



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Luciano Silveira Soares

Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro: Maré e Cidade de Deus, sobre os serviços de saúde.

Rio de Janeiro

2018

Luciano Silveira Soares

Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro: Maré e Cidade de Deus, sobre os serviços de saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde.

Orientadoras:

Prof.^a Dra. Kathie Njaine

Prof.^a Dra. Queiti Batista Moreira Oliveira

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S676c Soares, Luciano Silveira.
Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro: Maré e Cidade de Deus, sobre os serviços de saúde / Luciano Silveira Soares. -- 2018.
100 f.

Orientadoras: Kathie Njaine e Queiti BatistaMoreira Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Travestismo. 2. Pessoas Transgênero. 3. Preconceito.
4. Sexismo. 5. Assistência à Saúde. 6. Humanização da Assistência.
7 . Transexuais. 8. Transfobia. I. Título.

CDD – 22.ed. – 303.3850867

Luciano Silveira Soares

Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro: Maré e Cidade de Deus, sobre os serviços de saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência e Saúde.

Aprovada em: 23/03/2018

Banca Examinadora

Dr. Marcos Antonio Ferreira do Nascimento

Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Vera Lúcia Marques da Silva

Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Queiti Batista Moreira Oliveira (Co orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Kathie Njaine (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2018

Dedico a todas as travestis e transexuais, especialmente as que moram nas regiões de favelas e periferias.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa de estudos.

Aos professores do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, por ampliarem meu olhar sobre a saúde e a violência.

À Patrícia Constantino e Adriano da Silva pela disponibilidade desde o primeiro dia de aula.

Às Dra. Kathie Njaine e Dra. Queiti Moreira pelo aprendizado.

Ao Dr. Marcos Nascimento, pela contribuição desde a graduação.

À Dra. Vera Marques por agregar mais conhecimento.

Ao Coletivo Conexão G, pela parceria incansável em todos os momentos.

Às participantes e ao participante, que contribuíram com suas vivências para este estudo.

Aos companheiros de turma mais querida e unida que já tive.

RESUMO

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa que analisa as percepções de travestis e transexuais residentes nas comunidades do Complexo de favelas da Maré e da Cidade de Deus sobre os serviços de saúde utilizados. Foram realizados grupos focais nas duas regiões com 19 participantes. Posteriormente foram realizadas mais quatro entrevistas individuais a fim de aprofundar algumas questões relacionadas a possíveis barreiras de acesso aos serviços de saúde, totalizando 23 participantes. As entrevistas foram analisadas a partir da análise temática de Bardin e os principais temas analisados se referem: às vivências de violências e violações de direitos nos serviços de saúde; às especificidades e necessidades em saúde; às sugestões do grupo investigado para serviços mais acessíveis. Foi possível verificar que o acesso de pessoas trans aos serviços de saúde, muitas vezes revela a intolerância e a baixa compreensão que profissionais de saúde possuem sobre as questões relacionadas à identidade de gênero e suas singularidades, comprometendo a integralidade e o cuidado em saúde prestado. A heteronormatividade inscrita nas práticas profissionais, assim como expressões de transfobia, vem contribuindo para múltiplas violências e vulnerabilidades que se sobrepõem a esse grupo. O não reconhecimento das expressões de gênero aliado à violação do direito ao uso do nome social, à falha no sigilo das informações pós-atendimento e à necessidade da psiquiatrização da sua identidade de gênero caracterizaram as principais barreiras de acesso aos serviços de saúde nas duas regiões pesquisadas. Destacam-se as formas resistência criadas por travestis e transexuais para conseguir driblar e lidar com os constantes episódios de violências psicológicas vivenciados nos serviços de saúde. A busca por serviços mais humanizados, como os ambulatórios especializados com profissionais conhecidos e referenciados por outros/as usuários/as fizeram parte das estratégias para garantir o cuidado em saúde e o acolhimento de suas demandas. Para o grupo pesquisado, outras condições estigmatizantes devem ser levadas em conta por se articularem à questão de gênero, tais como raça, etnia, origem geográfica, escolaridade, profissão, idade, pobreza, aparência física ou ainda ser portador/a de infecções sexualmente transmissíveis, além de outros marcadores sociais. Tais determinantes sociais associados às violências psicológicas, físicas e sexuais vivenciadas e ao estigma atrelado às identidades travestis e transexuais reforçam a exclusão social e podem contribuir para o adoecimento e agravamento da saúde física e mental nesta população.

Palavras-chave: Travesti. Transexuais. Transgênero. Saúde. Transfobia.

ABSTRACT

This study is a qualitative research that analyzes the perceptions of transvestites and transsexuals living in the communities of the Favelas Complex of *Maré* and *Cidade de Deus* on the health services used. Focal groups were held in both regions with 19 participants. Subsequently, four more individual interviews were conducted in order to further study some issues related to possible barriers to access to health services, totaling 23 participants. Interviews were analyzed from the thematic analysis of Bardin and the main subjects reviewed refer to the experiences of violence and violations of rights in health services; specificities and health needs; suggestions of the investigated group for more accessible services. It was possible to verify that trans people's access to health services often reveals intolerance and poor understanding of health professionals regarding issues related to gender identity and its singularities, compromising integrality and health care provided. The heteronormativity registered in professional practices, as well as expressions of transphobia have contributed to multiple violence and vulnerabilities that overlap this group. The non-recognition of gender expressions coupled with the violation of the right to use the social name, the failure to keep the post-service information confidential and the need to psychiatrize their gender identity characterized the main barriers to access health services in both regions researched. We highlight the resistance initiatives by transvestites and transsexuals in order to bypass and address the constant psychological violence experienced in health services. The search for more humanized services, such as specialized outpatient clinics with professionals known and referenced by other users were part of the strategies to ensure health care and the acknowledgment of their demands. For the group studied, other stigmatizing conditions should be taken into account since they are gender-related, such as race, ethnicity, geographic origin, schooling, occupation, age, poverty, physical appearance or even being an STI carrier, as well as other social markers. Such social determinants associated with psychological, physical and sexual violence experienced, as well as stigma attached to transvestite and transsexual identities reinforce social exclusion and may contribute to the sickness and aggravation of physical and mental health in this population.

KEYWORDS: TRAVESTI, TRANSEXUAL, TRANSGENDER, HEALTH, TRANSPHOBIA.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	8
2.	JUSTIFICATIVA.....	15
3.	MARCO TEÓRICO.....	23
3.1.	Cuidado em saúde.....	23
3.2.	Diversidade sexual e de gênero.....	26
3.2.1.	Gênero.....	26
3.2.2.	Identidade de gênero.....	27
3.2.3.	Orientação sexual.....	28
3.2.4.	Transexualidade x transexualismo.....	29
3.2.5.	Travesti.....	31
3.2.6.	Transgênero.....	32
3.2.7.	Heterossexismo, heterossexualidade compulsória e heteronormatividade.....	33
3.3.	Violência de gênero: homofobia e transfobia.....	36
3.4.	Estigma e saúde.....	39
4.	OBJETIVOS.....	41
4.1.	OBJETIVOS GERAIS	41
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
5.	METODOLOGIA.....	42
5.1.	Campo da pesquisa.....	43
5.2.	Seleção dos participantes e contexto de realização das entrevistas.....	44
5.3.	Perfil dos participantes.....	51
5.4.	Análise dos dados.....	52
5.5.	Considerações éticas.....	53
6.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
6.1.	Vivências de violências e violações de direitos nos serviços de saúde.....	55
6.2.	Especificidades e necessidades em saúde.....	68
6.3.	Sugestões para serviços mais acessíveis.....	74
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
	REFERÊNCIAS.....	84
	ANEXOS.....	94

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo analisou as percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro - Maré e Cidade de Deus, sobre o cuidado recebido em serviços de saúde. O pressuposto principal que norteou este estudo foi o de que o cuidado em saúde prestado nos serviços de saúde pode, por vezes, manifestar práticas transfóbicas, tanto por parte dos profissionais quanto por parte da instituição.

Esta investigação foi parte de um estudo mais amplo abrangendo a comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT, desenvolvido pelo Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, intitulado “Violência homofóbica no Rio de Janeiro: análise de informações da mídia escrita, registros oficiais das áreas da saúde e segurança pública e das vivências da população LGBT sobre tratamento recebido por essas instituições”, coordenado pela Dr^a. Kathie Njaine e pela Dr^a. Queiti Batista Moreira Oliveira. A referida pesquisa teve como objetivo principal analisar comparativamente as informações acerca da violência homofóbica no município do Rio de Janeiro, através das fontes de informações de jornais *online* e das áreas da saúde e da segurança pública, compreendendo a vivência desse tipo de violência sofrida pela população LGBT.

No presente estudo procurou-se aprofundar o olhar de travestis e transexuais sobre o atendimento recebido no Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro/RJ, objetivando compreender como ocorrem os atendimentos prestados pelos serviços públicos de saúde da cidade do Rio de Janeiro às demandas desta população em particular. E ainda, de que forma travestis e transexuais percebem as diferentes formas de cuidado (ou a falta dele), nesses atendimentos.

Alguns estudos qualitativos realizados recentemente no país com travestis e transexuais apontam que o atendimento prestado por alguns serviços de saúde reproduzem as desigualdades e preconceitos da sociedade em relação à população LGBT. Pesquisas de Cerqueira-Santos e colaboradores (2010) assim como Muller e Knauth (2008) e ainda Borges e Souza (2012) se dedicaram a estudar o atendimento prestado a travestis e

transexuais em Porto Alegre (RS). Prado (2015) realizou o seu estudo em Minas Gerais, Romano (2008) realizou estudo numa Clínica da Família no Rio de Janeiro, enquanto Tagliamento (2012) dedicou-se a pesquisar o atendimento prestado em Curitiba. Os estudos citados mostram que algumas travestis e transexuais acabam não utilizando os serviços disponibilizados na atenção básica por temerem sofrer discriminações nas unidades de saúde, restando-lhes os serviços de emergência em situações mais críticas, que poderiam ser evitadas.

O SUS está organizado em níveis de complexidade. O atendimento considerado de baixa complexidade é realizado na atenção básica, havendo ainda os serviços para média e alta complexidade. A Atenção Básica foi definida como a porta de entrada preferencial do sistema e centro ordenador das redes de atenção. Essa estruturação promove uma melhor programação e planejamento das ações e dos serviços, visando à integralidade da assistência (BRASIL, 2009). Uma vez bem estruturada e com acesso garantido à população, uma unidade básica de saúde irá cumprir seu papel de acolhimento e assistência de baixa complexidade, contribuindo para reduzir o atendimento nos hospitais e pronto-socorros, além de possibilitar um diagnóstico precoce, evitando uso desnecessário de medicamentos, de exames e de equipamentos específicos.

Para Muller e Knauth (2008) a discriminação em alguns locais é bem perceptível, o que faz com que as travestis e transexuais algumas vezes busquem assistência médica em último caso, passando muito tempo com os sintomas e sem querer procurar ajuda pela forma como são tratadas nos centros de saúde. A busca tardia por serviços de saúde pode ocasionar prejuízo ao tratamento, podendo ser evitadas caso haja acolhimento e tratamento eficazes na atenção básica.

Como defende Lionço (2008), a garantia do direito à saúde para a população de travestis e transexuais quanto à promoção da equidade no sistema de saúde requer, necessariamente, que se avance na perspectiva da democratização dos direitos humanos, mediante o reconhecimento das diversas possibilidades de constituição humana e do exercício da sexualidade.

Embora algumas iniciativas e políticas públicas de saúde no Brasil tenham avançado no que se refere à atenção à população de travestis e transexuais, na prática os serviços não vêm garantido nos atendimentos a equidade, integralidade e universalidade, que são princípios preconizados pelo SUS. A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003), chamada Humaniza SUS, surge também como resposta às evidências de despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado e deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS.

Para Campos (1997) o propósito do acolhimento em uma unidade de saúde é recepcionar seus usuários com a finalidade de escutá-los e resolver suas demandas, pautando-se numa postura ética diante da diversidade de casos que chegam à busca de resolutividade e promovendo a inclusão social, mediante uma escuta clínica altruísta e comprometida com o fortalecimento da cidadania. De acordo com Roseni Pinheiro (2006), são os/as profissionais de saúde que controlam os recursos do acesso aos estabelecimentos de saúde e, por isso, é evidente a condição de desigualdade dos/as usuários/as frente a estes/as. Como acrescenta a autora:

A desigualdade será tanto maior quanto a insuficiência de informações e mecanismos esclarecedores capazes de prepará-los (usuários) para o exercício do direito à saúde, como um exercício de cidadania. (PINHEIRO, 2009, p. 105-106).

Embora a preocupação com a saúde de pessoas LGBTs no Brasil se inicie após a epidemia do HIV /AIDS na década de 80, o ano de 2004 pode ser considerado como o marco legal das iniciativas governamentais para a promoção de cidadania para a população LGBT. É neste ano que o Programa Brasil sem Homofobia (BSH) é criado, tendo como mote o combate à violência e discriminação à população LGBT e a promoção da cidadania homossexual. Atualmente, existem outros compromissos do governo relativos ao tema da saúde da população LGBT, como a carta dos direitos dos usuários do SUS (2006), o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DSTs entre Gays, HSH (Homens que fazem sexo com homens) e Travestis (2008), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011) e a portaria nº 2.803 de 2013

que normatiza e aprimora a linha de cuidado no processo transexualizador destinado à travestis, homens e mulheres transexuais

Ao analisarem as políticas públicas de saúde para a comunidade LGBT vigentes no Brasil, Luiz Mello e colaboradores (2011), apontaram que os princípios de universalidade, integralidade e equidade deveriam promover o enfrentamento da exclusão causada pela homofobia e pela heteronormatividade presentes na sociedade. Para tais autores, profissionais de saúde atendem a “todos os usuários dos serviços públicos e privados como se fossem heterossexuais, conformados às normas de gênero, o que gera situações graves de discriminação e preconceito” (MELLO et. al., 2011, p. 24-25).

Pode-se problematizar a constatação dos autores acima, indo um pouco além, considerando que os problemas enfrentados pela população LGBT no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde podem ser mais críticos quando se tratam de travestis e transexuais, devido ao estigma associado à identidade de gênero, que não atendem às normas hegemônicas de gênero masculino e feminino. Nessa direção, os autores consideram que entre as pessoas LGBTs, travestis e transexuais correspondem ao público que mais sente a escassez de políticas de saúde específicas no segmento da saúde e “o que mais se beneficiará de tais ações quando forem efetivadas” (MELLO et. al., 2011).

Além disso, Mello et. al. (2011) acrescentam que devem ser considerados durante o atendimento à transgêneros marcadores sociais como níveis de renda e de escolaridade, raça/ cor e aparência física, entre outros, que fortalecem o preconceito e a discriminação à esta população.

O termo transgênero é um termo “guarda-chuva” e refere-se a todo tipo de pessoa envolvida em comportamentos e/ou atividades que transgridem as normas de conduta impostas pelo dispositivo binário de gênero homem-mulher, macho-fêmea, masculino-feminino (LANZ, 2014). A partir dessa definição, travestis e transexuais podem e são considerados transgêneros, por romper com a lógica binária de gênero e podem aparecer neste estudo descritas/os como travestis e transexuais, também podem aparecer ao longo deste trabalho como transgêneros ou pessoas transgêneras e em algumas vezes como pessoas trans.

Embora algumas ações e políticas já existam para contemplar o acesso desta população aos serviços de saúde, umas das principais conquistas para travestis e transexuais, que é a possibilidade do uso do seu nome social, também constitui um dos maiores motivos de perpetuação de violência nos serviços de saúde, ao não serem respeitados /respeitadas por profissionais de saúde com o nome social adotado (MELLO et. al., 2011; ROCON et. al., 2016).

Acerca dessa questão, há uma contribuição de Muller e Knauth (2008) que postulam que a despeito do constrangimento que essa resistência provoca e dos possíveis prejuízos à saúde desses sujeitos, usuárias/os travestis assinalam que a pior parte da busca por cuidados de saúde constituiria na recepção dos serviços, já que, geralmente, seus nomes femininos não são respeitados, tendo sua travestilidade e seu nome de registro expostos para todos os demais pacientes presentes nas salas de espera.

Nesse panorama, os autores mencionados enfatizam que a “falta de qualificação dos profissionais atendentes pode explicar essa atitude, mas não a justifica. Talvez, haja certo prazer, poder e perversão em expor as travestis diante dos outros pacientes”. (MULLER; KNAUTH, 2008, p.6).

Como afirmaram Borges e Souza (2012), em um estudo com travestis no Rio Grande do Sul, que questionava o que elas esperavam do atendimento em serviços de saúde, muitas disseram que os serviços poderiam atendê-las começando, por exemplo, as chamando pelo nome feminino. O fato de serem reconhecidas como travestis já seria suficiente para buscarem pelos serviços de saúde do SUS. Considerando o que nos traz Kulick (2008): “Recusar-se a reconhecer o gênero das travestis é um meio prontamente disponível de rejeitar seu próprio direito de existir” (KULICK, 2008, p. 245).

Mesmo considerando a existência de políticas que contemplem o acesso da população transgênera aos serviços de saúde, essas medidas não parecem garantir a sua execução, a plena aceitação e o cumprimento por parte dos profissionais. Em termos legais, existem leis e portarias que asseguram o direito de travestis e transexuais serem chamadas pelo nome social. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007) tem o

terceiro princípio norteador que visa um tratamento acolhedor e livre de discriminação, como é exposto a seguir:

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes: I. A identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso. (BRASIL, 2007, p.4-5)

Além disso, há a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde, que preconiza:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas (BRASIL, 2009, p.2)

A maioria das produções científicas sobre a população de travestis e transexuais dos últimos dez anos, priorizou assuntos como DST/HIV, processo transexualizador, cirurgia de transgenitalização (“mudança de sexo” como é conhecida no senso comum) e aspectos que enfatizam ou problematizam a patologização das pessoas transgêneras ao considerarem muitas vezes essa população como “doentes mentais”. Poucos estudos têm se dedicado a pesquisar os itinerários e as vivências desta população de forma integral nos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, levando em conta suas necessidades específicas e conhecendo melhor as barreiras de acesso e as dificuldades durante os atendimentos para terem sua identidade de gênero respeitada.

Portanto, o presente estudo objetivou responder às seguintes questões: Como são os cuidados em saúde para travestis e transexuais na atenção básica? Como são percebidas possíveis manifestações de preconceito, discriminação ou transfobia no atendimento a esta população?

Um primeiro e principal pressuposto é de que travestis/transexuais estão sujeitos a injúrias oriundas do estigma, da discriminação que culminam na exclusão social, que violam seus direitos humanos, como o direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento, elementos constitutivos da Carta Magna. Travestis e transexuais possuem também vulnerabilidades específicas, exigindo políticas públicas de proteção aos seus direitos humanos e sociais que garantam a sua qualidade de vida e respeito.

Um segundo pressuposto é de que a falta de acesso aos direitos e o desconforto vivenciado nos serviços de saúde pelo desrespeito à sua identidade de gênero, podem afastar travestis e transexuais dos serviços de saúde, mantendo uma posição marginal e contribuindo para o agravamento de doenças ou atraso no diagnóstico e tratamento.

2. JUSTIFICATIVA

Do ponto de vista pessoal, meu interesse pela população de travestis e transexuais e as violações de seus direitos é algo antigo, que começa ainda na adolescência a partir da convivência com um amigo muito próximo que inicia sua transição para o gênero feminino, período em que pude acompanhar diferentes discriminações vivenciadas por ele/ela em serviços de saúde. Sendo eu homem gay, compartilhando espaços de convivência com travestis, mulheres transexuais, homens transexuais e outras identidades transgêneras, pude perceber toda a dificuldade e resistência destas pessoas para acessar serviços de saúde, por serem discriminadas e por terem suas identidades desrepeitadas. Em certas ocasiões pude constatar pessoalmente os descasos e perceber que na maioria das vezes esta população carrega o estigma de serem portadores/portadoras do vírus do HIV, independente de qual seja a sua demanda por cuidado ao chegar num serviço de saúde.

