedade (de gênero, raça, e/ou sexualidade, por exemplo) e (2) na forma de desejo e exotização desses corpos, tomados como a personificação do mito do andrógino, como se refere Leite Jr (2014, p. 45): “no imaginário do fantástico sexual são erotizadas porque encarnam em um mesmo corpo a união de caracteres físicos masculinos e femininos, onde há a mistura entre os sexos e gêneros.”

Nesta pesquisa, foram entrevistadas três pessoas transgêneras, sendo que duas reivindicaram para si o rótulo mulher trans, enquanto uma se sentiu mais confortável se identificando como travesti. O que pude observar, entretanto, é que essa autoidentificação enquanto uma ou outra, era oscilante e variava ao longo dos nossos encontros e conversas. Como Pelúcio (2007) reflete, essa fluidez na forma como referem a si mesmas é utilizada para dizer das suas corporalidades e moralidades, que estão associadas ao deslocamento dos corpos pelos territórios e às transformações desses mesmos corpos. Ou seja, apropriam-se ora de uma definição, ora de outra, dependendo do momento, do lugar e do que querem afirmar por meio daquela identificação, como já referimos anteriormente.

1.3.1 MARGÔ

Margô, à época das nossas conversas, tinha 53 anos de idade. Nasceu em Jequié, foi criada na cidade até a pré-adolescência, e a após essa fase, morou em diversas cidades, entre

elas, Porto Seguro, onde residiu por 32 anos e constituiu sua carreira como artista e dançarina. Margô preferiu não autodefinir sua identidade de gênero, referindo a si mesma como “*uma pessoa diferente, uma pessoa em cima do muro*”. Diz não ser mulher por não ter “*prexeca*” nem a possibilidade de ser mãe, mas gosta de ser tratada no feminino. Nesse trabalho, consideraremos Margô enquanto travesti, embora ela mesma acione essa nomenclatura pouquíssimas vezes durante nossas conversas.

Margô relata que desde muito jovem já se interessava por homens e por atividades consideradas femininas. Quando criança, os pais a levaram no médico para saber se seu comportamento era normal, e depois do diagnóstico do médico de que ela era “*defeituosa de fábrica*”, passaram a aceitá-la em sua condição. Sempre foi muito feminina e orgulhosamente relata que as pessoas nunca a encararam como homem, que nunca sofreu preconceito e sempre foi respeitada em sua identidade.

Escolheu o nome Margô com 11 anos, por se identificar com Margaret Thatcher, a famosa primeira-ministra inglesa, conhecida popularmente como “*a dama de ferro*” e já o utilizava no colégio. Era respeitada no ambiente escolar e conseguiu trocar a educação física masculina para a feminina, tendo a possibilidade de fazer ginástica rítmica junto com as outras meninas. Foi onde aprendeu a gostar de dançar. Quase terminou o ensino médio, mas relata que acabou abandonando a escola para se dedicar à dança.

Mudou-se para Porto Seguro para tentar a vida; começou a trabalhar em barracas e restaurante à beira-mar como ajudante de cozinha, e chamou a atenção dos clientes por suas habilidades como dançarina. O gerente, notando seu talento, convidou-a para fazer shows. Dançava Oxum, Iemanjá, filho de Gandhi e se tornou um grande sucesso. O “*Show da Margô*” passou a ser reconhecido nacional e internacionalmente, e pessoas vinham de fora para vê-la se apresentar.

Margô incorpora em sua trajetória todo o imaginário de exotismo que cercam as travestis brasileiras. Os recortes de revistas e jornais reunidos em uma velha pasta preta, parcialmente decompostos pelo tempo, umidade e mofo, anunciam: “*Furacão Margô: Margô se consolidou como atração turística em Porto. De segunda a segunda, lota o Sotón Bar com seu show de fama internacional, faz performance e mexe com a fantasia do público*” ao lado de uma foto em que ela aparece com os pequenos seios nus, trajando uma fantasia carnavalesca com asas de pluma, saltos e uma grande coroa na cabeça. Em outra notícia, podemos ler: “... *dezenas de*

turistas se acotovelam no Sotón Bar e restaurante Preto Velho, e de dia na cabana Virassol, para assistir a um show de fama nacional e internacional do travesti Margô. Vestida de baiana, espanhola, Carmen Miranda ou oriental, essa escorpiniana, filha de Iansã com Oxossi, diverte e emociona a plateia com sua simpatia, axé e carinho”.

Refere-se com muito orgulho a essa época de glamour e fama da sua vida e lamenta o jeito que sua carreira terminou. Começou a fazer uso de drogas um tempo depois de se tornar famosa, e depois da separação de seu ex-marido, intensificou o consumo. Alega que isso pode ter contribuído para que sofresse um Acidente Vascular Cerebral (AVC), que a deixou debilitada e a obrigou a retornar pra Jequié, já sem renda e sem recursos. Na época das entrevistas, Margô vivia em uma pequena casa de três cômodos cedida por seus irmãos, que foram responsáveis por seus cuidados quando voltou para cidade entre a vida e a morte. Conta que se não fossem eles e a religião “*Testemunha de Jeová*”, provavelmente não teria sobrevivido.

Acerca de seu contato com o Sistema Público de Saúde (SUS), Margô afirma que sempre foi tranquilo. Relata, em tom de graça, que sempre foi tratada como mulher nos espaços de saúde que frequentava, e quando comentava que tinha nascido homem e que tinha um “*pirulito*”, todos ficavam “*chocados*” e “*não acreditavam*”. Chegou a ser confundida com uma gestante em certa ocasião em Porto Seguro, quando procurou o serviço de saúde por estar com problemas digestivos. Refere sempre ter usado banheiros e espaços femininos sem nenhum transtorno. Atribui isso tudo ao fato de não ter “*não ter gogó de homem, não ter pelo, não ter voz*” e ser muito feminina desde pequena.

O que parece ter corroborado para que Margô fosse aceita socialmente em sua identidade de gênero feminina desde a sua mais tenra idade e tenha conseguido tanto sucesso e projeção na sua carreira é a sua aparência muito feminina. Margô tem aquilo que os teóricos de gênero chamam de “*passabilidade trans*”. A passabilidade, no contexto de uma performatividade de gênero, dispõe um conjunto de atos regulados e repetidos que asseguram uma imagem substancial de gênero no registro de uma matriz heterossexual e cisgênera (BUTLER, 2015; LOURO, 2013).

Esse marcador foi, portanto, fundante para lhe proporcionar certa qualidade de vida e tranquilidade no acesso a alguns serviços e bens, apesar de sua baixa escolaridade e renda. Margô alega fazer uso do “*postinho do Mandacaru*” (referindo-se ao Centro de Referência em

Saúde Sexual) para “*hormônio*” e para “*tomar Benzetacil*” para tratar uma sífilis que contraiu certa vez. É também regularmente acompanhada pelas agentes de saúde do Posto Júlia Magalhães, do bairro Jequiezinho.

1.3.2 LOURANYA

Louranya tem 33 anos, nascida e criada em Jequié, e é a única das entrevistadas que tem formação em nível superior. Formada em Pedagogia, Louranya trabalhou um bom tempo dando aulas na rede municipal de Jequié e atualmente ocupa o cargo de Pedagoga no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) do bairro Mandacaru. Louranya se identifica ora como travesti, ora como trans, e conta que iniciou seu processo de transição se identificando enquanto gay, e que aos poucos foi se reconhecendo enquanto trans.

Seus pais se separaram pouco depois que nasceu, porque o pai acreditava que ela não era filha dele. Ambos decidiram se mudar para São Paulo e a deixaram aos cuidados dos avós paternos, que a criaram. Voltou a se reencontrar com o pai quando já tinha quase 22 anos. Conta que a família toda é evangélica, e que o processo de aceitação da sua transgeneridade no berço familiar foi bastante complicado.

Conta que o uso de hormônios aconteceu por influência de amigas travestis e trans que já tomavam e a orientaram na época. Relata que começou a tomá-los a cerca de três anos, porque tinha medo dos efeitos e do preconceito que sofreria ao se assumir. Diz que foi um choque para família quando seus seios começaram a aparecer e sua mãe ficou sem falar com ela por oito anos. Na época que assumiu que “*gostava de homem*” para a mãe, no dia da sua formatura, conta que a mesma chegou a pegar uma faca e partir para cima dela, “*que preferia ter um filho marginal do que um filho viado*”. Nada aconteceu porque sua tia conseguiu entrar e impedir. Em relação ao pai, diz que “*ele é supertranquilo, só tem preocupação própria do racismo, do preconceito que o povo tem...*”.

Ela se identifica enquanto negra e periférica, relata que é muito respeitada em seu bairro, mas já sofreu discriminação em outros espaços, e que já se referiram a ela pejorativamente, falando que “*além de viado*”, “*é preto e pobre e ainda mora na periferia*”. Conta também que durante o tempo que trabalhou enquanto professora, experimentou fazer programa algumas vezes, “*não por necessidade, mas porque queria saber como era*”; e que depois de uns três,

quatro anos trabalhando ali, se envolveu afetivamente com um rapaz e se afastou da prostituição. Relatou das violências sofridas durante esse tempo, e o quanto estava vulnerável, uma vez que, segundo ela “*a segurança pública em Jequié não respeita a categoria, eles não tão nem aí... se é viado ou travesti, eles não tão nem aí, eles não atendem a ocorrência da mesma forma... se for viado ou travesti, às vezes, nem aparece... deixa a pessoa esperando...*”.

Louranya é uma pessoa muito conhecida na cidade de Jequié, em virtude do cargo que ocupa e por ser muito ativa politicamente, participando de eventos, pesquisas e espaços de debate para defender a questão trans/travesti na cidade. Defende veemente a necessidade da criação de um núcleo na Secretaria de Desenvolvimento Social que se ocupe das questões de gênero e diversidade sexual e de um espaço que ofereça a esse público a possibilidade de estudar e se profissionalizar, como uma alternativa à prostituição.

Ao contrário de Margô, não possui o privilégio da passabilidade, apresentando muitas características consideradas socialmente como masculinas, apesar dos longos cabelos pretos e das roupas femininas. Durante meus percursos pela cidade com Louranya, pude perceber o quanto ela despertava a curiosidade dos passantes. Entretanto, nunca pareceu se importar e se incomodar com isso, pois segundo as palavras dela, “*é muito bem resolvida e satisfeita consigo mesma*”.

Em relação à saúde, Louranya afirma que sempre atendeu suas necessidades no SUS, nunca passou por plano. Alega que por ter trabalhado na prefeitura e por ter conhecimento, é um pouco mais fácil conseguir as consultas. Diz que não tem problema nenhum com o sistema de saúde, mas se sente coagida quando a chamam pelo nome de batismo, pois, quando se levanta e as pessoas percebem que sua imagem feminina não corresponde ao nome masculino, todos “*ficam chocados*”. Apesar desse incômodo, relata que não impõe que as pessoas a chamem pelo nome social, desde que “*a respeitem*”.

Na época das entrevistas, Louranya estava com cálculo renal e recorreu ao hospital algumas vezes na tentativa de aliviar as fortes dores que sentia. Foi encaminhada para Salvador para resolver o problema, uma vez que o Hospital Geral Prado Valadares não tinha estrutura para realizar o tipo de cirurgia requerido. Conversei com Louranya sobre os atendimentos pelos quais ela passou nos momentos de crise, em que precisou procurar assistência hospitalar, e ela afirma que foi bem atendida, na medida do possível, que a falha maior consiste no não uso do nome social, e fez uma crítica à estrutura do hospital, chamando a atenção para o descaso das

autoridades, a falta de recursos, a superlotação e as más condições de trabalho dos(as) profissionais de saúde:

Nunca aconteceu de me desrespeitarem não, só de confundir ou de ficar em dúvida... chama ele, chama ela... mas a questão dos médicos e enfermeiros não... alguém já trabalhou alguma questãozinha com eles, que eles tão começando a diferenciar... não é que tá 100% bom, mas tão tentando... é isso... não tem assim muita coisa além do que a gente já conversou não... a diferença é essa mesmo, é o descaso, o desmando, a questão de não ter o respeito pelo ser humano... não pela orientação, ou opção sexual, mas sim pelo ser humano em si. Que muitos casos que eu vi ali, pelo tempo que fiquei no hospital, é o descaso humano mesmo... e as condições de trabalho pra pessoas que estão ali dentro também não é muito boa não... o hospital só anda superlotado... a estrutura física está inadequada...

1.3.3 CAROLINE

Caroline Scopelly, ou simplesmente Carol, como prefere ser chamada, nasceu em Jequié, e é a mais jovem das colaboradoras da investigação, somando 29 anos à época da entrevista. Ela se identifica enquanto trans, porque afirma que é *“socialmente mais aceito”*, mas refere a si mesma como travesti em determinados momentos de nossas conversas. Afirma que se descobriu na adolescência, que é *“quando aflora a coisa do carnal”*, e que seu processo foi gradativo, primeiro se identificando enquanto homossexual e aos poucos *“tentava adaptar ao máximo o físico ao que minha mente pensava”*. Filha única, refere que a aceitação da família foi bem difícil no começo, especialmente por parte do pai, que sempre foi muito rígido e preconceituoso. Acredita que a separação do pai e da mãe foi, em parte, ocasionada pelo fato de a mãe a apoiar em sua transição e o pai não.

Refere que desde cedo, gostava de brincar com as primas, com os filhos delas, gostava muito de dançar e que *“todo mundo percebia seus trejeitos”* seu *“jeito feminino”*. Tentou lutar contra a *“questão da homossexualidade, da atração por homens”*, mas afirma ter sido inevitável. Gostava de pegar roupas da mãe escondido, e aos poucos foi se entendendo como trans, e não como homem gay.

Conta que quando tinha cerca de 17 anos, os pais separaram, e ela e a mãe passaram por muitas dificuldades, pois não tinham renda própria. Foi quando o pai saiu de casa que Carol começou, aos poucos, a *“usar roupa feminina”*. Logo em seguida, largou os estudos e começou a trabalhar como *“acompanhante”*, para ajudar no sustento da casa. Carol completou o segundo grau e conta que era muito estudiosa e dedicada, mas que teve que *“escolher entre trabalhar ou estudar na época”*.

Foi quando começou a trabalhar como “acompanhante” que sentiu a necessidade de “*se cuidar mais*”, “*botar peitos*”. Afirma que nunca gostou de “*se hormonizar*”, pois considera muito agressivo, e sempre fez uso de hormônios de forma muito esporádica, porque afirma que estes prejudicam o desempenho do seu órgão sexual. Conta que para colocar suas próteses de silicone, foi trabalhar em Londrina durante três meses, em uma casa de cafetinagem para juntar dinheiro. Relata que sofreu muito preconceito das outras “*(trans) que estão mais evoluídas, que já fez plásticas, estão mais desenvolvidas*”, que no “*mundo da prostituição e da transexualidade existem castas*”, mas que tirou grande proveito dessas vivências, pois aprendeu a se hormonizar, a se vestir melhor, a se maquiagem, e até como se comportar nas mais diferentes situações que envolviam seu trabalho. Carol tem aquilo que Pelúcio (2012, p.58) se refere como “capital corporal”, ou seja, toda uma série de investimentos, na forma de cirurgias e tecnologias utilizadas para tornar-se mais feminina e mais atraente aos olhos dos clientes.

Essa beleza e toda feminilidade que esbanjava não passou despercebida nos espaços em que estive junto com ela. Em uma das reuniões para a definição do campo do hospital, em que contamos com a presença dela e de Louranya, foi notável a mobilização que sua entrada causou, do portão até a sala reservada para a reunião. Muitos olhares, comentários, cutucões e sussurros por parte dos(as) funcionários(as), profissionais e pacientes que se encontravam ali no momento. Muito alta em cima de seus saltos, com longuíssimos cabelos loiros, apertada em calças jeans e um corpete esverdeado e muito bem maquiada, Carol foi o assunto daquele dia.

Em relação ao sistema de saúde, mesmo sendo muito feminina, Carol conta que eventualmente alguém faz questão de lhe chamar pelo nome de batismo ou refere-se a ela enquanto “ele”. Afirma que, quando se impõe e exige ser chamada pelo nome social, é acatada em sua vontade. Mas caso não exija, os(as) trabalhadores(as) e profissionais não perguntam e a tratam pelo nome de registro. Outra grande queixa é a rápida associação que os(as) profissionais fazem de travestis e pessoas trans com as infecções sexualmente transmissíveis. Nas palavras dela:

A gente não pode ter nada, a gente não pode ter uma dor de cabeça, não pode ter uma febre, não pode ter nada, tem que estar sempre intacta, a saúde tem que estar intacta... porque senão é alguma coisa relacionada à DST... e se você trabalha (na prostituição), pior ainda... então, é bem complicado em relação a isso, entendeu? A sociedade te olha torto, os profissionais te olham torto... você não pode ter nada... eu vejo mais complicado em relação a isso, entendeu? O preconceito com essa associação... eu acho horrível.

Complementa que nunca deixou de ser atendida, nem sofreu nenhum preconceito explícito por ser trans nos espaços de saúde que procura, que algumas pessoas demonstram que não gostam, mas respeitam. Costuma ir com mais frequência no Centro de Referência em Saúde Sexual, “*por conta de sua profissão, para realizar os exames necessários e pegar preservativo e lubrificante*”. Afirmo também que já conhece os(as) funcionários(as) de lá, se sente à vontade, e que todos(as) a tratam adequadamente por seu nome social.

Descritas nossas colaboradas, nos capítulos finais desse trabalho analisaremos, amparados nas entrevistas com os profissionais e trabalhadores de saúde, como as diferenças acionadas por Margô, Caroline e Louranya interferem no acesso e na forma como são atendidas nesses espaços. Para tanto, no próximo capítulo, contextualizaremos a questão da transgeneridade e da travestilidade no contexto nacional da saúde e das políticas públicas.

CAPÍTULO 2 RECONHECIMENTO, SAÚDE E PATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES TRANS

Em que ponto a discussão do direito à saúde e da criação de políticas públicas se cruza com o debate sobre reconhecimento? O que propriamente quer dizer o reconhecimento enquanto teoria e de que forma isso se transmuta para a prática dentro das interações sociais, e no caso desse trabalho dentro dos espaços de saúde? E onde as identidades transgêneras se localizam dentro desse debate? Essas são algumas questões que esse capítulo visa abordar, não propriamente ensejando respostas definitivas, mas intencionando abrir um espaço de reflexão e crítica acerca de como as identidades de gênero não normativas são encaradas dentro do contexto da saúde.

Para introduzir o debate sobre políticas públicas para travestis e transexuais, tanto no Brasil quanto no mundo, é essencial, antes, discutirmos o conceito de reconhecimento, pois esta noção está intimamente atrelada à criação de políticas e ações específicas para determinados grupos. Em “Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto”, Butler (2015) faz uma análise epistemológica muito atual sobre as múltiplas formas de violências que permeiam as relações contemporâneas – o que ela chama de quadros de guerra – e os enquadramentos e poderes que definem quais vidas são passíveis de luto, ou seja, quais vidas são de fato apreendidas como vidas para que seu fim seja lamentado.

Para definir que vidas são essas, Butler (2015) parte da discussão do que seria primeiramente uma vida, e define que o ser vivente é construído por meios seletivos, ou seja, esse ser está entremeado em operações de poder – construídas política e socialmente – por meio dos quais a vida é produzida. O que ela quer nos dizer com isso é que um ser “está sempre entregue a outros, a normas, a organizações sociais e políticas que se desenvolveram historicamente a fim de maximizar a precariedade para alguns e minimizar a precariedade para outros.” (BUTLER, 2015, p. 14-15).

Portanto, o que define uma vida enquanto precária ou não, são as condições que possibilitam ou impossibilitam essa vida de existir. Estas condições são configuradas por normas que, segundo Butler (2015, p.17) “à medida que são repetidas, produzem e deslocam os termos por meio dos quais os sujeitos são reconhecidos”. Isso configura o seguinte cenário: aqueles sujeitos e vidas que não se encaixam nessa normatividade, dificilmente – ou nunca – serão reconhecíveis enquanto tais. Então, Butler (2015, p. 19) baseada nas teorias do filósofo e

sociólogo alemão Axel Honneth (2011) define que o reconhecimento é “um ato que acontece entre os sujeitos”, e se dá através de certas normas e convenções que viabilizam para que esse processo ocorra. Ou seja, esses elementos atuam de forma própria, transformando um ser vivo em um sujeito reconhecível, inteligível, e embora isso possa implicar em falhas ou resultados imprevistos.

Butler (2015, p. 24), complementa a teoria de Honneth (2011) criando a noção de enquadramento. Compara esse termo a uma moldura ou a uma fotografia, que faz um recorte de determinada cena de uma certa realidade, mas que guarda em si mesmo, o potencial de ultrapassar e “vazar” para além daquele sentido ali expresso. E quando isso ocorre, quando há essa disrupção, uma realidade, que anteriormente era aceita sem discussão, é a partir daí colocada em xeque, “expondo os planos da autoridade que procurava controlar esse enquadramento”. Portanto, todo enquadramento guarda em si a potência de autodestruir-se, de colapsar a norma. Butler (2015, p. 28) sugere que por isso devemos estar sempre atentos “às múltiplas interpretações da realidade e de suas possibilidades de rompimento”.

Entretanto, é importante frisar que o ato do reconhecimento, em si mesmo, não garante o fim da precariedade de certas vidas. Butler (2015, p. 30-31) afirma que a precariedade não é um resultado direto do reconhecimento, mas uma condição da vida em sociedade, do fato de que dependemos dos outros para viver, estamos sempre vinculados e expostos a esse outro, “somos sempre interrompidos pela alteridade”. O aspecto crucial dessa precariedade inerente à vida, o luto, reside justamente nessa inter-relação. Butler (2015, p. 33) define que uma vida só importa de fato, se seu fim for lamentado: sem a condição de ser enlutada a, não há vida, há algo que está vivo, mas não se qualifica propriamente enquanto vida.

A precariedade é, portanto, uma condição humana resultante do nosso caráter temporário: estou sujeito a ataques, doenças e outros fatores que colocam em risco a minha possibilidade de sobrevivência física, portanto, sou inerentemente vulnerável e entregue a circunstâncias e forças externas que não consigo controlar. É, por isso mesmo, um fator de dominação política e interpessoal: precisamente porque sou ameaçado em minha integridade que submeto outros ao meu domínio e os sacrifico. Essas são populações alvo, consideradas como ameaças à vida como nós a conhecemos e que não merecem “a proteção contra a violência ilegítima do estado, da fome e das pandemias” (BUTLER, 2015, p. 53).

Essas populações alvo, como afirma Butler (2015, p.84) personificam “corpos racializados, generificados, com incapacidades físicas” e outros tipos de marcas corporais e sociais que fogem à reprodução de certas normas e padrões. Portanto, esses corpos serão submetidos a mais precariedade que os outros, posto que solapam/escapam do ideal de vida humana que é digna de proteção, amparo, subsistência e luto. As pessoas travestis e trans estão inclusas nesse grupo e no próximo tópico, discutiremos como isso afeta suas vidas no reconhecimento desta condição de gênero no campo da saúde.

2.1 Direito à saúde no Brasil e o cuidados às pessoas transgêneras e travestis no âmbito do SUS

Honneth (2011) em “Luta por Reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais” partindo das análises de Habermas, busca compreender os conflitos – que se originam a partir do desrespeito e/ou do ataque a certas identidades – e seu seus arranjos sociais e institucionais para entender como determinados indivíduos e grupos se inserem na sociedade pós-contemporânea. Para Honneth, estas lutas teriam “uma força moral que impulsionariam o desenvolvimento social” gerando a partir daí a conquista de direitos e de estima (HONNETH, 2011, p. 17-18).

Partindo das premissas de Hegel, Honneth (2011, p. 44-45) defende que as mudanças sociais se originariam em lutas por reconhecimento, ou seja, certos indivíduos ou coletividades só se formariam enquanto possuidores de direito (eticidade) em processos de socialização, que resultariam no “reconhecimento intersubjetivo das particularidades de todos os indivíduos”, em múltiplas etapas de conflitos e reconciliações. Esse reconhecimento, ainda de acordo com Honneth (2011) deveria ocorrer de três formas, as quais: a primeira no âmbito afetivo, do amor, que implica a relação com a família e com os outros; a segunda na relação com a sociedade civil, como pessoa de direito; e por último na relação com o estado, em que esse sujeito deve ser compreendido em sua unicidade (solidariedade).

Essas três condições seriam, no entendimento de Honneth (2011), experiências imprescindíveis no que diz respeito a uma boa formação subjetiva e emocional dos sujeitos. O desrespeito a qualquer um deles – ou de vários, de forma combinada – podem se configurar como experiências comuns a um grupo todo, corroborando para reivindicações mais amplas por reconhecimento, que suplantam as demandas individuais e tornam-se uma luta coletiva.

Honneth (2011) especifica quais são as possíveis formas de desrespeito em cada uma dessas instâncias – o amor, o direito e a solidariedade – definindo-os ordenadamente: 1) o desrespeito ao amor aconteceria nas relações primárias de amor e amizade, na forma de maus-tratos e violações à integridade física; 2) o desrespeito na esfera do direito se daria por meio da privação de direitos e da exclusão comprometendo assim a integridade social desse indivíduo; 3) o desrespeito à solidariedade é concernente às degradações e às ofensas, ferindo a honra e a dignidade desse indivíduo, ou seja, a sua estima social.

A eticidade, no contexto social é pensada como sendo as relações éticas que se constituem em uma sociedade, e se formam por meio de uma estrutura intersubjetiva de reconhecimento recíproco permeada por regras e normas próprias. Honneth (2011) salienta que através da ação e da interação de “sujeitos implicados” em sua comunidade, que torna possível a criação de certas liberdades e direitos, não somente dentro dessa relação, mas influenciando ou criando “pretensões jurídicas” que quando são de fato reconhecidas englobam um contexto mais amplo (HONNETH, 2011, p. 145-146).

Portanto, o reconhecimento pode ser entendido como uma categoria política e social que perpassa as mais variadas instâncias da vida de um sujeito, interferindo diretamente no modo como este é apreendido ética e socialmente e como consegue acessar determinados direitos. A dificuldade de acesso à saúde por parte de determinadas populações pode, portanto, ser interpretada como um problema de reconhecimento.

No Brasil, o direito à saúde é decorrente do Movimento da Reforma Sanitária e está assegurado na Constituição de 1988. Nesse contexto, o conceito de saúde se configura como sendo resultante do acesso dos indivíduos e coletividades aos recursos e serviços públicos que são ofertados por meio das políticas sociais universais, não se restringindo apenas à assistência médico-sanitária, mas pensando o processo de saúde de uma maneira integral e ampliada (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, em vistas de divulgar os direitos e deveres das pessoas e comunidades acerca da saúde e de seu acesso, publicou em 2007 a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”. Essa carta foi criada tendo como foco seis princípios básicos, que visam garantir ao cidadão o direito a entrada de forma digna nos sistemas de saúde, quer sejam estes públicos ou privados, recomendando para tanto: 1) “acesso ordenado e organizado”; 2) “tratamento apropriado e efetivo para seu problema”; 3) “atendimento humanizado, acolhedor

e livre de discriminações” de qualquer tipo; 4) atendimento que respeite a “pessoa, seus valores e direitos”; 5) “responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada”; e 6) “comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos” (BRASIL, 2011, p. 3-4).

Em conformidade com os postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na “Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde”, a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT)” aparece como uma transformação do quadro das políticas públicas de saúde no Brasil da época e uma demarcação de reconhecimento das necessidades deste público específico. Levando em consideração as vulnerabilidades dessa população, tal política surge visando promover “a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais levando em consideração os efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença”. (BRASIL, 2010, p.8) Para tanto propõe princípios e ações que buscam a alteração dos determinantes sociais da saúde, tendo em vista “a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (BRASIL, 2010, p. 18) possibilitando assim um acesso mais amplo, facilitado e de maior qualidade para essa parcela da população.

Ainda tomando por referência a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT)” os direitos dessas minorias já vinham sendo trazidos para discussão desde o ano de 2003, na ocasião da 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL,2004) mas foi só na 13ª Conferência Nacional de Saúde, quatro anos mais tarde, que a orientação sexual e a identidade de gênero são incorporadas como fatores a serem analisados nos determinantes sociais, que contribuem e/ou interferem para a produção e/ou agravamento de certos problemas de saúde. Neste evento foram produzidas diversas propostas para contemplar esse público nos espaços de saúde, entre as quais:

o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis; o aprimoramento do processo transexualizador; a implementação do protocolo de atenção contra a violência, levando em conta a identidade de gênero e a orientação sexual; a sensibilização dos(as) profissionais a respeito dos direitos da população LGBTT; o incentivo à produção de pesquisas científicas e estudos sobre essas questões, entre outros (BRASIL, 2010, p.12).

Portanto, como exposto até aqui, leis e medidas têm sido criadas visando contemplar as especificidades e garantir os direitos da comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT). Mas isso não exclui o fato de que a “transexualidade” foi construída historicamente como uma doença pelas ciências médicas e psiquiátricas, dada a não-

conformidade entre o sexo biológico e o gênero que esses indivíduos apresentam. Esse fenômeno é descrito pelo DSM-IV como “Transtorno de Disforia de Gênero” (ou Transtorno de Identidade de Gênero) e delibera que a pessoa trans deverá ser submetida a acompanhamento psicológico e psiquiátrico e atender a uma série de critérios diagnósticos, que irão determinar, em forma de laudos técnicos, se esse sujeito está apto ou não para viver na identidade de gênero com a qual se identifica.

A definição de disforia de gênero, de acordo com Butler (2009, p.98-99), data de 1994, e foi criada pela *American Psychiatric Association* (APA), a partir de múltiplas alterações, que e devem ser contextualizadas a partir de duas resoluções anteriores: = a extinção do entendimento de homossexualidade como um transtorno em 1973, e anos depois, em 1987, o fim do uso do conceito de “homossexualidade ego-distônica”. A autora defende que parte da comunidade científica e dos ativistas LGBTTT’s acreditam que o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), em sua concepção, incorporou parcelas das definições que estavam previamente associadas ao diagnóstico de homossexualidade. Olhando por essa via, o TIG teria se tornado então um meio indireto de diagnosticar a homossexualidade enquanto um problema de identidade de gênero, dando prosseguimento “à tradição de homofobia da APA, embora de um modo menos explícito.”

Diante dessa patologização da identidade trans e de tudo que fugia à lógica binária de gênero e à heteronormatividade, na década de 1960 houve uma intensa mobilização das pessoas trans unidas aos movimentos gay e feminista em prol de desafiar a lógica médica vigente e exigir direitos iguais, cuidados médicos especializados e combate às violências que vinham sofrendo por apresentarem expressões de gênero tidas como anormais.

Essa concepção de anormal foi bastante trabalhada por Foucault em seu livro de mesmo nome “Os anormais”, em que este vai, por meio do exame minucioso do funcionamento do sistema médico-legal, chegar a essa caracterização. Foucault (2001, p. 44) localiza as bases desse discurso como sendo originárias na reativação de certas “categorias elementares da moralidade”, que retomam a o modelo da relação parental-infantil, ou seja, a fala moralizadora dos pais para com os filhos, e por outro lado, o discurso do perigo social, da perversidade, do medo, que terá por função detectar o perigo e voltar-se contra ele. A partir disso, Foucault (2001, p. 52) determina que não é nem o poder médico e jurídico que vai encaixar alguém como “*anormal*”, mas sim um terceiro poder: o da normalização, “que incidia diretamente sobre os loucos, os doentes, os criminosos, as crianças, os pobres e os desviantes sexuais,

exercendo sobre eles mecanismos e efeitos de exclusão, de desqualificação, de exílio, de rejeição, de privação, de recusa, de desconhecimento."