Compartilhando da minha percepção nos atendimentos que acompanhei, Muller e Knauth (2008) apontam para esta situação em sua pesquisa: “Parece que, para os profissionais de saúde, toda a travesti que procura por atendimento é soropositiva para HIV. De alguma forma, elas percebem e relacionam certas atitudes dos profissionais com a sua condição de portadoras do vírus HIV.” (MULLER; KNAUTH, 2008, p. 6).

Com o passar dos anos, o meu interesse ficou ainda maior durante a graduação no curso de Psicologia, a partir dos estudos sobre a sexualidade humana, mas principalmente ao estudar conceitos como estereótipo, preconceito, discriminação e estigma. Porém, foi durante um curso de especialização em gênero e sexualidade que pude compreender melhor as desigualdades sociais e conhecer mais sobre as discriminações às minorias sexuais. Assim, me mantive firme no objetivo de me aprofundar mais sobre este tema e tentar contribuir, através da produção e divulgação de conhecimento científico, para a transformação de um conjunto de valores que sustentam e reproduzem hierarquias, desigualdades e relações de poder na sociedade.

Os constantes relatos de algumas experiências nos serviços de saúde por travestis e transexuais do meu convívio, assim como a leitura de alguns desabafos de transfobia nas

redes sociais, ocorridos nos serviços de saúde de todo o Brasil me causaram algumas inquietações sempre reverberando e trazendo alguns questionamentos: “Como são percebidos por travestis e transexuais os atendimentos prestados por profissionais de saúde?”, “E como elas / eles gostariam de ser tratados?”, “O tratamento destinado à estas pessoas leva em conta o sexo biológico ou a identidade de gênero?”, “E quando o gênero é respeitado, são consideradas as demandas específicas do sexo biológico, como ginecologistas para homens transexuais e urologistas para mulheres transexuais?”, “Como é a convivência com outras pessoas na sala de espera?”, “Por qual nome são chamadas estas pessoas, o nome civil ou o nome social que adotaram em sua vida?”, “Estas pessoas se sentem acolhidas nos serviços de saúde?”, “Como é o preparo dos profissionais de saúde para receber e atender travestis e transexuais?”

A violência contra travestis e transexuais manifesta-se de múltiplas maneiras, em todas as esferas da vivência do humano. Algumas vezes de forma aberta e declarada, como violências sexuais e até violências físicas culminando em óbitos, outras de maneira mais sutil, mas nem por isso menos violenta, pois a violência abrange outros aspectos além do físico, como o aspecto psicológico. Nesse cenário, a violência contra essa população chega aos serviços de saúde, quer por preconceito, quer por total despreparo de como lidar com esse contingente populacional.

Numa iniciativa pioneira realizada em 2011 no Brasil, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) apresentou os números de denúncias telefônicas realizadas através do canal “Disque 100”, feitas por gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Ao todo, foram 1.159 denúncias apontando 6.089 violações contra pessoas LGBTs, envolvendo 1.713 vítimas e 2.275 suspeitos. No ano seguinte, o número de denúncias aumentou 166,09%, passando de 1.159 em 2011 para 3.084 denúncias em 2012. Em relação aos tipos de violência sofridos, em 2011 o maior número de denúncias foi classificado como violência psicológica (42.5%), enquanto no ano seguinte, a violência psicológica caracterizou 83% das denúncias apuradas. Dentre os tipos de violência psicológica mais reportada estão as humilhações (35%), hostilizações (32%) e ameaças (15%). As violações ocorreram em diversos espaços sociais e instituições, inclusive nos serviços de saúde.

Os dois relatórios também disponibilizam dados sobre violências físicas sofridas pela população LGBT, porém são contabilizados a partir de denúncias espontâneas através de ligações para os serviços disponíveis.

Em relação à violência física e homicídios contra travestis e transexuais, temos no Brasil o Grupo Gay da Bahia (GGB), que é uma Organização Não Governamental que se dedica a estudar tais ocorrências em todo o país. O referido grupo sob a coordenação do professor Luiz Mott, antropólogo da Universidade Federal da Bahia, monitora há mais de vinte anos homicídios que tiveram como motivação a homofobia e a transfobia. Mesmo não sendo dados oficiais é o único indicador para os crimes ocorridos entre a população LGBT no país, que são coletados a partir de reportagens de jornais em todo o Brasil e notícias de internet ou ainda por fotos e relatos de membros dos movimentos sociais dos diferentes estados brasileiros.

Segundo Mott (2013) “a subnotificação destes crimes é notória, indicando que tais números representam apenas a ponta de um iceberg de violência e sangue, já que nosso banco de dados é construído a partir de notícias de jornal, internet e informações enviadas pelas ONGs LGBT” (2013, p.3).

De acordo com os relatórios anuais, disponíveis no site (www.homofobiamata.wordpress.com) em 2015 foram 318 mortes no Brasil entre a população LGBT, sendo 119 (37%) de travestis e transexuais. Em 2016 foram 343 mortes entre a população LGBT, sendo 134 (41%) de travestis e transexuais. Em 2017 foram 445 mortes, sendo 191 (43%) de travestis e transexuais. Em sua maioria, as mortes de travestis e transexuais ocorrem em locais públicos, sendo a maioria provocada por armas de fogo e armas brancas, como facas ou outros objetos perfuro-cortantes. Em contrapartida, o grupo mais afetado pelas mortes, que são os homossexuais masculinos, tem como local para os crimes, em sua maioria, seu próprio domicílio ou locais privados, sendo usadas outras formas de extermínio, diferente das armas de fogo, em sua maioria. Tal informação pode estar associada ao fato de que a maioria das travestis e transexuais trabalha como profissionais do sexo, sendo exterminadas em locais que costumam trafegar, levando a crer que são vítimas de crime de ódio e premeditados.

Em relação aos dados de homicídios de travestis e transexuais no mundo, não há dados oficiais de violência e ou homicídios sofridos pela população LGBT. Assim como no Brasil há o GGB, há na Europa a TransGenderEurope (TGEU), uma Organização Não-Governamental com sede em Viena, na Áustria, que se encarrega de compilar através de notícias de jornais, internet e grupos ligados à movimentos sociais em diversos países, que enviam dados de homicídios entre a população de travestis e transexuais para essa compilação e divulgação.

Em recente levantamento do projeto “Transrespect versus TransphobiaWorldwide” (TvT), que é uma iniciativa apoiada e divulgada pela TGEU, no período de janeiro de 2008 a setembro de 2017, foram notificadas à esta ONG 2.609 mortes de travestis e transexuais no mundo. O Brasil foi responsável por 1071 mortes neste período de nove anos, estando como o país com o maior número de homicídios de travestis e transexuais entre os 23 países da América Central e América do Sul, e também como o primeiro no mundo. Mesmo o Brasil se mantendo no topo da lista mundial, há muitas críticas sobre este ranking por não haver em nenhum país dados oficiais, sendo estes subnotificados em todo o mundo.

O cenário de violências às pessoas trans é constante, estando as vivências de travestis e transexuais permeadas por imensa carga de preconceitos, discriminações e exclusões impactando na saúde deste grupo populacional, justificando meu interesse por essa pesquisa.

Do ponto de vista científico, a literatura brasileira vem apontando uma série de problemas que afetam a população de travestis e transexuais no Brasil, no que tange à atenção e o cuidado em saúde.

Romano (2008, p.212) que se dedicou a estudar os atendimentos prestados à travestis e transexuais numa unidade de saúde do bairro da Lapa, no Rio de Janeiro, assinala que dentre os principais problemas de saúde enfrentados pela população de travestis, estão as doenças dermatológicas e sexualmente transmissíveis. Aponta ainda, que há uma grande tendência das travestis de apresentarem depressão e estados de ansiedade que, às vezes, se articulam ao uso abusivo de “medicação psicotrópica, álcool e drogas em geral, tanto lícitas quanto ilícitas” (p. 214).

Um outro problema que afeta esta população é o uso impróprio de silicone industrial para correção e modificação do corpo, que podem causar problemas de saúde e mortes. Mello e colaboradores (2011), baseados em estudos realizados e analisando que a remoção completa do silicone líquido injetado seria “difícil ou até mesmo impossível”, concluíram não existir nenhum tratamento específico para estes casos, acrescentando que o uso do silicone líquido industrial seria totalmente contra indicado para tal finalidade pois ocasionaria complicações gravíssimas e de difícil tratamento (MELLO et. al., 2011).

Corroborando com o exposto pelos autores mencionados, linhas depois, Romano (2008), também assinala que o silicone líquido no corpo ocasiona infecções e trombozes principalmente em membros inferiores, sendo a causa de algumas internações hospitalares. Continuando, a autora acrescenta que a ingestão indiscriminada de hormônios na busca das mudanças corporais, como o aumento dos seios, mudanças no timbre da voz, presença de pele mais fina, pode contribuir para distúrbios hepáticos.

Na realidade desta população, o uso de hormônios é muitas vezes feito de forma aleatória, empregado em altas doses e sem acompanhamento médico para viabilizar suas modificações corporais. O excesso e a má administração destas drogas contribuem para o agravamento de múltiplas doenças hepáticas, cardiovasculares e neurológicas. As sequelas da hormonioterapia fazem parte de um problema epidemiológico, apesar das poucas estatísticas nessa área, sobre os danos da sobredose de hormônios que muitas vezes mata muitas e muitos transexuais e travestis (ARILHA; LAPA; PISANESCHI, 2010).

Numa pesquisa realizada pelo Núcleo de Direitos Humanos (NUH) da Universidade Federal de Minas Gerais (PRADO, 2015), constatou-se que 92,9% das participantes fazem ou fizeram uso de hormonização, sendo que a idade de início média foi de 16,8 anos - 98,2% iniciaram a hormonização por indicação de amigas. Já a modificação corporal por meio do silicone industrial se deu por 64,5% das participantes, tendo idade inicial média aos 20,7 anos - 94% relataram que fizeram a aplicação do silicone industrial por meio de bombadeiras e/ou “mãos-de-fada”; 2,4% no sistema privado de saúde e 1,2% aplicaram por conta própria. Ainda de acordo com as participantes do estudo realizado pelo NUH, 37,1% tiveram condições de fazer modificação corporal por meio de próteses cirúrgicas, sendo que

94% realizou a cirurgia no sistema privado de saúde; 6,4% com cirurgião clandestino e 2,1% com colegas.

Romano (2008) constata no início de seu artigo que o acesso das travestis aos serviços de saúde públicos tem sido marcado pelo preconceito tanto por parte dos profissionais que atuam nestes serviços, quanto por parte dos demais usuários, o que vem a ferir o princípio da equidade em que se baseia o SUS. Partindo dessas considerações, a autora busca discorrer a respeito da humanização nas relações estabelecidas entre os alunos de medicina, os profissionais de saúde e os usuários a partir da lógica do respeito à diversidade. A autora enfatiza ainda, que o principal problema a ser encarado na atenção médica das travestis seria a “descontinuidade e, principalmente, abandono de tratamentos”, sendo a desistência frequente também em caso de doenças crônicas graves que requerem cuidados contínuos, como é o caso da AIDS (ROMANO, 2008, p. 214).

Situações de discriminação vivenciadas pelas travestis nos serviços de saúde fazem com que estas pessoas “só procurem assistência médica quando já não há outra alternativa” (MULLER; KNAUTH, 2008, p. 5). Os autores apontam que há quase uma unanimidade nas falas das travestis por eles entrevistadas no relato da existência de uma resistência por parte dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em tocá-las, não realizando exames físicos. Os autores colocam que “o corpo travesti causa tanto constrangimento ao profissional de saúde, que este parece não se sentir confortável para o exame físico, requisito necessário para uma consulta clínica”. (MULLER; KNAUTH, 2008, p. 6).

Romano (2008, p. 215) percebe que as enormes dificuldades de aceitação enfrentadas no início do contato com as travestis pode ser um “reflexo da maneira preconceituosa como geralmente são tratadas nos serviços de saúde que eventualmente frequentam, talvez como reação à exclusão social que sofrem”. Já Lionço (2008a) questiona a respeito da centralidade das medidas médico-cirúrgicas na atenção às travestis e transexuais no SUS, bem como a demanda restritiva em saúde à lógica identitária, o que segundo a autora, traz a exclusão das travestis aos serviços, reforçando os discursos normativos ao repetir as categorias de homem/mulher, ao invés de irromper com o

binarismo de gênero e a heteronormatividade, que por sua vez, contrariam a afirmação da diversidade sexual e de gênero como valor social.

Os atendimentos prestados nos serviços de saúde, muitas vezes pautados no não reconhecimento das identidades de gênero ou na consideração de que as identidades de gênero de travestis e pessoas transexuais representam expressões patologizadas e em desacordo com as normas de gênero, fazem com que o campo da saúde reproduza práticas sociais heteronormativas e transfóbicas (ÁRAN, 2006; LIONÇO, 2008). Ao agir dessa forma, profissionais desconsideram os valores de usuários/usuárias e as reais demandas de travestis e transexuais, não estabelecendo um vínculo favorável e um atendimento humanizado. O levantamento das verdadeiras necessidades durante o atendimento pode ser comprometido pelo desprezo no relato das queixas e pela discriminação do profissional, muitas vezes não indicando um tratamento adequado por seguir padrões heteronormativos em sua prática profissional.

Do ponto de vista social, como contribuições desta proposta de trabalho, pode-se avaliar a possibilidade de terem dois grupos beneficiados: os profissionais da área da saúde e a população de travestis e transexuais.

Em relação aos profissionais, os resultados desta pesquisa poderão ampliar o conhecimento e a compreensão sobre a diversidade sexual, para além da linearidade sexo/gênero/desejo e a heteronormatividade, permitindo uma melhor condução no tratamento prestado, respeitando o conceito de identidade de gênero, independente do sexo biológico. Um outro benefício para os profissionais é compreender, a partir das experiências e dos relatos neste estudo, as demandas específicas de travestis e transexuais em sua busca por atendimento nos serviços de saúde.

O outro público a se beneficiar, será o das travestis e das/dos transexuais ao terem a possibilidade de vocalizar suas experiências, relatando possíveis violências sofridas antes ou durante os atendimentos, sejam elas pelo não respeito à sua identidade de gênero e orientação sexual, sejam por ter a heteronormatividade como norteador para o atendimento de suas demandas, desconsiderando suas especificidades.

Poderá servir ainda, como contribuição para outros pesquisadores, servindo como mais uma referência para estudos posteriores sobre cuidado em saúde, a heteronormatividade e o estigma presentes nos atendimentos à travestis e transexuais em serviços de saúde.

3. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

Para este estudo é importante trazer à luz conceitos, teorias e marcos legais que ajudarão a nortear todo o trabalho de pesquisa e dar sustentação às categorias de análise no que diz respeito ao cuidado em saúde, à heteronormatividade, às diferentes e possíveis formas de violências e violações de direitos, assim como o estigma associado à identidade de gênero das travestis e transexuais que irão participar deste estudo.

3.1. Cuidado em saúde

Para compreender melhor o conceito de cuidado em saúde, recorri ao dicionário de educação profissional em saúde da Fiocruz, onde Roseni Pinheiro (2009) nos apresenta o cuidado como: “um modo de fazer na vida cotidiana que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com pessoas e coisas, em lugares e tempos distintos da sua realização”. A autora segue contribuindo:

Daí o ‘cuidado como ato’ resulta na ‘prática do cuidar’, que, ao ser exercido por um cidadão, um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o ‘outro’. O outro é o lugar do ‘cuidado’. O outro tem no seu olhar o caminho para construção do seu ‘cuidado’, cujo sujeito que se responsabiliza por praticá-lo tem a tarefa de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida. (PINHEIRO, 2009, p.7)

Ainda sobre sua definição de cuidado em saúde, Roseni Pinheiro acrescenta que o cuidado em saúde não deve ser visto apenas como um nível de atenção do sistema de saúde nem como um procedimento técnico simplificado, mas sobretudo como uma ação integral que tem significados e sentidos e que deve ser compreendido como o ‘direito de ser’. A autora vai além, quando nos traz sua concepção de pensar o direito de ser na saúde como: “Ter cuidado com as diferenças dos sujeitos, respeitando as relações de etnia, gênero e raça,

quem são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas” (PINHEIRO, 2009, p.27).

Nesta direção, levando em consideração as necessidades de saúde das pessoas LGBTs, é que a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais é criada no país, tendo como reconhecimento os efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (BRASIL, 2011).

Uma questão importante é compreender quais são as necessidades de saúde que travestis e transexuais possuem ao procurar o serviço de saúde, no momento do atendimento. Porém, essa compreensão e tradução da real necessidade irá depender do compromisso e da preocupação do/da profissional de saúde em se fazer a melhor escuta possível das necessidades trazidas por aquela pessoa. A(s) necessidade(s) pode(m) estar clara(s) no relato do/da usuário/usuária ou pode estar “travestida” em alguma(s) demanda(s) específica(s) como argumenta Cecílio (2009). O autor contribui ao acrescentar que quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde” e caberia à equipe ter a sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível (CECILIO, 2009, p.120).

No caso das travestis e transexuais acessando os serviços de saúde, o corpo não-conforme com as normas hegemônicas de sexo-corpo-gênero podem causar distanciamento na equipe comprometendo o encontro entre usuárias/os e profissionais, na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde. Para Duarte (2014) há uma ignorância ou preconceito por parte dos profissionais de saúde, ao abordar questões ligadas à sexualidade revelada ou em lidar com um “corpo diferente”. Quando se trata de travestis e transexuais pode haver um estranhamento, resistência e repulsa interferindo na produção do cuidado.

O cuidado em saúde é então, como nos apresenta Pinheiro (2009): “o tratar, o respeitar, acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas”. A autora acrescenta que o cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, não podendo se restringir apenas às competências e tarefas

técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição (PINHEIRO, 2009).

Segundo Ayres (2004), para chegarmos a um cuidar efetivo, no qual a presença do outro seja ativa e as interações intersubjetivas sejam ricas e dinâmicas, é preciso que expandam os horizontes tanto da racionalidade orientadora das tecnologias quanto dos âmbitos e agentes de sua operação. Faz-se necessário superar a conformação individualista, rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes. O autor nos diz que essas mudanças dependem de que saiam do jargão sanitário e passem a fazer parte de efetivos rearranjos tecnológicos os já tão discutidos conceitos de interdisciplinaridade e intersectorialidade. Sobre o cuidado, o autor acrescenta: “Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004, p.22).

Pensar o direito de ser, é garantir acesso às diversas práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser utilizada. A idéia de tecnologia não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas também ao ‘saber fazer’ e a um ‘ir fazendo’, como bem enfatiza Merhy (2005). No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer a lógica do ‘trabalho morto’, aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados. O ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas por Merhy (2005) como ‘tecnologias leves’.

As práticas do trabalho em saúde e na produção do cuidado devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada, conforme as necessidades de saúde, que são as ações e os serviços de saúde dos quais os sujeitos precisam para ter melhores condições de vida, sem prejuízo do atendimento que requer tecnologias materiais. Para Merhy (2005), as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As

tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.

A adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde. De acordo com Merhy et. al. (2006), a humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado. Esta tem como ações a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde e a humanização do atendimento.

Os conceitos de cuidado em saúde, integralidade, passando por acolhimento e humanização serão importantes nesta pesquisa para que se possa compreender como se dão os atendimentos à travestis e transexuais na prática e como são percebidos por estas pessoas sua busca por atendimento e cuidado em saúde.

3.2. Diversidade sexual e de gênero

3.2.1. Gênero

Segundo Joan Scott (1990), o conceito “gênero” parece ter surgido entre as feministas americanas, que insistiam no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”, sublinhando também o aspecto relacional das definições normativas das feminilidades. Dito de outro modo, o termo “gênero” foi utilizado para romper a redução e o isolamento dos estudos centrados na questão da mulher.

O gênero refere-se ao ser homem ou mulher, o que, segundo Scott (1990), é histórico, social e culturalmente construído; por conseguinte, relativo, contextual, variável, contestável, mutável, transformável e independente do sexo biológico. Nessa direção, gênero é uma percepção sobre as desigualdades sexuais, reconhecendo que existem diferenças entre os corpos sexuados. A autora considera relevantes as formas como se

constroem significados culturais para tais diferenças, conferindo-lhes sentido e, conseqüentemente, posicionando-as no bojo das relações hierárquicas de poder.

Assim, para muitos críticos e estudiosos do tema, o sexo passou a representar a anatomia e o funcionamento fisiológico do corpo, enquanto o gênero tornou-se um conceito utilizado para expressar as forças sociais que moldam o comportamento.

Para Judith Butler (2003), o conceito de gênero não deve ser compreendido de maneira clássica, isto é, como uma construção social puramente abstrata que organiza os modos de educar, modelar e interpretar os corpos “naturais”, os tais “sexos”. A autora apresenta uma série de conceitos sobre sexo e gênero que merece uma discussão mais ampliada. Ela tece inúmeras críticas a matriz binária para conceituar sexo e gênero. Do mesmo modo, Bento (2008) tece críticas aos padrões inflexíveis impostos pela sociedade, assinalando que o sistema binário, masculino versus feminino, produz e reproduz a ideia de que o gênero reflete e espelha o sexo, e que todas as outras esferas constitutivas dos sujeitos estão amarradas a essa determinação inicial: a natureza constrói a sexualidade e posiciona os corpos de acordo com as supostas disposições naturais.

3.2.2. Identidade de gênero

A identidade de gênero está diretamente relacionada à forma como o sujeito se identifica, que pode estar em pleno acordo com o sexo biológico e ao gênero que lhe fora designado ao nascimento, ou pode estar em desacordo com o sexo e gênero atribuído. Trujillo (2007, p. 78) conceitua identidade de gênero como: “sensação de conformidade de uma pessoa entre o seu sexo biológico e psicológico”.

O modelo binário de gênero estabelece o padrão de corpo para homens e mulheres. Esse processo de naturalização e incorporação do modelo hegemônico de inteligibilidade de gênero, Butler (2003) denomina matriz heterossexual, na qual exige a coerência total entre um sexo, um gênero e um desejo/prática que são obrigatoriamente heterossexuais. Trânsitos entre gêneros passaram a ser interpretados como doenças e, neste sentido, pessoas

que se identificam como membros do sexo oposto a seu sexo biológico tornam-se objeto exclusivo da medicina (Bento, 2008).

Conforme os Princípios de Yogyakarta (2006), a identidade de gênero é:

... a vivência interna e individual do gênero tal como sentida profundamente por cada pessoa, a qual pode ou não corresponder com o sexo assignado ao momento do nascimento, inclusive a vivência pessoal do corpo (que pode envolver a modificação da aparência ou da função corporal através de meios médicos, cirúrgicos ou de outra natureza desde que seja por sua livre decisão) e outras expressões de gênero, incluindo a vestimenta, o modo de falar e a conduta (p.10).

A definição acima foi um consenso entre especialistas e juristas de 26 países que se reuniram em Yogyakarta, na Indonésia, em 2006, para discutir sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero.

3.2.3. Orientação Sexual

É importante ressaltar que gênero e identidade de gênero não devem ser confundidos com orientação sexual, que pode ser definida como “a capacidade de cada pessoa de sentir uma profunda atração emocional, afetiva e sexual por pessoas de um gênero diferente ao seu, ou do mesmo gênero, ou de mais de um gênero, assim como a capacidade de manter relações íntimas e sexuais com estas pessoas”, definição presente nos Princípios de Yogyakarta (2006, p. 7).

A *American Psychological Association* (APA) considera orientação sexual um padrão persistente de atração física, sexual ou emocional direcionada a pessoas do sexo oposto (heterossexual), do mesmo sexo (homossexual) e dos dois sexos (bissexual), além das que se atraem por todos os gêneros/sexos (pansexual).

3.2.4. Transexualidade x transexualismo

A transexualidade é considerada um fenômeno complexo e multifacetado. Nesse contexto, o conceito de transexualidade que emerge das diversas teorias que abordam a questão da diversidade sexual aponta para um aspecto consensual: a existência de uma incoerência entre o sexo e o gênero (ARÁN, 2006).

Harry Benjamin (1966) definiu o termo transexual e foi o responsável pela sensibilização sobre a necessidade da atenção à saúde das pessoas transexuais. Enquanto a psiquiatria e a medicina da época os consideravam como homossexuais confusos, invertidos, e esquizofrênicos, Benjamin inaugurou a distinção entre transvestismo e transexualismo, misturadas até então, mostrando que no primeiro caso não estava em jogo o desejo de mudança corporal e de afirmação da identidade. Ainda segundo Berenice Bento:

A transexualidade é uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero. Essa definição confronta-se à aceita pela medicina e pelas ciências psi que a qualificam como uma “doença mental” e a relaciona ao campo da sexualidade e não ao gênero. Definir a pessoa transexual como doente é aprisioná-la, fixá-la em uma posição existencial que encontra no próprio indivíduo a fonte explicativa para seus conflitos, perspectiva divergente daqueles que a interpretam como uma experiência identitária. (BENTO, 2008, p.14)

Conforme trouxe a autora acima, a transexualidade ainda é tratada como uma patologia, circulando nos manuais de doenças mentais e muitas vezes ainda sendo tratada por alguns profissionais como *transexualismo*.

Em 1975, com a publicação da Classificação Internacional de Doenças (CID) -9, o diagnóstico *Transexualismo* foi descrito e inserido na categoria Desvios Sexuais. Em 1990, a CID-10 redefiniu sua visão sobre este fenômeno o deslocando para uma nova categoria *Transtorno de Identidade de Gênero*, definido por “um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal estar ou de inadaptação por referência ao seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado”.

Esta mudança foi o resultado de muitos estudos que compreendiam o *transexualismo* como uma condição da ordem da identificação de gênero e não relacionados à orientação sexual ou parafilias.

Já a Associação Americana de Psiquiatria, em 1980, ao publicar o DSM-III (Manual Estatístico de Doenças Mentais), descreveu e classificou pela primeira vez em seu sistema o *transexualismo* na categoria Transtornos Psicosexuais. Em sua última revisão, o DSM-V descaracteriza a identidade antes como *transtorno de gênero* passando a classificar apenas como *disforia de gênero*, que visa expressar o sofrimento causado pela “incongruência marcante entre o sexo de nascimento e a expressão de gênero atribuídos”. Além disso, inclui na descrição: “identidades de gênero alternativas, além dos estereótipos binário masculino e feminino (forte desejo de pertencer ao outro gênero ou a algum gênero alternativo diferente do designado).

No Brasil, transexuais diagnosticados a partir dos critérios estabelecidos na CID-10, podem ter acesso a procedimentos de redesignação sexual pelo Sistema Único de Saúde, embora não seja esse o foco desta pesquisa. No ano de 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da resolução 1.482, autorizou a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais, afirmando seu caráter terapêutico, ou seja, a legitimação da prática no país partiu do pressuposto de que a pessoa transexual é portadora de desvio psicológico permanente de identidade sexual, rejeitando o fenótipo e tendendo à automutilação ou auto-extermínio. (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009)

O processo transexualizador foi reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina através da resolução 1.955 de 2010 e atualmente é regulado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.803 de 2013. Essa portaria define critérios para viabilização do Processo que inclui as mudanças corporais de transexuais seja através de hormonioterapia a partir dos 18 anos de idade, seja para mudanças corporais através da redesignação sexual e outras cirurgias complementares, conforme definidas pelo Ministério da Saúde no ano de 2013.

O modelo binário de corpo-sexo-gênero (BUTLER, 2003; BENTO, 2008) faz com que alguns/algumas transexuais busquem o processo transexualizador e também alguns

procedimentos cirúrgicos na tentativa de ajustar seus corpos aos modelos considerados hegemônicos.

Não há uma unanimidade de que todas/os as/os transexuais desejam modificar seu corpo com hormonioterapia e cirurgia de redesignação sexual. Alguns /algumas autores/as, pesquisadores/as, ativistas e pessoas transexuais defendem que o desejo de realização da cirurgia é o que define o fenômeno da transexualidade, no entanto há pessoas que se percebem transexuais, se auto-declaram transexuais, porém não desejam realizar a cirurgia, conforme aponta Bento (2006). Para efeito de sujeitos desta pesquisa, serão considerados travestis e transexuais masculinos e femininos, que se auto declarem desta forma, independente do desejo pela cirurgia e modificações corporais.

3.2.5. Travestis

O termo *Travestismo* aparece pela primeira vez em 1965, no manual diagnóstico CID-8 na categoria desvios sexuais. A Associação Norte-Americana de Psiquiatria, seguindo as mesmas tendências daquele tempo, publica em 1968 a segunda edição do seu manual DSM-II também listando desvios sexuais, dentre eles o transvestismo. Para além do discurso médico-psiquiátrico, novas concepções têm surgido no campo, como a que descreve Marcos Benedetti (2005):

Travestis são aquelas que promovem modificações nas formas do seu corpo visando a deixá-lo o mais parecido possível com o das mulheres; vestem-se e vivem cotidianamente como pessoas pertencentes ao gênero feminino sem, no entanto, desejar explicitamente recorrer à cirurgia de transgenitalização para retirar o pênis e construir uma vagina (BENEDETTI, 2005, p. 18).

Não há um consenso na academia, nos movimentos sociais e nem nos discursos de pessoas transexuais e travestis sobre a diferença entre os termos travesti e transexual, talvez pela tendência de uniformizar as pessoas em relação a cada um destas identidades. Tal ação apresenta um caráter normatizador frente às vivências dissidentes das identidades prescritas. A própria questão da necessidade das pessoas transexuais modificarem seus

corpos por meio de aplicações hormonais ou cirurgias de redesignação sexual foi amplamente contestada por Bento (2006).

Ser travesti faz com que a necessidade de novas significações sempre esteja presente em seus cotidianos, conforme afirma Pelúcio: “As travestis são pessoas em processo, sempre em construção, nunca acabadas. Vão se fabricando a partir de diversas tecnologias, inclusive as de gênero.” (PELUCIO, 2004, p.129). Há travestis que se definem como totalmente mulheres, e há travestis que se definem como uma mistura entre homem e mulher: o que mostra que suas construções subjetivas são diversas. Logo, normatizá-las e enquadrá-las em uma única categoria identitária fixa é um erro extremamente simplista e violento.

3.2.6. Transgênero

Transgênero é uma palavra de origem norte-americana, concebida a partir da expressão *Transgender* e foi incorporada pelo movimento brasileiro. É um conceito que abrange pessoas que transcendem as expressões sociais tradicionais de papéis de gênero. A APA- American Psychological Association (2013) define em seu site oficial:

Transgender is an umbrella term for persons whose gender identity, gender expression or behavior does not conform to that typically associated with the sex to which they were assigned at birth. Gender identity refers to a person's internal sense of being male, female or something else; gender expression refers to the way a person communicates gender identity to others through behavior, clothing, hairstyles, voice or body. (APA, 2013)

Em sua dissertação, Letícia Lanz (2014, p. 71) nos apresenta sua definição de transgênero como “todo e qualquer desvio de gênero ou por não corresponder ao sistema sexo-corpo-gênero, ou à heteronormatividade”. É tomado como um termo “guarda-chuva”, que abriga todas as formas de transgressão de gênero. A autora continua em sua dissertação enfatizado que o termo Transgênero é utilizado para “classificar pessoas que, de alguma forma, não se reconhecem e/ou não podem ser socialmente reconhecidas nem como

homem, nem como mulher, pois a sua identidade de gênero não se enquadra em nenhuma das duas categorias disponíveis” (LANZ, 2014, p.71).

3.2.7. Heterossexismo, heterossexualidade compulsória e heteronormatividade

Embora pareçam termos sinônimos, os três conceitos expressam realidades diferentes, e serão muito importantes na condução deste estudo, sendo a heteronormatividade uma das categorias de análise nos atendimentos prestados à travestis e transexuais nos serviços de saúde.

O heterossexismo e a homofobia são manifestações de sexismo, não raro, associadas a diversos regimes e arsenais normativos, normalizadores e estruturantes de corpos, sujeitos, identidades, hierarquias e instituições, tais como o classismo, o racismo, a xenofobia. Embora alguns autores defendam que as duas palavras tem o mesmo significado, Borrillo acrescenta que “o heterossexismo pressupõe a diferenciação elementar entre os grupos homos/héteros, reservando a este último, sistematicamente, um tratamento preferencial. O heterossexismo é para a homofobia o que o sexismo é para a misoginia: apesar de esses conceitos serem distintos, um não pode ser concebido sem o outro” (BORRILLO, 2010)

Na sociedade, de uma forma geral, a heterossexualidade é vivida e internalizada como a forma correta e a única forma possível de expressar a sexualidade humana. As pessoas que não seguem a heterossexualidade são consideradas diferentes e/ou desviantes. Para Butler (2000) existe uma matriz heterossexual atuando de forma compulsória, que não só dita aquilo que será considerado o “normal”, mas irá considerar outras possibilidades de sexualidade e identidades como “anormal”.

Nessa perspectiva temos o conceito de heterossexismo, que Borrillo irá definir como “ a crença na hierarquia das sexualidades, que coloca a heterossexualidade em um nível superior. E o resto das formas de sexualidade aparece, no melhor dos casos, como incompletas, acidentais e perversas, e no pior como patológicas, criminosas, imorais e destruidoras da civilização” (BORRILLO, 2010, p.32). O heterossexismo impõe, por meio

de privilégios culturais, econômicos e políticos, comportamentos sociais considerados como “corretos”, “respeitáveis” e “aqueles que devem ser seguidos”. O sujeito que estiver à sua margem torna-se abjeto e, por isso, deverá ficar à margem da sociedade, sendo não apenas silenciado e invisibilizado, mas também estigmatizado.

Enquanto o heterossexismo irá discorrer sobre a hierarquia da heterossexualidade sobre outras formas (im)possíveis da sexualidade humana, um outro conceito presente nos estudos da sexualidade é o da heterossexualidade compulsória, que consiste numa certa exigência de que todos os sujeitos sejam heterossexuais. Esta é estruturada a partir de uma lógica dualista entre a heterossexualidade e a homossexualidade, sendo a primeira naturalizada e portanto se torna compulsória.

A heterossexualidade compulsória age de forma a silenciar e promover o apagamento das sexualidades não-heterossexuais e impor a sua norma, por compreender que qualquer sexualidade que não seja a heterossexual não merece atenção e cuidados da mesma forma, seja na escola, nos serviços de saúde, no mercado de trabalho ou qualquer outra esfera. Talvez por isso, tantos estudos e pesquisas para compreender as causas da homossexualidade, ao invés de tentar compreender as causas da heterossexualidade, uma vez que esta é considerada o padrão, o ponto de referência para tentar entender por que alguns sujeitos se desviam da norma.

O conceito de heteronormatividade surge em 1991, criado por Michael Werner, como nos conta Miskolci (2012), segundo ele para dar conta de uma nova ordem social. Se antes o conceito de heterossexualidade compulsória exigia que todos/as fossem heterossexuais para serem considerados normais, na heteronormatividade todos os sujeitos devem organizar suas vidas conforme o modelo heterossexual, tendo práticas sexuais hetero ou homossexuais, dando a entender a heterossexualidade não só como uma orientação sexual, mas como um modelo político que organiza a vida das pessoas e a sociedade como um todo.

A heteronormatividade impõe uma certa ordem, onde mesmo as identidades sexuais consideradas dissidentes, podem ser aceitas desde que cumpram a norma e a linearidade entre sexo e gênero (BUTLER, 2003). A heteronormatividade é sistematicamente reiterada

por meio da heterossexualidade compulsória através de uma série de dispositivos e discursos disciplinares. Sendo assim, as pessoas com genitália masculina devem se comportar como machos, másculos, e as com genitália feminina devem ser femininas, delicadas. Nessa lógica, um homem homossexual deve seguir padrões e comportamentos destinados a homens heterossexuais e mulheres lésbicas se identificar e comportar com padrões de mulheres heterossexuais. Para Louro (2009), a heteronormatividade é a (re)produção compulsória da norma heterossexual com um alinhamento entre corpo-gênero-sexualidade por meio de discursos reiterados.

Conforme a contribuição de Preciado (2002), a heteronormatividade tem como objetivo principal a constante produção do corpo-homem e do corpo-mulher. Ainda nesta direção, podemos trazer à tona as concepções de saúde e doença existentes nos manuais de diagnóstico, que ainda consideram como portadores de transtorno de gênero quem não segue a coerência entre sexo e gênero. Pessoas com genitália masculina que se constroem como femininas ou pessoas com vagina que se constroem como masculinas são consideradas doentes, como é o caso das travestis e transexuais. A heteronormatividade se constitui no binarismo de gênero, sendo assim “as performances transgressoras da heteronorma são percebidas como incompatíveis com os marcos de reconhecimento do que é humano, e respondidas com pedagogias normalizadoras” (RONDON; GUMIERI, 2014, p.89).

Para Miskolci, a heteronormatividade é a ordem sexual do presente, fundada no modelo heterossexual, familiar e reprodutivo. Ela se impõe por meio de violências simbólicas e físicas dirigidas principalmente a quem rompe as normas de gênero (MISKOLCI, 2012).

A experiência de constituir-se fora da heteronormatividade é marcada pela subalternidade, pois emerge em um campo de hostilidades, de discriminações, de violência física, de inferiorizações diversas. “(...) a gozação, o xingamento, o insulto, a violência física, a ameaça e a hostilidade ambiente são parte do horizonte existencial dos que se situam fora da norma hetero”. (OLIVEIRA, 2014, p.9)

A tendência da linearidade entre sexo, gênero, desejo e prática sexual cria uma norma heterossexual, a qual é entendida por Butler (2003), como heteronormatividade. Este processo legitima um grupo a partir de suas sexualidades, em detrimento de outros grupos. Desta forma, a vivência travesti e transexual é observada pela sociedade heteronormativa, como desprezada de importância, e conseqüentemente, sem direito à cidadania. E a partir destes conceitos de heteronormatividade, que deslegitima e desqualifica outras vivências fora do corpo “homem-pênis” e “mulher-vagina” que pretendo analisar as experiências e narrativas das travestis e transexuais deste estudo nos serviços de saúde.

3.3. Violência de gênero: homofobia e transfobia

Muito tem se discutido sobre o que seria a violência de gênero e alguns autores utilizam esse conceito para tipificar uma forma de violência caracterizada pelas desigualdades e a hierarquia entre homens e mulheres. A violência é um fenômeno cotidiano também na vivência de travestis e transexuais, algumas destas violências são motivadas pelo gênero em que estas pessoas se identificam, já que diverge do gênero que lhe fora atribuído ao nascerem. Mesmo que alguns autores tratem a homofobia, lesbofobia e transfobia como a mesma categoria de violência usando o termo homofobia independente da orientação sexual ou identidade de gênero, optei por trabalhar neste estudo com o conceito de transfobia como uma das formas possíveis de violência de gênero, direcionada às categorias travestis, transexuais e transgêneros.

A violência para a (OMS) Organização Mundial da Saúde, pode ser entendida como sendo

Qualquer força física ou poder simbólico, contra si mesmo ou grupo que culmine, ou tenha alta probabilidade de lesão, morte, dano psicológico ou privação. A violência para a OMS ainda pode ser vista sobre quatro maneiras, a violência física, psicológica, sexual e a negligência, e todas estas formas de violência parecem ser experienciadas de maneira direta ou indireta pelo grupo escolhido para este estudo (KRUG, 2002, p.1165).

Para Lionço (2008) a homofobia se fundamenta na crença da superioridade e legitimidade da heterossexualidade sobre as demais formas de relação sexual e expressão

do afeto. Como apresenta Borrillo (2010) o sexismo e a homofobia emergem como consequência do regime binário da sexualidade, sendo a suposição da naturalização da diferença dos gêneros e do desejo heterossexual um dispositivo de reprodução da ordem social que espelha o dispositivo da reprodução da espécie.

Para Junqueira (2007), é necessário entender a homofobia como um fenômeno social relacionado a preconceitos, discriminação e violência contra quaisquer sujeitos, expressões e estilos de vida que indiquem transgressão ou dissintonia em relação às normas de gênero, à matriz heterossexual, à heteronormatividade.

Porém, Rios (2007) propõe alargar a noção de homofobia para travestis e transexuais, além de fazer referência a homossexuais, evidenciando o prejuízo social decorrente não apenas da não adequação ao padrão heterossexual, mas também ao binarismo sexista que inferioriza o gênero feminino e que naturaliza a concepção dicotômica e ao mesmo tempo complementar da relação entre os sexos.