Para Meyerowitz (2002), a mudança dessa conjuntura começou a acontecer por volta do século XX, devido ao desenvolvimento médico e científico e à revitalização dos direitos humanos. Nesse ínterim, começaram a surgir nos Estados Unidos, clínicas, programas e associações que promoviam pesquisas e tratamentos para "*transexuais*".

No caso do Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº. 1.707, de 18 de agosto de 2008 – revogada e substituída posteriormente pela Portaria GM nº 2803 de 19 de Novembro de 2013 – instituiu normas e diretrizes de assistência ao(à) usuário(a) requerente do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). O Processo Transexualizador consiste em procedimentos e técnicas de cuidados à saúde envolvidos no processo de redesignação sexual, ou seja, de transformação do fenótipo masculino para feminino e do feminino para o masculino. Essa regulamentação foi um ganho no que diz respeito às mudanças e transformações corporais, mas não solucionou a questão da dificuldade desse público em acessar o sistema único de saúde, quando levamos em consideração que essa entrada nos serviços deve ser feita pela atenção básica. Um serviço especializado para o cuidado de travestis e pessoas trans, apartando-os dos espaços de saúde regulares, contraria o princípio da universalidade do SUS e promove uma espécie de cerceamento da categoria.

Assim, tendo esclarecido sobre essas leis e portarias que visam garantir o acesso dessa parcela da população aos serviços de saúde no Brasil, será apresentada a seguir uma revisão para entender o atual estado dos conhecimentos acerca desse tema, ou seja, qual literatura está sendo produzida nacionalmente sobre o acesso de travestis e pessoas trans ao Sistema Único de Saúde e de que forma esse fenômeno está sendo compreendido. De acordo com Santos (2012), a revisão serve não apenas para reconhecer os discursos de outros(as) pesquisadores(as) e estudiosos(as) sobre o tema, mas também para interagir com eles(as) por meio da análise e categorização e dessa forma, destacar a importância da pesquisa que será realizada.

No espaço da saúde, o termo acesso tem sido considerado um conceito que enfrenta algumas variações de acordo com os(as) autores(as) e o contexto em que é utilizado. Segundo Travassos (2004, p.191-192), há estudiosos(as) que usam o termo acessibilidade – caráter ou qualidade do que é acessível – enquanto sinônimo de acesso, para se referir "ao grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde". Outros(as), fazem uma distinção entre

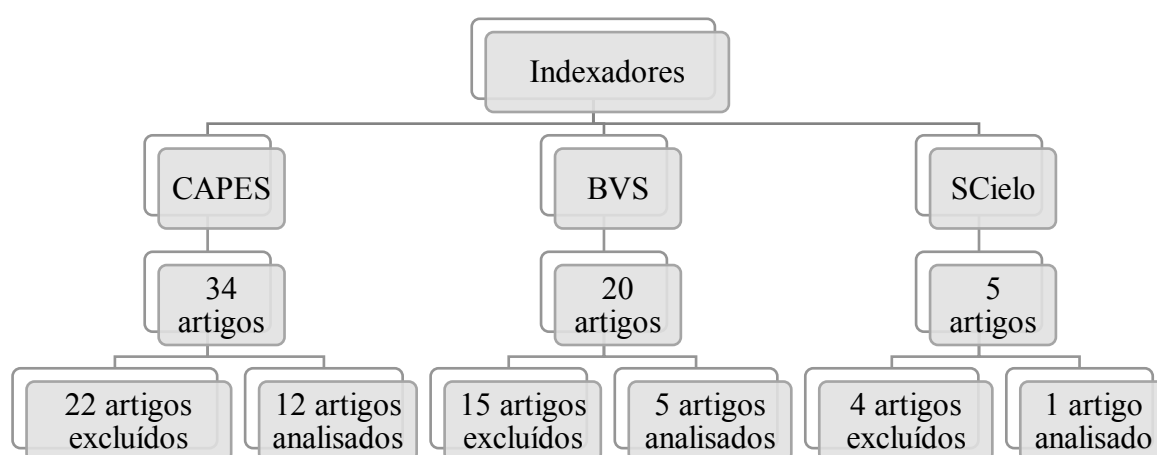
esses dois termos, entendendo que acessibilidade seria referente “às características da oferta dos serviços” e o acesso “à forma como as pessoas percebem a acessibilidade”. Também não há consenso em relação ao enfoque do conceito: enquanto alguns/algumas autores(as) focam mais nas características dos indivíduos que procuram os serviços, outros focam nas características da oferta, e ainda há os que salientam ambos ou a relação entre os indivíduos e os serviços (oferta). É possível perceber também divergências nas maneiras como a avaliação do acesso deve ser feita: se deve se concentrar nos resultados ou objetivos finais dos sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir esses objetivos. Entretanto, o que nos guia nessa pesquisa é entender o acesso enquanto ferramenta de facilitação ou impedimento na busca pelo serviço e pelos cuidados de saúde.

2.2 Direito à saúde no Brasil e ancoragens possíveis da produção do cuidado às pessoas transgêneras e travestis no âmbito do SUS: uma revisão de literatura

Essa revisão abarca os estudos dos últimos seis anos sobre travestilidade e “*transexualidade*” na interface com o acesso à saúde pública. Foram analisados, dessa forma, trabalhos disponibilizados em três bases de dados: a) Banco de Teses e Dissertações da CAPES; b) Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e c) *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no período de 2013 a 2018. Os trabalhos aqui referidos correspondem a teses de mestrado e doutorado, além de artigos publicados em periódicos científicos nacionais. A escolha por tais bases de dados se deu por se tratarem de indexadores gratuitos e acessíveis, concernentes à área de saúde, e que respondiam às necessidades da autora em realizar um levantamento de dados em tempo hábil para a investigação e complementação do seu estudo.

Para essa revisão de literatura, foram utilizados os seguintes critérios: textos publicados no período de 2013 a 2018; contendo as seguintes combinações de descritores no título e/ou resumo (e em alguns casos foram analisados também o corpo do texto): “*acesso à saúde*” em combinação com a categoria “*travestis e/ou transexuais*”; publicados em língua portuguesa; e trabalhos em formato de textos científicos (artigos, dissertações ou teses). Foram excluídos, dessa forma: textos publicados anteriormente ao ano de 2013; que não contemplassem os descritores selecionados; que não estivessem publicados em português; textos escritos em formato não-científico (reportagens e de cunho jornalístico) e outras revisões de literatura.

Aplicando os critérios definidos pelo percurso metodológico, na base de dados da CAPES, de 34 artigos selecionados, apenas 12 continham os termos definidos e estavam em português (GEISLER; REIS; SPERLIN, 2013; SOUSA; FERREIRA; SA, 2013; PAIVA; FÉLIX-SILVA, 2014; SANTOS; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2014; OLIVEIRA, 2014; SOUZA et al., 2014; SAMPAIO; GERMANO, 2017; SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017; FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2018; FERNANDES, 2017; PEREIRA et al., 2017; PINTO et al., 2017). Ainda nesse indexador, foram excluídos vinte e dois (22) artigos por não contemplarem os descritores selecionados, por se tratarem de revisões de literatura e/ou capítulos de livros ou ainda por não serem estudos contextualizados no Brasil. No Scielo foram encontrados um total de cinco (5) artigos com os descritores especificados, apenas um (1) inédito (AMORIM; VIEIRA; BRANCALEONI, 2013), sendo que os outros quatro (4) artigos foram encontrados também nas outras plataformas, três (3) na BVS (FREIRE et al., 2013; SILVA et al., 2017; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017) e um (1) na CAPES (PINTO et al., 2017). Na base BVS, de um total de vinte (20) artigos, apenas cinco (5) foram inéditos e atenderam a todos os critérios definidos (FREIRE et al., 2013; SILVA et al., 2017; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; OLIVEIRA et al., 2018; FERREIRA, 2018), sendo que dois (2) foram também encontrados na CAPES e considerados apenas nesta plataforma (FERNANDES, 2017; FERREIRA, 2018). Essa revisão, portanto, se ocupou em esmiuçar e estudar minuciosamente 18 artigos.



Com base nisso, foi feita a leitura criteriosa e sistemática dos artigos selecionados e definidas algumas categorias de análise. De acordo com Gomes et al. (2014), com base nas semelhanças

entre artigos, os dados devem ser agrupados para a obtenção das categorias de análise. Cada um destes agrupamentos pode ser estabelecido previamente. Dito isso, os trabalhos desta revisão foram reunidos em três ordens temáticas conforme a similaridade do conteúdo. Assim, percebemos que o acesso de travestis e transexuais aos serviços de saúde estavam sendo entendidos, de maneira geral, das seguintes formas: (1) Acesso ao Processo Transexualizador, (2) Políticas de HIV/ AIDS, e (3) Saúde Integral.

2.2.1 Acesso ao processo transexualizador

Esta categoria reuniu seis (6) dos dezoito (18) artigos, sendo que três (3) deles foram publicados em 2017, dois (2) no ano de 2014 e um (1) em 2018 (OLIVEIRA, 2014; PAIVA; FÉLIX-SILVA, 2014; PINTO et al., 2017; SAMPAIO; GERMANO, 2017; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; FERREIRA; 2018). De acordo com Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017), a procura de pessoas trans pelos serviços de saúde teve início em 1980, época da epidemia da AIDS. Cerca de trinta anos depois, o acesso dessas categorias aos serviços de saúde se ampliou em razão do advento do Processo Transexualizador. Este foi instituído e regulamentado, em 2008, pelo Ministério da Saúde mediante portarias que regulamentaram as diretrizes nacionais para tais procedimentos. Trata-se de um processo que compreende as várias estratégias de cuidados à saúde empenhadas com as modificações dos caracteres sexuais que muitas pessoas trans enfrentam ao longo de suas vidas.

Entendido isso, convém situar o leitor de que os artigos classificados nessa categoria, ainda que tragam outras perspectivas de acesso, centram sua discussão especialmente em procedimentos do Processo Transexualizador. Dessa forma, o que está em pauta aqui é a possibilidade das pessoas trans conseguirem obter certos recursos via sistema público de saúde. Portanto, especificaremos do que tratam os trabalhos incluídos nesse feixe temático e o que eles têm em comum entre si.

Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017) discutiram a implementação, o acesso e os avanços do Processo Transexualizador no SUS, objetivando compreender como isso tem sido realizado e de que forma convergem com o que é preconizado na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBTT). Por meio de pesquisa quali-quantitativa foram investigadas as bases de dados do Processo Transexualizador em sistema de informação de base aberta e disponibilizados *online*, e para complementar foram

feitas análises documentais das políticas públicas e memórias do Comitê Técnico de Saúde LGBTT (CTSLGBTT). A apresentação dos dados foi agrupada da seguinte forma: 1) Linha do tempo das políticas públicas destacando a conquista do direito ao Processo Transexualizador no SUS; 2) Análise quantitativa dos indicadores do Processo Transexualizador no SUS; 3) Análise qualitativa do acompanhamento do Processo Transexualizador no SUS e seus maiores desafios. Concluiu-se através desses estudos que desde a implantação do SUS, há um avanço crescente na política de saúde direcionada ao setor LGBTT da população. Percebeu-se também um esforço, no sentido de tornar mais acessível o Processo Transexualizador e para consolidar as normas e diretrizes da PNSILGBTT. Percebeu-se que a partir de 2008, por meio dos ambulatorios e hospitais habilitados para o Processo Transexualizador, a população trans começou a ter suas especificidades levadas em consideração nos atendimentos.

Os dados quantitativos da pesquisa de Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017, p.1518) indicam que houve um crescimento considerável de cirurgias dessa natureza nos últimos anos. Apesar disso, os(as) autores(as) apontam que, ainda há a necessidade premente de investir na ampliação do acesso a esses procedimentos em todo Brasil. Os(as) autores(as) também destacam que, a partir das atas das reuniões do CTSLGBTT é perceptível um esforço do Ministério da Saúde para colocar em prática os eixos da PNSILGBTT, por meio de ações como: “a garantia do acesso à saúde das pessoas trans, na tentativa de estabelecer portas de entrada, nas ações de vigilância em saúde, na formação de profissionais para a qualificação do atendimento e na avaliação e monitoramento das ações em saúde”. Contudo, é importante destacar que os autores consideram que tais iniciativas sanam apenas uma parcela dos desafios encontrados na “efetivação da saúde das pessoas trans”, posto que, para resolver esse problema, são necessárias “práticas que ultrapassem a visão patológica dessa condição e se direcionem no sentido de uma concepção ampliada de saúde.”

Sendo assim Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017), assim como Paiva e Félix-Silva (2014) preocupam-se em entender o uso dessas tecnologias protéticas e como elas têm sido acessadas pelos(as) usuários(as) transgêneros(as) no Sistema de Saúde. Esses estudos se diferenciam pelas metodologias aplicadas: enquanto o primeiro centra sua coleta numa análise documental das bases de dados que registram cirurgias e procedimentos do Ministério da Saúde, a outra busca saber acerca disso diretamente com os sujeitos que realizam tais intervenções. Paiva e Félix-Silva (2014) discutem a construção dos corpos nas experiências de pessoas transgêneras (trans) e suas relações com as políticas de saúde, realizando entrevistas com

travestis e trans a respeito de suas modificações corporais e, a partir dos conceitos de performatividade e prótese, pensam como se dá a produção de subjetividades trans na relação com a modificação e a produção dos corpos.

Paiva e Félix-Silva (2014) ressaltam as limitações da Política Nacional de Saúde Integral LGBTT (PNSILGBTT) em relação às necessidades das pessoas trans, expondo a necessidade de uma microrevolução em saúde, que questione o sistema binarista hegemônico de sexo-gênero e se abra para uma visão múltipla e mais ampla dessas questões. Trata-se de uma carto-etnografia, realizada no Rio Grande do Norte, que destaca a importância desses elementos protéticos, que viabilizam uma performatividade feminina nas vidas das travestis e trans femininas. O trabalho deixa explícito, por intermédio dos discursos das entrevistadas, a necessidade que estas sentem do uso dessas tecnologias, objetivando se aproximar do padrão cisnormativo de gênero e se tornar um corpo inteligível. Entretanto, os autores destacam que, apesar dessa aparente busca pela normalização, as experiências das pessoas transgêneras assinalam para outras possibilidades de fazer corpo e gênero, e também outras maneiras de se fazer pesquisa e política, uma vez que a mera existência desses corpos revela outras formas de viver os gêneros, “que nos mostram a potência esquecida em nossas próprias vidas e corpos.”(PAIVA; FELIX-SILVA, 2014, p. 262).

Ainda sobre o processo transexualizador, Pinto et al. (2017) destacam em seu estudo um importante fenômeno comum ao mundo trans e travesti, que é responsável por causar múltiplos problemas de saúde nessa população: o uso do silicone industrial. Segundo os(as) autores(as), isso pode ser explicado em função das dificuldades encontradas o acesso a procedimentos e cirurgias por parte das travestis e mulheres trans, bem como devido à baixa oferta dos mesmos – em quantidade ou variedade – pelo SUS. Logo, algumas destas apelam para o uso dessa substância para arredondar e dar volume a algumas regiões do corpo. De posse dessa informação, Pinto et al. (2017) fizeram um estudo transversal em sete municípios do Estado de São Paulo (SP) buscando estimar a prevalência do uso de silicone líquido industrial entre esse público, bem como identificar os fatores de risco dessa prática. Assim, concluíram que: a prevalência do uso de silicone líquido industrial foi de 49%, a média de idade para a primeira colocação foi de 22 (\pm 5,3) anos e, aproximadamente, 43% informaram a ocorrência de problemas de saúde decorrente do uso. Alguns fatores identificados que corroboraram para o uso dessa substância foram os seguintes: escolaridade inferior ao nível superior, idade a partir dos 20 anos, identificar-se como travesti e exercer a prostituição. Dessa forma, o estudo apontou

uma dificuldade a ser superada no que concerne a prevenção do uso e a redução dos danos à saúde, pois apesar das altas taxas de problemas relacionados à autoadministração dessa substância, observou-se que menos da metade das pessoas afetadas buscavam por atendimento em serviços de saúde. Os autores analisaram que esse comportamento pode estar relacionado a diversos fatores, entre eles: o preconceito sofrido pelas travestis e mulheres trans em experiências prévias nos serviços de saúde, bem como a ausência de protocolos de atendimento e a falta de conhecimento dos(as) profissionais de saúde para atender tais demandas.

Dessa forma, Pinto et al. (2017, p.1) destacam a necessidade “de uma atenção integral à saúde das pessoas travestis e transexuais no SUS, que cuide em prover os recursos e materiais necessários para a realização das modificações corporais ao longo do percurso de transição.” Outro aspecto a se considerar é garantir que, quando essas pessoas procuram o serviço, tenham o tratamento adequado por parte dos trabalhadores e profissionais de saúde. Para finalizar, frisam também a importância da inclusão das demandas por modificações corporais nas políticas de saúde, posto que estes procedimentos e técnicas fazem parte da construção da identidade de gênero, e as variadas necessidades de cada usuário devem ser levadas em consideração ao longo do processo de transição.

Sampaio e Germano (2017, p.466) destacam problemas similares ao descrito por Pinto et al. (2017), no contexto de Fortaleza - CE. Nesse contexto buscaram entender os seguintes aspectos das vidas das pessoas travestis e trans: como procuravam por atendimento em saúde, como se utilizavam dos dispositivos e cuidados disponíveis e como administravam as questões concernentes à saúde em suas rotinas. Para tanto, realizaram entrevistas com duas travestis e duas transexuais buscando identificar quais espaços de saúde estas utilizavam e quais eram suas estratégias de uso e negociação nesses serviços. As informações obtidas apontaram para o hospital público da cidade, responsável pelo atendimento de casos graves de transtornos mentais no estado, e onde está alocado um ambulatório exclusivo para o acompanhamento de pessoas que desejam realizar o Processo Transsexualizador. As autoras concluíram que as travestis e trans entrevistadas barganham com o saber biomédico, “forjando itinerários singulares na busca de cuidado e bem-estar”, evitando esses espaços institucionais de saúde, que oferecem um atendimento precário e hostil, e buscando outros locais e práticas alternativas, entre elas a auto aplicação de silicone líquido. Sampaio e Germano (2017) concluem o texto sinalizando para a urgência de políticas públicas que, de fato, considerem as vivências e as reais

necessidades dessas pessoas, como forma de conseguir prover melhorias na organização dos serviços de saúde e gestão para esse público e a materialização dos princípios do SUS.

Ferreira (2018) focou seu estudo na percepção dos(as) usuários(as) trans quanto ao atendimento recebido em relação à promoção de sua saúde mental no processo transexualizador oferecido pelo SUS. A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas com 10 mulheres trans do ambulatório TT da UREDIP (Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas Parasitárias Especiais) em Belém - PA. Posteriormente, empregou-se a análise de conteúdo nas entrevistas, organizando-as em três (03) categorias, baseadas no agrupamento de ideias, e em seguida, interpretadas a partir dos seguintes discursos e categorias: (1) Liberdade de expressão; (2) Atendimento especializado e humanizado; (3) Sociedade: preconceito e aceitação. No quesito 1 notou-se que a possibilidade de se submeterem à cirurgia e alcançarem o objetivo oferecido pelo processo transexualizador contribuiu consideravelmente para a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas, pois, para muitos(as), o processo transexualizador é a oportunidade que eles(as) têm de atribuir sentido à sua experiência e procurar ajuda especializada para entender seus transtornos emocionais. No quesito (2), os(as) dez (10) participantes demonstraram sentimento de segurança diante da possibilidade de frequentarem um serviço de saúde qualificado, que visa dar suporte à saúde mental em todo processo de transição; finalmente, no quesito (3) que diz respeito ao preconceito e aceitação social, notou-se que, ao terem o apoio familiar, houve uma melhoria geral da saúde mental dos(as) participantes, pois a ansiedade, o medo da discriminação e a possibilidade de serem expulsos(as) de casa desencadeavam conflitos emocionais, podendo chegar a automutilação e ao suicídio.

A pesquisadora concluiu que os(as) usuários(as) trans precisam ter assegurado o atendimento para promoção e manutenção da sua saúde mental, uma vez que, devido aos preconceitos e discriminações que sofrem, estão mais vulneráveis ao adoecimento por transtornos mentais. Todos(as) os(as) participantes apresentavam algum nível de disforia, irritabilidade, medo e ansiedade, com destaque para três (3) que já tinham diagnóstico de depressão e um (1) de bipolaridade. Os(as) dez (10) pacientes faziam acompanhamento psicoterapêutico e um(a) (1) usava medicamentos.

Finalmente, Oliveira (2014) traz em seu artigo um problema que perpassa os estudos anteriores. Ele buscou entender como o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero era elaborado pelos(as) profissionais da área de saúde responsáveis pelo atendimento psicoterapêutico a pessoas trans e travestis. O pesquisador conta sua experiência de imersão no

Hospital Universitário de Cinelândia, em uma clínica de atendimento especializado. Por meio da etnografia, utilizando-se de ferramentas como a observação participante e o diário de campo, Oliveira (2014) caracteriza esse hospital como espaço de perícia para descobrir/produzir, por meio de suas práticas, o(a) “*transexual de verdade*”. O autor critica esse modelo biomédico e patologizante que se traduz por intermédio de mecanismos de saber/poder e por tecnologias do eu, evidentes na fala do terapeuta que conduzia o grupo. Conclui o texto sinalizando que, embora o serviço se proponha a ser um espaço diferenciado para prestar um acolhimento e cuidados trans-específicos, este torna-se outro instrumento de normalização e disciplinarização dos corpos, uma vez que se vale da lógica cisheteronormativa para determinar quem está apto(a) ou não a transicionar para o outro gênero. Portanto, o autor denuncia que, mesmo em lugares que se dizem preparados para atender a essas especificidades, ainda identificamos a perpetuação de sentidos e lógicas problemáticas acerca das questões de gênero.

2.2.2 Políticas de HIV/AIDS

Nessa categoria, apenas um artigo foi contemplado. Apesar de grande parte dos estudos concernente à população travesti e trans abordarem a questão do HIV/AIDS em algum ponto da discussão, apenas esse estudo o fez enquanto debate principal.

Desde o início da epidemia de HIV/AIDS, o público LGBT foi tachado pelas campanhas de saúde como grupo de risco. Sousa, Ferreira e Sa (2013) salientam que esse conceito caiu em desuso por provocar a estigmatização dessas pessoas. Posteriormente houve a substituição desse termo pelo conceito de comportamentos de risco, que, por sua vez, acabou imputando ao grupo certa parcela de culpa e responsabilidade pelo fracasso das políticas públicas em prevenir o HIV/AIDS. Dessa forma, por não contemplarem os “determinantes sociais, culturais e contextuais” envolvidos nesse contexto, essas abordagens não se mostraram efetivas o suficiente.

Dentro dessa temática, Sousa, Ferreira e Sa (2013) tiveram como objetivo identificar as múltiplas vulnerabilidades a que as travestis da Região Metropolitana do Recife estão expostas em função da contaminação por HIV/AIDS. Para tanto, os(as) autores(as) pesquisaram junto às travestis algumas variáveis para avaliar essas condições, utilizando uma metodologia de abordagem epidemiológica, tipo corte transversal. Dividiram em três categorias de análise: a

vulnerabilidade social, a vulnerabilidade programática e a vulnerabilidade individual. Na primeira foram considerados os seguintes fatores: idade, escolaridade, raça/cor, classe econômica, religião, serviço de apoio social, homofobia e violência. Na segunda foram analisadas: variáveis sobre grupo de apoio, variáveis sobre testagem para HIV, acesso aos serviços de saúde e participação social. A última categoria englobou: estado civil, com quem mora, variáveis sobre conhecimento correto acerca das formas de prevenção e transmissão do HIV e variáveis sobre comportamento sexual. Os resultados evidenciaram que essa parcela da população tem sido vítima de múltiplos processos de exclusão, discriminação, violência e preconceito. Levando em consideração esse contexto, o risco de contrair a doença aparenta ser apenas mais um diante da quantidade e da complexidade dos problemas que as travestis enfrentam em seu cotidiano.

2.2.3 Saúde Integral

Como bem destacam Geisler, Reis e Sperlin (2013), é de senso comum que as duas principais vertentes de cuidado voltadas para a população trans no SUS são, respectivamente: (1) a prevenção e controle do HIV/AIDS e (2) as transformações corporais. O primeiro ponto, que diz respeito ao enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, tem ocupado a saúde pública desde os anos 80. Já o Processo Transexualizador, tem respondido por uma procura cada vez mais frequente no Sistema Único de Saúde brasileiro desde o fim da década de 90, por parte de mulheres e homens trans, requerendo as cirurgias e procedimentos de redesignação sexual.

Entretanto, apenas esses dois focos de cuidado, apesar de fundamentais, não contemplam todas as necessidades de saúde de uma pessoa, quer seja transgênera ou não. Segundo Fiocruz (s.d.), “um dos princípios basilares do SUS, a integralidade, está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano.” Ou seja: o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o(a) usuário(a) como um todo, entendendo-o(a) inserido(a) em seu contexto social e, a partir daí atender às demandas e necessidades desta pessoa.

Nessa perspectiva do acesso à saúde integral de travestis e trans no SUS, foram catalogados 11 artigos (GEISLER; REIS; SPERLIN, 2013; AMORIM; VIEIRA; BRANCALEONI, 2013; FREIRE et al., 2013; SOUZA et al., 2014; SANTOS; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2014; SILVA et al., 2017; SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA,

2017; PEREIRA et al., 2017; FERNANDES, 2017; FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2018; OLIVEIRA et al., 2018), os quais descrevemos mais a seguir.

Silva et al. (2017) refletiram sobre a discriminação e o preconceito a que a população travesti e trans está usualmente submetida na sociedade, que resulta em exclusão social e tende a afastá-las do acesso aos serviços de saúde. O uso do nome social tem aparecido como uma das formas de combate a essas discriminações, e é um direito garantido por lei aos(as) usuários(as) do SUS. O artigo visa, portanto, discutir a questão do uso do nome social nos espaços públicos de saúde como uma forma de garantir alguns princípios básicos, como o acolhimento, a humanização e a integralidade da assistência para com as pessoas travestis e pessoas trans. Trata-se de um ensaio teórico, que centra a discussão em certas dimensões propostas na assistência à saúde no SUS, quais sejam: 1) o acolhimento e a promoção do acesso à saúde por meio do nome social; 2) nome social como ferramenta para humanização da assistência; e 3) nome social como base para efetivação da integralidade. Por fim, os(as) autores(as) concluíram por intermédio do estudo que os(as) profissionais ainda resistem muito em reconhecer o direito ao nome social da população TT (travesti e trans), ocasionando assim um distanciamento dessas pessoas dos serviços. Como solução para esse entrave, apontam a necessidade dos currículos dos cursos técnicos e superiores e da educação permanente em saúde se apoderarem do debate sobre gênero e orientação sexual, como forma de democratizar e melhorar o acesso desse público aos serviços e espaços de saúde.

Geisler, Reis e Sperlin (2013) chegaram a um resultado semelhante em sua pesquisa envolvendo a realização de rodas de conversa junto à população TT para identificar outras demandas para além das políticas de HIV/AIDS e do Processo Transexualizador. A necessidade da adoção do nome social e da visibilidade e reconhecimento nos espaços de saúde foram aspectos importantes colocados por esses(as) pesquisadores(as) como pontos a se melhorar no sistema de saúde, bem como a compra e distribuição de hormônios gratuitos, para evitar os riscos relacionados ao uso do silicone industrial.

Siqueira, Hollanda e Motta (2017, p.1.404 -1.405) se propuseram a analisar as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde implementadas pelo Ministério da Saúde (MS) para grupos vulneráveis a partir dos seguintes marcadores: raça, etnia, gênero e modo de vida. Para a coleta de dados foram consultadas diversas fontes documentais, tais como: políticas, vídeos, conferências, e atas de conselhos e comissões de saúde. Os(as) autores(as) destacaram que um dos principais obstáculos relativos à implantação dessas políticas de equidade consiste no

“preconceito histórico da sociedade em relação às populações vulneráveis”, sendo, portanto, de natureza cultural. Assim, para efetivação e o sucesso destas políticas, faz-se necessária uma mudança do olhar da população em relação a estes(as) usuários(as). Outra dificuldade apontada é a multiplicidade de atores e disputas político-ideológicas que estes processos envolvem, que “reverberam diretamente na construção da política propriamente dita”. Também é possível constatar que a capacidade de indução do Ministério da Saúde, em qualquer situação, é limitada por duas razões, as quais: “a complexidade do objeto da política e as limitações orçamentárias e de recursos humanos”, que agem restringindo o acesso desses grupos vulneráveis ao direito à saúde. Os autores ressaltam ainda a necessidade de articular as ideias de equidade e diferença “para que as políticas homogeneizadoras das diferenças, em busca de um padrão de distribuição de bens e serviços, não se sobreponham às necessidades de grupos minoritários, cujas características tornam difícil seu enquadramento puro e simples em políticas de igualdade.”

Fazendo eco à fragilidade da implantação das políticas públicas e ações de saúde voltadas para esse público, Santos, Shimizu e Merchan-Hamann (2014, p.4546) realizaram um trabalho a fim de compreender as representações sociais dos(as) profissionais de saúde sobre transgeneridade. De acordo com os(as) autores(as), por se tratar de um fenômeno complexo, muitas das dimensões da transgeneridade ainda são desconhecidas. Uma delas é a forma como essa questão é percebida pelos(as) profissionais, pois isso “pode influenciar na direção e na qualidade da atenção integral à saúde prestadas a esse público”.

Segundo Santos, Shimizu e Merchan-Hamann (2014), as representações sociais podem ser entendidas como “teorias coletivas” sobre o que é percebido, que buscam dar compreensão a objetos, estabelecer comunicação, orientar e determinar condutas, utilizando para isso um sistema de linguagem que aproxima esse objeto do que já é conhecido, familiar. Assim, foram aplicados diversos questionários com os(as) profissionais de saúde, onde estes deveriam listar pelo menos quatro palavras ou mais expressões que lhes ocorressem em relação ao termo indutor “transexualidade”. Os resultados demonstraram que grande parte das palavras eliciadas pelo termo ‘transexual’ se aproximam da percepção de que existem diferenças essenciais que determinam os dois sexos, masculino e feminino, e quando há o rompimento com as expectativas que cada categoria carrega, gera-se conflito e confusão. Outra palavra associada foi “preconceito”, que ratifica a ideia de que aquele(a) que não cumpre uma norma social ou culturalmente definida, sofre algum tipo de rejeição e estranheza por parte dos(as) outros(as), ou seja, tanto por desconhecimento como por negação das diferenças, a sociedade causa

sofrimento àqueles que se diferenciam. Foi observado que os(as) profissionais não evidenciam que esse preconceito exista no espaço e nas relações dos serviços de saúde, mas estendem esse processo à sociedade como um todo. Concluiu-se que, no grupo estudado, é provável que a “transexualidade” não se constitua enquanto objeto de representação social, pois, para tanto, é necessário que os sujeitos compreendam, interpretem e se situem em relação à realidade apresentada.