A homofobia, nesse sentido ampliado, teria como efeito a materialização, no plano concreto das relações sociais, de prejuízos originados no preconceito, gerando a violação de direitos contra indivíduos e grupos estigmatizados e discriminados em relação à norma moral para a conduta sexual (BORRILLO, 2000; RIOS, 2007).

Mesmo com essa concepção ampliada de homofobia, o que travestis e pessoas transexuais têm apontado é que este conceito, quando utilizado de forma universal, não exprime as especificidades das experiências das pessoas transgêneras. Com objetivo de dar visibilidade às questões dos preconceitos e discriminações vividas pelas pessoas transgêneras, o termo transfobia vem disputando espaço com a noção de homofobia nos últimos anos (CARRARA, 2013).

De acordo com Jaqueline Gomes de Jesus (2012), “transfobia é o preconceito e/ou discriminação em função da identidade de gênero de pessoas transexuais ou travestis” (p.26), para a autora o conceito não deve ser confundido com a homofobia.

Em relação às hierarquias presentes no movimento LGBT, e que são explicitadas na tensão homofobia e transfobia, Jesus e Alves (2010) explicam que, embora a sigla LGBT

abarque identidades políticas (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) que possuem algumas pautas em comum, as demandas do coletivo formado pela população LGBT não traduzem as pautas específicas das diferentes “letras” que a compõem. As pessoas representadas pela letra “T” – diferentemente da porção “LGB”, que busca estabelecer estratégias para a superação de dificuldades relacionadas à sua orientação sexual – enfoca reivindicações em torno da noção de identidade de gênero e nos efeitos que a transfobia parece ser mais adequado para se tratar do universo “trans”, ao invés do termo homofobia, o qual, se utilizado de forma isolada, pode reiterar as hierarquias presentes na sociedade e no próprio movimento LGBT. A transfobia – ou seja, o não respeito às identidades de gênero (femininas e/ou masculinas) de travestis e pessoas transexuais, é uma das questões que emerge com mais frequência nos relatos dessas pessoas quando se referem aos atendimentos em saúde. A maioria dos/das profissionais da saúde, a partir de sua visão de mundo, define gênero a partir do dito “sexo biológico”. No entanto, ao contrário do que se costuma pensar, o que determina a identidade de gênero transexual é a forma como as pessoas se identificam, e não um procedimento cirúrgico (JESUS, 2012), sendo este último o sentido que circula no campo da saúde.

Já o relatório europeu do grupo “Transrespect versus Transphobia Worldwide” (2012) apresenta a transfobia como:

Formas de violência, discriminação, ódio, desgosto, comportamento agressivo e atitudes negativas direcionadas a indivíduos ou grupos que transgridem ou que não estão em conformidade com as expectativas e normas sociais entorno do gênero. Isto inclui formas institucionalizadas de discriminação, criminalização, patologização e estigmatização e a manifestação em vários caminhos, variando de violência física, discurso de ódio, insulto e meios de comunicação hostis para formas de opressão e exclusão social. Transfobia afeta particularmente gênero variante e pessoas trans. (p.18)

A homofobia e a transfobia institucional presentes em alguns espaços, sobretudo nos serviços de saúde são balizadas pela heteronormatividade, por meio da imposição de que o comportamento correto é aquele socialmente esperado pelas performances de gênero. Reconhece-se que a homofobia estruturante da sociedade brasileira se faz presente e

naturalizada, dilapidando identidades individuais e negando a cidadãos uma existência plena. (BRASIL, 2011).

É pela matriz heterossexual que a homofobia e a transfobia se dão no tecido social , por meio da naturalização dos comportamentos tidos como os corretos e esperados para homens e mulheres, e apoiados num regime de vigilância com o objetivo de punir quaisquer desvios a ela. “A diferença homo/hétero não é só constatada, mas serve, sobretudo, para ordenar um regime das sexualidades em que os comportamentos heterossexuais são os únicos que merecem a qualificação de modelo social e de referência para qualquer outra sexualidade” (BORRILLO, 2010).

As identidades trans parecem estar ligadas à precariedade por meio das invisibilizações e tentativas de silenciamento e apagamento de suas existências, tendo em vista os números da violência física e extermínio. É comum nesta população relatos de abandono familiar, de expulsão familiar e profissional, que acaba como consequência ter a prostituição muitas vezes como a única opção de sobrevivência viável para as travestis e transexuais. Quando há um cruzamento entre as questões sociais, econômicas e etnicoraciais, existe uma grande probabilidade de que fiquem mais expostas, aumentando suas vulnerabilidades.

3.4. Estigma e saúde

Em relação a como são vistas as travestis e os/as transexuais, Goffman nos traz: “a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias” (GOFFMAN, 1963, p. 5).

Para o autor os estigmatizados não são completamente humanos, por isso Goffman (1963) defende que “construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando, algumas vezes, uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social” (GOFFMAN,

1963, p. 8). Sobre o estigma na área da saúde, os autores Richard Parker e Peter Aggleton (2001) nos trazem uma importante contribuição:

O estigma desempenha um papel central nas relações de poder e de controle em todos os sistemas sociais. Faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e que outros se sintam de algumas formas superiores. Em última análise, portanto, estamos falando de desigualdade social. Para confrontar e entender corretamente as questões de estigmatização e da discriminação [...] é necessário, portanto, que pensemos de maneira mais ampla sobre como alguns indivíduos e grupos vieram a se tornar socialmente excluídos, e sobre as forças que criam e reforçam a exclusão em diferentes ambientes. (PARKER; AGGLETON, 2001 p. 11-12).

Os autores acima apresentam importante contribuição para compreender o estigma no campo da saúde. Estes conceitos poderão ampliar o olhar sobre como se dão os atendimentos à população de travestis e transexuais na área da saúde, por uma visão estigmatizada e heterocentrada.

4. OBJETIVOS

4.1- OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções de travestis e transexuais de duas regiões do município do Rio de Janeiro - Maré e Cidade de Deus, sobre o cuidado recebido em serviços de saúde.

4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os tipos de violência sofridos por travestis e transexuais nos serviços de saúde.
2. Compreender como travestis e transexuais percebem o atendimento prestado pelos profissionais de saúde.
3. Analisar os relatos de manifestações de preconceito, discriminação ou transfobia no atendimento a esta população e suas implicações com o cuidado em saúde.

5. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa social de cunho qualitativo, que de acordo com Minayo (2010, p. 47), compreende vários tipos de investigação que “tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica” e que não são passíveis de serem quantificados (MINAYO, 2010). Conforme descreve a autora, este tipo de método procura “desvelar” processos sociais que ainda são pouco conhecidos e que pertencem a grupos muito particulares, sendo seu objetivo proporcionar a construção e/ou revisão de novas abordagens, conceitos e categorias referentes ao fenômeno estudado. Sendo assim, o método qualitativo, pode ser definido como:

(...) é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Embora já tenham sido usadas para estudos de aglomerados de grandes dimensões (IBGE, 1976; Parga Nina et.al.1985), as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. (MINAYO, 2010, p.57).

A opção pela técnica de Grupo Focal se deu por se tratar de uma entrevista direcionada a um grupo que é selecionado pelo pesquisador a partir de determinadas características identitárias, visando obter informações qualitativas (KRUEGER, 1994). Segundo Minayo (2010) essa técnica é uma "conversa com finalidade", ou seja, possui um foco de interesse sobre o qual se desenrolará a conversa, sendo apoiado por um roteiro temático aberto ou semi-estruturado (MINAYO, 2010).

No total foram abordadas, para este estudo, vinte e três pessoas, que se declararam travestis ou transexuais. Dezenove participaram de grupos focais, sendo doze moradoras da Maré e sete moradoras da Cidade de Deus, apoiados em um roteiro de entrevista semi-estruturada.

Posteriormente optou-se por quatro entrevistas individuais, sendo duas realizadas com travestis moradoras da Maré e as outras duas realizadas com um homem transexual e uma travesti, ambos moradores da Cidade de Deus. As entrevistas individuais também seguiram um roteiro semi-estruturado e objetivaram abordar aspectos que nos grupos não foi possível aprofundar.

Os roteiros das entrevistas (ANEXOS I e II), tanto o dos grupos focais quanto o das entrevistas individuais, procuraram guiar a pesquisa a partir dos seguintes aspectos: avaliação dos serviços de saúde; especificidades em saúde; experiências de transfobia no setor saúde; sugestões para melhoria dos serviços de saúde.

Todos/as os/as participantes também responderam a um questionário que procurou levantar dados sócio demográficas, para contribuir com a análise do perfil dos sujeitos do estudo (ANEXO III).

5.1.Campo de pesquisa

A escolha do campo para a pesquisa original foi a comunidade do Complexo de favelas da Maré, pela proximidade geográfica com a Fiocruz e pelo entrosamento com um coletivo LGBT da região: o grupo ‘Conexão G,’ que desde 2006 promove e realiza ações com foco nas temáticas voltadas aos Direitos Humanos e Promoção da Saúde da população LGBT moradora de favelas do Rio de Janeiro. Na ocasião a ONG contava com a liderança de Gilmará Cunha, ativista das causas LGBTs, principalmente de questões relacionadas às travestis e transexuais, sendo uma referência enquanto travesti representando tal categoria junto à entidades públicas e privadas. O coletivo é composto por pessoas LGBTs, moradoras/moradores de favela e tem sua sede situada no Complexo de favelas da Maré.

A inclusão posteriormente da comunidade Cidade de Deus foi uma sugestão do ‘Conexão G’, que serviu como facilitador para que fosse possível acessar a população trans desta comunidade. Optei por manter os dois campos neste estudo por considerar serem os dois locais um cenário frequente de múltiplas violências e palco de violações de direitos da população que neles residem.

Localizado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, o complexo da Maré é constituído por um conjunto de 16 favelas. A área territorial da Maré ocupa cerca de 800 mil m². Alguns de seus limites são demarcados por importantes vias urbanas: a Linha Vermelha, a Linha Amarela e a Av. Brasil. Na divisão da gestão de saúde do município do Rio de Janeiro, a Maré é parte da Área Programática 3.1. Segundo o último censo do IBGE (2010), o complexo de favelas contava na ocasião com aproximadamente 130 mil habitantes, com uma estimativa de 40 mil domicílios distribuídos entre as 16 localidades, em 2015 seu IDH (Índice de desenvolvimento Humano) era de 0.722. Grande parte da população encontra-se excluída de direitos sociais básicos, vivendo em um território com diferentes iniquidades sociais e com altos índices de violência

A Cidade de Deus foi reconhecida como bairro em 2010 e está localizado na zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, com uma população estimada de 36.515 habitantes segundo o último censo do IBGE (2010). Na divisão da gestão de saúde do município do Rio de Janeiro, a Cidade de Deus é parte da Área Programática 4.0. Sua população, majoritariamente, está distribuída em conjuntos habitacionais construídos para promover a urbanização da região. O bairro apresenta alguns dos indicadores sociais mais críticos da cidade, embora seja vizinho de “bairros nobres”. Em 2015, seu IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) era de 0.751.

5.2. Seleção dos participantes e contextos de realização das entrevistas

O convite e seleção das/dos participantes foi realizado pela equipe do coletivo Conexão G, a partir dos seguintes critérios definidos pela equipe responsável pela pesquisa: 1) identificar-se como pessoa trans 2) morar em uma das duas regiões do estudo e 3) concordar em participar da pesquisa.

Os grupos focais de travestis e transexuais foram compostos por dezenove (19) participantes divididos em dois grupos: doze (12) participantes da Maré e sete (7) da Cidade de Deus, todas se identificando como travesti ou mulher transexual. Desde o início percebemos dificuldade em selecionar homens transexuais para os dois grupos. Não havia

sido identificado pelo coletivo Conexão G, em nenhuma das duas regiões, algum homem que se auto declarasse transexual.

Dessa forma, os grupos foram compostos por participantes que possuíam características identitárias que permitiram o seu reconhecimento, pelo menos potencialmente, como "grupo" em relação ao problema que se desejava analisar. Todas possuíam elementos comuns como identidade de gênero, posição social e o local de moradia.

Os grupos focais foram realizados por uma pesquisadora da equipe do CLAVES e pelo presente pesquisador, durando em torno de 120 minutos cada. Entretanto, as entrevistas individuais foram realizadas pelo presente autor somente e duraram em torno de 60 minutos cada. Todas as entrevistas foram gravadas digitalmente, com o consentimento dos participantes e transcritas pelo autor deste estudo. Os grupos focais ocorreram em locais indicados pelo coletivo: 1) Complexo da Maré - Instituto Redes de Desenvolvimento da Maré, local conhecido pela população pela realização de projetos sociais e ações de desenvolvimento local; 2) Cidade de Deus - Centro de Referência para a Juventude (CRJ), local conhecido entre moradores pela realização e oferta de ações voltadas à lazer, esportes, capacitação e assistência social para jovens da região.

O primeiro grupo focal foi realizado na Maré. Eu e uma pesquisadora do CLAVES nos preparamos e partimos para a região da Maré com as referências e o mapa que nos foi dado por uma das colaboradoras vinculadas ao Coletivo Conexão G. Chegando lá nos deparamos com ruas muito estreitas e compridas, com tráfego intenso de carros, motos e pessoas. O comércio local muito ativo e movimentado, disputava espaço nas calçadas estreitas com pessoas transitando de um lado para o outro. Não muito raramente, avistamos algumas pessoas portando armas e olhando atentamente para os carros que transitavam. Em uma de nossas passagens, foi necessário informá-los onde estávamos indo para que os mesmos nos dessem autorização para entrada naquela área da Maré. Em uma das ocasiões, haviam vigas de aço fincadas no asfalto, impedindo a passagem de carros, que somente foram retiradas após nos identificarmos como pesquisadores da Fiocruz e comunicarmos que iríamos ao Instituto Redes.

Nossa presença parecia não despertar a atenção dos moradores, embora estivéssemos ligeiramente inseguros quanto à nossa correta localização. Paramos para pedir informações pois não conseguíamos visualizar os números nas casas e estabelecimentos. Logo fomos informados de que o nosso destino era no fim de uma das ruas que já havíamos passado. Mais alguns minutos e logo estaríamos no local desejado.

Chegamos com bastante antecedência do horário marcado, aguardávamos a aproximação do horário na porta do Instituto, enquanto nos familiarizávamos com a dinâmica da região. Aos poucos as convidadas começavam a chegar. Havíamos sugerido um número mínimo de seis pessoas e um número máximo de oito participantes. Para garantir o número desejado, doze pessoas trans foram convidadas pela equipe da ONG para assegurar que pelo menos a metade comparecesse. Nem todas confirmaram sua presença, conforme fomos informados pela representante do Conexão G.

Logo que as seis primeiras convidadas chegaram, nos encaminhamos para a sala na expectativa de começarmos no horário previsto. Antes que pudéssemos dar início a nossa apresentação formal, mais seis convidadas foram chegando para participar do grupo, se desculpando pelo atraso alegando acordarem tarde por trabalharem à noite. A sala havia sido preparada para oito participantes e eram doze na ocasião disputando os lugares. Não houve interesse entre as participantes em desistir e todas insistiam em participar, alegando que haviam sido convidadas para falar sobre suas experiências e assim o fariam.

Acatamos o interesse de todas em participar adaptando a sala com novas cadeiras e aumentando a roda por acreditar que tanta determinação poderia trazer boas contribuições para a pesquisa. Entendemos que para as convidadas seria um espaço importante para compartilhar e trocar informações sobre o acesso à saúde e as experiências com a segurança pública, já que o grupo também abordaria essa temática para a pesquisa original.

O grupo iniciou com doze participantes, num clima de muitas brincadeiras, risadas e algumas falando alto ao mesmo tempo que as outras, exigindo de nós uma maior atenção para compreender o que era apresentado pelo grupo. Com o avanço da hora, algumas participantes começaram a sinalizar a necessidade de deixar o grupo, pois trabalhavam como profissionais do sexo e alegaram que começavam a trabalhar logo no início da noite

por ser um horário menos perigoso. Finalizamos no horário previsto, tendo sido realizadas todas as perguntas. Tivemos uma boa recepção e saímos com uma impressão muito positiva sobre a participação ativa da maioria das convidadas.

Mesmo com o fim da roda, algumas sentiam a necessidade de continuar falando sobre situações cotidianas com moradores, profissionais de saúde, policiais, com traficantes, sobre seus “clientes” e também sobre seus relacionamentos na comunidade. Uma das participantes se comunicava com dificuldade e tinha seu raciocínio muito lento para formular respostas. A todo instante se desculpava pois usara drogas na noite anterior e pouco antes de participar do grupo havia usado novamente.

A entrada no campo da Cidade de Deus ocorreu na semana seguinte e se deu de uma forma mais tranquila, com uma maior facilidade para encontrar o local onde seria nosso encontro. As ruas mais largas e melhor sinalizadas contribuíram para a nossa chegada mais rápida. Não reparamos a presença de pessoas armadas e nem a presença da polícia na região, o que parecia representar um clima harmonioso entre os moradores que por ali transitavam. Essa harmonia momentânea foi ratificada pelos participantes que ressaltaram que nem sempre o clima era o que estávamos presenciando.

Da mesma forma, doze pessoas haviam sido convidadas, mas dessa vez sete pessoas compareceram no local indicado para a realização do grupo focal. Houve uma boa interação entre as participantes desse grupo, que se comunicavam sem muitas interrupções e respeitando o momento de fala umas das outras. Encerramos no horário previsto, entendendo que todas as perguntas foram feitas e respondidas de forma a contemplar nossas expectativas com os objetivos da pesquisa. A prostituição não foi algo tão marcante no discurso deste grupo, embora fizesse ou já tivesse feito parte da vida de todas as participantes. Para algumas das participantes, trabalhar com sexo via internet tornou-se mais seguro do que estar mais vulnerável nas ruas da cidade e algumas relataram trabalhar desta forma na ocasião do nosso encontro.

Os dois grupos geraram um conteúdo interessante que me instigou a ir mais adiante e me aprofundar em algumas questões. Após ouvir algumas vezes o material e transcrever o áudio gravado durante os grupos, considerei importante realizar mais duas entrevistas

individuais em cada região, preferencialmente com moradores/as que não tivessem participado dos grupos focais. E assim, segui firme neste propósito e iniciei a busca pedindo indicações para pessoas que tivessem algum tipo de inserção nas duas regiões. Comecei buscando através de duas agentes comunitárias de saúde, uma de cada comunidade, pois ambas tinham o mapeamento de sua região e conheciam travestis e transexuais, usuárias do serviço de saúde pública. Alguns contatos telefônicos foram feitos por mim com possíveis participantes moradoras do Complexo da Maré, indicadas pela agente comunitária da região.

Dois encontros foram agendados no mesmo dia e em horários diferentes, porém na véspera das entrevistas quando liguei para confirmar ambas foram desmarcadas e remarçadas para uma nova data na semana seguinte. O motivo alegado por ambas foi a morte de um policial no dia da minha ligação, após troca de tiros com os traficantes de drogas da região. A ocorrência deste fato além de mudar toda a dinâmica dos moradores, fez com que alguns acessos à esta comunidade fossem fechados, estando a população sob forte vigilância policial.

Na semana seguinte fiz uma nova ligação e os dois encontros foram desmarcados novamente por conta de tiroteios na região nas primeiras horas daquela manhã. Um novo agendamento foi feito com as duas convidadas, porém desta vez em local fora da Maré por sugestão de ambas. Na ocasião a região ainda estava sob vigilância policial. Mais uma vez as entrevistas não ocorreram. Ambas alegaram indisponibilidade na data agendada, pois haviam surgido compromissos de trabalho neste dia fora da região e temiam que as entrevistas pudessem atrasá-las. Preocupadas em contribuir com a pesquisa, ambas forneceram contatos telefônicos de outras pessoas trans, moradoras da região e novamente iniciei a minha busca.

A primeira indicação que fiz contato prontamente aceitou a participar da pesquisa, após a minha apresentação pessoal e explanação sobre o objetivo do trabalho. Ela alegou que aguardava minha ligação, já que sua amiga havia informado que passara seus dados no dia anterior para alguém interessado em conhecer sobre suas vivências nos serviços de saúde. Decidi nomeá-la neste estudo como *Travesti A* da Maré, para que sua identidade

fosse preservada. Após alguns contatos telefônicos, acertamos a data e esta me recebeu em sua residência, onde trabalha como cabelereira, atendendo à população local. A entrevista ocorreu de forma tranquila na sala de sua casa num domingo à tarde, dia escolhido por ela por não ter a presença de clientes.

A segunda entrevistada da região da Maré, foi uma indicação da coordenadora do Grupo Conexão G, que nomeei neste estudo de *Travesti B* da Maré por questões de privacidade. Houve um impasse sobre o local da entrevista inicialmente. Sempre preferi deixar que as entrevistadas escolhessem o local onde se sentissem mais à vontade para falar. Minha única recomendação era a de que tentassem escolher um local que fosse o mais silencioso possível. Por sua sugestão, marcamos numa espécie de bar ou lanchonete próximo de sua residência. No dia da entrevista, fiz uma ligação telefônica para confirmar e a mesma sugeriu que fosse em sua residência, pois sua mãe achou que poderia ter mais privacidade. Posto isso, logo aceitei e esta marcou comigo em frente ao único supermercado da região para que juntos adentrássemos à comunidade da Maré, rumo a sua casa. Na hora agendada lá estava eu a aguardando e logo nos apresentamos ao nos encontramos. Percorrendo algumas ruas estreitas e muito movimentadas, chegamos à sua residência. Sua mãe nos aguardava com um pequeno banco vazio na porta de sua casa, onde bebia cerveja com outras vizinhas.

E neste local foi realizada a entrevista. Nos sentamos na calçada oposta a de sua casa, eu no banco que me foi destinado e ela no chão. Escolhemos essa localização para que ninguém em sua casa ouvisse o que seria falado. Na minha mão alguns papéis e no chão o gravador. Alguns vizinhos que passavam e não entendiam a cena, ela logo tentava explicar gritando: “Tô dando entrevista!”

E nesse clima descontraído, totalmente ambientada, respondia às minhas indagações revezando com alguns goles de cerveja, que sua mãe fazia questão de servi-la de tempos em tempos. Logo que finalizamos a entrevista, desliguei o gravador e novamente agradei a sua presteza e delicadeza em me receber e me buscar num local mais acessível e mais fácil de chegar.

Quanto às entrevistas individuais na Cidade de Deus, ocorreram de forma mais dinâmica. A agente comunitária da Cidade de Deus me forneceu alguns telefones e fez contato com duas mulheres trans. A primeira, muito educada, se desculpou mas alegou que na semana seguinte iria realizar um procedimento no corpo e iria precisar de repouso, achando mais conveniente me indicar uma amiga sua para a entrevista.

Fiz contato com a outra possível participante, porém esta após ouvir o objetivo da pesquisa agradeceu e explicou que já havia realizado a cirurgia de transgenitalização e retificação do nome e alteração dos documentos. Alegou não acreditar ser possível contribuir com a pesquisa, uma vez que não possuía vivências de uma mulher transexual ou travesti. Considerou que suas experiências são semelhantes às de “mulheres biológicas” (como a própria relatou). Alegou ainda não residir na Cidade de Deus e sim numa região vizinha, além de não utilizar serviços públicos de saúde, embora tenha relatado que recebe agentes comunitários em sua residência.

Compreendi seu argumento e admiti que talvez fosse baixa a sua contribuição e não argumentei. Ela explicou que nunca pertenceu à categoria de travesti ou transexual, tendo nascido e vivido até então como mulher mesmo antes da sua cirurgia de redesignação sexual, não se identificando com as pautas da comunidade LGBT. Agradei e finalizamos a ligação.

Como eu havia recebido da Gilmara Cunha outras indicações de pessoas trans filiadas ao Conexão G, recorri a um dos contatos. Ao ligar, esta prontamente aceitou, porém demoramos a conseguir agendar uma data que fosse viável para ela. Precisamos de alguns contatos até que a data finalmente fosse possível. Para que eu não precisasse ir à Cidade de Deus, embora não houvesse qualquer objeção de minha parte, esta preferiu marcar comigo no ambulatório médico da Fiocruz. Agendou comigo três semanas após a ligação, dia em que teria uma consulta de rotina no referido ambulatório. Aceitei prontamente e aguardei por este dia. Na data agendada nos encontramos e a entrevista ocorreu na sala de espera do ambulatório médico da Fiocruz, em um local isolado sem acesso de outras pessoas. Como era a última paciente agendada neste dia, a entrevista começou após o fim do expediente e demorou cerca de 60 minutos.

Enquanto aguardava pelo dia da entrevista acima, continuei os contatos com outras possibilidades de participantes e priorizei a ligação para um homem transexual, de 21 anos que me fora indicado pela agente comunitária da Cidade de Deus. Ele não nasceu, nem passou a infância ou adolescência na região. Morava há alguns meses neste bairro pois deixara a casa de seu pai para morar com sua atual companheira. Sua experiência com os serviços de saúde da região ainda era recente, por ter tido acesso por poucas vezes, mas já havia utilizado o hospital que atende à região, além de conhecer a rede de atenção básica e receber visita domiciliar de agentes comunitários de saúde.

Considereei importante sua participação, pois seria ele o único homem transexual que tive conhecimento nas duas regiões até então. A entrevista ocorreu na biblioteca de uma universidade próxima do bairro onde o mesmo reside, no caminho de sua casa. Escolhemos este local pois ele costumava passar por esta região ao sair do trabalho e eu estaria na universidade neste dia, então após um consenso agendamos e nos encontramos no dia e local propostos.

A entrevista seguiu o roteiro de perguntas e logo percebi seu pouco conhecimento sobre os serviços públicos de saúde de uma forma geral, exceto pelo fato de frequentar um ambulatório especializado no processo transexualizador, local onde já é acompanhado por endocrinologista há pelo menos dois anos e com uma ótima impressão sobre o atendimento.

5.3. Perfil dos participantes

Integraram este estudo 23 participantes, com idade entre 18 e 55 anos. Quanto à identidade de gênero, treze (13) pessoas se declaram mulheres transexuais; Nove (9) se declararam travestis e um (1) se declarou homem transexual. Quanto à escolaridade, oito (8) não concluíram o ensino fundamental; seis (6) participantes declararam ter o ensino médio completo enquanto oito (8) não haviam concluído o ensino médio; uma (1) declarou ter nível superior completo.

Da amostra, quatorze (14) declararam não ter renda fixa ou possuir renda inferior a um salário mínimo, enquanto nove (9) alegaram ter renda superior a um salário mínimo

mensal. Na ocasião, somente um/a (1) participante declarou estar inserido/a no mercado formal de trabalho, com direitos trabalhistas. As demais participantes declararam não ter um trabalho formal, desempenhando atividades autônomas, trabalhando como profissionais do sexo ou realizando trabalhos domésticos.

5.4. Análise dos dados

Para este estudo foram analisados os dados primários extraídos dos dois grupos focais e de quatro entrevistas individuais realizadas com travestis e transexuais referentes às experiências nos serviços de saúde.

A análise dos dados foi realizada a partir do referencial metodológico de análise de conteúdo. Esse método é uma ferramenta de pesquisa que se aplica à grande diversidade de tipos e gêneros textuais e se presta à exploração interpretativa de documentos, organizando e sistematizando unidades de seu conteúdo, das quais se possam extrair inventários estatísticos de estruturas textuais, como palavras, temas e classes de sentido (BARDIN, 2011), apresentada pela autora como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011, p.48).

Às “condições de produção/recepção” associam-se “variáveis psicológicas do indivíduo emissor, variáveis sociológicas e culturais, variáveis relativas à situação de comunicação ou do contexto de produção da mensagem” (BARDIN, 2011, p. 48). Trata-se, assim, não singularmente da interpretação de um conteúdo ou de inferências superficiais, mas, do estabelecimento de relações de correspondência entre as estruturas semânticas, linguísticas, psicológicas e sociológicas dos conteúdos textuais, enfim, da constituição de um campo de determinações dos sentidos.

A técnica proposta por Bardin (2011), prevê três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que são distintas e interdependentes. No presente estudo, percorreu-se o seguinte caminho: na fase de pré-análise realizou-se a organização mediante a sistematização de ideias e elementos gerados nos grupos focais e nas entrevistas individuais, posteriormente transcritas. Nesta etapa foram realizadas repetidas leituras de todo material produzido, com o intuito de captar ideias trazidas pelas/os participantes. Essas leituras possibilitaram acessar conteúdos diretamente relacionados ao objetivo da pesquisa.

A exploração do material constituiu-se como a segunda fase. Nesta etapa foram realizadas leituras com o intuito de observar opiniões similares ou não, unidades de contexto e categorias temáticas. As entrevistas foram submetidas a releituras, trechos da entrevista foram identificados e destacados com comentários pessoais.

Na terceira fase, os trechos das entrevistas deram origem às categorias que foram reorganizadas a partir de releitura do material. Nesse processo, foram identificadas três categorias temáticas: (1) Vivências de violências e violações de direitos nos serviços de saúde; (2) Especificidades e necessidades em saúde (3) Sugestões para serviços mais acessíveis à travestis e transexuais.

5.5. Considerações éticas

Este estudo é um sub projeto proveniente da pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa através do parecer de número 1.356.173 de 08/12/2015 e o CAEE de número 43959515.5.0000.5240, denominada “Violência homofóbica no Rio de Janeiro: análise de informações da mídia escrita, registros oficiais das áreas da saúde e segurança pública e das vivências da população LGBT sobre tratamento recebido por essas instituições”. Foi aprovado e incluído como subprojeto na análise de emenda cujo número do parecer é 2.049.220.

Antes de iniciar os grupos e as entrevistas individuais foi entregue a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em seguida foi apresentado o objetivo da pesquisa, sendo esclarecidas todas as dúvidas. Todos/as os/as participantes concordaram em participar do estudo e assinaram o referido termo concordando com o que fora anteriormente exposto.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. Vivências de violências e violações de direitos nos serviços de saúde

Um dos maiores desafios para os profissionais de saúde desde a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) talvez seja o de compreender e acolher a diversidade sexual e de gênero entre os usuários e as usuárias e suas diferentes demandas. O presente estudo coaduna com a literatura ao mostrar uma tendência heteronormativa nas práticas dos profissionais de saúde, que presumem e adotam em seu cotidiano profissional um padrão de normalidade pautado na heterossexualidade e na linearidade entre o sexo biológico e o gênero.

Embora alguns avanços tenham acontecido no campo da saúde desde a epidemia do HIV nos anos 80 e até a efetivação de uma Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT em 2011, estudos (ROCON, 2016; FREIRE, 2013) demonstram que os serviços ainda tendem a se organizar para um público heterossexual. E nessa lógica heteronormativa, alguns profissionais conduzem o atendimento sem conhecer as necessidades da população LGBT, em especial as de travestis e transexuais, comprometendo um cuidado humanizado e os princípios idealizados pelo SUS, que são o da universalidade, da integralidade e da equidade.

Práticas sexuais ou identidades sexuais não-normativas de usuárias/os podem interferir negativamente nas formas de cuidado que recebem em determinados serviços de saúde (LIONÇO, 2008a; MELLO et. al., 2011; CERQUEIRA-SANTOS et. al., 2010). A concepção hegemônica da heteronormatividade é evidente nas experiências das travestis e transexuais que utilizam o sistema de saúde, influenciando na propagação das situações de constrangimento e discriminação, como podemos constatar no relato a seguir:

Você tenta explicar o que você é, como você gostaria de ser chamado e a pessoa continua te desrespeitando. “Poxa por favor, tem como você colocar na ficha meu nome social? Tem como, por favor, você passar para o médico como ele deve se referir a mim?” (...) Ai você chega na sala, tá o médico te chamando pelo seu nome de registro, por uma identidade que você não se corresponde. (Homem transexual, Cidade de Deus).

Nos grupos focais assim como nas entrevistas individuais, o não respeito ao uso do nome social nos atendimentos foi a queixa mais frequente, sendo considerada esta violação de direito o principal motivo de afastamento ou não adesão aos atendimentos ou tratamentos propostos. A negação de sua identidade de gênero ao apresentarem seus documentos na recepção ou a exposição de seu nome civil em salas de espera e/ou consultórios, além de gerar constrangimento e exposição desnecessária, é sentida como uma violência psicológica caracterizada pelo desrespeito e humilhação pelas participantes deste estudo:

...mas já aconteceu uma vez de eu ir na UPA, a recepcionista não aceitou colocar meu nome feminino. Ela queria que colocasse o nome masculino e eu falei para ela: se você colocar meu nome masculino a gente vai se estressar porque eu não sou obrigada a passar por esse tipo de humilhação (Travesti A., Cidade de Deus).

E eu acho também, assim, que eles não estão preparados para nos atender. Por que quando a gente dá o nosso nome social, eles acham graça (Grupo Focal, Cidade de Deus).

Tal violação de direito vem refletindo no fracasso do acompanhamento médico ou na não adesão a tratamentos no grupo, prejudicando diagnósticos precoces e o acesso às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. E ainda rompem com as premissas do SUS quanto aos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Num estudo recente sobre as possíveis barreiras de acesso de travestis e transexuais nos serviços de saúde de uma determinada capital brasileira, Rocon e colaboradores (2016) evidenciaram que “o desrespeito ao nome social, a trans/travestifobia nos serviços de saúde e o diagnóstico patologizante no processo transexualizador se apresentaram como principais impedimentos ao acesso universal, integral e equânime” (ROCON et. al., 2016).

Embora o direito ao uso do nome social seja previsto na saúde pública desde 2006, com a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2007) e reiterado na Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009), foi somente no ano de 2012 que o nome social ganhou um espaço no cartão do SUS, garantindo o direito adquirido alguns anos

antes mas com pouca efetividade por não ser contemplado no cartão no ato da apresentação dos documentos. Ter o nome social impresso no cartão SUS trouxe maior visibilidade às pessoas trans, diminuindo a necessidade de negociar com os profissionais o nome que gostaria que fosse adotado no ato do atendimento.

Esse avanço foi fruto de muitas lutas e entraves dos movimentos sociais para transformar tal direito em ações concretas no SUS. Um exemplo de reflexo positivo dessas reivindicações ocorreu no ano de 2014, quando o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) publicou em 24 de Setembro a nota técnica nº 18, com orientações sobre como preencher o sistema e realizar a impressão do Cartão SUS somente com o nome social, para que os serviços estivessem aptos a este procedimento (BRASIL, 2014). Essa conquista, em parte provocada por movimentos sociais de travestis e transexuais, contribuiu para a redução de estigma, preconceito, violência e discriminação, promovendo o acesso à saúde de forma mais humanizada.

O acolhimento de travestis e transexuais nos serviços de atenção básica requer dos/das profissionais a conscientização e o reconhecimento das singularidades desta população, no sentido de evitar a normatização que possa gerar processos de exclusão ou discriminação destas pessoas, comprometendo o cuidado prestado. As Unidades Básicas de Saúde das duas regiões que fizeram parte da presente pesquisa, parecem não estar preparadas para atendimentos a travestis e transexuais, principalmente no que se refere ao respeito ao uso do nome social.

(...)é ruim para a população trans, porque eles são despreparados, não tratam no gênero correto, já tive outros relatos de outras trans que precisaram de lá e foi complicado para elas, tiveram que ‘engolir um pouco de sapo’ porque estavam precisando, é complicado. (Travesti A., Cidade de Deus).

Houve entre as participantes a percepção de que alguns serviços vêm se mobilizando para atender as premissas e normativas legais, trazendo alguns reflexos positivos para o atendimento, como relata uma das participantes:

Eu acho que agora, mudou muito o atendimento, porque antes você não via uma travesti com nome social. Eles colocavam o nome de batismo no cartão. Eles gritavam, exemplo: 'Raissa' era 'Rafael', isso aí eu acho que mudou muito. Achei muito legal essa mudança, foi muito importante para mim e para todas no mundo 'glt' (Travesti B., Maré)

A Política Nacional de Saúde Integral a pessoas LBGT, instituída em 1º de Dezembro de 2011, através da Portaria nº 2.823 tem como um dos objetivos promover o enfrentamento a iniquidades e discriminações, ampliando o acesso a ações e serviços de qualidade a este público. Na prática ainda é algo que não se observa em todos os serviços como foi possível verificar em vários relatos dos/as participantes deste estudo.

A política apresenta em seu texto, uma referência ao respeito à diversidade quando salienta que a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças (BRASIL, 2011), porém essa normativa ainda não foi concretizada no cotidiano de muitos serviços, comprometendo o acesso universal de pessoas trans nos serviços de saúde.

Uma outra forma de violação presente no discurso da maioria das/dos participantes foi o pouco cuidado com a privacidade e com o sigilo dos atendimentos prestados nas Unidades Básicas de suas regiões. Houve relatos de vazamento de informações sobre os atendimentos e diagnóstico revelados a outras pessoas que não faziam parte das equipes de saúde. Apesar da gravidade, tal situação parece ser uma prática comum evidenciada por inúmeros casos, como nos trazem os relatos a seguir:

Agora como é que eu vou fazer exame num lugar onde você vai ter acesso ao meu exame, que não é médico, ela vai ter, ela vai ter, todo mundo vai ter, que privacidade que vai ter? eu falei: não, não quero fazer! Elas duas que fizeram, malucas, por que eu não faço mesmo! (Grupo Focal, Cidade de Deus)

Eu já ouvi relato de pessoas que vão fazer algum tipo de exame, independente de ser portador de vírus ou não (...) e outras pessoas comentarem, por que ficaram sabendo. (Travesti A., Maré).

O medo da falha no sigilo após os atendimentos e a quebra de privacidade sobre a descoberta de um diagnóstico, vem comprometendo o acolhimento das demandas das travestis e transexuais das duas regiões, refletindo na baixa ou na não adesão às ações de

promoção da saúde ou prevenção de doenças, fazendo com que este grupo muitas vezes opte pelos serviços especializados e não busquem os serviços locais.

Sobre sigilo e privacidade Junges e colaboradoras (2015, p. 201) nos apresentam a definição dos dois conceitos: “O sigilo e a privacidade referem-se à maneira pela qual os profissionais devem tratar as informações colhidas no atendimento”. E nessa direção, a confidencialidade diz respeito à atitude requerida dos profissionais para lidar com as informações advindas desse relacionamento” (JUNGES et. al., 2015).

Em artigo recente, Villas-Boas (2015) aborda a questão da confidencialidade e do respeito à privacidade e nos remete ao código de ética de cada profissão:

Constituem preceitos morais tradicionais das profissões de saúde, indicando o dever de guarda e reserva em relação aos dados de terceiro, a que se tem acesso em virtude do exercício da atividade laboral. (VILLAS-BOAS, 2015, p.514).

A autora defende que deles depende a base de confiança que deve nortear a relação profissional-paciente, embora o dever de sigilo é, ainda hoje, “um dos compromissos éticos mais desrespeitados no dia a dia das unidades hospitalares e sanitárias” (VILLAS-BOAS, 2015, p. 514).

Na área da saúde o sigilo é um direito do paciente, sobretudo um dever de toda a equipe que tem acesso às informações sobre cada usuário/a. Para Gracia (2010) o sigilo é até mais dever que direito, assentado num compromisso de proteção que ultrapassa e dispensa o pedido do interessado.

Não confiar na equipe local ficou evidente em muitos relatos. A falta de confiança nos profissionais que prestam o atendimento compromete a qualidade do acesso e a integralidade no atendimento prestado. A seguir um exemplo em que a usuária não estabelece um vínculo com a equipe de referência em sua comunidade e omite ser portadora do vírus HIV, optando por só se tratar no ambulatório especializado, que fica distante de sua residência:

Isso aí é uma coisa que eu oculto totalmente, eu vou, eu sei da minha condição, se for um caso que possa vir trazer qualquer tipo de preocupação maior eu até aviso, mas eu evito porque é um tipo de coisa que apesar da sociedade falar que hoje em dia é diferente, onde você mora não é, porque você fica uma pessoa marcada, uma pessoa taxada e eu não tenho essa coragem. (Travesti A., Maré)

O medo de que informações sobre sua saúde ou práticas sexuais sejam compartilhadas fora do ambiente de atendimento pode contribuir para um atendimento no qual as necessidades em saúde não sejam verbalizadas pelos/as usuários, temendo atos discriminatórios. Para Teixeira (2005) a troca de informações entre usuários/as e profissionais tem a ver com a confiança que se estabelece na relação entre ambos/as e irá depender da qualidade do acesso e da recepção do usuário no serviço, marcadas pelo estabelecimento ou não de uma relação que inicia pelo acolhimento das demandas.