Fernandes (2017) investigou as relações da população LGBTTT, em especial das travestis e trans, com a política de saúde no município de Goiânia. Para tanto, realizou junto com uma equipe minicursos com temas da Saúde LGBTTT, em decorrência das denúncias dos/as usuários/as LGBTTT em 15 Postos de Saúde. A autora utilizou-se da metodologia da educação em saúde para promover a reflexão sobre os princípios do SUS e a Carta dos Usuários. Por meio de várias intervenções como danças, produções de texto, poesias, entre outras, percebeu-se um baixíssimo acesso aos postos de saúde por parte das travestis, e quando acessavam era só em casos mais graves e de certa urgência.

Ainda de acordo com Fernandes (2007), foi notória nas discussões a percepção dos/as profissionais de saúde de que as travestis são pessoas ligadas exclusivamente às IST/HIV/AIDS. Observou-se um preconceito ligando a imagem destas à profissão do sexo e à AIDS. Em relação às trans, destacou-se uma narrativa associando essa categoria ao espaço da “*casa*”, entendendo que são poucas pessoas trans que se utilizam da “*rua*” para sua transformação corporal, para adequação ao seu gênero, o que as coloca em um quadro de sofrimento doméstico e de maus tratos junto ao seio familiar, tornando vulneráveis suas condições de crescimento e desenvolvimento. Portanto, identificando essas fragilidades que o sistema de saúde não dá conta de resolver, a autora destacou a urgência de programar e desenvolver sistemas de proteção social e de inclusão, e também de utilizar de capacitações que propiciem a articulação da cultura e dos saberes e práticas populares com as ações de políticas públicas de saúde como forma de combater iniquidades e preconceitos.

Pereira et al. (2017) realizaram um estudo com propostas semelhantes no Piauí, visando investigar acerca do acesso e a qualidade da atenção dispensada à população LGBT nos espaços de saúde. A metodologia utilizada foi a formação de um Grupo Condutor (GC) unindo várias categorias profissionais (dentre elas: medicina, enfermagem, psicologia e odontologia), visando promover a apropriação da temática e o compartilhamento de saberes e práticas sobre o processo de trabalho e o desenvolvimento da pesquisa. Esse grupo se espalhou pelas unidades

de Saúde da Família da cidade objetivando entrevistar gestores(as) e profissionais de saúde. Percebeu-se, no geral, bastante resistência por parte dos(as) profissionais em tratar do assunto. Concluiu-se que as dificuldades encontradas pelo grupo condutor possivelmente é muito semelhante àquelas enfrentadas pelos(as) usuários(as) LGBTTT quando procuram os serviços de saúde, e que faz-se necessário um maior envolvimento por parte da comunidade e dos(as) profissionais dos serviços de saúde em atividades como esta, para que seja possível reconhecer os pontos fracos dos serviços de saúde e assim promover a mudança dessas práticas deficientes de trabalho.

Já Oliveira et al. (2018) realizaram um estudo centrado a atenção nos(as) próprios(as) usuários(as) na região de Cajazeiras - PE: 54 participantes foram entrevistados(as) buscando por meio de um teste de associação livre, compreender quais eram as impressões dessas pessoas acerca do acesso aos serviços de saúde da família. As respostas foram analisadas por experts e por softwares lexicográficos, e os(as) autores(as) chegaram às seguintes categorias: (1) Silenciamento quanto à orientação sexual e identidade de gênero; (2) Invisibilidade e indiferença aos marcos políticos legais; (3) Manifestações homofóbicas e efeitos no acesso; (4) Constrangimento e distanciamento; (5) Práticas des(humanizadas) e antiéticas; e (6) Estigma e acesso.

O artigo não trata especificamente da experiência de travestis e trans, mas do público LGBTTT de uma forma geral. Entretanto, traz um dado interessante: um maior índice de sintomas depressivos no público transgêneros, 15% mais alto do que nas outras categorias. Oliveira et al (2018, p.6) identificou, de forma geral, que, independente da orientação sexual ou de gênero do(a) participante, o acesso aos serviços de saúde ainda é pouco, e quando se trata dessas minorias, “é permeado por constrangimentos e ausência de posicionamentos éticos”. Os(as) usuários(as) descreveram “sensações de desamparo, exclusão, omissão e rechaço na assistência, apesar da existência de Políticas Públicas específicas e da formação para profissionais e usuários(as) dos serviços de saúde.” Destaca-se, portanto, que as equipes de saúde necessitam de mais capacitação e sensibilização no atendimento à essa população, a fim de não gerarem barreiras na utilização dos serviços.

Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018) trabalharam em uma perspectiva parecida, na medida em que, utilizando-se da questão norteadora “Como vocês gostariam de ver o acesso, a qualidade e o modo de organização das ações e serviços a serem ofertados para a população LGBTTT?”, entrevistaram 19 pessoas, sendo quatro lésbicas, quatro gays, seis travestis e cinco

mulheres trans. A partir daí, por meio da análise de conteúdo, foram identificadas quatro categorias temáticas: (1) atendimento ginecológico às lésbicas; (2) o gay afeminado nos serviços de saúde; (3) em busca da equidade para as travestis e (4) o nome social para as mulheres trans no SUS.

Centrando especificamente nas duas últimas categorias, foco dessa revisão de literatura, os(as) autores(as) concluíram que, sobre o acesso de travestis e pessoas trans, tem havido a criação de ambulatórios específicos para o cuidado a esse grupo, delimitando seu acesso e restringindo a determinados espaços que seccionam e estigmatizam, abordando-os como infectantes, posto que a maioria dos serviços voltados para esse público estão interligados às demandas de IST e AIDS. Outro problema identificado é a transfobia materializada na resistência ao uso do nome social, que gera vários entraves no processo saúde/doença/cuidado dessas pessoas. Portanto, os/as autores/as concluíram que, diante dos cenários de iniquidades apontados pelos/as participantes, faz-se necessário trabalhar as especificidades de assistência a cada grupo da comunidade LGBTT, destacando o potencial do SUS enquanto espaço social, político e ético, privilegiado no enfrentamento às “*LGBTTfobias*”.

Souza et al. (2014) assim como Amorim, Vieira e Brancaloni (2013) investigaram como ocorre o acesso em contextos locais. O primeiro estudo traça uma etnografia para compreender os itinerários de travestis do município de Santa Maria (RS) em busca de cuidados com a saúde. Por meio de entrevistas e observação participante, os(as) autores(as) acompanharam a vida cotidiana das interlocutoras. Já o segundo estudo faz um relato de um processo de intervenção junto a um grupo de travestis que residem e trabalham na região central de uma cidade do interior de São Paulo. As conclusões são similares: os resultados demonstraram que as TT's evitam os serviços institucionalizados de saúde, temendo ser questionadas sobre suas identidades de gênero, orientações sexuais e modificações corporais. Para preencherem a lacuna que os serviços ocupam, optam por outras formas de cuidado. No caso estudado por Souza et al. (2014), escolheram as casas de batuque e candomblé, onde suas identidades são acolhidas e respeitadas. Amorim, Vieira e Brancaloni (2013) destacaram o fato de que muitas moram juntas em busca de proteção e amparo social, uma vez que, a sociedade, de uma forma geral, as discrimina.

Como destacam Freire et al. (2013, p.493) novas alternativas precisam ser pensadas para garantir o cuidado dessas pessoas. A Política Nacional de Saúde LGBTT se constitui enquanto política transversal, preconizando o respeito às diferenças e a não-discriminação. Entretanto, na

prática, não é isso que acontece, evidenciando um afastamento entre as determinações das políticas e a sua real possibilidade de execução. Os(as) autores(as) sugerem, então, a utilização da clínica peripatética como alternativa, uma vez que esta transpõe os limites institucionais e promove um trânsito pelos territórios, utilizando o espaço dentro-fora como facilitador da comunicação e da criação vínculos. Dessa forma, tal técnica poderia contribuir para a efetivação do direito à saúde em um sentido mais amplo, por meio do acesso a ações e serviços engajados com o aprendizado e a inovação, rompendo “com as práticas e mentalidades corporativistas e estigmatizantes em relação àqueles(as) que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais.”

2.2.4 O que a revisão de literatura nos apontou?

Com essa revisão de literatura percebeu-se que ainda existem poucos estudos que se preocupam com a questão do acesso da população travesti e trans no contexto brasileiro, e os que existem, ainda estão muito vinculados às políticas de prevenção e cuidado ao HIV/AIDS e às ações voltadas para o Processo Transexualizador. Pouco se pensa acerca da saúde integral e do acesso dessas pessoas aos espaços comuns de saúde, para além dos ambulatórios especializados e dos centros de referência de IST/AIDS.

Notam-se nos últimos anos alguns ganhos em relação à políticas e ações específicas para a comunidade LGBTTT, de uma forma geral, como é o caso da “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais”, que teve sua primeira edição lançada em 2013, e é um marco histórico de reconhecimento das demandas e vulnerabilidades dessa população, instituindo diretrizes e metas para a melhoria das condições de saúde, bem como ações para evitar a discriminação e estigmatização desse grupo nos espaços de saúde.

Desde 13 de Agosto de 2009, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 1.820 que dispõe sobre os direitos e deveres dos(as) usuários(as) de saúde, entre eles está o direito do uso do nome social. Essa é uma importante conquista para comunidade trans e travesti, uma vez que, com o uso do nome social, deveriam ser poupadas(os) do constrangimento de serem chamadas(os) pelos respectivos nomes de batismo, não correspondentes ao gênero com o qual se identificam na atualidade.

Outra importante conquista muito recente foi a retirada da “*transexualidade*” da lista de distúrbios mentais do Código Internacional de Doenças (CID). Essa alteração é um indicativo

das mudanças na forma como essa identidade de gênero tem sido encarada atualmente, sinalizando que tem havido uma melhor compreensão desse fenômeno em sua integralidade. Retirá-lo da categoria de transtornos mentais é trabalhar para a redução do estigma e do preconceito que essas pessoas sofrem diariamente.

Entretanto, apesar de todos esses avanços, a efetivação dessas políticas e leis ainda se configuram como desafios. Os padrões culturais impostos pelo binarismo de gênero e pela cisheteronormatividade influenciam diretamente o atendimento dos(as) profissionais da saúde, refletindo em práticas discriminatórias e preconceituosas contra qualquer usuário(a) que fuja dessas normas de gênero e sexualidade. As consequências disso são as principais causas da exclusão da população pesquisada dos espaços de saúde.

A maioria das pesquisas abarcadas nessa revisão cita a urgente necessidade de sensibilizar e capacitar os recursos humanos da saúde com relação às especificidades da saúde LGBTT, entendendo que esta formação pode ocorrer no próprio espaço de trabalho desses(as) profissionais. Dessa forma, faz-se imperativa a busca pela efetivação dos princípios constitutivos do SUS, de universalidade, integralidade e equidade, traduzidos em políticas públicas que de fato promovam o enfrentamento da “*LGBTTfobia*” e da cisheteronormatividade nos serviços de saúde.

2.3 Novas perspectivas e conquistas no cenário TT

No decorrer desses dois anos realizando esse trabalho, algumas mudanças ocorreram em termos de leis e avanços para a comunidade travesti e trans. Entretanto, por se tratar de um material muito recente, acabaram não entrando nos artigos estudados para essa revisão de literatura, mas são marcos importantes na luta pelo reconhecimento das identidades e direitos dessa parcela da população. E é justamente sobre esses progressos consideráveis que trataremos neste tópico.

Conforme já discutimos anteriormente, por muitos anos a transgeneridade figurou em códigos e manuais internacionais de doenças. Como afirma Butler (2009, p. 96), receber o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero (TIG) sempre esteve associado a algo “doente, errado, disfuncional, anormal” e implicava em uma certa estigmatização social desse sujeito em função do quadro diagnóstico.

Justamente para evitar essa associação, profissionais de saúde mental, ativistas e a própria comunidade trans têm lutado para desdiagnosticar a “transexualidade” desde 1994, data em que esta passou a constar como transtorno mental pela *American Psychiatric Association* (APA). Essa oposição ao diagnóstico acontece especialmente porque “ele continua a patologizar como doença mental aquilo que deveria ser compreendido como mais uma possibilidade, dentre outras, de determinar o próprio gênero” (BUTLER, 2009, p. 97).

Segundo Butler (2009, p. 97) acredita-se também que o diagnóstico compromete a autonomia e autodeterminação dessa pessoa enquanto sujeito, uma vez que, essa forma de avaliação parte do pressuposto de que, a pessoa diagnosticada é acometida “por forças que ela não entende”, ou ainda “que deliram, que são disfóricas”. O diagnóstico pressupõe também que esse sujeito não assimilou as normas de gênero da forma apropriada, ocorrendo problema durante esse processo. Essa perspectiva, de acordo com a autora, respalda as normas e ordenamentos tal como estão vigentes, e tende a “patologizar” e a catalogar qualquer modo/manifestação que não se encontre de acordo com tais padrões estabelecidos.

Na efervescência desse debate mundial, em 18 de junho de 2018, a OMS tornou pública uma decisão histórica: a “transexualidade” foi, oficialmente, retirado do rol de doenças mentais da Organização das Nações Unidas (ONU). Após 28 anos constando nas páginas de transtornos mentais do Código Internacional de Doenças (CID-10), nessa data histórica, a “transexualidade” deixa de ser entendida como um “transtorno de identidade de gênero”, e passa a integrar um novo capítulo intitulado “condições relacionadas à saúde sexual”, sendo classificada então como “incongruência de gênero” na atualização do manual (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

A justificativa para não retirar a “*transexualidade*” completamente do Código Internacional de Doenças (CID-11), de acordo com a OMS, é a de que os cuidados de saúde a essa população podem ser oferecidos de melhor forma se estiverem inclusos na classificação. Acredita-se inclusive, que, retirando essa condição, o SUS poderia deixar de fornecer as terapias de hormonização e os procedimentos e cirurgias de redesignação sexual.

Assim, como reafirma Butler (2009), esse é um debate muito complexo, dividido entre aqueles(as) que desejam manter o diagnóstico por acreditarem que é um artifício por meio do qual conseguem alcançar seus objetivos e, dessa forma, exercer sua autonomia, e outros que defendem seu fim, entendendo que isso pode contribuir para um cenário futuro em que não

serão mais vistos/tratados de modo patologizante, o que ampliaria a autonomia da categoria em importantes aspectos. O que está em jogo em ambas as visões, é a noção de autonomia, que não pode ser pensada de forma isolada, apenas contextualizada, posto que “autonomia é um modo de vida socialmente condicionado” (BUTLER, 2009, p. 98).

Ainda sob a égide da discussão sobre autonomia, no ano de 2018, mais propriamente em 28 de fevereiro, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu por unanimidade que pessoas travestis e trans teriam o direito de substituição do prenome e do sexo nos documentos de registro civil, independente da realização de cirurgia de redesignação sexual. Também deixou de ser necessária a decisão judicial autorizando o ato e os laudos médicos e psicológicos. Em junho, o Conselho Nacional de Justiça regulamentou esse processo, autorizando a mudança para o nome social em qualquer cartório do país, mediante a apresentação de alguns documentos civis. É válido lembrar que antes da aprovação dessa resolução, para que uma pessoa trans conseguisse mudar oficialmente seu nome de batismo, era preciso abrir uma ação judicial e apresentar laudos psicológicos e psiquiátricos que comprovassem sua condição, em um processo que poderia se estender por anos e ser bastante oneroso e desgastante para o sujeito que se dispusesse a isso (CONSULTOR JURÍDICO, 2018).

Então, o que se pode notar, é que alguns avanços têm sido feitos em relação ao reconhecimento da transgeneridade como uma possibilidade de gênero e de (r)existência e algum nível de autonomia tem sido creditado a essas pessoas, na forma da derrubada das exigências dos laudos jurídicos, psiquiátricos e psicológicos para determinados procedimentos. Entretanto, ainda há a persistência de classificar a transgeneridade como doença e colocá-la sob o domínio dos médicos e especialistas quando se trata da realização cirurgias de redesignação sexual e dos procedimentos de mastectomia e histerectomia para homens trans, por exemplo. Entretanto, cirurgias íntimas com funções estéticas ou corretivas e implantes mamários têm sido feitas por pessoas cis sem maiores questionamentos e exigências. Isso só se torna um problema quando é reapropriado pelas minorias sexuais.

E todas essas normatizações de gênero se refletem no discurso dos(as) profissionais da saúde quando questionados a respeito do ser e do corpo travesti e trans. As entrevistas realizadas no trabalho de campo desta pesquisa puderam deflagrar uma importante perspectiva: consideramos que a transgeneridade e a travestilidade são categorias em constante negociação, na sociedade em geral, e especialmente no microcosmo dos espaços de saúde, onde as práticas

se desenrolam em paralelo com as políticas públicas específicas, suas portarias e medidas. O próximo capítulo cuidará então de descrever os caminhos metodológicos, as técnicas utilizadas, os espaços e os/as participantes que fizeram toda essa caminhada ser possível.

CAPÍTULO 3 - PERCURSOS TEÓRICO – METODOLÓGICOS

Esta é uma pesquisa de caráter qualitativo, que se insere em uma perspectiva etnográfica e utilizou-se de ferramentas como entrevistas narrativa, questionários semiestruturados e observação participante para produção do material empírico. Para a construção teórica buscou-se respaldo na vertente pós-estruturalista, especialmente nos estudos *queer*, que rompem com os referenciais essencialistas e normativos e engendram novas formas de abordagem e análise dos fenômenos da travestilidade e da transgeneridade.

A pesquisa qualitativa tem sido utilizada pelos estudos preocupados em entender as ditas “*minorias*”: mulheres, povos de diferentes etnias, dissidentes sexuais, entre outros. Isso porque, segundo Gamson (2006, p. 345) as estratégias utilizadas nesse tipo de pesquisa “parecem objetivar menos os seus sujeitos, preocupar-se mais com a criação de significados culturais e políticos e em dar mais voz e espaço às experiências que foram suprimidas”.

Portanto, a pesquisa qualitativa, e mais propriamente os referenciais pós-críticos e a Teoria *Queer* foram adotados neste trabalho para fazer o contraponto necessário às políticas públicas voltadas para travestis e trans, que ainda são construídas numa lógica positivista e biomédica de sujeito, posto que se insere no campo das ciências médicas e da saúde. Como afirma Gamson (2006), os métodos qualitativos, com seu cerne na “criação de significados e na experiência de vida cotidiana”, coadunam perfeitamente com as metas de visibilidade e reconhecimento de determinadas categorias e movimentos, e aqui acrescentamos a população TT.

A abordagem pós-crítica, de acordo com Paraíso (2004) surgiu de uma combinação de várias correntes teóricas como o pós-estruturalismo, o pós-modernismo, a Teoria *Queer*, os estudos feministas e de gênero, os estudos multiculturalistas, pós-colonialistas, entre outros, e propõem novos olhares em relação às pesquisas críticas anteriores, promovendo substituições, rupturas e mudanças. Para tanto, as pesquisas que têm se encaixado nessa categoria se propõem a repensar práticas educacionais, currículos e pedagogias levando em consideração que as visões e discursos propagados nesses espaços são construídos por meio de relações e jogos de poder e verdade, que ditam o que é considerado padrão e será ensinado/perpetuado. Assim, o pós-criticismo tem se ocupado de questionar de que forma os conhecimentos são construídos, como acontecem os processos e modos de subjetivação dos sujeitos, como as práticas são

produzidas e instituídas por meio dos textos educacionais para, a partir daí, estabelecer a quebra, a superação e a subversão desses modelos, permitindo a multiplicação de novos sentidos.

Já a Teoria *Queer*, de acordo com Miskolci (2012), surgiu como uma crítica em relação à norma sexual vigente, e tem suas raízes na contracultura e nos chamados novos movimentos sociais da década de 1960, quais sejam: o movimento pelos direitos civis da população negra do Sul dos EUA, o movimento feminista da segunda onda e o movimento homossexual. O movimento *Queer* trouxe para a ordem do dia as discussões acerca do corpo, da sexualidade e do desejo, questionando os saberes e práticas institucionalizados, que funcionavam numa lógica racializada, procriativa e pautada num aparato médico-legal que classificava qualquer sexualidade desviante do modelo (cisheterossexista e binário) como uma ameaça social e psiquiátrica. Essa teoria propõe um foco não tanto em comunidades ou populações específicas, mas antes em desestabilizar e desconstruir processos de categorização identitária e sexual.

Os estudos *Queer*, portanto, sugerem um desmonte das teorias estruturalistas vigentes nas ciências naturais, e baseando-se em referenciais pós-críticos e construcionistas sociais, desconstroem a ideia de um “eu” definido por algo que se encontra em sua essência, quer seja o desejo sexual, a raça, o gênero, a nação ou a classe. E essa nova epistemologia traz consigo a necessidade de novas formas de se fazer pesquisa, uma vez que evoluímos dos relatos colonialistas das experiências de campo, preocupados com interpretações confiáveis e objetivas (1990-1950), até o atual momento pós-moderno, que se caracteriza pelo abandono das grandes teorias e da noção de pesquisador distante (DENZIN; LICOLN, 1994 apud GANSOM, 2006). Logo, para atender a essa nova conjuntura, os métodos das pesquisas qualitativas começaram a se estabelecer como preferenciais. Entre eles, e destacando-se como método escolhido para essa pesquisa, está a etnografia.

3.1 A etnografia e o fazer-etnográfico

Clifford Geertz foi um importante antropólogo americano do século XX, que dedicou a sua vida a criar uma epistemologia em seu campo de estudos. Contrapondo-se à tendência da época, embasada no estruturalismo, que concebia o conhecimento como originário da elaboração de ideias abstratas, que elucidariam os variados contextos empíricos observados pelo pesquisador, Geertz propôs um novo método, que batizou de teoria interpretativa da

cultura, baseando-se na noção de que a compreensão dos fenômenos sociais deveria partir dos casos concretos, da empiria, e a partir daí seria possível a produção de teorias mais amplas.

Para tanto, o(a) antropólogo(a) deve abandonar as estantes, as bibliotecas, e o quadro negro e lançar-se naquilo que Geertz (1989, p.63) chama de “estar lá”, ou seja, imergir na cultura do(a) outro(a), na experiência de campo, nas tribos afastadas, nos povos isolados, rejeitados e/ou colonizados (no caso dos antropólogos do século XIX e XX) e, a partir dessas vivências, “convencer o leitor de que o que estão lendo é o relato de alguém pessoalmente familiarizado com a vida em algum lugar, em determinado tempo, entre certo grupo” É nessas bases que repousam o fazer etnográfico, e é só no “estar aqui e no estar lá”, buscando informações nos pequenos detalhes da vida vivida, e os registrando por meio da capacidade descritiva e de interpretação, que reside o poder da antropologia de “convencer qualquer um de qualquer coisa.”

Assim, de acordo com Angrosino (2009) a etnografia tem suas origens no âmbito da antropologia e começa a ser utilizada no início do século XX, visando um melhor entendimento dos grupos humanos, uma vez que os(as) pesquisadores(as) da época se deram conta de que as suposições que tinham até então eram inadequadas para compreender como as pessoas daquela tempo verdadeiramente viviam. Partindo daí, perceberam que apenas em campo um(a) estudioso(a) conseguiria apreender a experiência humana vivida em toda a sua dinâmica. Começando pela Inglaterra, criaram um esboço de pesquisa etnográfica que retratava o trabalho de campo em algumas regiões que ainda se encontravam sob domínio colonial, aparentemente conservadas em suas formas tradicionais, tais como as sociedades na África ou no Pacífico.

A etnografia foi desenvolvida inicialmente como uma forma de estudar pequenas comunidades, muitas das vezes tradicionais e iletradas, visando resgatar e compreender suas tradições culturais. Entretanto, atualmente é utilizada em quaisquer tipos de condições sociais, para estudar as vidas cotidianas e rotineiras das pessoas, as experiências humanas vividas, objetivando captar certos padrões ao invés de analisar todos os níveis de interação ou produção. A etnografia é realizada *in loco* e, guardadas as devidas proporções, o(a) etnógrafo(a) é alguém que participa como um(a) observador(a) das vidas daqueles(as) que estão sendo estudados, entendendo que há várias formas de interação e que observar não significa não interagir, ao contrário, sem interação ou envolvimento não há observação (ANGROSINO, 2009).

Roberto Cardoso de Oliveira (1998, p. 14) nos alerta para três etapas de apreensão dos fenômenos sociais, essenciais para se fazer uma boa pesquisa etnográfica: o olhar, o ouvir e o escrever. O autor ressalta que a observação e a escuta servem para o(a) pesquisador(a) como duas muletas que lhe possibilitam andar, ainda que forma trôpega, na estrada do conhecimento. Descrito o fenômeno, por meio do olhar e do ouvir, faz-se necessário compreender seu sentido para quem o realiza e a significação para o(a) antropólogo(a) que o observa exteriormente. As explicações “nativas” para esse evento só podem ser conseguidas por intermédio de entrevistas, portanto, “de um ouvir todo especial”. Oliveira (1998, p.28-29) salienta ainda que, se o olhar e o ouvir compõem a nossa percepção da realidade, que fundamenta a pesquisa empírica, o escrever torna-se parte praticamente inseparável do nosso pensamento, “uma vez que o ato de redigir é simultâneo ao ato de pensar”. Assim, é no registro escrito dos dados derivados da observação sistemática que conseguimos encaminhar nossos pensamentos e encontrar soluções que dificilmente apareceriam antes da sua textualização.

Geertz (1989) ressalta que, ao(à) etnógrafo(a) cabe o papel de ter “estado lá” e “(d)escrever aqui”, ou seja, com o auxílio de materiais colhidos nas suas incursões de campo, anotações, cartões-postais, fotografias, impressões, gravações, entre outros, compete ao(à) etnógrafo(a), na volta da sua viagem, relatar o que “lá” viu. Santos (2005) complementa esse raciocínio refletindo que há muitas possibilidades de ter “estado lá”, e que elas influenciam consideravelmente na forma como a realidade do outro será apreendida. Possibilidades estas que variam de acordo com a intensidade, o risco, a capacidade do etnógrafo de se misturar, de se “miscigenar”, de “tornar-se mais um naquele lugar”, de ser visto como “menos estrangeiro(a)”. O(A) etnógrafo(a) é, nas palavras de Santos (2005), um(a) viajante, que coleciona memórias para depois (re)contar o que viveu para aqueles que aqui ficaram.

Para realizar esse estudo, foram feitas algumas incursões, deslocamentos pela cidade, tanto para acessar as travestis e mulheres trans quanto para chegar até os(as) profissionais de saúde. Como etnógrafa, que neste espaço me propus a ser, me cabe agora narrar essas experiências.

3.1.1 Os caminhos percorridos: a cidade de Jequié, o mundo travesti e trans, o SUS e o atendimento transespecífico

Jequié é um município brasileiro do estado da Bahia. Está a 365 km de Salvador, no sudoeste da Bahia, na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata. Atualmente a cidade tem uma população estimada em cerca de 162.209 habitantes. A cidade se destaca na microrregião por ser polo de educação e saúde (WIKIPÉDIA, s.d.). De acordo com consulta realizada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, conta atualmente com 19 unidades de saúde da família, 29 postos de saúde, 10 serviços de média complexidade (entre centros de referência, CAPS, CRAS e policlínicas) e um hospital geral (BRASIL, s.d.).

Apesar de ter uma rede de saúde relativamente satisfatória para o tamanho da população, pontos falhos aparecem quando se trata da atenção à saúde da população travesti e trans. Isso porque, por meio de questionamentos tanto a essa categoria quanto aos profissionais de saúde, pude perceber que estas pessoas raramente são vistas nos postos e espaços de saúde. Nas minhas incursões iniciais de campo, estive em cinco unidades básicas de saúde para tentar encontrar possíveis sujeitos para a pesquisa. Visitei os postos de saúde do km 3, do km 4, do Mandacaru, do Cansação e do Jequezinho. Em quatro destes cinco lugares, obtive respostas semelhantes: certo desconhecimento por parte dos(as) profissionais envolvidos(as) acerca do que seria uma pessoa travesti e trans, e, depois de uma breve elucidação minha a esse respeito, a conclusão de que nunca haviam atendido travestis ou pessoas trans naqueles espaços.

Alguns/algumas profissionais me indicaram o “Centro de Referência em Saúde Sexual” como sendo um dos lugares que acolhiam preferencialmente esse público. O Centro de Referência em Saúde Sexual é um serviço especializado no tratamento de HIV/AIDS. Funciona com sede no bairro Mandacaru e no momento do trabalho de campo desta investigação, encontrava-se em reformas. O serviço estava acontecendo de forma provisória em uma pequena sala dentro do posto de saúde do bairro. De acordo com a lei nº 1771 de 30 de abril de 2008 compete ao Centro de Referência as seguintes atribuições, dentre outras:

elaborar e realizar projetos de prevenção às IST/AIDS, priorizando os grupos específicos (profissionais do sexo, homossexuais, população confinada, adolescentes, mulheres em situação de vulnerabilidade e comunidade em geral); disponibilizar preservativos na unidade e extramuros; realizar exames de triagem para HIV, Sífilis e Hepatites Virais; fornecer medicamentos para IST/AIDS; realizar visitas domiciliares e/ou hospitalares às pessoas com HIV/AIDS; atender os casos de acidente com material perfuro-cortante, com acompanhamento da profilaxia antirretroviral se necessário; atender os casos de vítimas de violência sexual para acompanhamento da profilaxia antirretroviral e outras IST's; promover acompanhamento

multiprofissional; elaborar, implantar, avaliar e implementar projetos que visem a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS; capacitar profissionais de saúde, abordando temas sobre o controle às IST/AIDS no município de Jequié; elaborar políticas de saúde que visem a prevenção, diagnóstico e tratamento das IST/AIDS no município de Jequié.

Portanto, esse aparato de saúde restringe-se a atuar frente às infecções sexualmente transmissíveis, com ênfase no HIV e nas hepatites retrovirais, buscando prevenir novos casos e tratar os já existentes. Diferentemente da atenção básica, que tem a função de promover e proteger a saúde de forma integral, atuando na prevenção de agravos, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação, na redução de danos e na manutenção da saúde. Definir o Centro de Referência em Saúde Sexual como o espaço de saúde esperado para que travestis e pessoas trans estejam, nos traz sentidos subjacentes acerca do lugar em que estes sujeitos são colocados na nossa sociedade e da forma como são vistos.

Logo, o que pude perceber nessas primeiras incursões ao campo é que essas pessoas não estão nos Posto de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde ou, quando estão, não conseguem ser identificadas pelos(as) profissionais que ali atuam, dificultando assim um tratamento adequado às suas demandas e também a minha chegada até elas. Uma das respostas que mais obtive fazendo buscas nesses ambientes foi “O que são travestis e transexuais?”; ou ainda profissionais confundindo identidade de gênero com orientação sexual: “Ah, moram dois homens juntos em tal rua, é isso que você tá estudando?”. Diante dessas dificuldades, decidi realizar uma visita ao Centro de Referência em Saúde Sexual, que me foi indicado por diversas pessoas como sendo o lugar em que estariam.