Temendo preconceitos e possíveis discriminações, uma preocupação comum entre as participantes deste estudo foi com o tipo de atendimento que irão encontrar nos serviços de saúde quando apresentarem uma demanda. É comum que priorizem utilizar os serviços recomendados por outras usuárias travestis ou transexuais considerados como menos discriminatórios e mais acolhedores, temendo passar por constrangimentos em sua chegada e no decorrer de sua permanência no serviço.

Sobre acolhimento nos atendimentos, Franco, Bueno e Merhy (1999) defendem que é através do acolhimento que se estabelece a formação do vínculo entre usuários/as, profissionais e o serviço. Nesse contexto se dá a responsabilização e resolutividade dos processos de saúde, podendo haver a partir do vínculo a confidencialidade das informações compartilhadas nesta relação.

Sobre os serviços de saúde disponíveis nas duas comunidades, muito se falou entre as participantes o quanto se misturam a relação pessoal e profissional durante os atendimentos. Na atenção básica a equipe multiprofissional também é composta de agentes comunitários de saúde, a maioria moradores/as da comunidade, sendo importante abordar também na capacitação desta categoria de profissionais questões ligadas à privacidade e o sigilo para que não comprometa a confidencialidade nos atendimentos.

Por que aqui nestes postinhos, 95% dos funcionários são da comunidade. E eles misturam o profissionalismo com a amizade. E às vezes, aquela pessoa... ‘Eu não gosto de fulana, mas eu sei que a fulana é soro positivo’. A ironia do profissional já vem ser pessoal. Isso é muito complicado delas também. (Travesti B., Maré)

O fato de serem atendidas por profissionais de saúde, que também são moradores/as da comunidade, pode contribuir para o não reconhecimento da identidade de gênero de pessoas trans, por não compreenderem a transição como uma etapa necessária para o auto reconhecimento entre essa população, como na experiência de uma das entrevistadas:

(...)muitos profissionais moram aqui na comunidade, e para me identificar assim como uma mulher é difícil, por que para eles botar uma saia e um cabelo... é ‘ele’! Não é igual lá fora, é uma mulher sim, é uma mulher trans, é ‘ela’ (Travesti B., Maré).

Vou te chamar de marcelo, pois é assim que te conheço desde criança! (Grupo Focal, Maré).

Em um estudo realizado com travestis no Sul do país, Muller e Knauth (2008) referem que os serviços de saúde ao invés de serem locais de acolhimento e proteção algumas vezes se apresentam para travestis e transexuais como locais de manutenção das desigualdades e preconceitos da sociedade, acrescentam ainda que estas pessoas são estigmatizadas, não tendo sua cidadania garantida. A seguir um desabafo de uma participante, que aponta o serviço público de saúde como um local que reproduz violências:

E isso é um processo complicado, fora toda a transfobia que você passa na rua e até no serviço público de saúde que você tem que extravasar aquilo de alguma forma, se você guarda isso demais, você pode ter uma depressão, um transtorno de ansiedade, muitas cometem suicídio devido a transfobia (Travesti A., Cidade de Deus).

A percepção de atitudes que revelam despreparo e discriminação por parte dos profissionais de saúde, como as relatadas acima, podem gerar barreiras entre usuárias/os e os serviços de saúde. A literatura aponta que as práticas dos profissionais de saúde quando não são adequadas e acolhedoras, podem funcionar como barreiras de acesso aos serviços de saúde e de qualidade da atenção prestada às travestis e transexuais, fazendo com que esta população não reconheça estes locais como um espaço onde sua cidadania possa ser plenamente exercida (MULLER; KNAUTH, 2008; ROMANO, 2008; LIONÇO, 2009;

MELLO et. al., 2011). Estas barreiras simbólicas fazem com que as pessoas trans não se sintam acolhidas, além de o medo e o silêncio dificultarem a relação entre profissional-usuário, reduzindo o nível de confiança e a abertura para orientações e esclarecimentos específicos sobre saúde.

Sobre o estigma, preconceito e discriminações no campo da saúde sobre algumas populações, Parker (2013) defende que embora tenha havido muito progresso nas pesquisas que revelam tais fenômenos, ainda há muito o que avançar em termos de prática. O autor prossegue, contribuindo:

O preconceito, o estigma e a discriminação causam danos não apenas por seus efeitos diretos, mas nas formas pelas quais sua implantação como parte de processos de exclusão social e de violência estrutural na verdade negam o acesso à saúde e corroboram, assim, as causas fundamentais da doença. (PARKER, 2013, p.44).

Outros estudos (ROMANO, 2008; CERQUEIRA-SANTOS et. al., 2010; ROCON et. al., 2016) vão corroborar com os resultados deste estudo no que se refere às dificuldades no acesso universal e integral de pessoas trans à saúde. Em seu artigo Mello et. al. (2011), nos chamam a atenção para outros marcadores sociais que se devem considerar, para além da identidade de gênero das pessoas trans como idade, cor/raça e classe social. O racismo institucional também pode ser considerado numa experiência vivida por uma das participantes:

Na comunidade, eles reparam muito a aparência, eu não ligo, mas a minha amiga, ela não é 'passável', ela tem dois metros de altura, ela é negra. O nome dela é Ela foi na sala, aí a menina falou assim: chama aquela pretinha, não! Aquele homem preto alí. (Travesti B., Maré).

No caso deste estudo, por se tratarem de travestis e transexuais num contexto de favelas, outras desigualdades sociais devem ser consideradas por contribuírem e interferirem no acesso à saúde desta população, composta na maioria das vezes por pessoas negras, de baixa escolaridade, pouca rede de apoio e de proteção, baixa inserção no mercado formal de trabalho e por serem em sua maioria profissionais do sexo. O acúmulo de inúmeras estigmatizações que se sobrepõem à identidade de gênero e/ou orientação

sexual, produzem vivências e experiências na população estudada que a distancia dos serviços de saúde locais.

A interseccionalidade é um conceito debatido por Parker e Camargo Junior (2000) e pode contribuir para a reflexão sobre as inúmeras violações de direitos e violências que se sobrepõem no caso de travestis e transexuais moradores/as de favela:

Essas diferenças reagem e se relacionam com outras desigualdades e produzem novas alternativas políticas. Então se a gente entende que a desigualdade, a exclusão, a pobreza e a violência se produzem interseccionalmente através dessas combinações que existem no cotidiano, no concreto e no vivido, a gente pode pensar também que a resposta a essas desigualdades também deverão ser respostas interseccionais, que levem em consideração a formação complexa desses sujeitos sociais. (PARKER; CAMARGO JUNIOR, 2000, p.129).

Pensar na integralidade como uma das respostas interseccionais que nos sugerem os autores acima é propor ações que propiciem a qualidade do acesso de travestis e transexuais nos serviços de saúde, em todos os níveis e especialmente na atenção primária. Focalizar na atenção integral para a população trans é considerar a violência estrutural, física, sexual e psicológica no contexto territorial em que estão inseridas. A Política Nacional de Saúde Integral para pessoas LGBTs, em seu Artigo 2º menciona em um dos objetivos específicos a questão territorial, como um dos indicadores para se atingir a equidade:

Instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres. (BRASIL, 2011, p.1)

Embora o termo *territorial* não faça relação direta ao contexto de favelas, o texto pode ser compreendido pelas especificidades que cada território pode representar para a relação saúde-doença e como as características de cada região podem e devem ser consideradas para o cuidado em saúde da população no contexto em que estão inseridas.

Algumas participantes demonstraram desconforto na busca por serviços de saúde local optando pela auto-medicação, pois dependendo da/do postura profissional não se sentem a vontade para falar sobre suas demandas e necessidades em saúde. A maioria acredita que dependendo de como é a sua recepção no momento que apresenta seus documentos, já conseguem ter noção se o serviço está ou não preparado para atender pessoas trans.

(...)qualquer tipo de problema que eu tenha, eu aguardo, tomo alguma coisa que eu possa resolver. Eu não vou nem negar, me medico com atendente de balcão de farmácia do que ter que ir numa unidade para essas coisas... (Travesti A., Maré).

Um tratamento humanizado e acolhedor pode estabelecer um vínculo entre o/a usuário/a e o serviço de saúde. Houve relatos muito positivos nos atendimentos prestados em ambulatórios destinados ao processo transexualizador e nos serviços especializados para o tratamento de doenças infecto-contagiosas como o HIV/Aids, locais frequentados por algumas participantes. Tais espaços foram referenciados como locais receptivos, com atendimento respeitoso e profissionais interessados na resolução de todas as demandas apresentadas, sendo bons exemplos de integralidade e equidade. O relato de uma das usuárias reflete essa realidade:

(...)é totalmente diferente, a gente não precisa cobrar nada, a gente não tem que ficar com vergonha, retraído, os médicos te trata com amor, te abraça na hora da consulta, te trata com carinho, te beija. Você se sente em casa, acolhida, você ama. (Grupo Focal, Cidade de Deus).

Ter ambulatórios especializados para o processo transexualizador, com equipes treinadas e preparadas para os processos de mudanças corporais de pessoas trans, é sem dúvida uma grande conquista para esta população, como salienta Tatiana Lionço (2008). A autora reflete, no entanto, que embora considerada por ela como um avanço para a população trans, esses serviços colocam em questão o princípio da universalidade, pois ao segmentar deixa de universalizar tal direito:

(...) não responde à questão da precariedade do acesso ao sistema de saúde quando se considera que a porta de entrada do mesmo deve ser prioritariamente a

atenção básica, já que seria antagônico ao princípio da universalidade do SUS o estabelecimento de nichos diferenciados para a atenção a um determinado grupo social, em diferenciação ou discriminação em relação aos demais. (LIONÇO, 2008).

A percepção de bom atendimento não se estende a todos os níveis atendimento, demonstrando uma tendência a receberem melhor atenção, acolhimento de suas demandas e melhores atendimentos quando buscam os serviços especializados e encontram equipes treinadas que compreendem as suas necessidades em saúde. De acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 1990) os serviços de saúde especializados tem um caráter diferenciado, que visam respeitar as singularidades de uma população de usuários/as específica, objetivando uma melhor adesão aos tratamentos propostos, que compreende protocolos de atendimento e treinamentos diferenciados.

Em contrapartida, estes serviços podem se revelar uma segregação, limitando o acesso às atividades de promoção e proteção em saúde integral desses indivíduos nas demais instâncias do sistema.

Uma outra preocupação presente nos dois grupos focais foi com a infecção pelo vírus do HIV, assim como ocorreu durante as entrevistas individuais. Notou-se uma necessidade das participantes de falar sobre este tema. Quando se abordava o tema ‘cuidado em saúde’, imediatamente as participantes evocavam esse assunto, algumas delas para afirmar que seus exames recentes foram negativos. Essa preocupação por realizar exames periódicos talvez esteja ligada ao fato da maioria das participantes estarem trabalhando em profissões ligadas ao sexo na ocasião da realização deste estudo ou já terem trabalhado em algum momento de suas vidas. Daí a importância de terem um local onde possam ser atendidas sem julgamento de valores e com privacidade, que não reforcem o estigma que possuem que as associam a pessoas promíscuas, portadoras do vírus HIV.

A associação que é feita entre pessoas trans e o vírus HIV nos serviços de saúde, foi responsável por disparar nos grupos focais diversos exemplos de discriminações sofridas, podendo ser considerada uma importante barreira de acesso. A seguir algumas percepções

sobre como os atendimentos tendem a ter um viés para a infecção pelo HIV e não uma visão integral da saúde:

Hoje a população trans é muito visada na saúde na questão DST. A gente não é só DST a gente é muito além disso... (Travesti A., Cidade de Deus).

Aqui na minha área onde eu moro, na comunidade, falta a discriminação, eu acho que falta, não sei em outros setores. Por que tem muitos profissionais da área da saúde que quando vê uma trans ir no posto, fazer um 'hiv' fala que ela está doente... (Travesti B., Maré)

...chega um trans na UPA, o que que acontece? Eles olham para cara da trans...“É aidética”! Joga lá para o canto, deixa enrolar, de repente morre mais rápido (Grupo Focal, Cidade de Deus).

...eles se preocupam mais na minha concepção quando é 'glbt', porque eles sabem que 95% das trans fazem programa. E quando aborda isso, fazer um 'hiv', fazer um exame, eu acho que na área da saúde, eles se preocupam mais, eles focam em ajudar mais. E nesse tratamento é super diferente sim mas num é de deboche e sim pelo fato deles quererem ajudar (Travesti B., Maré).

Então a gente é sempre associado a coisas negativas, principalmente à HIV, DST, Sífilis, gonorreia, hepatite e tudo o que for mais complicado em relação a DST. A gente sempre é voltada nesta questão, por que muitas fogem de casa, não tem oportunidade de estudo, acabam trabalhando na rua, e não adianta, você tem vida sexual ativa, seja prostituta ou não, você já tem risco de ter uma DST. Então quando você usa o sexo para sobreviver, você está mais suscetível ainda. Então há essa visão, essa preocupação maior com a pessoa trans na saúde (Travesti A., Cidade de Deus).

Uma questão trazida por uma das participantes foi a limitação quanto aos preservativos fornecidos na Unidade Básica de sua região. Mesmo justificando o seu pedido, por se tratar de uma profissional do sexo, sua necessidade não é compreendida e atendida, deixando-a mais vulnerável à infecção do HIV e outras ISTs:

Eu sou profissional do sexo, preciso de camisinha, uma vez eu fui lá pedir camisinha e eles me deram 12 camisinhas. Só que 12 camisinhas pode não durar nem 3 dias comigo. Eu preciso de uma caixa de camisinhas, eu não sei o que eles vão fazer. 'Ah, mais o diretor do posto não libera uma caixa de camisinha'. Pô mas se eu tiver então o HIV, eu vou passar para o Brasil inteiro, porque eles não querem me dá camisinha. Eu não me protejo, não protejo ninguém, então eu fico na M... né? (Travesti A., Cidade de Deus).

No caso acima, podemos refletir sobre os princípios da integralidade e equidade que nesta situação não foram contemplados, considerando a integralidade como um dos princípios que pressupõe ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e a equidade como princípio que atua de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um, sem privilégios ou preconceitos.

A Política Nacional de Humanização (PNH) instituída no SUS no ano de 2003, tem como um dos objetivos “ traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde” e tem como um dos princípios norteadores:

Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos(...). (BRASIL, 2003, p.14).

Desta forma, os/as profissionais deveriam estar implicados no cuidado em saúde e no acolhimento, levando em consideração as necessidades específicas de cada usuário/a, favorecendo para que estes/as estabeleçam um vínculo profissional-paciente, condição importante para o acesso, para a permanência e aderência aos cuidados em saúde, como prevê a PNH:

(...) recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (BRASIL, 2003, p. 15).

Como foi possível observar em alguns relatos, não houve uma prática voltada para a política de humanização e nem uma preocupação com a integralidade e a equidade nas necessidades apresentadas, comprometendo tanto o acolhimento como o acesso aos serviços de saúde.

6.2. Especificidades e necessidades em saúde

Algumas demandas e necessidades em saúde aparecem exclusivamente para as identidades travestis e transexuais, pois não se apresentam da mesma forma para outros segmentos da população. A necessidade de alterações corporais neste grupo para ressignificar o gênero que reivindicam para si geralmente exigem a ingestão de hormônios e o uso de silicone industrial para modelagem dos corpos tornando-os mais masculinos ou mais femininos, dependendo do gênero que se identificam. Sobre necessidades em saúde, Cecílio (2009) salienta:

As necessidades de saúde, como vimos, podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. (CECÍLIO, 2009, p. 120)

Tomando o conceito acima sobre necessidade em saúde, pode-se considerar as tecnologias para mudanças corporais os principais recursos para melhorar a vida das pessoas trans, garantindo assim seu reconhecimento na sociedade. Uma característica comum a todas/os as/os participantes deste estudo foi o interesse pelas mudanças ainda muito jovens, objetivando corpos mais femininos com a redução dos pelos e a mudança na voz, no caso das travestis e mulheres transexuais entrevistadas. Quanto ao homem transexual entrevistado, este iniciou o processo de hormonização masculinizadora por volta dos dezoito anos para estimular o crescimento de pelos no corpo e principalmente para promover uma mudança em sua voz, objetivando um tom mais grave.

A forma como foi iniciado o uso de hormônios no grupo estudado se deu geralmente sem acompanhamento profissional, por indicação de outras “amigas” e sem um critério comum. A quantidade e dosagem muitas vezes foram decididas pela urgência nas mudanças corporais, baseada nas experiências de outras travestis ou transexuais, como várias relataram:

Mas eu acho assim, quando a gente começa a se hormonizar, nunca é por meio assim de um encaminhamento médico, de um endócrino, sempre recomendação de uma amiga: - Toma esse, esse aqui! (Grupo Focal, Cidade de Deus)

Eu acho muito legal, atendimento com endócrino, porque as mulheres trans se homonizam por conta própria, botam suas vidas em risco, muitas tem trombose, problemas de saúde devido a hormonização incorreta. (Travesti A., Cidade de Deus)

Poucas participantes manifestaram nos grupos focais o desejo pela cirurgia de transgenitalização, não sendo uma unanimidade no grupo pesquisado. As cirurgias para redesignação do sexo biológico são autorizadas pelo SUS desde 1997, através da resolução nº 1.482, que autorizava tais cirurgias, ainda em regime experimental. Anos depois, através de uma nova portaria, a 1.707 de 2008 é apresentado o processo transexualizador, que além da cirurgia, não mais como caráter experimental, autorizaria a hormonioterapia e outros tratamentos voltados para mulheres transexuais. O acesso aos serviços é vinculado a acompanhamento médico e psicológico e o enquadre na psiquiatria da identidade de gênero. Travestis e homens transexuais não tinham acesso aos serviços especializados neste momento.

Em 2013, a portaria 2.803 ampliou o processo transexualizador, incluindo também as travestis e homens considerados transexuais. Em todos os casos, mantém-se a necessidade de serem enquadrados pela equipe de saúde num diagnóstico patologizante para ter o direito aos serviços oferecidos no processo transexualizador. Tem como base as definições estabelecidas pela décima edição do Código Internacional de Doenças (CID-10), considerando o F64.0 (Transexualismo) e F64.9 (Transtorno não especificado da identidade sexual). O diagnóstico deve ser norteado pelo acompanhamento com médico psiquiatra e psicólogo por no mínimo dois anos, para que um laudo seja emitido por profissionais de saúde mental.

Rocon e colaboradores (2016), concluem acerca da hegemonia médica no Processo Transexualizador, que a equipe multiprofissional é submetida à lógica de enquadre diagnóstico da sexualidade e do gênero presente nos procedimentos médicos. Desta forma, pessoas trans dependem de algum/a profissional da saúde, através do diagnóstico psiquiátrico de disforia de gênero, que autorize ou não sua permanência no programa para

ter garantida sua hormonização e autorizada seu ingresso na fila de espera para aguardar pela redesignação sexual.

Almeida e Murta (2013) concordam que o processo transexualizador é um avanço enquanto política de saúde, porém não foi acompanhado por avanço no âmbito jurídico, uma vez que não se é sistematizado o direito a retificação documental. Desta forma, pessoas trans, mesmo após iniciada a hormonização ou mesmo o processo cirúrgico encontram diversas barreiras para as mudanças documentais, expondo esta população à situações vexatórias pela incompatibilidade entre a expressão de gênero e documentos civis.

Após cinco anos trabalhando com foco no processo transexualizador, Gianna (2015) conta sobre a sua experiência no ambulatório voltado exclusivamente à Saúde Integral de Travestis e Transexuais na cidade de São Paulo e outras demandas que podem surgir após as modificações corporais:

Além das demandas hormonais e corporais, a mudança do nome nas instâncias judiciais é uma reivindicação frequente da população transexual. A disparidade entre o nome de registro civil e a aparência física é motivo de discriminação e acusação de falsidade ideológica, que podem levar ao isolamento social, à evasão escolar, ao desemprego e ao distanciamento dos serviços de saúde. Essa situação pode levar à depressão e à drogadição, fatores importantes de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e por outras DSTs (GIANNA, 2015, p.148 apud BRASIL, 2015).