Em visita ao Centro de Referência em Saúde Sexual, foi possível constatar que não há um registro atual acerca dos pacientes por identidade de gênero e orientação sexual, o que torna ainda mais difícil a identificação desses sujeitos dentro do sistema. Ou seja, um dos principais lugares que este público frequenta falha no sentido de sistematizar dados acerca dessa população e de suas condições de saúde. Nesse sentido, o espaço acaba se restringindo à sua função de distribuição de preservativos e gel lubrificante, voltadas para prevenção em IST/AIDS e para acompanhamento dos indivíduos que já estão em tratamento por estarem comprometidos com o vírus do HIV/AIDS.

Desse modo, a forma que encontrei de acessar as travestis e mulheres trans foi por intermédio dos seus pares. Assim, após me ser apresentada uma mulher trans que veio a se

tornar participante da minha pesquisa, pedi que ela me indicasse outras colegas suas que pudessem participar. Entrei em contato com as pessoas indicadas e encontrei muita resistência por parte delas em se engajar na pesquisa. Conforme relata uma das pessoas transgêneras que conversou comigo:

as meninas daqui só querem saber de festa, de oba-oba. É por isso que até hoje a gente não tem uma secretaria, uma ONG, nada... elas não participam, não se engajam. E além de tudo, tem a rivalidade... uma brigando com a outra, disputa, não se unem para nada. Você vai ter muita dificuldade de realizar sua pesquisa aqui.

Essa questão da rivalidade e da não participação em atividades de cunho político e social voltadas para o público foi um tópico relatado mais de uma vez pelas próprias travestis e por colegas e informantes que já fizeram pesquisas com esse grupo. Pude observar isso também com o evento “III Seminário de Humanização do Hospital Geral Prado Valadares e I Seminário de Humanização de Jequié”, que contou com uma mesa de debates sobre “Direitos e deveres de pessoas travestis e transexuais no SUS” e um minicurso com o mesmo tema, e que, infelizmente teve baixíssimo comparecimento por parte delas(es).

Penso que mais do que constatar e apontar a ausência desse público em eventos e espaços pensados para eles(as) e a recusa de participar de pesquisas que buscam entender as condições em que vivem, devemos tentar compreender porque isso acontece. Acerca disso, acredito que Pelúcio (2009) em seu trabalho “Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo da AIDS”, muito sensivelmente colocou aquele que parece ser, no meu entendimento, um dos maiores empecilhos:

O dia é uma categoria temporal que encarna um tipo de sociabilidade com a qual as travestis não parecem à vontade em lidar. A suposta racionalidade diurna se coloca de maneira dramática nas narrativas colhidas ao longo desse trabalho. Assim, é mais difícil se proteger dos olhares e falas diurnas do que da violência e surpresas da noite (PELÚCIO, 2009, p. 73).

Segundo Pelúcio (2009), a “noite” e a “rua” constituem territórios específicos onde as travestis podem ter vidas mais possíveis. Para acessá-las sem tantas resistências, seria necessária uma rede de contatos que me proporcionasse encontrá-las na noite, nos pontos de prostituição, nas ruas e beiras de estrada, pois é lá que grande parte delas ainda estão. Por conhecer pouco a cidade, ter poucos contatos e tempo reduzido para realizar o trabalho de campo, não foi possível minha inserção nesses espaços, portanto precisei traçar outras estratégias para conseguir uma aproximação.

Assim, as travestis e mulheres trans escolhidas para esse estudo foram aquelas que se mostraram mais abertas e receptivas no levantamento feito com outras travestis, pessoas que as conheciam ou já tinham realizado algum trabalho anterior com elas. Cheguei ao final dessa triagem com uma amostra de uma travesti e duas mulheres trans – conforme elas próprias se identificaram –, que se dispuseram a me encontrar e contar suas histórias. Com algumas delas consegui uma aproximação maior, e pude acompanhar em consultas em espaços de saúde, caminhar junto na rua, conhecer a casa, o parceiro, ver fotos e compartilhar experiências, falar do passado, do presente e do futuro. Com outras, o contato foi mais breve, se restringindo a algumas entrevistas. Mas com todas, tive a oportunidade de alargar meu olhar e aprender um pouco mais sobre como acontecem na prática essas vivências fora da norma, sobre os dilemas que enfrentam no dia-a-dia, sobre os preconceitos e desafios que encontram em seus cotidianos. Com elas foram realizadas entrevistas mais aprofundadas, de viés narrativo, pois, como afirma Jovchelovitch (2008, p.91) “as narrações são ricas em colocações indexadas – acontecimentos concretos em um lugar e em um tempo – porque se referem a experiências pessoais e tendem a ser detalhadas com um enfoque nos acontecimentos e ações.” Uma vez que esse estudo se propôs a ser interseccional, consideramos importante buscar informações sobre as mais variadas instâncias da vida das nossas colaboradoras, para entender quais outros fatores perpassavam e influenciavam o atendimento destas nos espaços de saúde.

De acordo com Benjamin (1975, p.205), a narrativa, que por muito tempo foi fruto das camadas mais populares - no campo, no mar, na cidade – é uma maneira artesanal de comunicação, uma vez que o narrador retira da sua própria experiência – ou da experiência dos outros – aquilo que conta, e movimenta-se no sentido de incorporar os fatos narrados na experiência do ouvinte. Ao contrário da informação, que está interessada em transmitir um conhecimento verificável, as explicações de determinado evento, a narrativa não preza pela exatidão, mas antes pelo compartilhamento de uma história. Toda grande narrativa está imiscuída com o(a) próprio(a) narrador(a), traz em si muito daquele que a conta, pois “está impressa na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso.”

Seguindo essa lógica, Jovchelovitch e Bauer (2008) destacam que a entrevista narrativa é um instrumento qualitativo de pesquisa que pretende incentivar um interlocutor a contar uma história sobre determinado evento da sua vida. Se caracteriza por ser um método não estruturado, que visa em certo aprofundamento, estimulando o entrevistado a contar, com suas

palavras e sentidos próprios, detalhes da sua própria experiência e do seu contexto social. Trata-se, portanto, de contar uma história.

A entrevista narrativa surgiu, portanto, conforme destaca a autora, como uma alternativa ao modelo de entrevistas estilo pergunta-resposta, objetivando a reconstrução de certos acontecimentos da forma mais fidedigna possível à versão dos informantes. Tal estrutura era criticada porque acreditava-se que seu padrão influenciava na espontaneidade do entrevistado, uma vez que o(a) entrevistador(a) escolhia o tema e os tópicos que seriam debatidos, organizava o ordenamento das perguntas e as verbalizava com sua própria linguagem.

No contraponto, Jovchelovitch e Bauer (2008, p.94) ressaltam que esse tipo de entrevista propõe uma mínima intervenção do(a) entrevistador(a), e a utilização de uma linguagem cotidiana por parte do(a) entrevistado(a), baseado no contar e escutar histórias. Pressupõe-se que a perspectiva do(a) entrevistado(a) se revela melhor nas histórias onde este(a) está usando sua própria linguagem, da forma mais espontânea possível, para a narração dos acontecimentos, o que, portanto, traria dados mais fidedignos. Entretanto, é ingênuo acreditar que este tipo de entrevista não possui estrutura. Ela se processa por meio de quatro fases: “começa com a iniciação, move-se pela narração, fase de questionamento e termina com a fase da fala conclusiva.”

Entretanto, como destacam Jovchelovitch e Bauer (2008, p. 95), essas regras da entrevista narrativa delineiam uma técnica ideal, que raramente é efetivada na prática. Servem antes, como um parâmetro, uma possibilidade de caminho para a entrevista. Na execução, esse tipo de entrevista geralmente exige uma combinação entre a narrativa e o questionamento. As narrativas revelam os diversos pontos de vistas dos(as) entrevistados(as) sobre certos acontecimentos e sobre si, enquanto perguntas padronizadas nos possibilitam traçar comparações entre várias entrevistas sobre o mesmo assunto. Além disso, uma entrevista pode percorrer várias sequências de narração e, subsequente, questionamento. Jovchelovitch e Bauer (2008) chamam a atenção para o fato de que a interação entre a narração e o questionamento pode embaçar as fronteiras entre a entrevista narrativa e a entrevista semiestruturada. Como afirma Habermas (1991 apud JOVCHELOVITCH; BAUER, 2008, p. 103), esse novo modelo seria “uma entrevista semiestruturada enriquecida por narrativas.”

Portanto, o que se pode observar acerca desse método de entrevistas é que se propõe a ser, pela forma que se estrutura, um meio que promove maior aproximação entre

entrevistador(a) e entrevistado(a). Ou seja, a narrativa é um artifício que busca conhecer mais intimamente os(as) entrevistados(as), propiciando dados empíricos ricos em detalhes. Considerando que esse estudo trabalha com um público vulnerável em diversas instâncias (as travestis e mulheres trans) e traz à tona fragilidades e experiências por diversas vezes traumáticas e difíceis, consideramos essa ferramenta o meio ideal para acessar tais interlocutores(as). Neste trabalho, portanto, a entrevista narrativa foi utilizada para esse público em específico, uma vez que, a intenção era conhecer as vivências que elas já tinham experienciado nas suas incursões pelos espaços de saúde e quais elementos poderiam ter influenciado para um melhor ou pior atendimento.

No próximo item discutiremos as andanças pelos espaços de saúde e os (des)encontros com os(as) outros(as) colaboradores(as) que compuseram esse estudo: os(as) trabalhadores(as) e profissionais de saúde.

3.1.2 Os espaços da saúde, o contato com os(as) profissionais, e as impressões iniciais do campo

Depois do reconhecimento dos espaços de saúde feito inicialmente, o Hospital Geral Prado Valadares foi escolhido como campo desse estudo por três motivos: 1) constatamos mediante o levantamento inicial que as travestis e mulheres trans pouco ou quase nada frequentavam a atenção básica; 2) Pressupomos que em situações de urgência e emergência essas pessoas seriam compelidas a procurar atendimento; 3) Não consideramos interessante colher dados no Centro de Referência em Saúde Sexual pelo fato de esse ser um lugar que já é esperado que elas frequentem, visto que a imagem da travesti/trans está, no imaginário popular, diretamente vinculada ao estigma das IST's e da AIDS. Acerca disso Pelúcio (2009, p. 29) reflete que as primeiras políticas preventivas no Brasil vieram associadas à prática de uma sexualidade desviante das normas, englobada pelo termo “homossexualidade” para se referir às diferentes formas de viver a sexualidade. A doença prontamente adquiriu condição de peste, castigo, doença moral, e as travestis foram logo associadas a essa rede em que “homossexualidade”, desvio e doença se relacionavam. Passaram, a partir daí, a compor um dos “grupos de risco” mais perseguidos. Então, na tentativa de evitar endossar ainda mais essa ideia, essa associação do público TT com as doenças sexuais e infectantes, optamos por não trabalhar com o Centro de Referência em Saúde Sexual.

O Hospital Geral Prado Valadares é um dos principais hospitais de referência regional do interior do Estado da Bahia, foi fundado em 1947 na cidade de Jequié, e possui mais de 200 leitos operacionais com internação nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Psiquiatria, Neonatologia, Obstetrícia e Terapia Intensiva (BAHIA, s.d.). É o único hospital do setor público da cidade e da microrregião e recebe pacientes de mais de 27 municípios, tendo como missão prestar assistência humanizada, integral, equânime e universal.

A Política de Humanização do Ministério da Saúde visa humanizar a gestão e de cuidado e a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2007), o Hospital já pôs em prática os seguintes dispositivos: Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, Perfil do Usuário com estratificação de risco, Grupo de Trabalho de Humanização – GTH, Colegiados de Gestão, Colegiado de Gestão Participativa, Ouvidoria, Programa de Formação em Saúde e Projeto de construção coletiva de Ambiência e Saúde do Trabalhador.

Foi por meio do GTH (Grupo de Trabalho de Humanização) que consegui adentrar esse espaço e fazer contato com os(as) profissionais de saúde. Com a proposta de aplicar formulários para triar quais profissionais de saúde já tinham tido oportunidade de atender usuários(as) transgêneros(as) dentro do contexto hospitalar, identifiquei alguns sujeitos, e em um segundo momento, aprofundi o diálogo com estes por meio de entrevistas semiestruturadas, na tentativa de compreender o que eles entendiam por conceitos básicos concernentes à transgeneridade e à travestilidade e quais eram os fatores que interferiam na relação desses(as) profissionais de saúde com esses(as) usuários(as) dentro dos serviços de saúde pública.

Para registrar as informações foram utilizados aparelho de gravação digital e diário de campo a fim de compilar os depoimentos e falas das pessoas entrevistadas para posterior análise. Acerca desse material, Oliveira (1998, p. 31) destaca que “os dados registrados no diário e nas cadernetas de campo se tornam mais claros sempre que são rememorados pelo(a) pesquisador(a)”. Com isso ele quer dizer que esse resgate, esse movimento de rememorar, provavelmente é uma das etapas mais proveitosas na escrita de um texto, pois contém uma quantidade de informações cuja significação é mais bem captada quando o(a) pesquisador(a) a retoma do passado, fazendo-a presente no ato de redigir.

Para entender o fluxo das usuárias transgêneras na unidade hospitalar, realizei entrevistas com trabalhadores(as) e profissionais selecionados nos mais variados setores do hospital: com os guardas que organizam o fluxo dos(as) pacientes na recepção; com as secretárias que registram essas pessoas no Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME) e geram a ficha e o prontuário médico; com membros da equipe multiprofissional que fazem a classificação de risco desse paciente no acolhimento e o encaminham para outros setores; e com alguns profissionais dos setores de internação.

O hospital atendeu duas ocorrências com pacientes trans do final de outubro de 2017 a abril de 2018 e foi utilizando dessas informações que consegui sondar alguns profissionais que tiveram contato com o público alvo. Na época, segundo depoimentos de alguns/algumas informantes, houve grande confusão acerca de uma dessas pacientes: uma mulher trans, que precisava ser internada na enfermaria da clínica médica e a equipe discordou acerca de se deveriam interná-la na enfermaria masculina ou feminina. Na ocasião, uma das médicas responsáveis pelo caso esvaziou uma ala do hospital e deixou a paciente temporariamente isolada, pois não concordava em instalá-la na enfermaria feminina por medo de “constranger outros pacientes” e não podia deixá-la na enfermaria masculina, pelo aspecto visivelmente feminino da pessoa em questão. Os outros profissionais, discordando da conduta, começaram a admitir outras pacientes mulheres naquela ala, reocupando o espaço.

Episódios como esse, somados às entrevistas com trabalhadores(as), profissionais e os relatos da travesti e mulheres trans já vão trançando essa teia e nos dando um breve vislumbre da complexa investigação que esse trabalho se propôs a fazer. Foram muitos os impasses e desafios que se colocaram no caminho quando me propus a essa investigação, e entendo essa dificuldade como sendo o reflexo dos reais impasses que as pessoas TT precisam encarar quando procuram por assistência. Lionço (2008, p. 13) frisa que esses desafios dizem respeito não tanto a características inerentes aos/às sujeitos(as) travestis e trans, mas especialmente “às consequências das representações e significações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida, enquanto desviantes em relação a um suposto padrão de normalidade ou 'saúde' implicado na cisheteronormatividade moralmente vigente.”

As aproximações iniciais com o campo desta pesquisa se deram em meados de agosto/setembro de 2017, quando em reunião com alguns membros do GTH foi definido quais procedimentos seriam necessários para dar início aos trabalhos de coleta de dados no hospital. Devidamente alinhadas minhas intenções com as perspectivas da equipe em relação ao trabalho

que seria desenvolvido lá, iniciamos os trâmites burocráticos que precisavam ser resolvidos para efetivar minha entrada de forma devida naquele espaço.

Assim sendo, agendamos uma primeira reunião com a diretora do hospital, a fim de apresentar a proposta e pedir autorização para transitar no hospital. A configuração inicial desse projeto tinha a intenção de realizar rodas de debates e momentos de discussão com os trabalhadores e profissionais de saúde, que contemplassem a presença de usuárias travestis e trans. Para tanto, contamos com a presença de Louranya Capetiny e Karoline Scopelly. na primeira reunião, que, conforme já explicitado anteriormente, também participaram como colaboradoras desse estudo em relatos individualizado.

A ideia de fazer reuniões com a presença das nossas duas colaboradas infelizmente não progrediu, devido a dificuldades de conciliar agendas e horários. Entretanto, as poucas vezes que compareceram ao hospital já foram suficientemente reveladoras. Louranya, nos dias das visitas ao hospital, apesar dos longos cabelos soltos nas costas, unhas longas e pintadas, uma calça jeans mais justa e a camiseta do seu uniforme, apresentava também um leve azulado de barba nascente no rosto. Já Karoline Scopelly, nomeando-se como mulher trans e acompanhante, com longos cabelos loiros e soltos, muito maquiada e em cima de sandálias de salto, trajava uma calça jeans justa e um corpete esverdeado que evidenciava suas próteses de silicone e suas curvas.

Porque descrevê-las, você deve estar se perguntando? Porque o furor que causaram ao atravessar o espaço do hospital até a sala da diretoria foi notável. Cutucões, cochichos e olhares as acompanharam dos portões do estacionamento, lá fora, até a passagem pelos corredores e a chegada na sala da diretora. Ouso pensar, da minha posição de observadora, rememorando essa cena, que elas foram o assunto do dia naquele hospital. Esse tipo de reação nos transporta para o estudo de Veras e Guash (2015, p. 45), que analisa como se deu a construção do estigma em torno da figura da travesti ao longo do tempo. Os pesquisadores destacam a categoria da “extravagância”, do escândalo, que essas pessoas evocam, analisando que suas experiências foram consideradas “excessivas” até mesmo pelo incipiente movimento homossexual brasileiro na época, que tentava se aproximar do modelo de homossexual assumido norte-americano, se afastando da imagem “da bicha, do afeminado, da travesti extravagante brasileira”.

Pude notar algumas reações fundamentais durante os meses que estive ali passeando pelos corredores, abordando profissionais e trabalhadores(as) nos intervalos e conversando

sobre o objetivo daquele trabalho, e muitas dessas reações também ficaram explícitas por meio de enunciados, nas entrevistas: 1) aqueles(as) que não sabiam o que eram travestis e pessoas trans e deixavam transparecer isso por meio de olhares questionadores e confusos; 2) aqueles(as) que acreditavam que travestis e trans eram escandalosas e chegavam no hospital querendo “causar” e “se aparecer”; 3) alguns/algumas poucos(as) que entendiam a proposta da pesquisa e consideravam um trabalho importante e necessário, uma vez que aquelas questões nunca tinham sido abordadas ali; e um outro grupo que considerava que 4) o hospital estava preparado para atender aquelas pessoas, apesar dos(as) profissionais e trabalhadores(as) nunca terem recebido efetivamente um treinamento específico para isso, e os usuários(as) travestis e trans não frequentavam aquele espaço porque “não queriam”. Tais impressões serão mais bem trabalhadas por meio da análise do discurso destas pessoas, capturados nas entrevistas.

Com os/as trabalhadores/as e profissionais de saúde, foi utilizada como método a entrevista semiestruturada, em virtude da quantidade de pessoas entrevistadas e do fato de precisarmos contemplar nas falas algumas questões específicas. Segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 134), “uma entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”.

Esses autores ressaltam que as entrevistas qualitativas podem variar quanto ao seu grau de estruturação. Algumas se caracterizam por serem mais abertas, utilizando-se apenas de alguns tópicos determinados que devem ser contemplados ao longo da conversa. Outras podem se utilizar de um guia de perguntas, como é o caso da entrevista semiestruturada. Entretanto, ainda assim devem permitir ao(à) entrevistador(a) levantar uma série de tópicos, e ao(à) entrevistado(a), a oportunidade de moldar o conteúdo das respostas. Quando é feita de uma forma muito rígida e não permite ao(à) entrevistado(a) contar a sua história em termos pessoais, a entrevista perde o seu caráter qualitativo (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

A entrevista semiestruturada foi escolhida porque precisávamos investigar as concepções dos(as) trabalhadores(as) e profissionais de saúde acerca da travestilidade e da “transexualidade”, bem como levantar quais experiências já tinham tido com esse público no espaço do SUS. Para tanto, fez-se necessário um roteiro minimamente estruturado como disparador para o diálogo: 1) O que você entende por “transexualidade”?/ 2) O que é um homem trans? O que é uma mulher trans?/ 3) O que você entende por travestilidade?/ 4) O que você entende por nome social?/ 5) Você enquanto profissional já teve contato com algum

travesti/trans na sua rotina de trabalho? Se não teve, como seria atender um paciente assim?/ 6) Você acha que o lugar onde trabalha tem oferecido um atendimento humanizado pra esse público?/ 7) Na sua formação você teve oportunidade de lidar com esses assuntos?

Convêm destacar que esse roteiro foi apenas uma base para estabelecer o diálogo nesse campo de pesquisa, e não fiquei restrita a ele. Para a realização das entrevistas foram utilizados os seguintes procedimentos: gravador para registro, com a autorização de cada entrevistado(a); anotações para as conversas informais, impressões e notas de campo.

A todos(as) os(as) participantes que aceitaram participar desse estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram construídos dois termos, um para os(as) profissionais/trabalhadores(as) de saúde e outro para as travestis e trans, adaptados para a linguagem e nível de instrução de cada grupo. Os termos foram discutidos com cada participante e foi elucidado que as entrevistas poderiam ser interrompidas caso se sentissem invadidos(as) em sua privacidade, bem como tinham o direito de retirar ou alterar alguma frase que não concordassem, solicitarem para rever as gravações e/ou anotações das falas, ou até mesmo, desistirem da participação a qualquer momento caso se sentissem desconfortáveis em continuar fazendo parte do trabalho investigativo. Foi esclarecido também que suas identidades seriam mantidas em sigilo, caso preferissem. As travestis e trans optaram por manter seus nomes sociais, portanto só foram omitidos os nomes dos(as) profissionais e trabalhadores(as) de saúde, atendendo à solicitação dos(as) próprios(as).

3.2 Análise do discurso: operando com Foucault

As práticas de profissionais e trabalhadores(as) de saúde cotidianamente em uma instituição pública estão implicadas em relações de poder-saber, ou seja, estão inscritas em um regime de verdade próprio: um conjunto de normas que potencializa as disciplinas dos corpos e as regulações da população. Esses mecanismos de poder/saber, de acordo com Foucault (2012b) além de estarem mutuamente imbricados, são articulados no discurso, pois a “ordem do discurso” impõe controles, restringe e seleciona os discursos por meio do estabelecimento daquilo que é falso ou verdadeiro, e interfere diretamente nas práticas produzidas naquele espaço.

Dessa forma, a escolha para a análise do material empírico construído nesse trabalho foi trabalhar com a emergência e materialidade do discurso tomando por base a visão foucaultiana. Consideramos essa abordagem pertinente porque, como reflete Fischer (2001, p.594), a partir de Foucault:

as relações de poder implicadas na produção social de sujeitos não se separam de um aparato discursivo bastante complexo: ou seja, normas e prescrições são sobretudo linguagem, verbo, significações construídas, sentidos multiplicados em atos muito concretos. Os enunciados de um discurso são sempre históricos e como tal devem ser analisados: são sempre um acontecimento, que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente.

Assim, enunciados como os que citamos anteriormente, sobre travestis e trans vistos como pessoas escandalosas, que gostam de “causar” por onde chegam, ou sobre alguém que não procura os serviços de saúde porque não quer, visto que estes estão perfeitamente aptos a recebê-la, são extraídos a partir da materialidade de enunciações, mas, como afirma Fischer (2001) não podem ser resumidas às exatas palavras ditas pelos(as) entrevistados(as). Isto porque, de acordo com a autora, esses enunciados pertencem a “uma determinada formação discursiva” - nesse caso o discurso da área de saúde sobre as questões de gênero e sexualidade - e, portanto, devem ser compreendidos em suas particularidades e diferenças conforme vão se constituindo como acontecimentos.

Operar com os discursos, de acordo com Brandão (2006, p.37), é primeiramente compreender que saber e poder estão intimamente articulados, pois o emissor, aquele que fala, “fala de determinado lugar e a partir de um direito que é institucionalmente reconhecido”. Esse discurso, considerado verdadeiro, difunde certos saberes e gera poderes. A produção e manutenção de tal discurso é “controlada, selecionada, organizada e redistribuída” por determinados meios que têm por objetivo destruir qualquer perigo que prejudique a conservação desse poder.

Assim, o discurso pode ser compreendido como uma prática social, posto que se configura como uma forma de agir no mundo, de maneira que, entendê-lo dessa perspectiva é investigar como os sujeitos envolvidos na construção do significado atuam no mundo por meio da linguagem e constroem, assim, sua realidade, a si mesmos e a sua relação com os(as) outros(as). Foucault (2012b) destaca que todo esse movimento não acontece despregado da história, posto que é ela que produz o sujeito, e são os discursos que a movimentam.

Levando em consideração essa perspectiva, as visões acerca da travestilidade e da transgeneridade reveladas pelos discursos dos(as) profissionais são reminiscências de como o gênero e a sexualidade vêm sendo entendidos pelos jogos de poder historicamente construídos. O poder em Foucault, é entendido, de acordo com Fischer (1996, p. 77) como um “efeito de conjunto, uma estratégia, é algo que está em jogo, que incita, promove, produz sujeitos, discursos, formas de vida através da transformação técnica dos indivíduos”.

As relações que acontecem entre trabalhadores(as)/profissionais de saúde e aqueles(as) que frequentam o hospital em busca de cuidados são permeadas por hierarquias baseadas nos conhecimentos técnicos-científicos de cada cargo e profissão, que envolvem intrincados jogos de saber/poder e costumam relegar o(a) usuário(a) a uma condição de passividade, de um corpo que precisa ser curado e consertado, e para tanto, deve ser disciplinarizado, normalizado e controlado. Como essas relações acontecem quando alguns desses corpos personificam a subversão de várias normas que esses(as) profissionais consolidaram como verdade em vários anos de estudo e de trabalho, como é o caso das pessoas travestis e trans?

O objetivo dessa análise é, portanto, compreender quais as concepções dos(as) trabalhadores(as) e profissionais de saúde acerca da travestilidade e transgeneridade, e identificar fatores interseccionais que possam interferir no atendimento desse público em específico. Cabem aqui alguns questionamentos que guiarão essa etapa do nosso estudo: de que modo os discursos dos(as) profissionais de saúde interferem no atendimento às travestis e trans nos espaços públicos de saúde? De que lugar eles(as) falam quando dizem dessas pessoas? Como as situam socialmente ou que formas de inclusão e exclusão tornam visíveis? Que verdades enunciam sobre o “ser travesti ou trans”, seus corpos, modos de viver, gênero e sexualidades? Que campos de poder se defrontam ou se associam nessas afirmações? Que fatores se somam ao gênero para promover maiores ou menores níveis de exclusão?

Fischer (1996) afirma que pluridiscursividade, heterogeneidade discursiva, interdiscurso são noções que Foucault (2012a) utiliza para se referir à dispersão dos enunciados e, portanto, dos discursos. Com isso, ela quer dizer que para analisar adequadamente um discurso precisamos notar que não estamos diante de um sujeito, mas de um lugar de dispersão e descontinuidade de ideias. A teórica salienta que a missão do pesquisador nesse contexto seria a de “criar unidades a partir dessa dispersão, mostrar como determinados enunciados aparecem e como se distribuem no interior de um certo conjunto, sabendo, em primeiro lugar, que a unidade não é dada pelo objeto de análise.” (FISCHER, 1996, p. 108).

Entretanto, vale destacar ainda que, construir unidades, segundo Fischer (1996, p.108), não significa “uma operação de simplificação e assepsia de enunciados desorganizados”, mas sim, uma multiplicação dessa realidade da coisa dita que existe em sua “pobreza”, como situação estreita e singular, que se torna sempre outra, pelo simples fato de alguma vez ter sido falada. Assim, o discurso seria para o pesquisador, o lugar da multiplicação dos sentidos, bem como o lugar da multiplicação dos sujeitos. O sujeito fala, portanto, de múltiplos lugares, e nesses lugares “há interditos, lutas, modos de existir, dentro dos quais ele se situa, deixando-se ser falado e, ao mesmo tempo, afirmando de alguma forma sua integridade” (FISCHER, 1996, p. 110).

Com base nesses princípios gerais, realizamos uma análise dos discursos dos(as) trabalhadores(as) e profissionais da saúde e da travesti e mulheres trans participantes da investigação. No próximo capítulo serão apresentados e analisados os achados desta pesquisa.

CAPÍTULO 4 “ESCANDALIZAR” O SUS: OS DISCURSOS DE TRABALHADORES(AS) E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À TRAVESTILIDADE E À TRANSGENERIDADE

Como já discutimos na seção “Análise do discurso: operando com Foucault”, a Análise do Discurso não se preocupa tão somente com o significado do texto ou com o do discurso isoladamente, mas sim nas maneiras como esse texto e discurso se associam na produção de sentidos, que se consolidam e se transmutam em práticas sociais. Nesta etapa da pesquisa analisamos as falas dos/as profissionais e trabalhadores/as de saúde como formações discursivas, implicando, portanto, em identificar que conjunto de saberes estão relacionados aos enunciados produzidos, tendo sempre em vista que esses enunciados não são isentos, ou seja, estão sempre relacionados com uma determinada conjuntura social, cultural e política, em um contexto social estabelecido em um espaço-tempo cheio de conflitos.

Formação discursiva, de acordo com Foucault (2012a, p. 36), implica em enunciados que possuem sistemas de dispersão comuns e certa regularidade em relação aos tipos de enunciação, conceitos e escolhas temáticas. Portanto, esse conceito não deve ser considerado apenas epistemologicamente, mas sim em termos das práticas discursivas que movimentam em meio a outras práticas, as configurações de saber-poder de uma época.

Dito isso, as formações-práticas discursivas articulam, por meio dos seus enunciados, diferentes ideias, conceitos, saberes, práticas, consolidados por alguém que está autorizado, em função do seu treinamento, ocupação de determinado lugar institucional e/ou competência técnica-teórica, a utilizá-los. Esse é o caso dos trabalhadores(as) e profissionais de saúde, munidos de um saber técnico-científico advindos de sua formação e de certo poder, que lhes é perpetrado pelo cargo que ocupam em uma instituição de saúde. Que efeitos os enunciados utilizados por essas pessoas produzem na experiência prática das pessoas travestis e trans nos espaços de saúde? Como tais discursos operam? O que está sendo representado como verdade e como norma? Quem é excluído e quem é beneficiado e prestigiado? Em função do quê?

Para tentar discutir com base nesses questionamentos, as respostas às entrevistas realizadas foram sistematicamente lidas e relidas, e, como sugere Gil (2016, p. 203), reunidas em campos semânticos, que, segundo a autora, são “seções do vocabulário que reúnem

determinada experiência, que quando atualizadas, essas redes são as principais responsáveis por definir os temas do discurso”. Por ora, seguem as categorias de campos semânticos identificadas nas falas desses interlocutores.

4.1 Entendimentos sobre travestilidade e transgeneridade

Para introduzir o assunto, os dois primeiros questionamentos da entrevista semiestruturada pretendiam entender quais eram as concepções dos/as interlocutores/as acerca de transgeneridade e travestilidade. Ao serem questionados(as) acerca do que entendiam por “transexualidade”, grande parte dos(as) entrevistados(as) reagiu declarando conhecer pouco sobre o assunto. Expressões como “não tenho aprofundamento”, “não estou acostumado a esse assunto” ou “acho o tema um pouco complicado” foram respostas comuns à essa primeira pergunta. Quando incitados(as) a falarem mais, as definições mais comuns sobre ser trans foram “que a pessoa nasce com um sexo, mas a cabeça dela é do outro sexo”, ou “a pessoa que é de um sexo e quer ser de outro sexo”, “não aceita o sexo que tem e faz cirurgia pra mudar”. Aqui os termos “não aceitar” e “escolher” foram recorrentes, bem como as referências a “fazer mudanças” e a “cirurgias”.

Nas perguntas sobre “o que é homem trans?”, as respostas mais frequentes foram, respectivamente, “um homem trans é aquele que não se identifica enquanto homem e quer viver no sexo feminino” ou ainda “ele nasce mulher, ele nasce com o órgão genital e as características de mulher, mas a cabeça dele não é de mulher, é de homem”, já a mulher trans seria aquela que “nasceu com os órgãos sexuais, genitais femininos, e quer 'botar' o masculino”, ou ainda “uma mulher que se veste de homem porque não se sente mulher”. Vários(as) entrevistados(as) citaram como exemplo de mulher trans Tamy Gretchen, um dos primeiros homens trans a se assumir publicamente na televisão brasileira. Foram pouquíssimos(as) os(as) profissionais e trabalhadores(as) de saúde que definiram essas construções identitárias próximas aos entendimentos mais recentes dos referenciais sobre travestilidade e transgeneridade. Percebi também que alguns/algumas não conseguiram diferenciar identidade de gênero de orientação sexual, confundindo pessoas trans com gays ou lésbicas.

Quando inseri a pergunta sobre “o que é travestilidade”, o entendimento mais comum é o de que é “um homem que gosta de se vestir de mulher, um homem que se traveste”. Outra associação às travestis foi a não realização da cirurgia e o uso de vestimentas, acessórios e

maquiagens, ou seja, indumentárias socialmente associadas ao feminino. A travesti também foi associada à “montagem de um personagem”, “a uma maneira mais espalhafatosa”, a “uma caracterização”, um teor mais pejorativo. Em comparação com o/a trans, uma entrevistada relatou que este(a) traz uma vertente mais firme do que a travesti, no sentido da identificação.

Essas respostas foram analisadas e categorizadas semanticamente, ou seja, levando em consideração seu sentido. Para respaldar cada categoria, foram selecionadas sequências discursivas que tratam de cada campo semântico discutido.

4.1.1 “A livre expressão de escolha da pessoa precisa ser respeitada”: entendimento da transgeneridade enquanto escolha

SD1: “A mesma visão que eu tenho do homossexual, eu tenho da mulher trans... é tudo mente, cabeça, cérebro... eu entendo que ela teve o livre arbítrio de escolher... ela é mulher, pra mim ela não vai deixar de ser mulher... aquela menina mesmo a filha de Gretchen... muito bonita mesmo, e se tornou aquele rapaz também... porque ficou um rapaz bonito... mas pra mim é mulher, na minha cabeça é mulher... e se ela escolheu ser homem e teve a escolha dele, dela de ser homem... eu não me choco, eu não acho um bicho de sete cabeças... agora ela vai ser aquele homem, era mulher virou homem... quem sabe daqui mais um tempo ela não vai querer voltar a ser mulher?”

SD2: “a livre expressão de escolha da pessoa precisa ser respeitada... eu acho que se chegar alguém e me questionar, eu sou um homem e quero ser mulher ou mulher e quero ser homem, é uma questão de livre arbítrio... nós vivemos em um país laico, então, a gente precisa respeitar... é isso que me policia de aceitação... mas na minha cabeça, pra mim, existe o homem e a mulher... pra mim a pessoa fala assim, eu gosto de comer jiló e você não gosta, eu tenho que respeitar e pronto...”

SD3: “Se cada um quiser seguir sua vida do jeito que quiser, a vida particular de cada um eu acho que é individual, né? A gente sabe que a sociedade rejeita, então, assim, a gente sabe que o homossexual é muito marginalizado, né? Já chega com crítica, piadinha, às vezes, chega, passa, já tem aquelas piadinhas, aquelas coisas assim, né? Eu acho horrível... mas cada um tem sua forma de pensar, né?”

Nas sequências discursivas transcritas (SD’s), os(as) profissionais e trabalhadores(as), por intermédio das expressões “não aceita”, “livre arbítrio”, “livre expressão”, “se ela escolheu” dão a entender que a transgeneridade/travestilidade são escolhas pessoais. Tal visão coloca essas identidades como opções, um querer, uma vontade de um sujeito particular. Essas ideias estão implicitamente relacionadas com a cisheteronormatividade, visto que partem do entendimento de que a heterossexualidade, bem como as identidades cisgêneras são naturais, biologicamente dadas, normais. Elas são compreendidas como identidades intrínsecas aos sujeitos, uma essência prévia e não como uma escolha ou opção de cada um/uma. As pessoas não falam que optaram pela cisgeneridade ou pela heterossexualidade. A

cisheteronormatividade enquanto *cistema* de regulação não atua apenas nas práticas sexuais, mas também em tudo o que envolva um estilo de vida considerado normal. Se isso é o esperado, quem foge dessas regras “escolheu” ser assim e, portanto, deve ser responsabilizado por isso e arcar com as consequências advindas dessa “opção”.

Foucault (2012, p. 62-63) afirma que os enunciados delineiam campos de presença e de memória, ou seja, formas de coexistência com vários outros enunciados que interagem em um determinado discurso, e são retomados como verdade admitida ou através da memória – um domínio de validade que retoma laços de filiação, gênese, transformação, continuidade e descontinuidade histórica – afirmando a ação do interdiscurso, ou seja, o cruzamento de diversos campos de saberes. E o que podemos entender por meio dessas afirmações interdiscursivamente é que, na concepção de alguns(algumas) interlocutores(as), as pessoas trans e as travestis, assim como os homossexuais, se quisessem poderiam ser cisgêneros(as) ou heterossexuais, respectivamente, posto que em seus discursos dão a entender que gênero e orientação sexual se tratam de opções. Será que se questionaram, em algum momento, quando é que eles(as) mesmos(as) escolheram ser heterossexuais e cisgêneros? Apontam, portanto, a transgeneridade/travestilidade e homossexualidade como problema, e a heterossexualidade e a cisgeneridade são tomadas por eles como naturais e inerentes.

Estas visões se relacionam com as reflexões que Foucault realiza em sua obra “História da Sexualidade” em que ele faz uma genealogia da sexualidade tendo como base as relações de poder. De acordo com o teórico, com o advento do capitalismo e a ascensão econômica da burguesia no Ocidente, discursos e teorias a respeito do sexo e da sexualidade se entrelaçam com os interesses de determinadas figuras e instituições detentoras de poder, constituindo uma forma de repressão das condutas que são consideradas irregulares e ilegítimas. A moral burguesa da época desloca a sexualidade para o contexto da família conjugal heterossexual, validando-a por meio da sua função reprodutora, e impondo esse padrão como modelo e discurso de verdade. A partir daí a heterossexualidade passa a vigorar como norma, aquilo que é socialmente esperado e amparado, e a homossexualidade e quaisquer outras manifestações de sexualidade ou de gênero divergentes são vistas como imorais.

Ao afirmarem a transgeneridade, a travestilidade e a própria homossexualidade enquanto escolhas, nossos(as) interlocutores(as) abrem margem para interpretar que isso pode ser desfeito em algum momento, que pode ser consertado por meio de terapias, da força de vontade ou, para os(as) mais crentes, mediante o poder da oração.

Os trechos (especialmente da SD1 e da SD2) também revelam um embate entre o “não aceitar” ou “não concordar” com o “ter que respeitar”, denotando uma não-aceitação interna em contraponto com uma aparente obrigação social de “ter que respeitar”. Ou seja, os(as) interlocutores(as) flertam com uma tentativa de postura ética e “politicamente correta”, como se, mesmo reprovando intimamente a “escolha” de travestis/transgêneros(as)/homossexuais, se sentissem compelidos(as) a aceitá-las, talvez por imposição do espaço onde trabalham, dos códigos de ética dos cargos que ocupam, talvez porque convencionou-se socialmente que assim deve ser. Como afirma Bento (2008, p. 10) o politicamente correto pretende retificar essas representações da linguagem, alterando o vocabulário, de modo a “que não apenas extirpe das próprias palavras todos os juízos de valor, como ‘corrija’ também [...] todas as acepções potencialmente discriminatórias que as palavras possam conter ou sugerir”.

4.1.2 “Quando eu passei a entender e a conhecer, eu via como uma doença”: entendimento da transgeneridade enquanto patologia

SD1: “Eu sou suspeita falar porque, independente de religião, não sei se porque isso vem de berço... eu tenho 51 anos de idade, eu nasci e cresci num lar, numa família que não existia esse tipo de conversa e esse tipo de personalidade de pessoa... quando eu passei a entender e a conhecer, eu via como uma doença... na minha ignorância, eu via como uma doença... e criei assim sem muita aceitação porque pra mim existia o homem e a mulher... entendia que existia o feminino e o masculino... então, eu fiquei assim... eu até hoje não consegui formar minha mente pra entender”.

SD2: “Eu acho que é bem importante... porque a gente vê no olhar deles... o desprezo quando vai no banheiro, o olhar do outro paciente, do outro acompanhante, sem querer encostar... sem falar que grande parte, do que eu tive contato, os casos que apareceram lá, grande parte eram aidéticos... outros não... então, pra que a gente também já não vá com essa ideia... mesmo aquele que não tá lá confirmado, você já fica com um pé atrás, com mais cuidado, porque é um paciente gay, um paciente assim”.

Nesses trechos, há uma associação da transgeneridade/travestilidade com doenças. Na SD1, a nossa interlocutora ressalta que, em sua ignorância, ela entendia essas questões como doença. Em sua concepção só existia o homem e a mulher enquanto possibilidades de gênero. Esse excerto está condizente com as bases da ciência ocidental, que desde a Grécia antiga afirma que “o ser humano é considerado binário por constituição; ele é feito para viver a dois, numa relação que, ao mesmo tempo, lhe dê uma descendência e lhe permita passar a vida com um parceiro” (FOUCAULT, 1985, p. 155). Essa visão binária e cisheteronormativa de gênero, que toma a família conjugal, o “casal legítimo” como pilar da sociedade serviu de referência para a criação ciência da sexualidade, que desenvolveu uma taxonomia de doenças a partir de práticas e espécies sexuais, classificando como patologia ou anomalia tudo aquilo que fugia

desse espectro, por transgredirem da normatividade. As outras sexualidades passam a ser entendidas, então, como um misto de perversão, delinquência e loucura (FOUCAULT, 2014).

Orientado por essa normatividade científica e pelas relações de saber e poder, as ciências médicas, por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID) categorizou, em 1948, o “homossexualismo” como um desvio sexual. Os discursos do saber médico da época consideravam como normais apenas as atividades sexuais direcionadas para a reprodução biológica. Somente na década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) retirou-o do CID. Já a transgeneridade habitou as páginas do código por 28 anos, sendo classificada como doença mental e só recentemente, em junho de 2018, na décima primeira versão do manual (CID-11), migrou da categoria de “transtornos mentais” para a de “condições relativas à saúde sexual”.

Portanto, o que se pode perceber é que as ciências médicas criaram discursos de verdade sobre o comportamento sexual das pessoas e a anatomia das suas genitálias, que permanecem vigentes e operando até hoje em determinados contextos, conforme expressa a fala da nossa interlocutora da SD1. Já a SD2 refere-se a outro tipo de doença que também é muito associada ao público LGBTT: as infecções sexualmente transmissíveis (IST's), com destaque para o HIV/AIDS.

Sobre isso, Pelúcio (2009) em conformidade com Foucault, reflete que a epidemia de AIDS, que data do início da década de 1980, “permitiu o reforço da norma heterossexual que servira como modelo para patologizar as sexualidades dissidentes desde fins do século XIX”. Ela destaca que a emergência da AIDS em nosso país cumpriu a função de um dispositivo de controle das condutas e comportamentos sexuais, uma vez que se associou ao contágio da doença às práticas homoeróticas e aos contatos sexuais espúrios, ou seja, que não se davam em uma relação heterossexual e monogâmica.

Segundo Michel Foucault (1992, p.291-292), um dispositivo é um “conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, filantrópicas e morais”, ou seja, trata-se de uma rede de discursos e práticas que se concretizam na forma de saberes e poderes. Pelúcio (2009) reforça ainda que “o dispositivo raramente proíbe ou nega, antes controla e produz verdades moldando subjetividades”. No caso da AIDS, ela salienta que estas subjetividades são marcadas pela culpa e pela impureza e que

estão associadas à doença e estão condensadas nos seus desejos, considerados perigosos para a ordem social como esta se configura.

4.1.3 “*Eles precisam respeitar a sociedade*”: entendimento da transgeneridade enquanto algo imoral

SD1: “eu acho que quando eles passarem a respeitar a sociedade, a família em si, e não querer que empurre goela abaixo qualquer coisa que vier, eu acho que eles vão ser muito mais bem aceitos”.

SD2: “...eu já assisti várias palestras, várias reuniões em que se precisa aceitar... agora, eu acho que em qualquer e todo tempo precisa normas e rotinas e limites... o que eu vejo muito é a falta de limite... porque como a sociedade cobra que o cidadão civil precisa respeitar a pessoa como homossexual, eu também concordo precisa respeitar... a mesma parcela de respeito que a sociedade precisa respeitar eles, eles precisam respeitar a sociedade... porque se hoje eu abro a minha porta e na porta da minha casa tem um casal de homossexual, e tá lá fazendo... namorando ou de uma forma mais... que me choca, eu preciso mostrar que eu também... então a sociedade tem que entender que a família sofre por isso... a família respeita eles, e eles precisam respeitar a família... porque nem um pai nem uma mãe que cria seu filho no seio de uma família estruturada, vai querer ver seu filho ou filha, crianças às vezes, vendo um casal de homossexual praticando sexo ou em um namoro avançado na vista de seus filhos...”

SD3: “Eu já presenciei uma vez assim... eu fiquei na curiosidade, né? A paciente era trans, e 'ele' usava bumbum de silicone... tinha prótese. Aí o médico passou uma medicação pra 'ele', aí eu entrei, pra pegar a ficha, né? Aí entrei, ele tinha medicado a paciente e ela tava na sala de medicação. Aí a auxiliar veio confirmar com o médico como é que faria porque 'ele' usava prótese, pra não perfurar a prótese com injeção. Aí o médico falou assim: "então você dá no deltoide, no braço...". Aí eu fiquei na curiosidade... depois que a menina saiu, eu perguntei assim: "oh doutor, e fosse uma quantidade grande, como uma Benzetacil, que não pode ser no braço, como é que iria fazer?". Aí ele disse assim: "Aí ela ia se lascar pra lá, porque ninguém mandou ela botar prótese". Ele me respondeu dessa forma e aí eu continuei a interrogação em mim, como é que iria fazer, se fosse esse o caso? Eu continuei com a dúvida, mas foi chegando gente na sala e eu deixei pra lá”.

Esta categoria temática revela que sobre as travestis e as pessoas trans recaem um julgamento moral, uma crítica implícita sobre seu estilo de vida e suas “escolhas”. É como se essas pessoas estivessem cometendo um delito por imporem à sociedade suas identidades divergentes da norma e exigirem reconhecimento, e por isso, deveriam ser punidos(as) ou devidamente responsabilizados(as) por seus pecados. São encarados (as) como réus/rés que devem assumir seus erros e práticas envolvidas na afirmação das suas identidades e sexualidades, bem como lidar com as possíveis consequências advindas disso.

É como se a mera existência dessas pessoas fosse uma afronta moral, conforme denota a nossa interlocutora da SD1 afirmando que para exigirem respeito, devem respeitar ou, na SD2, declarando que serão mais bem aceitos quando “pararem de empurrar goela abaixo da sociedade qualquer coisa que vier”. Ao inferir isso, nossa interlocutora está dizendo nas entrelinhas que as/os pessoas trans são responsáveis pelos desrespeitos e preconceitos que sofrem, pois estão infringindo as normas do que é considerado socialmente normal, e utilizando as palavras da

própria “empurrando goela abaixo” da sociedade a aceitação e a possibilidade de ter direitos. A própria existência das travestis e das pessoas trans é vista como um desrespeito, uma monstruosidade.

A SD4 traz uma situação vivenciada por uma atendente ao presenciar uma intervenção medicamentosa sendo realizada por um médico em uma mulher trans. Ao notar que a paciente em questão tinha uma prótese de silicone nas nádegas e, para não perfurá-la, precisava tomar o medicamento no músculo do braço, questionou ao médico como deveria ser o procedimento caso a dose do medicamento fosse maior, ao que ele respondeu da seguinte forma: "Aí ela ia se lascar pra lá, porque ninguém mandou ela botar prótese". Cabe aqui questionar se esse médico responderia da mesma forma se essa paciente fosse uma mulher cisgênera utilizando o mesmo tipo de prótese. Ou seja, enquanto o uso de tecnologias protéticas com fins estéticos é legitimado e garantido para homens e mulheres cisgêneros(as), o mesmo não pode ser dito em relação às pessoas trans e travestis, que conforme a situação ilustrada demonstra, tem seus corpos questionados e sujeitos a julgamentos.

Nessa categoria é importante retomar a noção de abjeção de Butler (2000, p.161), ao afirmar que “a construção do gênero atua através de meios excludentes, de forma que o humano é não apenas produzido sobre e contra o inumano, mas através de um conjunto de exclusões, de apagamentos radicais, os quais, recusam a possibilidade de articulação cultural”. Em outras palavras, o que Butler (2000) quer dizer é que a matriz cultural por meio da qual a identidade de gênero se torna compreensível exige a exclusão de certos tipos de identidade, em que o gênero não está interligado ao sexo, como no caso da travestilidade e transgeneridade, e aquelas em que as práticas do desejo não estão interligadas nem ao sexo nem ao gênero, e essa exclusão ocorre não só pela negação de direitos, mas pela própria ausência de reconhecimento e de legitimidade.

A qualificação de algo enquanto imoral e desrespeitoso também está muito próxima da perspectiva judaico-cristã e dos seus modos de controle sobre corpo e a sexualidade. Como afirma Foucault (2014) o cristianismo, por meio do poder pastoral, tomou para si a função de mediar os desejos, colocando-o em discurso através da confissão, para tentar, através da fala, dominar as sensações e prazeres corporais. Era preciso criar uma economia da sexualidade, para ordená-la e regulá-la, e não somente para coibi-la. A confissão mostra-se uma ferramenta útil de poder-saber sobre o mais íntimo de cada indivíduo, e é então reapropriada pelo Estado e pelas ciências, não mais com um viés religioso, mas sim administrativo. Faz-se necessário gerir

a população como força de trabalho, cuidar da alimentação, da reprodução, atentar para os índices de adoecimento e mortalidade, para fazer a economia funcionar de forma eficaz. É nesse âmbito que Foucault (2014) localiza o surgimento da vigilância nas condutas sexuais, que coloca o sexo reprodutivo (e portanto cisheterossexual) como imperativo e, a partir daí, gera as classificações de normal e de patológico, do que é aceitável – ou não – em termos de sexualidade, sob as quais a nossa sociedade se ampara até hoje.

4.1.4 “*Eles dão muito show, eles gostam de dar show*”: travestilidade e transgeneridade como identidades escandalosas

SD1: “Eu só acho que tem que ter paciência, sabe? Porque às vezes eles chegam aqui, e querem por que querem que a gente atenda ele logo... ele que era ela, né? E quando é problema clínico, independente do paciente, sem preconceito, tem que aguardar... porque o correto aqui é pra urgência ou emergência... porque aqui é classificado aí no acolhimento, sabe? Classificação de risco, a depender da necessidade... aí faz aquela coisa toda querendo chamar a atenção”.

SD2: “Dos poucos que eu vejo no meu plantão são tratados assim normal... tem uns que alguém passa, ri... mas meu Deus que absurdo... e eles dão muito show, eles gostam de dar show... e eu, eu vou normalmente... eu acho que precisa mais preparo das pessoas, porque as pessoas fazem suas escolhas... e eu tenho que respeitar as escolhas de cada um”.

SD3: “Travestis? Ai já é muita aceitação, né? (risos) Porque quando tá lá numa boa, fica lá tranquilo... mas ai já quer se apresentar demais, né? Eu não tenho nada contra (risos)... na minha família não tem travesti não... mas o termo de aceitação é esse... a gente precisa aceitar como sociedade hoje... a gente precisa aceitar como sociedade hoje, porque tão fazendo a gente engolir isso, né? Mas que não é normal, não é...”.

O que está em pauta nessa categoria foi algo sobre o qual observei uma considerável repetição nos relatos colhidos dos(as) profissionais e trabalhadores(as) de saúde, e decidi nomear por escândalo. De acordo com o dicionário de sinônimos (DICIONÁRIO, s.d.), escândalo quer dizer escarcéu, cena, espetáculo, alvoroço, desordem. Estas pessoas foram apontadas nas sequências discursivas destacadas como aquelas que “gostam de dar show”, ou ainda que “não têm paciência”, ou são “demais”, muito exageradas, querem chocar, exibidas, escandalosas.

Klein e Kulick (2003) desenvolvem mais profundamente sobre o escândalo, qualificando-o como um gênero performativo que tem sua própria estrutura, dinâmica e consequências almejadas. O escândalo é descrito como detentor de força ilocucionária, ou seja, como um ato de fala completo por meio do qual o orador afirma, sugere, exige ou promete algo. Os autores analisam o escândalo como uma espécie de micropolítica, que causaria pequenas fissuras na conjuntura social global, ou seja, as travestis e pessoas trans utilizam-se desse artifício para

estender sua condição de abjeção para os(as) outros(as), que comumente a reprimem, humilham e oprimem. Assim, Klein e Kulick (2003, p. 2) refletem que esse artifício é usado como uma “ação política que resulta em reconhecimento e redistribuição”, pois é acionado em situações de conflito e mostra-se uma ferramenta eficiente na busca por direitos iguais de cidadania. Utilizam-se da invocação e ativação de estruturas específicas da vergonha para interpelar e incriminar os outros.

Usado nos espaços de saúde, provavelmente o escândalo cumpre a função de fazer com que as travestis e pessoas trans se imponham e se destaquem em um ambiente hostil, que não lhes garante o cuidado e acolhimento desejados. Assim, antes de serem agredidas ou sofrerem discriminação, utilizam-se dessa estratégia para conseguirem respeito e o atendimento ou tratamento que buscam naquele lugar.

Para além do que já foi dito, essa ideia das travestis e pessoas trans relacionada à categoria de escândalo pode também ser interpretada pelo viés da classe e da moral. Ao fazerem essa associação, os(as) trabalhadores(as) e profissionais estão implicitamente relacionando essas identidades de gênero a um menor capital cultural e educacional, entendendo-as como desprovidas de valores, como pessoas que “querem causar” e perturbar a ordem, que estão em um lugar de marginalidade. Isso revela uma visão estereotipada do fenômeno da travestilidade e da transgeneridade.

Estereótipo ou estereotipia, de acordo com Goffman (1988, p. 46), refere-se a “expectativas normativas em relação à conduta e ao caráter de outro” e está relacionado a “pessoas que se encaixam em categorias muito amplas que podem ser estranhas para nós”. Goffman (1988) cita como exemplo os orientais. São, portanto, conceitos rígidos e infundados sobre determinadas coisas, pessoas ou grupos, baseados no senso comum. Assim, os estereótipos partem de noções sociais hegemônicas, que operam por meio de uma lógica reducionista, se constituindo enquanto efeitos de poder, dominação e normalização. Entretanto, como afirma Foucault (2014), “onde há poder há resistência”, e o uso desses estereótipos abre espaços de luta e, dessa forma, os sentidos que eles carregam também não são assegurados na prática social. Esse é o caso do escândalo, que se configura aqui como um estereótipo reapropriado pelas travestis e pessoas trans como uma forma de conquistar direitos e acessos que lhes são negados.

4.1.5 “*Transexual é aquele que faz cirurgia*”: os discursos sobre o “*transexual verdadeiro*”

SD1: “Transexual é quando a pessoa não se identifica, mas é totalmente feminina... tá no sexo oposto aquele que a pessoa se identifica... ou quando faz a mudança de sexo.”

SD2: “Eu acho que transexual é aquela pessoa que nasce com um sexo, né, e quer mudar de sexo... faz cirurgia... eu acredito que seja isso, né? Transexualidade é isso mesmo... acho que é um homem que nasce com um pênis, aí faz a cirurgia pra transparecer uma vagina, né? Eu não domino muito esse tema não, mas enfim...”

SD3: “Transexual é aquele indivíduo homem ou mulher que faz algum tipo de cirurgia para mudança de sexo, ele se identifica com outro sexo e faz a cirurgia, né? Se for mulher, faz a cirurgia pra tornar homem, se for homem faz a cirurgia pra tornar mulher, né? Ele transcende o sexo para o outro... mais ou menos por aí.”

Nessa categoria, destacamos como a questão da cirurgia e dos procedimentos de redesignação sexual ainda são fundantes, na concepção de muitos trabalhadores(as) e profissionais de saúde, para reconhecer uma pessoa como sendo trans ou não. Para entendermos a centralidade que esses artificios ocupam no imaginário popular, é essencial compreendermos como a transgeneridade se tornou uma categoria médico-científica para, a partir daí, assimilarmos quais são os critérios que definem essa experiência.

Em sua obra “A reinvenção do corpo”, Bento (2006) traça um histórico sobre essa questão da medicalização da transgeneridade, contextualizando a construção dos protocolos médicos e do diagnóstico, ou seja, a criação do que ela chama de “um dispositivo da transexualidade”. De acordo com Bento (2006), foi em 1950 que começaram a surgir as primeiras publicações falando com mais especificidade sobre o fenômeno trans. A partir daí, nas décadas seguintes, começaram a surgir associações internacionais interessadas em produzir um conhecimento voltado para a transgeneridade, bem como organizar diagnósticos diferenciais para gays, lésbicas e travestis. A autora ressalta, baseada em Foucault que, à medida que se produzia um saber específico sobre essas questões, abria-se espaço para possíveis “tratamentos”, ou seja, para práticas reguladoras e disciplinadoras desses corpos.

As primeiras intervenções cirúrgicas concernentes à “correção do sexo” foram feitas em torno de 1955, pelo psicopediatra John Money, que acreditava que a aparência dos genitais era fundamental para o desenvolvimento da heterossexualidade. Seguindo essa premissa, realizou em crianças intersexuais cirurgias para a construção do canal vaginal, tendo em vista que a produção de uma vagina implicaria conseqüentemente nas práticas sexuais associadas a esse órgão, ou seja, poder receber um pênis. Entretanto, para Money, as expectativas foram

frustradas quando algumas das meninas operadas se manifestaram lésbicas (BENTO, 2006, p.41).

Inclusive, foi o próprio Money, em 1973, que cunhou o termo “disforia de gênero” que passou a ser utilizado nos códigos e manuais de doenças. Entretanto, foi Harry Benjamin e sua associação os responsáveis por legitimar o primeiro “tratamento” para pessoas trans, fornecendo as bases para o diagnóstico em seu livro “O fenômeno transexual”, lançado em 1966. Nessa obra são descritos os parâmetros para identificar, entre aqueles(as) que chegavam às clínicas e hospitais em busca da cirurgia, quem eram os “verdadeiros transexuais” (BENTO, 2006, p. 43).

Portanto, desde o princípio do entendimento da “transexualidade” enquanto fenômeno, regras foram traçadas pela medicina e pelas ciências para categorizar essas identidades como sendo autênticas ou não. Apesar de atualmente, não serem mais exigidos laudos psiquiátricos para a retificação de nome e a “transexualidade” ter saído do rol de doenças psiquiátricas – conforme relatado no subcapítulo “Novas perspectivas e conquistas no cenário TT” – as noções de um corpo produzido e adequado para atender às normas de gênero ainda persistem no cenário da saúde. Como afirma Bento (2006, p.44), isso se valida também no discurso, uma vez que quando uma mulher trans afirma que deve adequar seu corpo para ser entendida como mulher, e um médico lhe nomeia como trans masculino, esse profissional está respaldando a linguagem científica, que retoma a naturalização das identidades. Esse raciocínio se aplica à confusão que observei nas entrevistas por parte dos(as) profissionais e trabalhadores(as) de saúde pois, quando questionados(as) sobre “o que é homem trans?” e “o que é uma mulher trans”, as respostas mais frequentes foram, respectivamente: “um homem trans é aquele que não se identifica enquanto homem e quer viver no sexo feminino” e a mulher trans seria aquela que “nasceu com os órgãos sexuais, genitais femininos, e quer 'botar' o masculino”.

Assim, quando a ciência se apodera de um discurso de um “transexual verdadeiro”, que deve atender a determinados parâmetros e normas para se encaixar nessa nomenclatura, apaga a possibilidade de construções subjetivas e plurais nas manifestações de gênero, bem como põe em funcionamento um conjunto de regras e protocolos que se sobrepõem à autoidentificação da pessoa, submetendo-a a reprodução de discursos, estéticas e atos para que possa ser reconhecida enquanto tal.

As teses e estudos que buscaram explicar a origem e possíveis tratamentos da “transexualidade” produziram dois tipos fundamentais de “transexuais verdadeiros”, os quais: 1) o “transexual stolleriano” derivado dos referenciais psicanalíticos do psicanalista Robert Stoller e 2) o “transexual benjaminiano” apoiado nos estudos médicos/biológicos do endocrinologista Harry Benjamin. Ambos definiram seus modelos com base em critérios que, se supõem compartilhados por todo(a) trans e partem da perspectiva de que a transgeneridade é uma patologia e, portanto, deve ser corrigida e tratada (BENTO, 2006, p. 131).

No livro “A experiência transexual”, escrito em 1975, Stoller apresenta casos de meninos afeminados que frequentaram seu consultório e, mediante terapia, viram surgir a masculinidade, e que, graças a esse tratamento não reivindicaram a cirurgia de mudança de sexo. Stoller acreditava que a origem da transgeneridade residiria na relação entre mãe e filho. Segundo ele, essa mãe apresentaria um desejo inconsciente de ser homem, e na ocasião do nascimento do filho, ficaria extremamente feliz e transferiria todo seu desejo para ele. Essa ligação extrema entre mãe e filho e a ausência da figura do pai, impediria a manifestação e resolução do conflito de Édipo, o que poderia resultar em um filho trans.

Para Stoller, o estabelecimento de uma performance de gênero normal residia em uma mãe feminina que apreciase a heterossexualidade e a masculinidade nos homens, e um pai masculino que apreciase a heterossexualidade e a feminilidade em mulheres. Quando os pais não atendiam a esses padrões, o complexo de Édipo não se resolveria efetivamente, cabendo ao terapeuta induzi-lo. O sucesso da terapia encontrava-se em desenvolver no menino “uma ampla hostilidade à mãe” num processo de construção de uma masculinidade forjada na misoginia e na homofobia (STOLLER, 1982, p. 33 apud BENTO, 2006, p.142).