Para Arán e Murta (2009) o sofrimento psíquico e corporal de transexuais pela incompatibilidade de gênero devem sim ser considerados para o acesso à saúde, sem que este sofrimento tenha que ser definido como uma patologia. As autoras sugerem que o conceito de saúde integral deve contemplar as necessidades desta população, levando em conta o sofrimento de não conformidade entre sexo e gênero sem ter que considerar um aspecto psicopatológico que autorize esse direito.

Em sua experiência com transexuais num hospital do Rio de Janeiro, Marcia Arán (2006) opina sobre conduta de se enquadrar em uma patologia para ter acesso à cirurgia:

(...) este mesmo diagnóstico é também um vetor de patologização e de estigma, o qual muitas vezes acaba por atribuir uma patologia ao paciente sem problematizar as questões históricas, políticas e subjetivas a propósito da psiquiatrização da condição transexual. (ARÁN, 2006, p.60)

Tatiana Lionço (2008) complementa sobre a necessidade de ampliar o olhar e reconhecer outras identidades sexuais para além da lógica heteronormativa:

(...) implica em reconhecer a possibilidade de constituições humanas que não atestem a linearidade da determinação do sexo biológico sobre os destinos da subjetivação, tais como evidenciam mulheres e homens transexuais, pela incongruência entre a identidade de gênero e o sexo anatômico, e as travestis, pela ostentação da marca da duplicidade dos sexos em suas constituições identitárias. (LIONÇO, 2008, p.18).

Além da limitação clínica, pois o acesso aos serviços especializados estão vinculados a um diagnóstico psiquiátrico, há uma limitação regional. A escassez de ambulatórios especializados no processo transexualizador e hospitais no Brasil que realizam a cirurgia de transgenitalização ainda é uma questão que restringe pessoas trans a estes procedimentos.

No Estado do Rio de Janeiro existem dois serviços de referência na hormonização de pessoas trans. Um deles se encontra no ambulatório do Hospital Universitário Pedro Ernesto- HUPE, referência no Estado e um dos cinco hospitais escolhidos pelo Ministério da Saúde como serviço especializado para cirurgias de transgenitalização. Atualmente vem funcionando com a equipe clínica e cirúrgica em regime ambulatorial, porém sem receber novos/as candidatos/as às cirurgias até que os/as pacientes que se encontram na fila de espera sejam operados/as.

O segundo é um ambulatório no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione - IEDE, que vem se especializando nesse público no processo de hormonização apenas, sem que haja condições de cirurgias neste hospital.

De acordo com as normativas da portaria 2.803 de 19 de Novembro de 2013, que regulamenta o processo transexualizador, a equipe de referência na modalidade

ambulatorial deve contar com médicos na especialidade de clínica médica, endocrinologia e psiquiatra e ainda profissionais na área de psicologia, serviço social e enfermagem (BRASIL, 2013). Já a equipe para a modalidade hospitalar, deverá ser composta por uma equipe com médicos nas especialidades de cirurgia plástica, urologia, ginecologia e psiquiatria. Ainda devem fazer parte da equipe profissionais de enfermagem, psicologia e serviço social.

Embora o direito à hormonioterapia tenha sido ampliado, sendo oferecido também para travestis e transexuais masculinos desde 2013, na ocasião deste estudo, todas as participantes já haviam feito ou faziam uso de hormônios femininos por conta própria, sem indicação ou sequer acompanhamento médico.

Quando perguntado aos grupos se conheciam os ambulatórios do Estado que ofereciam o processo transexualizador independente do desejo pela cirurgia, a maioria tinha vago conhecimento mas consideravam o processo lento e burocrático, estando vinculado à confirmação do diagnóstico de transexualismo ou disforia de gênero. A opção mais utilizada por todas as participantes foi a automedicação, sempre utilizando-se de indicações das “amigas” mais antigas, após estas usarem e terem bom resultados com algum hormônio.

O mesmo ocorreu quando questionadas sobre a possibilidade de cirurgia para redesignação sexual. A necessidade de laudos e um diagnóstico que as autorize o processo cirúrgico, somados a demora excessiva para o atendimento, parece fazer com que pessoas trans não busquem os ambulatórios especializados para mudanças corporais. Há ainda a opção de buscarem por cirurgias no setor privado ou fora do país para realização de cirurgia de redesignação sexual, como destaca uma das entrevistadas, embora não seja uma opção viável financeiramente para as participantes dos dois grupos.

No sus, você tem que fazer primeiro dois anos com psicólogo, ai ele vai te dar , como se fosse um papel assim, o laudo, diagnosticando que você é uma transexual, que você não se aceita. Mas aí, é assim, dois anos que você sai do psicólogo, fora a fila que você tem que enfrentar, então, por isso que algumas meninas preferem pagar para operar, por que vai sair bem mais rápido. (Grupo focal, Maré).

As participantes dos grupos focais trouxeram à tona a questão da avaliação psiquiátrica e o parecer psicológico como fatores decisórios para a cirurgia. Houve uma discussão sobre os critérios de inclusão no grupo de pessoas trans elegíveis para a viabilização da cirurgia de redesignação. Tais critérios foram interpretados pelo grupo como uma possível barreira, por ter que enquadrarem-se em uma patologia para ter direito ao procedimento cirúrgico, como nos traz uma das participantes:

A questão é que lá, é assim, eles vão realmente operar você se eles realmente vê que você é mulher. Que realmente você se vê como mulher. No Pedro Ernesto, eles só operam você quando realmente eles vê, por exemplo, que você não se aceita ser aquilo ali. E que se aquilo ali sair, não vai prejudicar você psicologicamente em nada... (Grupo Focal, Maré).

As barreiras que dificultam o acesso aos ambulatórios de transexualização reforçam ainda mais o uso das tecnologias de transformações corporais, sem indicação médica. Sobre a automedicação e mudanças corporais sem acompanhamento, num estudo realizado com travestis e transexuais no bairro da Lapa, no Rio de Janeiro, a médica Valéria Romano (2008) evidenciou uso inadequado de hormônios: “a ingestão de hormônios femininos é abusiva, tendo como principal consequência distúrbios hepáticos” (ROMANO, 2008).

No mesmo estudo, Romano (2008) relata a injeção de silicone industrial para mudanças corporais, aplicado por outras travestis e transexuais, um outro problema de saúde presente no grupo pesquisado. Tais procedimentos, feitos de forma informal, segundo a autora muitas vezes culminam em internações hospitalares para tratar infecções ou trombozes em membros inferiores. Uma das participantes relata casos de complicações ocorridos entre travestis de sua comunidade, com o uso indiscriminado de hormônios femininos e a utilização de silicone industrial, evidenciando que são questões importantes para a saúde pública se dedicar:

Ela está com problema por causa de hormônio, hormonização, tá com trombose. Não tá nem indo para pista mais, não tá nem fazendo nada mais. Tá com uma perna enorme, uma perna tá roxa. Tá se tratando em casa. Por causa disso, toma muito hormônio em excesso. (Grupo FOCAL, Cidade de Deus).

Por que ela se bombava, bombava, depois quando foi bombar a última vez, morreu ! (Grupo FOCAL, Cidade de Deus).

Fazer parte de um grupo historicamente discriminado no setor da saúde, reforçam a insegurança e o medo de não ter sua demanda respeitada e acatada, fazendo com que travestis e transexuais não busquem o SUS quando há complicações com a hormonização e o uso de silicone industrial, se colocando e permanecendo em risco. Uma das participantes conta sua experiência negativa com uso de silicone:

Tive (problema) e não procurei (serviço de saúde), porque o processo de colocação de silicone é clandestino, feito em casa, então eu me submeti a um tipo de colocação (...) e aquilo me gerou uma infecção. Eu não procurei o serviço público por medo de achar, por ser travesti e por ter feito o tipo de procedimento que não é legal, eu ia chegar lá e iam falar...como fazem com marginal: É bandido? Então deixa sofrer ai porque é bandido. (Travesti A., Maré).

Há poucos estudos sobre os impactos do silicone industrial no organismo humano, embora seja considerado pela medicina inapropriado o seu uso para fins estéticos.

6.3.Sugestões para serviços mais acessíveis

Essa tema gerou algumas divergências entre a população do estudo. Algumas participantes defenderam a ideia de que se sentiriam mais acolhidas caso os espaços fossem exclusivos para pessoas LGBTs e com profissionais capacitados para as demandas específicas de cada categoria. Parte do grupo, argumentou que os serviços devem estar preparados para atender a todas as pessoas independentes de orientação sexual ou identidade de gênero, sendo o respeito às diferenças o norteador para um bom atendimento.

(...) porque lá, quando a gente chega, a gente vê, é um lugar específico mesmo para trans, eles se preocupam, nos exames, pelo nome social é indispensável... isso aí, a trans se sente mais segura. É onde tem um espaço só pra trans. Eu não ligo assim, de ir num postinho e ver um hetero, mas tem amiguinhas que não gostam, ficam com vergonha. (Travesti B., Maré).

(...) que fosse médico igual ao dos outros, mas que fosse preparado para nós trans, nome social, tudo direitinho. E sem espanto né, por que às vezes tem médico que é médico mas tá espantado. (Grupo Focal, Maré).

(...) tratar como se fosse um paciente, não como se fosse uma lésbica, um gay ou travesti, eu acho que isso deveria ser mais bem posicionado, mas postura profissional e deixar de lado a discriminação. (Homem transexual, Cidade de Deus).

Quando questionadas/os sobre sugestões para melhoria nos atendimentos prestados nos serviços de saúde, o respeito ao nome social foi uma unanimidade entre as/os participantes, fortalecendo a ideia de que a forma como são recebidas nos serviços de saúde pode contribuir para manter ou afastar travestis e transexuais nas instituições.

Junto ao fato de ser respeitada a garantia do uso do nome social, alguns/algumas participantes acrescentam sobre a importância de toda a equipe conhecer sobre diversidade sexual e de gênero, evitando oferecer um cuidado em saúde pautado em uma lógica heteronormativa.

Que tivessem palestras (...) na saúde em geral (...) mais explicativo de como tratar as pessoas transexuais, seria bem mais informativo, a pessoa estaria mais preparada. Não só a pessoa, mas todo o ambiente da saúde. (Homem Trans, Cidade de Deus)

(...) os profissionais deveriam ter postura profissional, deixar de lado a religião, moral, ...essas coisas que formam o pensamento do ser humano, do que é certo e o que é errado. (Homem Trans, Cidade de Deus).

O grupo apontou o atendimento recebido por profissionais nos ambulatórios especializados para HIV/Aids e para o processo transexualizador como um atendimento que deveria ser seguido e ofertado em todas as unidades de saúde, pela humanização e pelo reconhecimento de suas reais necessidades:

(...) muito preparado, eles recebem um público muito grande de pessoas transexuais, então eu nunca sofri e acho que nunca vou sofrer nenhuma discriminação lá, por que eles já estão preparados, já tem todo mundo aquela postura profissional. (Homem Transexual, Cidade de Deus).

(...) é um lugar maravilhoso, as pessoas são atenciosas, as demandas que a gente tem são atendidas da melhor forma possível. Tudo que estiver dentro do alcance deles eles são ótimos, são excelentes. (Travesti A., Cidade de Deus).

A confidencialidade através do sigilo e a discrição por parte dos profissionais de saúde também foram reivindicações presente nos relatos das/os participantes como forma de estabelecer um vínculo tanto com a instituição como com a equipe, melhorando o acesso aos serviços locais:

Aqui no postinho e nas comunidades, eu acho que tinha que haver mais profissionalismo e a discrição é primordial. (Travesti B., Maré)

Privacidade, respeito, quando a gente chega eles não respeitam. (Grupo Focal, Cidade de Deus)

Algumas especialidades médicas foram apontadas pelo grupo como importante para a promoção da saúde em diferentes áreas. A preocupação com as mudanças corporais apresentou a endocrinologia como uma especialidade importante e que deveria ser mais acessível à população trans e não somente nos ambulatórios especializados no processo transexualizador. Entretanto, ressalta-se que tal especialidade deve estar apta para atuar com corpos transgêneros em transição, conhecendo as demandas específicas desta população em seus diferentes propósitos, possibilitando um acompanhamento contínuo diante das possíveis complicações com a hormonioterapia.

Os cuidados psiquiátricos, raros na vida das entrevistadas, foram apontados e considerados fundamentais para esta população em decorrência de quadros clínicos de depressão, pânico e ansiedade citadas como comuns entre travestis e transexuais, em virtude das violências sofridas em seu cotidiano ao longo de suas vidas.

Eu tenho hipotireoidismo (...) mas pode achar outra trans que tenha problema no rim, no fígado, no estômago, no coração, no pulmão e principalmente na questão psicológica, a gente vive numa sociedade que crucifica a gente o tempo todo, quanto mais a gente avança, mais a gente é crucificada. (Travesti A., Cidade de Deus).

Serviços de psicologia mais acessíveis surgiram como sugestão de espaços importantes de acolhimento e escuta. Foram apontados com locais para busca de autoconhecimento a fim de fortalecer esta população para o enfrentamento diário da transfobia. Foi considerado ainda um espaço possível de educação e prevenção de doenças e um possível acolhimento e suporte em casos com diagnóstico de contaminação pelo HIV:

Então eu acho que deveria ter um núcleo e psicólogos , assistentes sociais, que tivesse esse tipo de conversa, com as pessoas que necessitam...(Travesti A., Maré).

Tratamento psicológico, tinha que oferecer a gente mais liberdade de alcançar os remédios. (Grupo Focal, Maré).

Eu acho que devia ter uma parte assim, até na área da psicologia mesmo. Que esclarecesse melhor, por que nem todo mundo tem o mesmo conhecimento....eu não precisei de acompanhamento psicológico não...(Travesti B., Maré).

Sobre o papel da psicologia e a psicoterapia para transexuais Arán (2006) salienta a importância de não ter um olhar patologizante no sentido de categorizar se o sujeito é o não transexual, mas sobretudo ter uma visão ampliada:

(...) quando desejada e necessária, não fique capturada pela exigência institucional de confirmação de diagnóstico e nem pela indicação da cirurgia, mas que possa seguir trajetórias singulares de subjetivação, as quais permitam que a transexualidade possa ser vivida. (ARÁN, 2006, p.61).

Ratificando o exposto acima, o Conselho Federal de Psicologia, (CFP) publicou a Resolução 01/2018, que orienta os profissionais de Psicologia a atuar, no exercício da profissão, de modo que as travestilidades e transexualidades não sejam consideradas patologias. A resolução determina que, em sua prática profissional, psicólogas e psicólogos devem atuar de forma a contribuir para a eliminação da transfobia e orienta, ainda, que não favoreçam qualquer ação de preconceito e nem se omitam frente à discriminação de pessoas transexuais e travestis. A resolução demonstra uma preocupação do Conselho com

as questões de gênero e com os impactos que a prática patologizante pode trazer agravos à condição de saúde de travestis e transexuais (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou compreender como manifestações de transfobia nos serviços de saúde podem comprometer o acesso e consequentemente o cuidado à travestis e transexuais nos serviços públicos de saúde de duas regiões permeadas por desigualdades sociais e violências em todas as instâncias.

Nos relatos dos/das participantes foram evidenciadas algumas situações nas quais a população estudada não encontrou a devida assistência que buscava nos serviços de saúde das duas regiões. Julgamentos e juízo de valores expressos na conduta de alguns/algumas profissionais de saúde revelaram-se em atitudes de discriminação direcionadas à travestis e transexuais que se manifestam historicamente em vários espaços sociais e coexistem nos serviços públicos de saúde, locais concebidos para o acolhimento de demandas e produção do cuidado em saúde para a população em geral.

O acesso de pessoas trans na saúde muitas vezes acaba por revelar a intolerância e a baixa compreensão que profissionais de saúde possuem sobre as questões relacionadas à identidade de gênero e suas singularidades, culminando em preconceito e discriminação institucional. Pensar no cuidado em saúde para esta população pode significar para profissionais a necessidade de se despir de preconceitos e valores morais para dar lugar a um olhar ampliado para a diversidade sexual e de gênero. E ainda, considerar as necessidades em saúde específicas para cada segmento frente à diversidade.

No caso de travestis e transexuais, o ato da apresentação dos documentos na recepção dos serviços de saúde mostrou-se momento crucial que pode garantir a permanência, o vínculo com a instituição e com os profissionais. Ao contrário, ao violar o direito ao uso do nome social, além de ser um ato de transfobia institucional, pode ser determinante para o distanciamento da rede de atenção à saúde.

Devem ser consideradas também outras necessidades específicas como as mudanças corporais, valorizadas por esta população e necessárias para o autoconhecimento e a vivência plena de sua expressão de gênero. Entretanto, há que se repensar a patologização presente nesse processo, que associa o acesso pleno à saúde e direitos garantidos ao

diagnóstico de transtornos mentais. Esse é um desafio para o campo das políticas públicas de saúde voltadas para a população trans.

A necessidade de um diagnóstico psiquiátrico para ter acesso aos ambulatórios especializados no processo transexualizador tem sido uma barreira de acesso para os participantes deste estudo a estes serviços, além de limitar e fragmentar o cuidado em saúde desta população. Um exemplo é que somente um participante na ocasião da pesquisa, um homem transexual, frequentava o ambulatório especializado fazendo uso de hormônios de forma assistida por equipe multidisciplinar.

A exigência por uma patologia psiquiátrica e a restrição de serviços preparados para o processo transexualizador mostrou que travestis e transexuais optam por modelar seus corpos com o uso indiscriminado de hormônios feminilizantes ou masculinizantes, sem orientação profissional e injeções de silicone industrial líquido inapropriado para uso humano, realizadas geralmente por outras travestis sem a assepsia mínima necessária.

Tais procedimentos podem trazer consequências importantes para a saúde, porém os riscos e danos não são suficientes para inibir tais práticas, devendo a saúde pública buscar alternativas que supram essa necessidade ou amplie a reflexão de pessoas trans sobre as possíveis complicações e fatalidades com o uso inadequado destas substâncias. Uma estratégia possível para esta população seria a operacionalização de uma política de redução de danos para os casos de hormonização sem acompanhamento médico e uso de silicone industrial, com a possibilidade de fornecimentos de materiais descartáveis e estéreis para reduzir os riscos de contaminação nas aplicações.

Uma alternativa para garantir a universalidade e a integralidade no atendimento das demandas de pessoas trans por hormonioterapia seria a de ampliar e articular esse atendimento com a atenção primária em todo o País, restando aos hospitais somente os procedimentos cirúrgicos. E ainda, um trabalho educativo para a população trans com a disponibilização de informações acerca dos riscos com silicone e hormônios sem acompanhamento profissional. Essa ação pode provocar a reflexão de travestis e transexuais para questões de agravo à saúde, passando a terem subsídios para a tomada de decisão sobre as melhores práticas nas mudanças corporais. Para muitas pessoas trans a

escolha pela melhor técnica para a modelagem de um novo corpo passa pela questão econômica. O silicone industrial talvez seja o meio mais nocivo à saúde para as mudanças corporais porém o mais acessível financeiramente. A educação em saúde pode contribuir para reverter essa escolha.

Mesmo com uma trajetória de conquistas legais para a população trans na última década como o nome social no cartão SUS e a inclusão de travestis e homens transexuais no processo transsexualizador, verificou-se conflitos éticos na prática profissional de alguns serviços, com atuações pautadas em desrespeito, preconceito e discriminações, violando e negligenciando a condição básica de pessoas trans enquanto usuário/a dos serviços de saúde, que é a de “sujeito de direito”.

O não reconhecimento das expressões de gênero, aliada à violação do direito ao uso do nome social, a falha no sigilo das informações pós-atendimento e a necessidade da psiquiatrização da sua identidade de gênero caracterizaram as principais barreiras de acesso aos serviços de saúde nas duas regiões pesquisadas.

O grupo pesquisado por inúmeras vezes demonstrou certo grau de criatividade e resistência para conseguir driblar e lidar com os constantes episódios de violências psicológicas vivenciados nos serviços de saúde. A busca por serviços mais humanizados, como os ambulatórios especializados com profissionais conhecidos e referenciados por outros/as usuários/as fizeram parte das estratégias para garantir o cuidado em saúde e o acolhimento de suas demandas.