Já Benjamin entendia a gênese e o tratamento da “transexualidade” de outra forma. Para ele, o sexo seria setorizado da seguinte forma: sexo cromossômico (ou genético), gonádico, fenotípico, o psicológico e o jurídico. O sexo cromossômico seria aquele responsável pela determinação dos caracteres sexuais primários e secundários, ou seja, XX para feminino ou XY para masculino. O gonádico se dividiria em germinal, que seria responsável pela procriação (ou seja, testículo-esperma, ovários-óvulos) e em endocrinológico, encarregado pelos hormônios que vão definir as características sexuais do sujeito. O psicológico como sendo o mais flexível e determinante para a identificação de gênero. Benjamin identificava o “fenômeno transexual” como derivado de uma oposição entre o sexo psicológico e os anteriores, ou seja, a

heterossexualidade seria a articuladora dos vários sexos ao sexo propriamente dito, e quaisquer deslocamentos entre esses níveis se configuraria como um sintoma (BENTO, 2006, p. 148).

Para Benjamin, a solução para essa incoerência seria o autodiagnóstico e a cirurgia. Com esse discurso, Benjamin foi responsável pela universalização da “transexualidade” e criação de diversos critérios de identificação do “verdadeiro transexual”, e também pela seguinte distinção entre travestis e trans, que perdura até hoje e foi, inclusive, repetida por muitos(as) dos(as) profissionais e trabalhadores(as) de saúde que entrevistei:

Alguns pesquisadores acreditam que as duas situações, travestismo e transexualismo, devem separar-se claramente, principalmente com relação ao seu “sentimento sexual” e seus pares sexuais eleitos (objeto de eleição). O travesti –dizem- é um homem, sente-se como homem, é heterossexual e simplesmente quer se vestir como uma mulher. O transexual se sente uma mulher (aprisionada em um corpo de um homem) e se sente atraído por outros homens (BENJAMIN, 2001, p. 30 apud BENTO, 2006, p.151).

Em outros pontos da sua obra Benjamin estabelece que o “verdadeiro transexual” viveria uma inversão psicosexual total, incluindo viver cotidianamente como uma mulher, embora isso não fosse o bastante. Ele também desejaria manter relações sexuais com homens e mulheres normais, bem como odiaria seus órgãos sexuais masculinos e por isso, solicitaria cirurgia imediata. Cabe observar que, em seus estudos, Benjamin não concebe a existência de homens trans, uma vez que se centra apenas na identificação de critérios diagnósticos em mulheres trans.

Portanto, agora que entendemos a genealogia da noção de que a cirurgia seria essencial na definição do “transexual verdadeiro”, é importante não perder de vista que a experiência trans e travesti é múltipla e diversa, não se resumindo apenas à corporalidade, e como afirma Bento (2006, p. 152) “a principal reivindicação dessas pessoas é o direito legal à identidade de gênero, independentemente da cirurgia”.

CAPÍTULO 5 - COM A PALAVRA: ELAS!

Quem melhor poderia descrever o acesso à saúde de travestis e pessoas trans além das próprias? Para complementar as entrevistas com os/as profissionais e trabalhadores/as de saúde e esmiuçar detalhes que só a experiência pode captar, essa parte do trabalho se dedica a narrar a experiência das nossas colaboradoras trans e travesti – já apresentadas no primeiro capítulo desse trabalho – com o SUS. Procuramos por colaboradoras com perfis diferentes entre si, para tentar compreender como marcadores como faixa etária, classe, escolaridade, profissão, raça, etnia, entre outros fatores poderiam, multiplicados à questão da identidade de gênero, intervir no modo como são atendidas nos espaços públicos de saúde.

Utilizando os mesmos critérios de análise das falas dos profissionais de saúde, identificamos campos semânticos comuns, ou seja, sequências de ideias que representam o mesmo sentido, e categorizamos nas seguintes subseções, que serão melhor exploradas a seguir: 1 - Informação, empoderamento e uso do nome social; 2 - Passabilidade e acesso; 3 - Gênero, raça, classe e possíveis cruzamentos; 4 - A educação como ferramenta contra a discriminação e o preconceito; 5 - Banheiros e enfermarias, espaços de disputa; 6- Tecnologias do gênero e automedicação na vivência trans e travesti.

5.1 “*Eu vou, eu exijo... eu não me reprimo em relação a isso não...*”: informação, empoderamento e uso do nome social

SD1 (Caroline): “Em relação serviços públicos de saúde, é tranquilo até certo ponto, né? A questão toda é tratar no feminino, no gênero feminino... a deficiência é essa... fora isso, que é gravíssimo, é tranquilo... Antes era pior, hoje em dia é até mais tranquilo... porque você exigindo, eles já tratam. Em relação a isso era bem mais complicado... na verdade, tem que partir da trans, entendeu? Tem que partir dela a iniciativa de ser chamada pelo nome feminino... obrigar as pessoas, entendeu? Obrigar não, exigir das pessoas de ser tratada no feminino... mas em questão do tratamento, é o mesmo entendeu?”

SD2 (Caroline): “Aquela coisa assim... ai você tem que chamar... às vezes trata no masculino, ai eu já dou uma cortada... normalmente eu corto... eu não vou argumentar, não tenho obrigação de tá ensinando... eu corto, entendeu? De forma ríspida às vezes, depende do meu humor também... por exemplo 'ah, ele quer ser atendido' eu corrijo 'atendida'.”

SD3 (Profissional de saúde – Psicóloga): “... e aí a gente comentando aí, o maqueiro veio me contar assim "ah, eu não sabia que eu tinha que chamar por esse nome, porque na ficha tinha o nome (civil) e entre parêntese fulana...": então, ele falou assim "eu não sei como eu chamava, então eu chamei pelo nome masculino" e quando ele chamou, dizem que ela olhou pra ele e falou "não, meu nome não é esse, meu nome é ..." e ficou muito chateada, muito chateada mesmo... ai ele falou "não, me desculpe, a partir de hoje eu só chamo de fulana"; ai ele respeitou... ele disse que na próxima vez que ele foi fazer o raio-x, ele foi buscar e já tratou pelo nome social, que ele se identificou... eu acho que a equipe daqui tem uma abertura muito grande pra isso.”

SD4 (Profissional de saúde – Enfermeira): “...de receber um prontuário com nome de homem e na verdade ser mulher? Isso atrapalha o nosso serviço e é constrangedor... como eu terminei de te falar no caso de Moisés, que quando eu recebi o plantão eu tomei um choque e falei: 'oxe, Moisés, na enfermaria feminina?’”

Acerca do nome social, o hospital adotou o decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e trans no âmbito da administração pública, mas não realizou nenhuma capacitação nem esclarecimento com os(as) profissionais e trabalhadores(as) acerca de como efetivá-lo em suas rotinas de trabalho. Ao serem questionados(as) acerca do que entendiam, as respostas mais frequentes diziam respeito a “um nome que a pessoa quer ser tratada, que não corresponde ao nome do registro”, “é um nome pelo qual ela vai se apresentar e quer ser chamada” e “um nome que ela escolhe ter”. Alguns/algumas afirmaram nunca ter ouvido falar sobre isso, e outros(as) tomaram nome social por “nome de guerra” ou “apelido”.

O desrespeito ao nome social é uma das queixas recorrentes nas falas das travestis e pessoas trans. Entretanto, conforme depoimento da nossa colaboradora Carol, na SD1, caso a travesti ou pessoa trans exija o emprego do nome social no momento em que está registrado o prontuário, ou caso ela corrija no instante em que é chamada pelo nome civil, os/as trabalhadores/as e profissionais costumam acatar sua decisão e tratá-la(o) pelo nome adequado. Essa fala de Carol é confirmada pela SD3 de uma profissional de saúde se referindo a uma conversa que teve com um colega maqueiro, na ocasião em que uma mulher trans estava internada na enfermaria cirúrgica. Essa usuária precisou fazer alguns exames no andar abaixo e o trabalhador fez o seu transporte de um setor para o outro. Não conhecendo o caso, chamou-a pelo nome civil. Quando ela demonstrou desconforto e pediu para ser chamada pelo nome social, ele pediu desculpas e prontamente atendeu seu desejo.

Alguns/algumas trabalhadores/as e profissionais alegaram não saber o que era o nome social quando questionados/as, mas a maioria conseguiu, ainda que precariamente, definir que se trata do “nome como a pessoa gostaria de ser chamada” ou “a forma que prefere ser identificada”. Entretanto, o que se pode perceber por meio dos relatos é que, quando chega uma pessoa travesti ou trans para se registrar na portaria e não se identifica prontamente pelo nome social, as secretárias não se sentem à vontade de perguntar como a pessoa gostaria de ser chamada, utilizando no registro o nome civil.

Outra questão que dificulta a operacionalização do uso dessa ferramenta é a forma como o nome social é registrado no prontuário, entre parênteses após o nome civil, fazendo com que,

com frequência, o/a profissional ou trabalhador/a não perceba o destaque e termine chamando a(o) travesti ou trans pelo nome civil, disponibilizado ordenadamente antes do nome social.

Essas falhas demonstram que, entre o estabelecimento do decreto e sua efetivação na prática, no dia-a-dia do hospital, existem problemas concernentes a educação em Saúde, à formação continuada de pessoal e a divulgação desse tipo de informação.

Mas para além de reafirmar a necessidade de um trabalho integrado de gestão e equipe em torno disso, é preciso destacar também que, o nível de informação e de empoderamento das travestis e pessoas trans que acessam o serviço faz toda a diferença no modo como estas(es) serão tratadas naquele espaço. Esta categoria se entrecruza com a do escândalo, levando-nos a concluir que, provavelmente, aquelas travestis e pessoas trans que estão mais informadas(os) acerca dos seus direitos e se impõem mais no sentido de exigí-los, são mais respeitadas(os) nos serviços de saúde.

Para destrinchar a ideia de “empoderamento”, mais uma vez nos apoiamos na noção de poder preconizada por Foucault (2006, p. 276), ao refletir que:

quando se fala de poder, as pessoas pensam imediatamente em uma estrutura política, em um governo, em uma classe social dominante, no senhor diante do escravo, etc. Não é absolutamente o que penso quando falo das relações de poder. Quero dizer que nas relações humanas, quaisquer que sejam elas - quer se trate de comunicar verbalmente [...] ou se trate de relações amorosas, institucionais ou econômicas -, o poder está sempre presente: quero dizer, a relação em que cada um procura dirigir a conduta do outro. São, portanto, relações que se podem encontrar em diferentes níveis, sob diferentes formas; essas relações de poder são móveis, ou seja, podem se modificar, não são dadas de uma vez por todas.

Por meio desse trecho, Foucault (2006) deixa claro que o poder é algo difuso, que se concretiza por meio de forças que atuam nas relações e tecem uma rede complexa de micro e macropoderes, e que todos/as exercem poder e governam e são, ao mesmo tempo, governados por discursos dominantes compartilhados que produzem, inclusive, modos de agir e operar em determinadas situações.

Dessa forma, por mais que a lógica de organização dos espaços de saúde e a formação dos profissionais se baseiem em uma concepção binarista e cisheteronormativa de gênero, as travestis e pessoas trans têm a possibilidade de resistir a essa norma, a esse poder, e a partir daí, começarem a minar esse “*cistema*”, pois Foucault (2014) salienta que ao mesmo tempo em que o poder tem caráter repressivo, também pode ser produtivo e emancipador e traz em si a

possibilidade de resistência, o que nos possibilita pensar essa dinâmica em uma perspectiva de luta permanente.

Portanto, a educação, a politização e o acesso a certas informações básicas, como o direito ao uso do nome social, a possibilidade de alterar o nome em determinados documentos, entre outros – e a isso tudo estamos chamando de empoderamento – se mostram elementos fundamentais para que essa luta por reconhecimento das pessoas transgêneras seja efetivada. É preciso educar profissionais e trabalhadores/as, mas é preciso ainda mais urgentemente, munir as travestis e as pessoas trans de ferramentas para que elas(es) possam exigir a efetivação dos seus direitos, pois segundo Berth (2018, p.14) o ato de se empoderar é um processo que pode instrumentalizar a ação de grupos marginalizados e atuar diminuindo obstáculos que dificultam a produção de uma vida saudável para certos grupos sociais. A autora afirma ainda que o empoderamento enquanto conceito, difere da visão de assistencialismo e dependência que muitos teóricos propuseram, uma vez que, atua justamente no sentido contrário, pois trata-se de uma ferramenta que visa “a emancipação política e social” dos grupos minoritários, por meio da reconstrução das bases sociopolíticas e do rompimento com o que está posto.

5.2 - “Não acreditam que nasci homem...”: passibilidade e acesso.

SD1 (Margô): “Igual eu te falei, as pessoas não me encaram de jeito nenhum como homem... até estranham quando digo que eu sou. Tá? Que eu não tenho gogó de homem, não tenho voz de homem, não tenho cara de homem... não tenho trejeito de trans... sabe que eu não gosto de 'viadaje', não falando mal dos viados, nada contra... mas como você pode ver, eu não tenho gestos, tudo natural... teve o show da diversidade agora mesmo aqui em Jequié, em dezembro (ano passado), eu participei, as pessoas não acreditavam que eu era... Então, foi muito gostoso, e eu não senti barreira nenhuma... Sou uma pessoa hiper hiper feliz, comigo e com meu próximo, porque eu sempre tive apoio da minha família em casa.”

SD2 (Margô): “Eu nunca tive problemas com banheiro... em aeroporto eu uso o feminino... rodoviária eu uso o feminino... qualquer lugar que eu vou, eu uso o feminino... desde sempre... nunca tive problema com meu corpo, com a minha pessoa, por causa disso, né?”

Entre as nossas três colaboradoras travestis e trans, há uma diferença fundamental: a passabilidade. Margô, na altura dos seus cinquenta anos, com quase nenhuma maquiagem e um vestido simples, “passa” tranquilamente por uma desprestigiada senhorinha de meia idade. E isso ela deixa claro durante vários momentos das nossas conversas, como ilustram as sequências discursivas destacadas acima. Entretanto, são pontos que Caroline e Louranya não trazem em

seus discursos, muito provavelmente por não terem a passabilidade da mesma forma que Margô.

Passabilidade ou “passar por”, como prefere Duque (2013), diz respeito à experiência de se passar por homem ou por mulher. De acordo com o sociólogo, essa ação lança luz sobre a prática performática daqueles que são entendidos(as) socialmente como normais/naturais, posto que é o reconhecimento dessa suposta conformidade do gênero e da sexualidade em conjunto com outros marcadores sociais da diferença que permitem a certas travestis e pessoas trans a experiência do “passar por”. Em outras palavras, retomando Butler (2016) para complementar esse raciocínio, a passabilidade só existe efetivamente quando a performance do gênero obedece a uma pretensa continuidade entre sexo, gênero e desejo, ou seja, quando esse corpo está sendo lido – ou para usar os termos de Butler, está sendo inteligível – segundo as matrizes da cisheteronormatividade.

Para entender a questão das matrizes da cisheteronormatividade, é importante retomar Bento (2006) ao refletir que:

o gênero só existe na prática, na experiência e sua realização se dá mediante reiterações cujos conteúdos são interpretações sobre o masculino e o feminino, em um jogo, muitas vezes contraditório e escorregadio, estabelecido com as normas de gênero. O ato de pôr uma roupa, escolher uma cor, acessórios, o corte de cabelo, a forma de andar, enfim, a estética e a estilística corporal, são atos que fazem o gênero. Que visibilizam e estabilizam os corpos na ordem dicotomizada dos gêneros. Também os/as homens/mulheres biológicos/as se fazem na repetição de atos que se supõe que sejam os mais naturais. A partir de uma citacionalidade de uma suposta origem, transexuais e não transexuais igualam-se (BENTO, 2006, p. 228).

Então, o que torna Margô “passável” nos espaços públicos e de saúde e Louranya não? Retomando minha experiência de inserção no campo, no dia em que nos encontramos com Louranya e Carol no hospital, o que determina as diferentes reações que as duas suscitaram no espaço hospitalar? Carol passava pelos corredores, loira, muito maquiada e feminina em cima de saltos altos, causou surpresa, olhares, cochichos e cutucões entre os funcionários, especialmente os do sexo masculino. A entrada de Louranya, em seu uniforme de trabalho, jeans básico e uma sandália rasteira, sem maquiagem e com um leve azulado de barba nascente contrastando com os cabelos longos, provocou menos alvoroço, mas ainda assim, certo estranhamento.

Maquiagem, salto, ornamentos femininos, perucas, estão diretamente relacionados àquilo que Marcos Benedetti chama de “montagem”. De acordo com ele, trata-se do ato de

produzir-se com artefatos considerados femininos. Quando utilizado por travestis diz respeito a “um processo de manipulação e construção de uma apresentação que seja suficientemente convincente, sob o ponto de vista destes sujeitos, de sua qualidade feminina” (BENEDETTI, 2000, p. 60).

Entretanto, como podemos observar por meio das falas de Margô, a montagem não é uma unanimidade entre travestis e mulheres trans. A mesma orgulha-se de “ser natural, não ter voz, nem cara de homem, não ter jeito de trans”, o que torna o montar-se um ato de afronta contra sua suposta naturalidade. Então, o que Margô nos diz implicitamente, é que o passar por mulher cisgênera, o passar despercebida na multidão, é especialmente valioso, ainda mais quando levamos em consideração o contexto da saúde, ainda tão demarcado pela cisheteronormatividade.

O assédio e a discriminação que Margô refere nunca ter sofrido por sua aparência, por condizer com o esperado para uma “mulher” de sua idade, não se aplica a Carol, e menos ainda a Louranya, que não estão tão bem enquadradas nessa matriz de inteligibilidade cisheterossexista, por serem “montadas” demais ou de menos, demasiado exageradas em seus modos – como discutimos no tópico “Eles dão muito show, eles gostam de dar show”: travestilidade e transgeneridade como identidades escandalosas” – muito escandalosas ou que não se posicionam. Assim, a passabilidade parece exigir uma rígida rotina de modos de se vestir, portar-se, identificar-se, que está sempre sujeita à avaliação e ao reconhecimento do outro para validar-se.

Para além disso, como Duque (2013, p.6) destaca, esse fenômeno não pode ser entendido apartado dos marcadores de classe e de raça. O processo de construção de um corpo passável é atravessado pelos ideais de beleza que fundamentam a nossa sociedade, ou seja, o padrão eurocêntrico, marcadamente branco, jovem, de traços finos e corpo esguio ou atlético. No caso de muitas travestis e mulheres trans, esse modelo só é alcançado por meio de grande investimento de capital em tecnologias de gênero: hormônios, em cirurgias de estética para suavizar e harmonizar rostos e corpos, procedimentos para retirar pelos, clarear a pele, afinar a voz, maquiagens e roupas para se aproximar das representações sociais da feminilidade, entre outros artificios. Ou seja, como destaca Duque (2013, p.7-8), quanto mais essa vivência travesti e trans reproduzir o padrão de beleza e comportamento típicos das classes reconhecidas como alta – a discrição e o refinamento dos modos, o exato oposto da categoria escândalo que abordaremos adiante– mais a sociedade tende a “relativizar as expectativas em termos de sexo-

gênero e desejo, mesmo quando o que se tem ali é um corpo classificado anteriormente como sendo “do outro sexo”.

Portanto, o que podemos concluir é que o “passar por” apesar de poder ser encarado como um privilégio por alguns/algumas, por atuar no sentido de normatizar/normalizar essa pessoa trans/travesti no sentido de fazê-la passar despercebida na multidão, é também uma forma de violência, pois reitera os padrões e papéis de gênero masculinos e femininos que já estão entranhados em nossa cultura. Como afirma Butler (2015), é preciso pois, romper esses enquadramentos que regem a nossa sociedade e possibilitam esses sujeitos de serem reconhecidos – ou não – pois é precisamente porque essas normas existem que podem ser questionadas, desfeitas e refeitas.

5.3 “Além de viado, preto e pobre”: gênero, raça, classe e possíveis cruzamentos

SD1 (Louranya): “Eu me considero enquanto negra, pra mim não existe parda... é negra ou branco mesmo... e eu tenho sangue mestiço de negros, índios, de vários povos... então, eu me considero negra... além de ser travesti ou trans ou sei lá o que for, negro ainda tem preconceito maior... ou se não de periferia... além de tudo, de periferia. Eu sou de periferia... eu moro em um bairro chamado KM 4, bairro periférico, entendeu? Fui criada lá, tem 33 anos que moro lá, a comunidade toda me conhece, toda me respeita... eu entro e saio a hora que eu quiser dentro do meu bairro...”

SD2 (Louranya): “Já sofri racismo... muitos falam “ah, mas tu é parda”, pra mim não existe parda... é negra... tem gente que fala “ah, lá vem esse viado” e usa uns termos bem pejorativos e fala “e ainda por cima é preto, pobre, e ainda mora na periferia...”; já ouvi muito isso... só que assim, às vezes entra aqui e sai por cá, porque assim, pra não criar atrito, não gerar briga, confusão, a gente ouve e fica quieta...”

Para falarmos de interseccionalidade, é essencial levar em consideração as categorias de raça e etnia. De acordo com Akotirene (2018), autora do livro “O que é interseccionalidade?”, essa teoria pretende operacionalizar de forma teórica e metodológica a indissociabilidade estrutural do racismo, do capitalismo e da cisheteronormatividade, que produzem avenidas identitárias excludentes onde certos sujeitos são atingidos múltiplas vezes pelo “cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe, modernos aparatos coloniais” (AKOTIRENE, 2018, p. 14).

A pergunta sobre identificação de raça/cor foi feita a todas as nossas colaboradoras travestis e trans, na intenção de averiguar se raça seria mais um determinante a interferir nas condições de saúde dessa população. Margô não quis se identificar nesse sentido, enquanto Carol se definiu como branca, e Louranya posicionou-se categoricamente enquanto negra, alegando que, na sua concepção, “não existe parda”. Nesse estudo pode-se notar que a

concepção de raça se entrecruza com o marcador de gênero/sexualidade bem como de classe, posto que Louranya se diz “além de viado, é preto, pobre e de periferia”.

Como afirma muito apropriadamente Pelúcio (2011, p. 80), “as experiências que constituem as travestilidades no Brasil estão entrecortadas pela racialização e sexualização de determinadas classes sociais e de certos fenótipos de cor e pela erotização de relações subalternizantes”. Analisadas por esse prisma, dentro do SUS, uma travesti/trans negra teria o mesmo acesso e tipo de atendimento que uma travesti/trans branca?

Ser negra, em um primeiro momento, parece não interferir diretamente na forma como é tratada nos espaços de saúde, afirma Louranya quando questionada acerca de já ter notado algum tipo de preconceito em relação à sua cor quando buscava atendimento pelo SUS. Segundo ela, o que causa maior impacto é ser travesti, relatando que o susto das pessoas quando a veem é muito maior. Entretanto, é sabido que a questão do acesso à saúde por parte da população negra vem sendo objeto de pesquisa e reflexão por uma série de autores/as em nosso país, e tendo em vista as desigualdades e os injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na nossa história, o Ministério da Saúde criou a “Política Nacional de Saúde da População Negra”.

Essa política veio como resposta às demandas por atenção dessa população, visando compensar os impactos que a escravidão causou nas vidas dos negros e negras no Brasil, submetendo-os a piores condições econômicas e de vida. Tal contexto reverberou e ainda reverbera de forma direta na saúde dessas pessoas, resultando em altas taxas de mortalidade materna e infantil, óbitos precoces, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana (BRASIL, 2013).

Partindo desse pressuposto, é possível que uma travesti negra sofra, além das questões concernentes à transfobia, àquelas advindas do racismo. Louranya também se identifica como sendo “de periferia”, mas apesar do sentido negativo que essa palavra pode carregar, ela é ressignificada na vivência de Louranya, relatando que, apesar de sofrer preconceito e discriminação em variados espaços, inclusive nos espaços institucionais de saúde, no lugar onde mora é respeitada e reconhecida, conforme relata na terceira sequência discursiva. A questão da classe (que se configura aqui enquanto “de periferia”) aqui aparece como um fator protetivo, uma vez que, o território de morada da pessoa em questão parece ser um aspecto saudável que traz sentimento de pertença e reconhecimento. Isso poderia ser um fator de dano para outra

peessoa, por determinantes específicos de saúde que estão relacionados com uma existência periférica (exposição às drogas, violência, dificuldade de acesso ao saneamento básico, à educação, entre outros), porém, nesse caso em específico é apropriado de uma forma positiva. Vale lembrar que Louranya teve acesso à educação superior durante sua vida, o que a coloca em uma posição de privilégio em relação à maioria das travestis e pessoas transgêneras que sequer terminaram o ensino básico. A educação abriu-lhe portas, a fez conhecida na cidade, permitiu-lhe entendimento sobre seus direitos, e por isso mesmo, apesar de todo o preconceito e discriminação, a facilitou em certos acessos, entre eles, à saúde. Apesar de todas as dificuldades que encontra quando precisa buscar serviços de saúde, Louranya sabe a quem recorrer e como proceder.

Esse caso foi utilizado para ilustrar como os sujeitos em seus variados pertencimentos e submetidos ao cruzamento de múltiplos eixos de subordinação e jogos de poder vivenciam experiências distintas no âmbito das relações. Como algumas teóricas feministas (RUBIN, 1975; HARAWAY, 2004) afirmam, é preciso pensar para além dos sistemas de sexo-gênero e de gênero-raça, para entender como se constroem os caminhos e os entrelaçamentos da construção identitária interseccionada. Como afirma, muito apropriadamente Haraway, respaldando o que tratamos até aqui:

as feministas têm tanta razão em argumentar a favor de um sistema de raça/gênero quanto no argumento de um sistema de sexo/gênero, e os dois não são o mesmo tipo de movimento analítico. E o que aconteceu com classe? Cresce a evidência da necessidade de uma teoria da ‘diferença’ cuja geometria, paradigmas e lógica escapem aos binarismos, à dialética, aos modelos natureza/cultura de todo tipo. Do contrário, três serão sempre reduzidos a dois, que logo se tornam um solitário na vanguarda. E ninguém aprende a contar até quatro. Essas coisas têm importância política. (HARAWAY, 2004, p. 207)

Portanto, uma mulher trans negra é submetida a três eixos de opressões, em que pesa o fato de se identificar enquanto mulher trans e o fato de ser negra. Essa tripla discriminação, também descrita como “discriminação composta” ou “cargas múltiplas” por Crenshaw (2002), implica em exclusão e marginalização dessa população. Como afirma Brito (2016):

a invisibilização da mulher trans negra é um problema de subinclusão, pois por ser trans e negra as discriminações de identificação de gênero e racial não são compreendidas enquanto um problema de gênero por não atingirem as mulheres dos grupos dominantes (brancas e cisgêneras), sendo igualmente ignoradas no grupo étnico-racial ao qual estão inseridas, por não alcançarem os homens negros. (BRITO, 2016, p. 21).

5.4 “Os profissionais de saúde tinham que saber essas coisas, né?”: a formação permanente como ferramenta contra a discriminação e o preconceito.

SD1 (Profissional de saúde – Enfermeira): “Eu me lembro que eu participei de uma oficina na "Semana de Enfermagem" que tratava sobre gênero, então foi o meu primeiro contato... mas não teve assim uma disciplina específica que aprofundasse isso não... um professor ou outro falava... e como você sabe, tem várias oficinas dentro de uma "Semana de Enfermagem" e a pessoa se direciona pra aquela que ela tem interesse... então é muito pontual, não atingiu, não alcançou todos da minha sala também... e mesmo assim pra mim foi pouco... porque também foi lá no início da graduação, e hoje como você vê, eu tenho muitas dúvidas sobre o que é transexualidade, o que é travestilidade...

SD2 (Profissional de saúde – Técnica de enfermagem): “Acho que precisava de uma educação continuada... porque tá surgindo muita coisa nova, muita coisa que a gente ainda não entende... e nem tá preparado pra atender naquele momento... pra que a gente não tenha esse olhar de preconceito, julgar num primeiro momento, a gente precisa saber como é que a gente vai chamar, em qual banheiro a gente tem que levar, se ele deve realmente ficar na clínica masculina ou na clínica feminina... de uma forma geral assim... uma educação continuada, que eu falei, com informes, muita coisa pra estar atualizando a gente, pra que não ficasse nesses jargões, nesse achismo, eu acho que é isso, eu acho que é aquilo...”

SD3 (Profissional de saúde – Interno de medicina) “A gente tem uma disciplina que chama "Práticas de integração em ensino e serviços de comunidade", e nessa disciplina a gente discute assuntos de saúde pública (...) e ai tem um professor, que uma vez a gente tava falando sobre essas questões de gênero e sexualidade e eu falei "oh professor, isso é uma coisa que eu sinto falta, eu tô no meu quarto ano de faculdade e a gente nunca teve uma discussão sobre gênero e sexualidade aqui", ele falou assim "então, pronto, na próxima discussão nossa a gente vai ter esse assunto". Então, assim, foi uma demanda que eu meio que criei, o professor aceitou, e foi muito legal assim... teve essa discussão, que foi muito interessante, e foi o contato que eu tive dentro da universidade. Eu também já tive enquanto estudante de medicina, contato com essa discussão quando eu participei de um congresso, o "Congresso Brasileiro de Estudante de Medicina" no Rio de Janeiro, que também tiveram discussões sobre essa questão de gênero e sexualidade... Na UESB também, como atividade extracurricular, já participei de atividades lá no ODEERE... e, assim, no intercâmbio também, eu sou aluno do "Ciências sem Fronteiras", também durante o intercâmbio eu tive contato com essas discussões em outras faculdades... então, assim, eu tive bastante contato, até porque também por curiosidade a mais, eu tento me integrar e tá por dentro desse assunto... assuntos de sexualidade, gênero e minorias me interessam muito... eu tenho esse contato, mas assim, acho que todos os meus colegas tiveram que eu sei, foi essa aula... essa aula todo mundo estava, todo mundo participou... foi uma coisa que eu falei "ah, professor, que tal a gente incluir?"”

SD4 (Caroline): “A saúde pública é muito defasada, assim... querendo ou não, os profissionais de saúde tinham que saber essas coisas, né? Porque estuda pra isso... são pessoas que estudaram... se fosse uma pessoa que não tem conhecimento nenhum... são pessoas esclarecidas o suficiente... mas, eu nunca tive assim, por ser trans, um tratamento diferente não... eu nunca tive.”

Essa categoria será utilizada para traçar considerações a respeito das questões de gênero nos currículos dos cursos que formam e aperfeiçoam trabalhadores(as) e profissionais de saúde, bem como ponderar sobre a ausência de cursos de capacitação e formação continuada nos espaços de saúde que contemplem esses debates.

A fala de Caroline na SD4 foi utilizada para discutir a desinformação e o desconhecimento dos/as trabalhadores/as e profissionais de saúde acerca das especificidades relativas à vivência travesti e trans. Essa afirmação de Carol é respaldada pelas sequências discursivas 1, 2 e 3, em que os/as próprios/as profissionais afirmam a carência desses tópicos nas disciplinas e matérias vistas em sala de aula na época da sua formação no curso superior

e/ou técnico. O que eles(as) deixam evidente é que, quando tiveram algum esclarecimento sobre temáticas de gênero e sexualidade, estas aconteceram em eventos extracurriculares (seminário, congresso, simpósio) e/ou por iniciativa própria de buscar informações sobre o assunto.

Pude observar por meios das entrevistas que a falta de conhecimento acerca dessas temáticas era tão grande que, não raro, alguns/algumas trabalhadores(as) e profissionais não conseguiam diferenciar identidade de gênero de orientação sexual, confundindo pessoas trans com gays ou lésbicas.

Como afirma Louro (2013), em “Currículo, gênero e sexualidade”, a nossa sociedade se organiza a partir da lógica do “centro” e do que está nas margens, ou seja, somos guiados a partir da norma, de noções de “universalidade, de unidade e de estabilidade”, que se alinham à identidade hegemônica, qual seja a masculina, cisgênera, branca e heterossexual. Tudo aquilo que se afasta dessas referências recebe as marcas da particularidade, da excentricidade, da diversidade. Louro (2013, p. 46) destaca ainda que “nossas escolas, as ciências, os mapas, as questões matemáticas, as narrativas históricas ou os textos literários” é que importam, sendo considerados relevantes, estão em coerência com esses princípios, e seu contínuo reforçamento nos faz acreditar em sua “universalidade e permanência”. É isso que ocorre com o currículo das universidades e instituições formadoras, e também com o discurso e as noções de verdade que guiam o fazer laboral de cada profissão.

De acordo com Silva e Moreira (1994, p.7-8), o currículo é um “artefato social e cultural” e está suscetível a determinações sociais, históricas e contextuais, não se configurando como um veículo “inocente e neutro” de transmissão de conhecimentos. Pelo contrário, trata-se de um instrumento de poder, capaz de transmitir “visões sociais particulares e interessadas” e por meio delas produzir e preservar certos valores e identidades sociais. Está, portanto, vinculado a “formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação”.

Silva e Moreira (1994, p. 9) traçam um histórico sobre as origens do currículo como objeto de estudo, e localiza que foi em torno do final do século XIX, nos Estados Unidos, começaram a surgir pesquisas mais sistemáticas sobre os problemas e questões curriculares. Esses estudos iniciais tinham a intenção de planejar cientificamente as atividades pedagógicas e monitorá-las de forma a evitar que “o comportamento e o pensamento dos alunos se desviassem das metas e padrões pré-definidos”.

Portanto, o campo do currículo, desde as suas origens, tem se voltado às práticas de controle social, ou seja, tem delineado normas e selecionado disciplinas e saberes que, como afirma Foucault (2010) intencionam a construção do sujeito dócil, útil e submisso à ordem estabelecida, cujos corpos e a mentes são moldados para atender aos interesses do meio social.

Retomando Louro (2003, p.44) e as noções de centro e de margens, a partir dos anos 1960, com o pós-modernismo, novas disputas têm acontecido no campo da epistemologia, e as instituições e sistemas têm sido impelidos a rever suas velhas estruturas e ressignificá-las. A cultura não é “homogênea e monolítica”, as identidades são múltiplas e diversas e, portanto, outros saberes e práticas precisam ser acionados para dar conta dessas diferenças. O currículo nos moldes tradicionais, cisheteronormativo, masculino, branco e colonizador não dá conta das novas configurações dos sujeitos e da sociedade.

Como afirma Louro (2003, p. 45), os currículos e as práticas escolares “têm sustentado as noções muito específicas de gênero e sexualidade”, norteando suas práticas por padrões muito restritos e rígidos de feminilidade e masculinidade e pautando uma “única forma de sexualidade sadia e normal: a heterossexual”. Aplicando essa lógica no contexto desta pesquisa, as faculdades/universidades de nível superior e os cursos técnicos têm formado profissionais e trabalhadores/as (e aqui nos restringimos a falar sobre os da área da saúde, dos quais se ocupa essa pesquisa) completamente despreparados/as para lidar com pacientes/usuários/as que apresentam gêneros e sexualidades dissidentes.

Ainda respaldando essa discussão em Louro (2003), ela afirma que já faz um tempo que o movimento feminista, o movimento negro e o movimento LGBTTT têm denunciado a inexistência de suas narrativas, questões e práticas nos currículos das escolas e espaços de ensino. Entretanto, nenhuma mudança no sentido de incluir efetivamente essas pautas foi tomada. O máximo que acontece, segundo Louro (2003, p. 47) é “a instituição de datas comemorativas (como o “dia do índio”, o “dia da mulher”, o “dia do negro”)” que tratam da causa superficialmente e de maneira estereotipada, e em nada mudam o *status quo* vigente.

É preciso, não só incluir essas questões nos currículos, mas também trazê-las para os espaços de trabalho e, conseqüentemente, para a rotina dos(as) profissionais e trabalhadores(as), na forma de aperfeiçoamentos e educação continuada/permanente, conforme preconizam os seguintes tópicos da cartilha da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas,

Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT), elencados como prioridades na 13ª Conferência Nacional de Saúde (2008):

O desenvolvimento de ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais e a sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBT, com inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS (BRASIL, 2013, p.12).

(In)formação e conhecimento são passos importantes para fazermos frente às discriminações e preconceitos que lésbicas, gays, bissexuais, travestis e trans sofrem diariamente nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde. E essa deve ser uma missão compartilhada pela saúde e pela educação, pois a produção de profissionais e trabalhadores/as humanizados e abertos às diferenças depende dessa parceria.

5.5 “Na hora de encaminhar pro banheiro, eu encaminho pra qual, o feminino ou o masculino?”: banheiros e enfermarias, espaços de disputas

SD1 (Profissional da saúde – Técnica de enfermagem): “Nós tivemos um caso aqui recente, aqui no hospital, de uma paciente que veio pro nosso setor... essa paciente era uma paciente que você via que era uma mulher, recebemos como uma mulher, quando pegamos o prontuário, era Moisés... e aí a gente ficou assim... é Moisés? Ai ela deu o nome verdadeiro, o nome "de guerra" dela, e sim, e agora, como resolver essa situação, colocar na enfermaria de homem ou de mulher? (...) então assim, recebemos, "a olho nu" era uma mulher... então assim, "a olho nu", se você ver, era uma mulher... mas tinha o outro lado da moeda, e que a gente precisava respeitar os outros pacientes, era uma enfermaria, ela não ia ficar em um quarto só, então, de repente alguém poderia questionar... os acompanhantes ou os próprios pacientes femininos falarem alguma coisa... então, se passou pro serviço social, pra coordenação, foi todo um parâmetro seguido e ela ficou na enfermaria feminina, todas as outras aceitaram, até porque era uma mulher, passamos a chamar ela do nome de mulher que ela tinha... e fez o tratamento, recebeu alta, foi bem atendida e bem assistida...”

SD2 (Profissional da saúde – Enfermeira): “Quando eu cheguei a pessoa já estava... foi contactado comigo por telefone, que a gente iria receber essa paciente... e que os demais pacientes do quarto, da enfermaria estavam rejeitando... só que se tratava de uma senhora, né, não era um homem... não tinha como colocar numa clínica masculina, tinha que colocar na feminina porque se tratava de uma senhora... Teve problemas com outros pacientes que estavam internados lá... mas eu identifiquei que o problema maior foi com uma enfermeira do setor... ela colocou na feminina, porém, como a gente tinha alguns leitos vagos na clínica, ela esvaziou uma enfermaria, só deixando uma paciente apenas e mais a trans, no caso... A gente acabou admitindo outros pacientes nessa clínica... a gente não deixou essa pessoa isolada... mesmo porque não tinha como, né? E a gente atendeu ela pelo nome social, o tempo todo...”

SD3 (Profissional da saúde: Enfermeira): “Era um homem, que tinha silicone, tinha peito, usava maquiagem, o cabelo era de mulher, usava outro nome, tudo de mulher... então era complicado, porque a gente ficava "eu chamo como?", eu mesma o tempo todo me confundia entre o ele e o ela, o senhor ou a senhora, "o senhor isso... eu voltava, a senhora"... então, é constrangedor, em todos os sentidos... na hora de encaminhar pro banho, eu encaminho pra qual banheiro, feminino ou masculino? Sendo que o banheiro, é um banheiro que eram três chuveiros... então, às vezes a gente levava um, mas tinha o outro, então ficava... como ela se vestia como mulher, era estranho... eu particularmente preferia quando não tinha ninguém no banheiro... até essa questão do nome mesmo... ele falava que gostava de ser chamado pelo outro nome, mas a gente ficava na dúvida... "eu chamo como?"; até pra gente não se confundir também... porque tinha pessoas com o nome igual, e a gente tem que chamar pelo nome que tá no prontuário...”

SD4 (Caroline): “Costuma ter a enfermaria feminina e a enfermaria masculina... e esse é um dos grandes problemas dos transexuais quando chegam nesses serviços, né? Serem colocados na enfermaria errado... porque de certa forma é uma agressão, né? Então eu devo ter ficado na errada, se a chefe de enfermagem queria colocar meu nome masculino... Eu não lembro, porque igual eu falei... meu acompanhante era amigo meu gay... que era pra ele exigir... eu ficou calado, eu nem tinha condições, mas eu tive que falar com ela, mandei chamar o médico... falei "não, não tô pedindo favor, estou pagando... paguei tudo aqui, então, eu quero que chame um médico... chama doutor Romiro pra mim"... resolveu, teve que colocar o nome feminino... se no consultório dele, tudo era no feminino... minha coisas tudo, todo mundo chama no feminino... eu exijo muito assim... mesmo que saibam meu nome masculino...”

Problematizar sobre banheiros e enfermarias parece não fazer sentido no cotidiano de pessoas cisgêneras. Entretanto, algo que pode parecer trivial e simples, como utilizar um banheiro ou ser internado(a) em uma enfermaria para tratar-se de um acidente ou de uma doença, para algumas pessoas pode tornar-se uma experiência dolorosa e constrangedora – e até servir como impedimento para a utilização desses espaços públicos – como acontece com as travestis e as(os) trans.

Como podemos perceber nas sequências discursivas destacadas acima, a questão da alocação dessas pessoas nas enfermarias femininas e masculinas e o encaminhamento para o banheiro feminino ou masculino foram motivo de dúvidas constantes nas entrevistas e conversas com os(as) trabalhadores(as) e os(as) profissionais de saúde. Em qual dos banheiros posso levar? Em que enfermaria devo alocar? E o que dizer para os(as) outros(as) pacientes? Como explicar aquela mulher com seios e pênis na enfermaria feminina? Não seria certo colocá-la na masculina, pois tem todo aspecto de mulher? Esses foram alguns questionamentos e problemas que tiveram de lidar quando, na clínica cirúrgica do hospital, uma mulher trans – aqui estamos respeitando a autoidentificação da pessoa, que se assume e é conhecida publicamente na cidade enquanto uma mulher trans – precisou ficar internada para tratar-se de uma fratura.

Nas conversas com as travestis e trans, essa pauta também é corriqueira e um grande motivo de preocupação, como Carol deixa claro na SD4. Nesse excerto, ela relata uma experiência que passou no hospital particular onde realizou sua cirurgia de implante de silicone. Precisou ficar internada por alguns dias e queriam colocar seu nome de batismo na placa de identificação do leito. Depois de algumas reclamações por parte dela, os/as funcionários/as concordaram em identificá-la com seu nome social.

Por que travestis e pessoas transgêneras causam tantos incômodos quando usufruem desses espaços públicos e coletivos? O que isso quer nos dizer? Qual a função das placas sobre

as portas dos banheiros? Que efeitos de verdade e poder acionam ou são acionados por elas? Como afirma Scott (1999, p. 11), os “modos como a sociedade representa o gênero servem-se dele para articular regras de relações sociais ou para construir o sentido da experiência”. E servem também para delinear ordens, divisões e simbolismos nas mais variadas instâncias sociais. Portanto, quando um banheiro e/ou uma enfermaria a ser usado por uma travesti ou um homem/mulher trans se tornam obstáculos que paralisam uma unidade de saúde e demandam uma reunião de equipe, o que está sendo posto à prova, na verdade, são as noções de gênero sob as quais nossa sociedade é construída, que naturalizam certas identidades e papéis sociais como normais e esperados – homem cisgênero masculino, mulher cisgênera feminina – e trata outras possibilidades, que fogem dessa normativa engessada, como estranhas, atípicas, anormais, aqueles(as) que desestabilizam a suposta ordem natural das coisas.

Como afirma Teixeira e Raposo (2007) os banheiros são espaços com elevada carga simbólica que objetivam determinadas ideias e práticas acerca da higiene, do meio ambiente e do corpo – já que são locais de depósito de excreções – perpassadas por marcadores de sexo e gênero. Conforme é sabido por qualquer um que circule em espaços coletivos, os banheiros públicos são usualmente separados por sexo, ao contrário dos banheiros das casas e espaços particulares, que tendem a ser unissexs. Areladas a essas diferenças estão toda uma cadeia de significantes cisheteronormativos que partem da noção de que: (a) essa divisão deva acontecer porque pessoas do mesmo sexo podem se ver nuas, mas pessoas de sexos opostos não, sob o risco de se despertar impulsos sexuais inapropriados para aquele espaço; (b) mulheres e homens tem hábitos íntimos e de higiene diferenciados, e isso se manifesta na própria construção arquitetônica do banheiro: alguns banheiros masculinos trazem mictórios abertos, e algumas poucas cabines, enquanto os banheiros femininos são todos feitos com cabines. Outro aspecto a se notar é que os fraldários e espaços para troca e higienização de bebês e crianças pequenas estão usualmente localizados dentro dos banheiros femininos, apontando a concepção sexista de que a pessoa responsável por cuidar do(a) bebê/criança é a mãe ou outra cuidadora mulher, excluindo homens/pais dessa responsabilidade.

Já as enfermarias cumprem a função de espaço de cuidado e reestabelecimento da saúde em caso de tratamentos mais demorados que requerem internação. O fato de encontrar-se hospitalizado/a já é um elemento gerador de angústia e ansiedade para grande parte das pessoas, pois o(a) doente encontra-se em situação de vulnerabilidade, apartado/a do ambiente familiar e, em muitos dos casos, sofrendo por desconfortos e dores físicas. Essa situação se agrava ainda

mais quando a pessoa em questão é uma travesti ou um(a) trans, pois além de lidar com todas as dificuldades físicas e emocionais concernentes ao seu quadro clínico e à internação, precisa, com frequência, defender e reafirmar sua identidade, que é questionada e muitas vezes, invalidada por trabalhadores e profissionais de saúde quando os(as) alocam nos espaços indevidos ou não fazem uso do nome social e dos pronomes adequados.

Como consta na Política Nacional de Saúde Integral LGBTT (2013, p. 16):

Os desafios na reestruturação de serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS serão relativamente fáceis de serem superados. Mais difícil, entretanto, será a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças.

Faz-se urgente, portanto, repensar a configuração desses espaços desvinculando-os das noções binaristas de gênero. É preciso pensar essas identidades e essas experiências para além dos seus corpos biológicos, entendendo-os em suas individualidades, subjetividades e complexidades.

5.6 “Fui tomando os hormônios por indicação de amigas que já tomou e deu certo”: tecnologias do gênero e automedicação na vivência trans e travesti

SD1 (Louranya): “eu me identificava como mulher, como trans... e aos poucos eu fui fazendo a transformação... ai o uso de hormônio, não foi por um especialista, pelo médico... não passei pelo médico, fui tomando por indicação de amigas que já tomou, que deu certo (...) eu comecei meus hormônios tem uns dois anos e meio... vai fazer três anos... tem pouco tempo... porque? O medo... eu tinha o maior medo de tomar, acontecer alguma coisa...”

SD2 (Caroline): “Nunca gostei muito de me hormonizar, na verdade... eu nunca fiz um tratamento hormonal mesmo, sério... já tomei de forma esporádica... porque eu creio que não me faz bem... é bem agressivo... ai eu sentia a necessidade de ter peito, de ter seios... ai foi quando eu viajei a primeira vez... eu fui pra Londrina, trabalhei, consegui o dinheiro e coloquei a prótese e vim aqui pra Jequié (...) eu aprendi muito com esse tempo morando fora... eu sempre falo que por mais coisas negativas que aconteçam na vida, a gente tem que absorver muita coisa... você tem que aprender a crescer com isso, de alguma forma... eu aprendi muito em relação a tudo... até a hormonizar, que eu não gosto, mas às vezes eu me aplicava hormônios, essas coisas..”

SD3 (Trabalhadora de saúde – secretária/atendente): “Eu já presenciei uma vez assim... eu fiquei na curiosidade, né? A paciente era trans, e 'ele' usava bumbum de silicone... tinha prótese... ai o médico passou uma medicação pra 'ele', ai eu entrei, pra pegar a ficha, né? Ai entrei, ele tinha medicado a paciente e ela tava na sala de medicação... ai a auxiliar veio confirmar com o médico como é que faria porque 'ele' usava prótese, pra não perfurar a prótese com injeção... ai o médico falou assim "então você dá no deltoide, no braço..." ai eu fiquei na curiosidade... depois que a menina saiu, eu perguntei assim... "oh doutor, e se fosse uma quantidade grande, como uma Benzetacil, que não pode ser no braço, como é que iria fazer?" , ai ele disse assim "ai ela ia se lascar pra lá, porque ninguém mandou ela botar prótese"... ele me respondeu dessa forma, ai eu continuei a interrogação em mim, como é que iria fazer, se fosse esse o caso? Eu continuei com a dúvida, mas foi chegando gente na sala e eu deixei pra lá...”

Em seu livro “Manifesto Contrasexual” Paul B. Preciado (2014) faz uma longa reflexão sobre a questão da tecnologia atrelada à vivência humana e contraposta à ideia de primitividade,

atraso, subdesenvolvimento. Para tanto, Preciado discute a partir de Haraway (1998, p. 9 apud Preciado, 2014, p. 148) que define a tecnologia como sendo “a totalidade dos instrumentos que os homens fabricam e empregam para realizar coisas”, ideia essa que serviria de contraponto para as noções aparentemente estáveis de natureza humana e diferença sexual. Preciado (2014, p. 148) ressalta ainda que a noção de tecnologia advém do discurso europeu e colonialista, que avalia por meio desse parâmetro “o grau de cultura, e racionalidade e de progresso alcançado pelos povos” e portanto, aqueles(as) que não teriam acesso à tecnologia seriam entendidos como partes da natureza, e portanto, poderiam ser dominados e explorados.

Partindo desse pressuposto, Preciado (2014) entende a tecnologia como sendo um elemento estruturante, que vai organizar a relação entre espécies (humanas/não humanas), gênero (homem/mulher), raça (branco/negro) e cultura (avançada/atrasada). A noção de tecnologia associada ao sexo nasce dos estudos de Haraway (1998) acerca da antropologia colonial dos séculos XIX-XX, onde constatou que o corpo masculino era definido mediante a relação que estabelecia com a tecnologia, “que o instrumentalizava, prolongava e, inclusive, o substituía”. Haraway (1998, p. 149) salientava ainda que, no contraponto, o corpo feminino foi construído a partir não do corpo masculino, mas do primata fêmea, sendo considerado como desprovido de qualquer “sofisticação instrumental”, e definido apenas como aparato sexual, em função da atividade sexual e da gestação.

O corpo feminino, como afirma Preciado (2014), desde então tem sido controlado e regulado pelas tecnologias culturais, quais sejam: práticas específicas da sexualidade, os regimes de contracepção e de aborto, os tratamentos médicos e religiosos do parto, entre outros. O movimento feminista, no início dos anos 1970, vai levantar-se contra essa tendência, visando a reapropriação tecnológica do corpo das mulheres e a partir daí, passa-se a discutir o que pode ser considerado natural ou tecnologicamente forjado no gênero feminino (essencialismo x construtivismo).

Entretanto, opondo-se a essa visão binarista, Preciado (2014, p.157) baseando-se em Foucault defende que “não é possível isolar os corpos das forças sociais de construção das diferenças sexuais”. O orgânico e o mecânico se misturam e as tecnologias passam a ser utilizadas nos controles e produções dos corpos. Esse fenômeno batizado por Foucault como biopolítica, se manifesta nas formas de implantes, hormônios, transplantes de órgãos, vacinas e antivírus, entre outros. Entre todas essas questões, aqui destacaremos os hormônios e

falaremos brevemente sobre a questão das próteses na experiência da transgeneridade e da travestilidade.

Preciado (2014) considera que o objetivo das biotecnologias atuais é a estabilização das categorias cisheteronormativas de sexo e de gênero, que se manifestam por meio da medicalização e da patologização das identidades e sexualidades dissidentes. Para barrar essa ação, ele destaca que é necessário retirar os hormônios sexuais – que ela entende como “drogas político-sociais” – da custódia das “instituições sociais heteronormativas”. Para tanto defende o uso dessas tecnologias para “a transformação radical dos corpos e a interrupção da história da humanidade como naturalização das várias formas de opressão (naturalização da classe, da raça, do sexo, do gênero, da espécie, etc.)” (PRECIADO, 2014, p. 41-42).

Apesar de Preciado (2014) levar ao extremo o uso das biotecnologias, o raciocínio que ele faz para explicar o domínio e uso dessas técnicas por certas categorias profissionais e para certos fins nos ajudam a entender o motivo pelo qual a automedicação é um fenômeno tão comum entre travestis e trans. Para subverter às lógicas de controle e categorização, que definem e delimitam quem pode ou não usufruir dos hormônios, a população transgênera não apenas se empossa dessas substâncias, mas utiliza-se delas de formas alternativas, combinando uma ou mais, alterando a dosagem, testando diferentes laboratórios e formas de ingestão (via oral na forma de comprimidos ou via parenteral na forma de injeções), abrindo possibilidades para a produção de novas substâncias. Para além de uma automedicação, e da perversão dos domínios e usos tradicionais desses fármacos, essa reapropriação por parte das travestis e trans indica uma estratégia de poder contra essa lógica biomédica e farmacológica tradicional (CONRAD, 2005).

Entretanto, é preciso ponderar também sobre os impactos disso na saúde dessa população. Como relatam Louranya e Caroline nas sequências discursivas 1, 2 e 3, apesar de afirmarem fazer uso próprio de hormônios femininos, elas relatam que tinham/tem certo medo/receio acerca dos impactos dessas substâncias em seus corpos. Apesar de serem elementos importantes nas construções das estéticas desejadas, não o fazem sem certos efeitos colaterais. De acordo com Giestas e Palma (2012), em estudo realizado na área de endocrinologia, o uso de hormônios sexuais como estrogênio e progesterona por mulheres trans pode desencadear ou agravar: doença tromboembólica, doença hepática severa, cancro da mama, doença arterial coronária, doença cerebrovascular e enxaquecas severas. Já o uso de testosterona por homens trans pode causar: cancro da mama ou do útero, doenças hepáticas

severas, doença arterial coronária e doença cerebrovascular. Portanto, para um tratamento hormonal com menor impacto na saúde geral e mais assertividade em relação aos efeitos desejados, é necessário o acompanhamento periódico com endocrinologista e equipe multiprofissional.

O Ministério da Saúde, em 2008, instituiu o Processo Transexualizador no SUS por intermédio da Portaria GM/MS nº 1.707, que não contemplava inicialmente as travestis. Em 2013, essa Portaria de 2008 foi revogada e substituída pela Portaria GM/MS nº 2.803, incluindo as travestis e redefinindo e ampliando os cuidados, estipulando procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais a serem ofertados pelo sistema público, a constar: acompanhamento clínico multiprofissional, tratamento hormonal, cirurgia de redesignação sexual e implantes de próteses de silicone. Entretanto, o SUS em razão de todos os obstáculos citados nesse trabalho – problemas de estrutura, dificuldades de acesso, oferta insuficiente de recursos e procedimentos, desconhecimento e falta de preparo dos profissionais, condições e/ou critérios muito rígidos que não contemplam a diversidade dos sujeitos que querem se submeter ao tratamento – falha em oferecer esse tipo de serviço às pessoas transgêneras. Como afirma Pinto *et al* (2017), esses fatores levam tal público a se submeter a tratamentos/procedimentos por conta própria, através da indicação de outras travestis e amigas(os) transgêneras que já testaram e recomendam o que funcionou ou não, ou por meio da própria web, que reúne páginas e grupos nas redes sociais dedicados a compartilhar dicas de hormonização e de outras técnicas e formas de alterar o rosto e o corpo.

Vale destacar que a hormonização é apenas um dentre os vários procedimentos que acontecem fora dos serviços de saúde. Outro que merece destaque é o uso de silicone industrial, especialmente por parte das travestis e mulheres trans, para adquirir contornos corporais mais arredondados e femininos. No presente estudo, as travestis e mulheres trans entrevistadas não manifestaram o uso dessa substância, mas o silicone industrial consta na literatura nacional como sendo um problema de saúde pública concernente a essa população. Conforme relatam Pinto *et al*. (2017, p. 2), o silicone industrial – que é usado costumeiramente para a lubrificação de máquinas, a lustração de painéis e de rodas de automóveis, e a vedação na construção civil – tem sido utilizados pelo público transgênero desde 1980 no Brasil, sendo responsável por várias complicações de saúde tais como infecções, migração do produto para outras áreas do corpo, deformidades, siliconomas, necroses teciduais, embolia pulmonar e até a morte. Apesar de todos esses riscos, o silicone industrial continua a ser utilizado por seu efeito imediato e por

seu baixo custo, substituindo as próteses de silicone, que costumam ser caras e inacessíveis para a maioria das usuárias.

Portanto, o que se observa é ainda a existência de dificuldades e muita discriminação permeando a relação de profissionais com usuários(as) travestis e trans. Dessa forma, faz-se necessário abrir espaço para a consideração dessas performances, saberes e desejos nos espaços de saúde, acolhê-los em toda a sua diversidade e aprender com as vivências que travestis e trans acumulam por meio das suas tentativas e experimentações com seus corpos. É indispensável também reconhecer essas demandas de saúde como aspectos fundamentais para a construção da identidade de gênero e da subjetividade desses sujeitos. Para tanto, é preciso democratizar o acesso aos procedimentos do Processo Transexualizador, especialmente às terapias hormonais, que exigem menos recursos e estrutura hospitalar. É somente se adequando à essas necessidades básicas que o SUS conseguirá promover uma saúde integral para essa parcela da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

" A ciência nunca resolve um problema sem criar pelo menos dez outros”

(George Bernard Shaw⁶)

Uma pesquisa nunca está acabada. Não está e nem se pretende assim, porque o ato de pesquisar é, por si só, um eterno movimento. É dialético, pois, conforme à medida que buscamos responder nossas perguntas e inquietações iniciais, novas questões florescem ao longo do caminho, interesses diversos surgem à medida que adentramos no tema, outros incômodos aparecem... portanto, esta seção do texto, que pretensamente deveria conter conclusões e fechamentos, está longe de cumprir essa função.

E para além dessa questão, os estudos de gênero, pós-críticos e *Queer*, abordagens teóricas e autores(as) que serviram de fonte e inspiração para compor esse trabalho, partem do pressuposto de que, como se refere Guacira Louro (2007, p. 237), “um texto sempre pode ser interpretado diferentemente, sempre pode ser interpretado outra vez, e ainda outra vez e mais outra... Um texto desliza, escapa”. E assim também se comportam o material empírico, as análises e os olhares que lançamos para nossos sujeitos e objetos de pesquisa e os materiais coletados: estão sempre subordinados a múltiplas interpretações, a novas leituras. Dessa forma, ao invés de me lançar à incauta tarefa de tentar concluir este trabalho, prefiro elaborar sobre um ponto: o que ficou de todo esse processo?

Resgato, então, a questão norteadora desse trabalho para traçar algumas reflexões a partir dela. Quando iniciei essa empreitada, queria entender quais os marcadores da diferença se apresentavam na relação entre travestis e pessoas transgêneras e trabalhadores(as) e profissionais de saúde. Partindo do entendimento de que travestis e trans, assim como quaisquer outras pessoas, estão submetidas a variados eixos de diferenciação e subordinação, o objetivo deste estudo era identificar, para além do marcador óbvio da identidade de gênero, que outros fatores se multiplicavam ou se entrecruzavam para produzir vantagens ou desvantagens no acesso e cuidado nos espaços públicos de saúde. Que outros aspectos influenciavam nessa relação com os/as trabalhadores/as e profissionais? E, por consequência, o que essas pessoas,

⁶ ARRUDA FILHO, R. A sabedoria de George Bernard Shaw em sessenta frases. **Raul e a literatura** (blog). 16 out. 2016. Disponível em: <http://raulealiteratura.blogspot.com/2013/10/a-sabedoria-de-george-bernard-shaw-em.html>. Acesso em 14 jul. 2019

que estão em um serviço público prestando assistência e oferecendo cuidados de saúde entendem sobre essas questões de gênero? Que concepções são estas, que habitam o campo de saber desses(as) profissionais/trabalhadores(as) e forjam práticas e ações, moldando modos de cuidado no âmbito da saúde pública?

Quando escolhemos o campo da saúde como local investigativo deste trabalho, o que pude perceber de forma mais evidente foi que, embora no âmbito das políticas públicas de saúde tem havido uma tendência e um esforço para o reconhecimento das singularidades identitárias – como raça, gênero e geração –, estas, de forma geral, não são compreendidas interseccionalmente. Isso acontece porque os planos e iniciativas voltados para essas minorias raramente são elaborados objetivando compreender as múltiplas diferenças e desigualdades que se multiplicam e interagem no contexto social, provocando diversos níveis de discriminação, segregação e exclusão social.

Como pautar, então, políticas e práticas que contemplem as idiosincrasias de grupos que não são reconhecidos na noção universal de sujeitos de direitos? Como garantir equidade de acesso e tratamento nos serviços públicos de saúde quando a própria sociedade não identifica como inteligíveis aqueles sujeitos que não se enquadram nas normas de coerência binária e cisheteronormativa que organizam a vida social? Como proceder quando a subversão e a quebra desses padrões se dão numa perspectiva interseccionada? Os serviços de saúde estão preparados para uma Louranya? Uma Margô? Uma Caroline? E tantas outras por aí, não nomeadas no campo do vivido, mas que representam toda uma categoria de pessoas, que com suas particularidades e múltiplos eixos de existência-resistência, não têm lugar nos programas e ações formulados pelos governos para jovens/negras/pobres/LGBT, inclusive no âmbito das políticas de saúde.

O que esse trabalho nos apontou, e que está em consonância com as pesquisas de temáticas semelhantes desenvolvidas no âmbito nacional, é que o campo das políticas públicas, apesar de seus avanços em termos de cartilhas e manuais implementando as necessidade de atenção e atendimento à públicos diferenciados, em termos práticos, ainda é um terreno repleto de desafios e impasses, quando o que está em nosso horizonte são serviços públicos de qualidade, sem privilégios de classe/escolarização, raça/etnia, orientação sexual/identidade de gênero e nacionalidade/filiação religiosa, entre outros.

Por meio das entrevistas e análises do material empírico, pode-se perceber que os(as) profissionais e trabalhadores(as) de saúde ainda possuem dificuldades para lidar com as identidades de gênero e orientações sexuais que divergem da norma. Observou-se nas respostas dos(as) entrevistados(as), que mesmo expondo definições e conceitos, de um modo geral, possuem uma visão muito restrita acerca do fenômeno da transgeneridade e da travestilidade, não conseguindo compreender a questão da identidade de gênero como base constituinte das subjetividades e, por consequência, das identidades desses indivíduos. As respostas apontaram ainda a persistência do discurso médico e biologizante, fundamentados na cisheteronormatividade e no binarismo de gênero para pautar as noções de normalidade.

Apesar das conquistas dos últimos anos referentes à derrubada das exigências para a regulamentação do nome social em documentos civis, bem como a retirada da transgeneridade das categorias de transtorno mental do CID e do DSM, a patologização do gênero permanece operando com grande força, enraizada no imaginário de boa parte da população, exemplificada nesse trabalho por intermédio das concepções de trabalhadores(as) e profissionais de saúde. Outras noções que estes(as) também revelaram foi a associação de pessoas travestis e trans com as categorias de imoralidade e escândalo, que estão diretamente vinculadas a um discurso de viés religioso e moralista, não concebendo outras possibilidades de gênero e sexualidade para além do binarismo cisheteronormativo.

Essa pesquisa também revelou a ineficiência das universidades, faculdades na formação de seus estudantes acerca das questões de gênero e sexualidade. Deflagrou a incompetência dos currículos em lidar com corporeidades e performances de gênero que embaralham os marcadores considerados femininos e masculinos e divergem do binarismo tradicional homem/mulher. Como preparar profissionais e trabalhadores(as) de saúde para lidar com as diferenças, se isso não é ensinado? Como subverter as normas hegemônicas – masculina, branca e cisheterossexista – que ainda fundamentam as práticas e teorias de ensino e educação e descolonizar esses espaços a fim de formar recursos humanos mais preparados para lidar com a diversidade – negros(as), mulheres, transgêneros(as), travestis, indígenas, entre tantos outros – que não se encaixam nas padronizações?

O que se pode perceber é que essas vivências trans e travestis nos espaços institucionais de saúde incomodam a ponto de mexer nos rígidos modos de funcionamento de um hospital: causando curiosidade, olhares e fofoca, quando uma travesti desfila performaticamente com seus saltos altos nos corredores; reuniões extraordinárias entre equipes, quando uma mulher

trans se acidenta e precisa ser internada; desconfortos e quebra de padrões quando precisam rever seus conceitos e entender a vivência particular e subjetiva daquela pessoa que chega e confunde a todos(as) com “seus seios e seu pênis”. Que nome chamar? Em qual banheiro levar? Em que enfermaria internar? Atônitos(as), os(as) trabalhadores(as) e profissionais ao se defrontarem com essas questões, precisaram sair de seus modos automatizados de agir e procurar maneiras para lidar com a situação. E é diante do conflito, da pergunta e da dúvida que a mudança, aos poucos, vai acontecendo.

Ao me deparar com as narrativas de Margô, Carol e Louranya pude contestar enquanto profissional de saúde, as minhas próprias noções acerca da transgeneridade e da travestilidade e rever meus conceitos. Descortinaram para mim um mundo de possibilidades de vivências de seus gêneros e de seus corpos, diferentes modos de se harmonizar ou não se harmonizar, de se autoneomarem, de lidar com as questões concernentes à transição, de se relacionarem com o sistema de saúde e com seus agentes, de se colocarem nos espaços, de se empoderarem e exigirem reconhecimento. Com suas várias facetas identitárias, demarcaram múltiplos eixos de diferenças que operam tanto na produção de potências de vida quanto na produção de exclusão e invisibilidade.

É importante frisar, que dada à complexidade das categorias interseccionalidade e marcadores sociais da diferença, esse trabalho esbarrou em algumas questões de ordem prática que podem ter limitado um pouco a discussão. A primeira delas é o fato de que as colaboradas travestis e mulheres trans que participaram desse trabalho tiveram oportunidade de estudar: Margô e Carol concluíram o ensino médio e Louranya cursou o ensino superior e, nesse sentido, são mais escolarizadas do que 82% das travestis e pessoas trans, que segundo dados da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), abandonam a escola entre os 14 e os 18 anos. (EDUCAÇÃO TRANS, 2013) O fato de terem tido maior acesso à educação pode ter colaborado para buscarem seus direitos e se imporem na busca de melhores condições de saúde.

Outro diferencial é que, mesmo com algumas dificuldades, as três colaboradoras tinham um nível socioeconômico razoável, dispoendo de moradia própria e suporte social e familiar. Não se encontravam em situação de pobreza e vulnerabilidade, e moravam em bairros com esgoto e água tratada, apresentando boas condições de sobrevivência. Tudo isso favorece melhores condições de saúde e de acesso.

Diante da renda de seu trabalho como acompanhante do sexo, Carol conseguia acessar clínicas privadas eventualmente, bem como arcar com certos procedimentos de “capital corporal”, como próteses de silicone, depilações e procedimentos de beleza. Louranya utilizava-se do fato de ser muito conhecida e influente na cidade, por ser funcionária pública e assim conseguir acessar alguns recursos de saúde que não estavam disponíveis facilmente no SUS. Margô usava-se da sua passabilidade e do seu nome de registro neutro para circular em diferentes espaços sem maiores transtornos.

Portanto, as travestis e mulheres trans que participaram desse trabalho tinham, cada uma à sua forma, certos privilégios, o que pode ter restringido e/ou impedido a análise de outras categorias de opressão da vivência travesti e transexual na relação com o Sistema de Saúde. Outro ponto de limitação que deve ser apontado aqui foi o fato de nos restringirmos a analisar as vivências de mulheres trans e travestis, não incorporando nessa discussão as experiências de homens trans, que apresentam outras demandas e especificidades em sua relação com a saúde.

Para finalizar, faço minhas as palavras de Louro (2003, p. 52):

Temos de aprender a ser modestos e, ao mesmo tempo, a estarmos atentos em relação ao caráter político de nossas ações cotidianas. Precisamos prestar atenção às estratégias públicas e privadas que são postas em ação, cotidianamente, para garantir a estabilidade da identidade "normal" e de todas as formas culturais a ela associadas; prestar atenção às estratégias que são mobilizadas para marcar as identidades "diferentes" e aquelas que buscam superar o medo e a atração que nos provocam as identidades "excêntricas". Precisamos, enfim, nos voltar para práticas que desestabilizem e desconstruam a naturalidade, a universalidade e a unidade do centro e que reafirmem o caráter construído, movente e plural de todas as posições. É possível, então, que a história, o movimento e as mudanças nos pareçam menos ameaçadores.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Sylvia Maria Godoy; VIEIRA, Fernanda de Sousa; BRANCALEONI, Ana Paula. Percepções acerca da condição de vida e vulnerabilidade à saúde de travestis. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 525-535, set., 2013.

ANGROSINO, Michael.; FLICK, Uwe. (Coord.). **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BAHIA (Estado). Secretaria da Saúde. Hospitais. **Hospital Geral Prado Valadares**. Site, s.d. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hospital-geral-prado-valadares/>. Acesso em 11 jul. 2019.

BARBOSA, Bruno Cesar. **Nomes e diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo: São Paulo, 2010.

BARROS, Regina Benevides de; PEREIRA, Eduardo Henrique Passos. Verbetes **Humanização**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde Observatório dos Técnicos em Saúde da Fiocruz Apoio: MS e OPAS Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

BENEDETTI, Marcos Renato. **Toda feita: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENJAMIN, Walter. O narrador. In: Benjamin W, Horkheimer M, Adorno T, Habermas J. **Os pensadores**. São Paulo: Editor Victor Civita, 1975, p.63-82

BENTO, Antônio. A língua da correção política. In: SERRA, P.; FERREIRA, I. (org.). **Retórica e mediatização: da escrita à internet**. Covilhã: LabCom; Universidade da Beira Interior, 2008.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro, Garamond, 2006.

BERTH, Joice. **O que é empoderamento?** Letramento, Belo Horizonte (MG), 2018.

BRAH, Avtar.; PHOENIX, Ann. Ain't I a woman? Revisiting Intersectionality. **Journal of International Women's Studies**, v. 5, n. 3, p. 75 – 86, Maio 2004.

BRANDÃO, Helena. **Introdução à Análise do Discurso**, Campinas, SP: Editora da Unicamp, Ed. 2004 e 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde**. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde: 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.707/GM, de 18 de agosto de 2008.** Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de agosto de 2008.

_____. Conselho nacional de saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília, DF.2010.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013.** Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 21 Nov 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. CNES: **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.** CNESnet. Site. s.d. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=291800&NomeEstado=BAHIA. Acesso em 26 ago. 2019.

BRITO, Camila Pina. **“Já é negro e ainda quer ser travesti?”** – Experiências trans de mulheres negras. 2016. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade. Jequié, 2016.

BOGDAN, Roberto; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação.** Tradução Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Porto: Porto Editora, 1994.

BUTLER, Judith. **Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo".** In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade.** 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000, p. 151-172.

_____. **Desdiagnosticando o gênero.** Traduzido por André Rios. **Physis** [online], v.19, n.1, pp.95-126, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a06.pdf>. Acesso em 15 jul. 2019.

_____. **Regulações de gênero.** **Cad. Pagu,** Campinas, n.42, p.249-274, jun. 2014.

_____. **Quadros de guerra:** quando a vida é passível de luto. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

_____. **Problemas de gênero:** feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016. (Sujeito e História).

CRENSHAW, Kimberlé. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. **Stanford Law Review**, v. 43, p. 1241 – 1299, jul. 1991.

_____. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.10, p.171-188, jan. 2002.

COLLINS, P. H. Se perdeu na tradução? Feminismo negro, interseccionalidade e política emancipatória. **Parágrafo:** Revista Científica de Comunicação Social da FIAM-FAAM, v. 5, n. 1, p. 6–17, 29 jun. 2017.

CONRAD, Peter. The Shifting Engines of Medicalization. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 46, n. 1, pp. 3–14, Mar. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Transexualidade não é transtorno mental, oficializa OMS.** Site. Publicado em 22 maio 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/transexualidade-nao-e-transtorno-mental-oficializa-oms/>. Acesso em 26 ago. 2019.

CONSULTOR JURÍDICO. **CNJ regulamenta alterações de nome e sexo no registro civil de pessoas transexuais.** Site. 29 jun. 2018. Disponível em <https://www.conjur.com.br/2018-jun-29/cnj-regulamenta-alteracoes-nome-sexo-registro-transexuais>. Acesso em: 27 ago. 2019.

DICIONÁRIO. Dicionário de sinônimos online. **Escândalo.** Site. s.d. Disponível em: <https://www.sinonimos.com.br/escandalo/>. Acesso em 26 ago 2019.

DUQUE, Tiago. **Gêneros incríveis:** identificação diferenciação e reconhecimento no ato de se passar por.2013. 2018 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Departamento de Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2013.

GIL, Beatriz Daruj. O Rio de Janeiro e a mulher no léxico das canções de bossa nova. **Domínios de Lingu@gem**, Uberlândia, v. 10, n. 1, p. 202-218, jan./mar. 2016.

FERREIRA, Breno de Oliveira; PEDROSA, José Ivo dos Santos; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-10, jan./mar., 2018.

FERREIRA, Syndell Cássia Cruz. **O Processo Transexualizador no SUS e a saúde mental de travestis e transexuais.** 2018. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade do Estado do Pará, Belém-PA, 2018.

FERNANDES, Beth. Educação popular em saúde LGBTT: um diálogo da sociedade civil com os Postos de Saúde em Goiânia. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 29-39, mar, 2017.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Pense SUS. **Integridade**. Site. s.d. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/integralidade>. Acesso em 26 ago. 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade III: O cuidado de si**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. O sujeito e o poder. In P. RABINOW e H. DREYFUS. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 231-249, 1995.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999

_____. **Os anormais: curso Collège de France (1974 - 1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p.479.

_____. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: MOTTA, Manoel Barros da. **Foucault: ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense, p. 264-287, 2006.

_____. **A Arqueologia do Saber**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012a, p.47.

_____. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2012b.

_____. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. **Adolescência em discurso: mídia e produção de subjetividade**. 1996. 297f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande de Sul. Porto Alegre, 1996.

_____. Mídia e educação da mulher: uma discussão teórica sobre modos de enunciar o feminino na TV. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 586-599, 2001.

FREIRE, Eduardo Corsino; ARAUJO, Fátima Cristina Alves de; SOUZA, Ândrea Cardoso de; MARQUES, Dalvani. A clínica em movimento na saúde de TTTs: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros. **Saúde debate**, Vol.37, n.98, 2013.

GAMSON, Joshua. As sexualidades, a Teoria *Queer* e a pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman et al (org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa**. Teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.345-362

GEERTZ, Clifford. Estar lá, escrever aqui. **Diálogos**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.58-63, 1989.

GEISLER, Adriana Ribeiro Rice; REIS, Valéria Lagrange Moutinho dos; SPERLIN, Stephan. Cidadania e democracia sanitária: refletindo sobre o direito à saúde da população “trans” numa perspectiva de integralidade. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 242-251, 2013.

GIESTAS, Anabela; PALMA, Isabel. Tratamento endócrino no transtorno de identidade de gênero. **Acta Obstet Ginecol Port**; v. 6, n. 4, p. 180-187, 2012.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC, 1988

HARAWAY, Donna. "Gênero" para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 22, p. 201-246, jun. 2004.

HONNETH, Axel. **Luta por Reconhecimento**. A gramática moral dos conflitos sociais. 2ª ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília, 2012.

JEQUIÉ. Prefeitura Municipal. **Lei Municipal n 1.771 de 30 de abril de 2008** que cria o Quadro de Carreira Técnica do Cento de Referência em Saúde Sexual de Jequié - DST/AIDS e dá outras providências. Disponível em: <http://leismunicipa.is/rbcjh>. Acesso em 15 jul. 2019.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 90-113

KULICK, Don; KLEIN, Charles. **Escândalo: a política da vergonha em meio às travestis brasileiras**. / Escândalo: la política de la vergüenza entre los travestis brasileños *In* Brazil: politics of exclusion and inclusion / Brasil: políticas de exclusão e inclusão / Brasil: políticas de exclusión e inclusión **Anales - Instituto Ibero Americano**, n. 13, 2010, p. 9-45.

KULICK, Don. **Travesti – prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

LEITE JUNIOR, Jorge. Travestis brasileiras e exotismo sexual. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 50, n. 1, p. 41-47, 2014.

LIONCO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saude Soc.**, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 11-21, jun. 2008 .

LOURO, Guacira Lopes. Segredos e mentiras do currículo. Sexualidade e gênero nas práticas escolares. In Luiz Heron Silva (org.), **A escola cidadã no contexto da globalização**. Petrópolis: Vozes, 1998, p.33-47

_____. Conhecer, pesquisar, escrever... **Educação, Sociedade & Culturas**, v. 25, p. 235-245, 2007.

_____. Currículo, gênero e sexualidade: o 'normal', o 'diferente' e o 'excêntrico'. In: LOURO, Guacira Lopes; FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana Vilodre (Org.). **Corpo, gênero**

e sexualidade: um debate contemporâneo na educação. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 41-52.

_____. **Um corpo estranho:** ensaios sobre sexualidade e Teoria *Queer*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

MEYEROWITZ, Joanne. **How sex changed:** A history of transsexuality in the United States. Cambridge: Harvard University Press, 2002.

MISKOLCI, Richard. **Teoria *Queer*:** um aprendizado pelas diferenças. Belo Horizonte: Autêntica Editora/UFPO, 2012. (Série Cadernos da Diversidade, 6)

MOREIRA, Antônio Flávio Barbosa; SILVA, Tomáz Tadeu. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa; SILVA, Tomáz Tadeu da (org.). **Currículo, cultura e sociedade.** 12. ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 13-47.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **O trabalho do antropólogo.** Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP, 1998.

OLIVEIRA, Marcos de Jesus. Uma etnografia sobre o atendimento psicoterapêutico a transexuais. **Rev. Estud. Fem.** [online]. v.22, n.3, pp.839-862, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v22n3/07.pdf>. Acesso em 15 jul. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde, 2006:** trabalhando juntos pela saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, OMS, 2007.

OLIVEIRA, Geane Silva; NOGUEIRA, Jordana de Almeida; COSTA, Gilka Paiva de Oliveira; SILVA, Francisca Vilela da, ALMEIDA, Sandra Aparecida de. Acesso de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 19: e3295, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33109>. Acesso em 15 jul. 2019.

PAIVA, André Luiz dos Santos; FÉLIX-SILVA, Antonio Vladimir. Produção protética dos corpos: experiências trans e políticas de saúde. **Revista Ártemis**, v. 18, n. 1, 2014.p. 251-263, jul-dez., 2014.

PARAISO, Marlucy Alves. Pesquisas pós-críticas em educação no Brasil: esboço de um mapa. **Cad. Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 122, p. 283-303, ago. 2004.

PELÚCIO, Larissa. **Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS** / Larissa Pelúcio. -- São Carlos : UFSCar, 2007.

_____. Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de Aids. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 1, 2009.

_____. Exótica, erótica e travesti – nacionalidade e corporalidade no jogo das identidades no mercado transnacional do sexo. In: A.L. de CASTRO (org.), **Cultura contemporânea, identidades e sociabilidades:** olhares sobre corpo, mídia e novas tecnologias. São Paulo, Cultura Acadêmica/UNESP, 2010, p. 197-213

_____ Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à Aids. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 76-85, mar. 2011.

PEREIRA, Edson Oliveira; FERREIRA, Breno de Oliveira; TAJRA, Fábio Solon; ARAÚJO, Zaira Arthemisa Mesquita; FREITAS, Flávia Rachel Nogueira de Negreiros; PEDROSA, José Ivo dos Santos. Caminhos e vivências de investigação acerca da saúde da população LGBT em uma capital do nordeste brasileiro. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 41-49, jan-mar., 2017.

PINTO, Thiago Pestana; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso; BARROS, Claudia Renata dos Santos; MARTINS, Ricardo Barbosa; SAGGESE, Gustavo Santa Roza; BARROS, Daniel Dutra de; VERAS, Maria Amélia de Sousa Mascena. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, 2017.

PRECIADO, Beatriz. Multidões *Queer*: notas para uma política dos “anormais”. Tradução: Cleiton Zóia Münchow e Viviane Teixeira Silveira. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. : 11-20, janeiro, abril/2011.

PRECIADO, Beatriz. **Manifesto Contrassexual**: Políticas subversivas de identidade sexual. São Paulo: N-1 Edições, 2014.

PRINS, Baukje; MEIJER, Irene Costera. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 155-167, Jan. 2002.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, maio, 2017.

RUBIN, Gayle. Pensando sobre sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. **Cadernos Pagu**, 21, 01-88, 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SAMPAIO, Juliana Vieira; GERMANO, Idilva Maria Pires. “Tudo é sempre de muito!”: produção de saúde entre travestis e transexuais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 453-472, agosto 2017.

SANTOS, Adelyany Batista dos; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4545-4554, nov., 2014.

SANTOS, Luis Henrique Sacchi. Sobre o etnógrafo-turista e seus modos de ver. In: COSTA, Marisa V.; BUJES, M^a Isabel (org.). **Caminhos Investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras**. Rio de Janeiro, DP&A, 2005.

SANTOS, Valdeci. O que é e como fazer uma revisão de literatura na pesquisa teológica. **Fides Reformata**, XVII, n 1, p. 89-104, 2012.

SILVA, Livia Karoline Morais da; SILVA, Ana Luzia Medeiros Araújo da; COELHO, Ardigleusa Alves; MARTINIANO, Claudia Santos. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 835-846, jul., 2017.

SIQUEIRA, Sandra Aparecida Venâncio de; HOLLANDA, Eliane; MOTTA, José Inácio Jardim. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, maio 2017.

SOUSA, Patrícia Juliana de; FERREIRA, Luiz Oscar Cardoso; SA, Janilson Barros de. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2239-2251, agosto 2013.

SOUZA, Martha Helena Teixeira de; SIGNORELLI, Marcos Claudio; COVIELLO, Denise Martin; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2277-2286, julho 2014.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

TEIXEIRA, Adla Betsaida Martins; RAPOSO, Ana Elvira Steinbach Silva. **Banheiros escolares: promotores de diferenças de gênero**. In: 30a. Reunião Anual da Anped, **Anais.... Anped**, 2007.

VERAS, Elias Ferreira; GUASH, Oscar. A invenção do estigma do travesti no Brasil (1970 – 1980). **História, histórias**, Brasília, vol. 1, n. 5, p. 39-51, 2015.

VERGUEIRO, Viviane. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade**. 2015, 244f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2015.

WIKIPÉDIA. Jequié. Site. s.d. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Jequi%C3%A9>. Acesso em 27 ago. 2019.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DE SAÚDE)**

Prezado(a) Senhor(a), me chamo Isadora Alves Cotrim, sou mestranda do Programa de Relações Étnica e Contemporaneidade da UESB e estou realizando juntamente com a Profa. Dra. Raquel Souzas e Prof. Dr. Marcos Lopes de Souza o estudo “Escandalizando o SUS: Marcadores Sociais da Diferença em pessoas transgêneras no acesso à saúde” cujos objetivos são compreender como se constitui a relação entre usuários(as) travestis e transexuais (pessoas que não se identificam com o sexo em que nasceram, logo realizam intervenções médicas para se adequar ao outro sexo) com os(as) profissionais e trabalhadores(as) de saúde dentro dos espaços públicos de saúde e quais fatores interferem no atendimento. Esse estudo se justifica no sentido de buscar compreender os diversos aspectos que interferem na relação das pessoas com instituições públicas de saúde e identificar como se articulam os marcadores da diferença (gênero, classe, raça e etnia) nesse contexto.

A sua participação no referido estudo será no sentido de responder as entrevistas e questionamentos da pesquisadora. Alguns possíveis desconfortos e riscos podem decorrer disso e é importante que esteja ciente: cansaço ou aborrecimento ao responder os formulários e entrevistas; constrangimento ou alterações de comportamento perante gravações de áudio e vídeo; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; embaraço ao lidar com assuntos que podem ser considerados tabus; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sexualidade, gênero, raça, etc.; risco de quebra de sigilo. Entretanto, caso algo do tipo ocorra, a entrevista pode ser interrompida no mesmo momento e poderemos conversar a respeito dos seus incômodos.

A sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo, será mantido em sigilo. É possível se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar se justificar. Caso algum determinado trecho ou parte da entrevista cause desconforto, é de seu direito vetar a veiculação do mesmo.

A pesquisa a se realizar, tem como objetivos as seguintes questões: o que se vê hoje, apesar da inserção da discussão da transexualidade no campo da saúde, é um certo desconhecimento de muitos profissionais de saúde acerca das necessidades e especificidades das demandas das pessoas transexuais. Evidenciar o tema da transexualidade nos serviços de

saúde é fundamental para construir um espaço de cuidado e acolhimento possível para estes usuários dentro do Sistema Único de Saúde e entender como essas pessoas tem sido tratadas até então. Assim, queremos entender como travestis e transexuais estão sendo cuidados(as) nos serviços públicos de saúde, e se outros fatores (etnia, classe, raça, orientação sexual...) interferem nessa relação com trabalhadores(as) e profissionais de saúde.

Essa pesquisa contribuirá no sentido de trazer essa discussão para o ambiente de saúde, promovendo um espaço de diálogo para os profissionais acerca da importância do cuidado e da assistência devida a esses usuários, que muitas vezes se afastam dos aparatos de saúde por temor de serem mal recebidos e discriminados. Irá colaborar, portanto, para um maior conhecimento sobre esse tema ainda tão pouco evidenciado nesse contexto e para dar voz a estas pessoas, ainda tão invisibilidades e marginalizadas em nossa sociedade.

Será assegurada a informação e possíveis esclarecimentos durante todo processo da pesquisa, bem como o livre acesso a dados adicionais e suas consequências, tudo o que o senhor(a) quiser saber acerca d mesma, antes, durante e depois da sua participação.

Vale ressaltar que esta não é uma pesquisa patrocinada, e não haverá, portanto, nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

Em caso de dúvidas, reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo, favor ligar para o CEP UESB (73) 35289727 ou mandar um *email* cepuesb.jq@gmail.com.

Jequié, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável(responsáveis)

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDOS: TRAVESTIS E TRANSEXUAIS (TCLE)

Meninas, como estão? Me chamo Isadora Alves Cotrim, e junto com meus professores Raquel Souza e Marcos Lopes, estamos desenvolvendo esse trabalho que tem como título “Escandalizando o SUS: Marcadores Sociais da Diferença em pessoas transgêneras no acesso à saúde”. Queremos convidá-las para participar com a gente desse estudo, onde pretendemos compreender como está acontecendo o acesso de vocês, travestis e transexuais aos espaços de saúde (postinhos, hospitais, unidades de pronto atendimento, centros de referência, etc.), como vocês estão sendo atendidas, se estão sendo respeitadas na identidade que assumiram, e quais fatores tem interferido na relação com os profissionais de saúde. Essa pesquisa se justifica no sentido de entender como fatores como classe, gênero, raça, e etnia se somam para facilitar ou dificultar esse acesso de pessoas travestis e transexuais a cuidados de saúde.

A sua participação no estudo será a de responder as entrevistas e questionamentos do pesquisador. Alguns desconfortos e riscos podem acontecer e é importante que você fique sabendo: cansaço ou aborrecimento ao responder os formulários e entrevistas; vergonha diante de gravações de áudio e/ou vídeo; tristeza ou chateação caso você se lembre de situações difíceis pelas quais já passou na sua vida; embaraço ao lidar com assuntos que podem ser considerados proibidos/vergonhosos; risco de quebra de sigilo. Entretanto, caso algo do tipo ocorra, a entrevista pode ser interrompida no mesmo momento e poderemos conversar a respeito dos seus incômodos.

A sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado a seu respeito que possa te identificar, será mantido em segredo. É possível se recusar a participar do estudo, ou retirar sua permissão a qualquer momento, sem precisar dizer o porquê. Caso alguma parte da entrevista te deixe desconfortável, é de seu direito pedir que ela não seja divulgada.

A pesquisa a se realizar, tem alguns objetivos tais como: O que se vê hoje, apesar do debate da transexualidade no campo da saúde e nas políticas públicas, é um certo desconhecimento de muitos profissionais de saúde acerca das questões relativas a travestilidade e transexualidade. Esse estudo pretende trazer essa discussão para o ambiente de saúde, criando um espaço de diálogo para os profissionais acerca da importância do cuidado e da assistência devida a vocês, travestis e transexuais, que muitas vezes se afastam dos espaços de saúde por medo de serem mal recebidas e sofrerem discriminação. Queremos entender quais são os fatores que influenciam e interferem no atendimento de vocês nos espaços de saúde e sensibilizar os

profissionais sobre a importância de uma linha de cuidado livre de discriminação, desde a atenção básica à especializada, promovendo o acolhimento e a humanização do atendimento de forma a garantir o respeito às diferenças em todos os níveis de atenção.

Essa pesquisa contribuirá no sentido de dar voz a vocês, travestis e transexuais e trazer visibilidade às dificuldades e problemas que enfrentam cotidianamente nos espaços de saúde. Irá colaborar, portanto, para ampliar a discussão sobre esse tema, que ainda é tão pouco evidenciado e para promover uma sensibilização dos profissionais acerca da necessidade de um cuidado em saúde que respeite a identidade de gênero, a orientação sexual, o nome social e as vivências e individualidades da população travesti/transsexual.

Você pode pedir informações e esclarecimentos durante todo processo da pesquisa, e terá livre acesso aos dados e suas consequências, tudo o que quiser saber acerca da mesma, antes, durante e depois da sua participação.

Vale ressaltar que esta não é uma pesquisa patrocinada, e não haverá, portanto, nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

Em caso de dúvidas, reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo, favor ligar para o CEP UESB (73) 35289727 ou mandar um *email* cepuesb.jq@gmail.com.

Jequié, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável(Responsáveis)

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETAS DE DADOS PARA ENTREVISTA
COM OS TRABALHADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Formulário

Nome: _____
Escolaridade: _____ Profissão: _____
Raça/cor: () negra () branca () parda () amarela () indígena Sexo: () M () F
Telefone: _____ Idade: _____
E-mail: _____

1- O que você entende por transexualidade?

2- O que é um trans homem?

3- O que é uma mulher trans?

4- Você, enquanto profissional, já teve contato com algum(a) transexual na sua rotina de trabalho? Como foi para você?

5- O que você entende por nome social?

6- Você acha que o lugar onde trabalha tem dado conta de fornecer um atendimento de qualidade a esse público?

ANEXO - Parecer do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIDADE ÉTNICA DE PESSOAS TRANSGÊNEROS: UM OLHAR INTERSECCIONAL NO CONTEXTO DA SAÚDE

Pesquisador: Isadora Alves Cotrim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79001817.2.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.351.107

Apresentação do Projeto:

Segundo os autores, trata-se de um estudo interseccional que tem a intenção de investigar a identidade étnica de pessoas transexuais no que se refere ao seu reconhecimento e relação com os profissionais do Sistema Único de Saúde. Tendo em vista que o direito à saúde está assegurado na Constituição de 1988, e que o acesso aos serviços deve ser universal e igualitário, pretende-se compreender quais são os fatores que interferem no atendimento de pessoas transexuais pelos profissionais de saúde, e de que forma essa relação tem acontecido. Como procedimento metodológico, será realizada uma etnografia, afim de entender a organização e interação de ambos os grupos pesquisados, os sujeitos transexuais e os profissionais de saúde. Para aprofundamento no problema de investigação serão utilizadas entrevistas semi estruturadas. A análise de dados será feita utilizando-se a análise do discurso através da hermenêutica.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é compreender como as identidades étnicas das pessoas transexuais entrevistadas interferem em sua relação com os profissionais que as atendem no Sistema Único de Saúde. Dentro dessa proposta os autores também pretendem analisar através do discurso desses usuários dos serviços de saúde como profissionais lidam com as demandas e singularidades deste público; Observar quais são os fatores que interferem no acolhimento e atendimento desse público nos serviços públicos de saúde; Investigar quais marcadores étnicos e de diferenciação mediam

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.208-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-8883 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.351.107

essa relação com profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde travestis/transsexuais; Perceber em que medida a identidade de gênero se configura como um marcador étnico nas pessoas pesquisadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios da pesquisa foram minuciosamente esclarecidos pelos autores estando dentro do esperado pelas diretrizes do CEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A importância desse trabalho justifica-se também no sentido de que os principais estudos socioantropológicos produzidos no (ou sobre o) contexto brasileiro acerca de travestis e transexuais tiveram como locus paisagens urbanas, metropolitanas, de modo que pouco sabemos sobre como pessoas vivenciam sexualidades e identidades de gênero que divergem da "matriz heterossexual" em espaços outros, como cidades menores e interioranas. Outro diferencial que pretendemos destacar é trabalhar as noções de identidades de gênero e sexual articuladas com a noção de etnicidade e identidade étnica, considerando que gênero e sexualidade podem também ser considerados marcadores étnicos. E pretendemos também acessar as duas pontas do Sistema de Saúde, os profissionais de saúde e os usuários transgêneros, a fim de entender como essa relação tem acontecido e se constituído e quais fatores interferem nesta construção.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação apresentados foram bem estruturados e redigidos de forma adequada.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu as pendências do parecer anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 26/10/2017.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_988992.pdf	26/10/2017 11:13:44		Aceito
Outros	declaracaousodeimagem.doc	24/10/2017 19:44:41	Isadora Alves Cotrim	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.208-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.351.107

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEref.doc	17/10/2017 18:47:31	Isadora Alves Cotrim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocomitealterado.docx	17/10/2017 18:46:47	Isadora Alves Cotrim	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	17/10/2017 18:46:19	Isadora Alves Cotrim	Aceito
Outros	naoinicio.doc	09/10/2017 19:11:02	Isadora Alves Cotrim	Aceito
Outros	comprometimento.pdf	09/10/2017 18:57:11	Isadora Alves Cotrim	Aceito
Outros	Declaracaoorientador.pdf	09/10/2017 18:55:33	Isadora Alves Cotrim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadores.pdf	09/10/2017 18:52:56	Isadora Alves Cotrim	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaohospital.pdf	09/10/2017 18:51:47	Isadora Alves Cotrim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 26 de Outubro de 2017

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.208-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com