Estarem ligadas a coletivos, tais como o ‘Conexão G’, que luta pelos direitos da população LGBT dentro das favelas, pode ser considerado uma potência para a população trans das duas regiões, que de forma articulada consegue aumentar a visibilidade de suas necessidades em saúde e denunciar possíveis violações sofridas nas instituições públicas.

No grupo de participantes, a maioria possui pouco ou nenhum vínculo familiar, baixa escolaridade, baixa capacitação profissional. Na maioria das vezes dependem de redes de solidariedade e/ou recorrem a trabalhos sexuais como única forma de ganhos financeiros para sobrevivência, o que facilita o uso e a dependência de substâncias químicas

assim como tem o risco aumentado para a infecção por HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis.

A fantasia de que travestis e transexuais são profissionais do sexo exclusivamente por escolha pode aumentar o estigma por parte dos profissionais da saúde e não leva em conta as experiências de exclusão e violência que este grupo vivencia na família, na escola, na comunidade e outros espaços.

Para o grupo pesquisado outras condições estigmatizantes devem ser levadas em conta, por se sobreporem a questão de gênero, como raça, etnia, origem geográfica, escolaridade, profissão, idade, pobreza, aparência física ou ainda ser portador/a de infecções sexualmente transmissíveis, além de outros marcadores sociais.

Tais determinantes sociais associados às violências psicológicas, físicas e sexuais vivenciadas e ao estigma atrelado às identidades travestis e transexuais reforçam a exclusão social e podem contribuir para o adoecimento e agravamento da saúde física e mental nesta população. É importante que os profissionais de saúde (re)conheçam a realidade social geradora do estigma que recai sobre travestis e transexuais, permitindo uma visão integral na saúde ao considerar outras tantas vulnerabilidades que se sobrepõem para esta população.

Desde 2008, após 13ª Conferência Nacional de Saúde, a orientação sexual e a identidade de gênero passam a ser considerados determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2008), não apenas por implicarem em práticas sexuais e sociais específicas, mas também por exporem a população LGBT a agravos decorrentes de estigma. Algumas situações reveladas neste estudo podem servir como contribuições para a compreensão de possíveis causas de restrição no acesso aos serviços de saúde, evidenciadas por processos discriminatórios e de exclusão aqui descritos que violam os direitos humanos, neste caso o direito à saúde.

As possíveis alternativas para evitar agravos à saúde das travestis e transexuais passam por despatologizar as identidades trans para que estas/estes possam ter acesso integral à saúde, inclusive nos ambulatórios para o processo transexualizador e procedimentos cirúrgicos. Considerando os princípios da integralidade e de equidade do

SUS como premissas para que este acesso seja possível, sem a psiquiatrização das vivências transgêneras.

A luta pela despatologização das identidades trans exige pensar na manutenção e continuidade dos serviços e das conquistas alcançadas até então. O acesso deve estar calcado na ideia de uma saúde integral para este grupo e não mais como ações curativas que visam remodelar corpos e integrá-los a um modelo de masculinidade e feminilidade hegemônico.

O Estado deve garantir a oferta do acesso à saúde para esta população, estando os serviços preparados para a efetividade das políticas públicas já existentes e dos direitos garantidos para todos os cidadãos, obedecendo aos princípios da universalidade, integralidade e equidade que orientam o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Por todas as questões apresentadas, justifica-se a importância de estudos voltados à saúde da população de travestis e transexuais, para além da epidemia do HIV ou do processo transexualizador. Se fazem necessários novos estudos voltados para o acesso e a utilização dos serviços de saúde, assim como estudos com o propósito de conhecer suas necessidades e suas demandas, que contribuam e deixem pistas do percurso necessário para um cuidado integral e humanizado. Dedicar-se à outros estudos com a população trans em contexto de favela pode revelar ainda mais vulnerabilidades se houver um aprofundamento de suas vivências no território e compreender como as violências cotidianas podem impactar ainda mais na saúde física e mental desta população.

8- REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 380-407, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), DSM-5, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013. Disponível em: <<http://dsm.psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=556§ionid=41101780>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

ARÁN, M. A Transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. **Ágora - Estudos em Teoria psicanalítica**, Rio de Janeiro, n.9, v.1, p.49-63, 2006.

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONCO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.

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

ARILHA, M.; LAPA, T.S.; PISANESCHI, T.C. (Orgs.). **Transexualidade, travestilidade e direito à Saúde**. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.

AYRES, J. R. De C. M. Os cuidados, os modelos de ser (do) humano e as práticas em saúde. **Revista Saúde e sociedade**, São Paulo, v.13, n. 3, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

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

BENJAMIM, H. **The Transsexual Phenomenon**. New York. Inc: Publishers, 1966.

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

_____. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008. 181 p. (Coleção Primeiros Passos).

_____. A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. **Revista Bagoas**, n.4, p. 95-112, 2009.

_____. Gênero: uma categoria cultural ou diagnóstica? In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANSECHI, T. C. **Transexualidade, travestilidade e direito à saúde**. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.p.14

BORGES, C. A., & SOUZA, M. Saúde das travestis: um desafio para a enfermagem. **In: XVI Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão: Aprender e empreender na educação e na ciência do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA**, out. 2012. Disponível em : <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/5680.pdf> >. Acesso em: 05 de fevereiro de 2018.

BORRILLO, D. **Homofobia**: história e crítica de um preconceito. (Tradução de Guilherme João F. Teixeira). Belo Horizonte: Autêntica editora, 2010.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. In: _____. **A Humanização como Política Transversal na Rede SUS**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.14.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia**: programa de combate à violência e à discriminação contra LGBT e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **In:** 13ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____.Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 03 de Setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____.Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____.Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Relatório sobre violência homofóbica no Brasil:** 2012. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012>>.

Acesso em: 10 Junho de 2016.

_____.Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____.Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Relatório sobre violência homofóbica no Brasil:** 2013. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/dados-estatisticos/Relatorio2013.pdf>>. Acesso em :10 de Junho de 2016.

_____.Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 18, de 24 de setembro de 2014.Orienta gestores e operadores do sistema responsável pelo cadastramento de usuários do SUS a como proceder no preenchimento dos campos nome civil, nome social e sexo. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e travestilidade na saúde. In: GIANNA, M.C. **Ambulatório de saúde integral para travestis e transexuais: cinco**

anos de desafios e realizações. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p.141-156. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf> Acesso em: 10 fev. 2018.

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do 'sexo'. In: Louro, G. L. (Org.). **O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade.** (Tradução de Tomaz Tadeu da Silva). Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 151-172.

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

_____. **Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade.** (Tradução Renato Aguiar). 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-88.

CARRARA, S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. In: MONTEIRO, S. & VILLELA, W (Orgs.). **Estigma e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p. 143-160.

CARVALHO, M. Ver para não ser visto: visibilidade, estigma e reconhecimento no ativismo de travestis e transexuais no Brasil. In: IV Colóquio Internacional de Doutorandos/as do CES, 6-7 dezembro, 2013.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. RUBEN. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 113-126.

CERQUEIRA-SANTOS, E., CALVETTI, P. U., ROCHA, K. B., MOURA, A., BARBOSA, L. H., & HERMEL, J. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista Interamericana de psicología/Interamerican Journal of Psychology**, Puerto Rico, v.44, n.2, p. 235-245, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 1, de 29 de janeiro de 2018. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>. >. Acesso em : 05 de fevereiro de 2018.

DUARTE, M. J. De O. Saúde, cuidado e diversidade sexual: a temática da transexualidade na atenção básica em saúde. In: Coelho M.T.A.; Sampaio, L.L.P. (Orgs). **Transexualidades: um olhar multidisciplinar.**: Salvador: EDUFBA, 2014.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353,1999.

FREIRE, E. C.; ARAUJO, F.C. A; SOUZA, A. C, et al. A clínica em movimento na saúde de TTTs: caminho para materialização do SUS entre travestis, transexuais e transgêneros. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 477-484, 2013.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. 1963.

GRACIA, D. **Pensar a bioética**: metas e desafios. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2010.

JESUS, J.G.; ALVES, H. Feminismo transgênero e movimento de mulheres transexuais. **Cronos – Revista do programa de pós graduação de ciências sociais Universidade do Rio Grande do Norte**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, 2010.

JESUS, J.G. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://www.sertao.ufg.br>> . Acesso em: 22 de setembro de 2016.

_____.Transfobia e crimes de ódio: assassinatos de pessoas transgênero como genocídio. **História Agora**, São Paulo, v. 16, p. 101-123, 2014.

JUNGES, J. R.; RECKTENWALD, M.; HEBERT, N. D. R., et al. Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. **Revista Bioética**, Brasília, v.23, n.1, p.200-206, 2015.

JUNQUEIRA, R. D. Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. **Bagoas. Estudos Gay, Gêneros e Sexualidade**, Natal, v.1, n.1, p. 231-313, 2007.

_____. Heterossexismo e vigilância de gênero no cotidiano escolar: a Pedagogia do Armário. In: SILVA, F. F. da (Org.). **Corpos, gêneros, sexualidades e relações étnico-raciais na educação**. Uruguaiana: Unipampa, 2011.

_____. Educação e homofobia: o reconhecimento da diversidade sexual para além do multiculturalismo liberal. In: _____. (Org.). **Diversidade sexual na educação**. Brasília, DF: MEC/ UNESCO, 2009. p. 367-444.

KRUEGER, R. **Focus Groups: a practical guide for applied research**. London: Sage Publications, 1994.

KRUG, E.G. DAHLBERG, L.L., MERCY, J.A. et al . (Eds.). **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

KULICK, D. **Travesti: sexo, gênero e cultura no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

LANZ, L. **O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná. 2014.

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.11-21, 2008.

_____. Bioética e sexualidade: o desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. **Série Anis**, Brasília, v. 54, p.1-6, 2008a.

_____.Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. Rio de Janeiro: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

LOURO, G. L. Teoria queer - uma política pós-identitária para a educação. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n.2, p. 541-553,2001.

_____.Heteronormatividade e Homofobia. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). **Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Brasília: Edições MEC/UNESCO, 2009.

MELLO, L., PERILO, M., BRAZ, C. A., et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**,v. 9, p.7-28, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2005

MERHY, E. E., CHAKKOUR, M., STEFANO, M. E., SANTOS, C. M., RODRIGUES, R. A., Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2010

MISKOLCI, R. **Teoria queer: um aprendizado pelas diferenças**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

MOTT, L. **Relatório de assassinatos LGBTs no Brasil, 2013**. Disponível em: <<http://pt.calameo.com/read/004650218c07fa26529aa>>. Acessado em: 15 de Janeiro de 2017.

MULLER, M. I., & KNAUTH, D. R. Desigualdades no SUS: O caso dos atendimentos às travestis é “babado”? **Cadernos Ebape**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.1-14, 2008.

OLIVEIRA, R.M. Notícias de homofobia: enquadramento como política. In.: DINIZ, D, OLIVEIRA, R.M. (Org.). **Notícias de homofobia no Brasil**. [S.l]: [S.n.], 2014.

PARKER, R.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 89-102, 2000.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, S.;VILLELA, W. (Orgs.). **Estigma e saúde**. Rio de Editora: Fiocruz, 2013.

PELÚCIO, L. "Toda quebrada na plástica": corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. **Campos: Revista de Antropologia Social**, v. 6, n. 1-2, p. 97-112, 2005.

PELÚCIO, L.M. Travestis, a (re)construção do feminino: gênero, corpo e sexualidade em um espaço ambíguo. **Revista Anthropológicas**, ano. 8, v. 15,n.1, p.123-154, 2004.

PINHEIRO, R. As práticas no cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO, 2009.p.105

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 12 de novembro de 2016.

PRADO, M. A. M. **Projeto Direitos e Violência na experiência de Travestis e Transexuais de BH**: construção de um perfil social em diálogo com a população do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT/UFMG. Belo Horizonte, 2015.

PRECIADO, P. **Manifesto contra-sexual**: práticas subversivas de identidade sexual. Madrid: Pensamiento Opera Prima, 2002.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero.** 2006. Disponível em: <

http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2016.

RIOS, L. F. ; ADRIÃO, K.G. Diversidade sexual: lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. In: SEMENTE, M. (Org.). **Educação em direitos humanos e diversidade.** Recife: UFPE-MEC/SECADI, 2012. p. 189-221.

RIOS, R.R. O conceito de homofobia na perspectiva dos direitos humanos e no contexto dos estudos sobre preconceito e discriminação. In: Pocahy F. (Org.). **Rompendo o silêncio: homofobia e heterossexismo na sociedade contemporânea.** Porto Alegre: Nuances, 2007. p. 27-48.

ROCON, P. C.; RODRIGUES, A, ZAMBONI, J, PEDRINI, M. D. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2525, 2016.

ROMANO, V. F. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saude soiedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.211-219, 2008.

RONDON, G.; GUMIERE, S. Dizer homofobia: uma controvérsia política e moral. In.: DINIZ, D., OLIVEIRA, R.M, (Orgs.). **Notícias de homofobia no Brasil.** 1. ed. Brasília: Letras Livres, p. 87-120, 2014.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n.2, p. 57-69,1990.

TAGLIAMENTO, G. (In) **Visibilidade caleidoscópica: a perspectiva das mulheres trans sobre seu acesso à saúde integral.** Tese (Doutorado) - Instituto de psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 585-597, 2005.

TRANSRESPECT versus Transphobia Worldwide. Disponível em:
<www.transrespect.org>. Acessado em: 15 de Agosto de 2016.

TRUJILLO, E. V. **Sexualidad... Mucho más que sexo.** Bogotá: Uniandes; 2007.

VILLAS-BOAS, M.E. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Revista Bioética**, São Paulo, v.3, n. 3.p. 515-523, 2015

ANEXO I

Roteiro de Entrevista em Grupo - População LGBT (projeto original).

Pesquisa Original: A Violência homofóbica no Rio de Janeiro: análise de informações da mídia escrita, registros oficiais das áreas da saúde e segurança pública e das vivências da população LGBT sobre tratamento recebido por essas instituições

1. Em geral, como vocês avaliam o atendimento à população LGBT nas unidades de saúde?
2. Como vocês avaliam o atendimento prestado especificamente ao Gays/Lésbicas/Bissexuais/Travestis/Mulheres Transexuais/Homens Transexuais nas unidades de saúde?
3. Vocês vivenciaram ou conhecem alguma situação que envolva violência no atendimento aos LGBT no setor saúde?
4. O que vocês acham que a área da Saúde Pública poderia fazer para melhorar o atendimento à população LGBT? E especificamente aos Gays/Lésbicas/Bissexuais/Travestis/Mulheres Transexuais/Homens Transexuais
5. Vocês gostariam de comentar algo mais sobre o tema?

ANEXO II

Roteiro de Entrevista Individual

Público alvo: Travestis e transexuais da Maré e Cidade de Deus

Pesquisa: Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais de duas regiões do Rio de Janeiro: Maré e Cidade de Deus, sobre os serviços de saúde.

- 1- Em geral, como você avalia o atendimento à população LGBT nas unidades de saúde?
- 2- Você faz uso regular dos serviços públicos de saúde?
- 3- Você acredita que pessoas trans possuam necessidades específicas por conta de sua identidade de gênero? Se sim, quais seriam essas necessidades específicas?
- 4- Como você percebe o cuidado dos profissionais prestado à você durante os atendimentos?
- 5- Você percebe algum tipo de homofobia/transfobia nos atendimentos prestados às pessoas trans nos serviços públicos de saúde?
- 6- Você já vivenciou algum tipo de homofobia/transfobia num serviço de saúde?
- 7- O que você acha que deveria ser melhorado na conduta dos profissionais de saúde nos atendimentos prestados às pessoas trans?
- 8- Existe algum serviço de saúde que você tenha sido atendido/a que se tornou uma referência de bom atendimento para você? O que há /havia nesse serviço que você considere fatores positivos para um bom atendimento?
- 9- Há algo importante para ser falado e que não foi perguntado durante a entrevista sobre o atendimento nos serviços de saúde?

ANEXO III

Levantamento sócio-demográfico

1. Idade: _____

2. Qual é a sua escolaridade:

- Não alfabetizado
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Superior Incompleto
- Superior completo
- Especialização
- Mestrado
- Mestrado em curso
- Doutorado
- Doutorado em curso

3. Assinale a sua renda por mês:

- até 260,00
- de R\$ 261,00 a R\$ 780,00
- de R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00
- de R\$ 1.301,00 a R\$ 1.820,00
- de R\$ 1.821,00 a R\$ 2.600,00
- de R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00
- de R\$ 3.901,00 a R\$ 5.200,00
- de R\$ 5.201,00 a R\$ 6.500,00
- de R\$ 6.501,00 a R\$ 7.800,00
- mais de R\$ 7.800,00

4. Qual é a sua ocupação:

5. Qual é a sua situação conjugal?

- Solteirx sem parceiro
- Solteirx com parceiro
- Casadx
- Separadx/divorciadx
- Em um relacionamento aberto
- Outro.

Qual? _____

6. Com qual ORIENTAÇÃO SEXUAL você se identifica:

- Heterossexual
- Gay
- Lésbica
- Bissexual
- Nenhuma
- Outra

Qual? _____

7. Com qual IDENTIDADE DE GÊNERO você se identifica:

- Transexual
- Transgênero
- Travesti
- Mulher
- Homem
- Outra

Qual? _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**ENTREVISTA INDIVIDUAL**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "**Cuidado em saúde e transfobia: percepções de travestis e transexuais das comunidades da Maré e Cidade de Deus, Rio de Janeiro/RJ sobre os serviços de saúde**" desenvolvida Pelo Centro Latino-Americano De Estudos De Violência E Saúde Jorge Carelli da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ), sob coordenação da Dr^a. Kathie Njaine e da Dr^a Queiti Batista Moreira Oliveira, realizada por Luciano Silveira Soares

O objeto desta proposta é a realização de um diagnóstico da atenção à saúde da população de travestis e transexuais moradores das comunidades da Maré e Cidade de Deus, no Estado do Rio de Janeiro. Pretende-se identificar como se dá o acesso a esses serviços, reconhecendo que os efeitos da discriminação por orientação sexual e identidade de gênero diminuem a construção de maior equidade em saúde, conforme constatado na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

O convite a *sua participação* se deve a um dos objetivos da pesquisa, que busca conhecer sua opinião sobre o atendimento prestado a população Trans no âmbito da saúde.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a *confidencialidade* e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados ao final deste Termo.

O convite para sua participação se deve ao fato de você integrar a população LGBT e ter sido indicado por uma organização que trabalha com o tema, nesse sentido sua experiência pessoal em relação ao atendimento nas unidades de saúde são fundamentais para nossa pesquisa. Sua participação consistirá em uma entrevista individual. Nessa entrevista serão apresentadas questões que irão convidá-lo a expressar o que pensa sobre questões relativas ao atendimento à população trans no âmbito da saúde. (Por exemplo, sobre o atendimento que recebeu ou soube que outras pessoas receberam).

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora e trinta minutos.

A entrevista será gravada e transcrita, o que é essencial para as análises, que serão realizadas única e exclusivamente pelos pesquisadores do CLAVES.

Os arquivos digitais das entrevistas e as transcrições serão armazenados no CLAVES, em armários com chave e em computadores com senha aos quais somente os pesquisadores da equipe terão acesso. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de qualificar o atendimento à população LGBT, contribuir para a capacitação dos profissionais da saúde pública, e para o fortalecimento da implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que visa produzir mudanças na determinação social da saúde para reduzir as desigualdades relacionadas à saúde da população LGBT.

Avalia-se que os riscos potenciais de sua participação nessa pesquisa são mínimos, posto que garantiremos a privacidade e o anonimato dos participantes. Contudo, abordaremos temas que podem trazer algum desconforto como o constrangimento ao relatar situações relacionadas ao tema da homofobia e transfobia. Caso sinta-se muito mobilizado por qualquer das questões perguntadas o pesquisador que está o entrevistando tem plenas condições para acolher sua indisposição e realizar os encaminhamentos necessários.

Os resultados serão divulgados em artigos científicos.

Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0,IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Este termo é redigido em duas vias (uma para você e outra para o pesquisador)

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

CEP/ENSP: Tel e Fax - 21- 2598.2863 E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br;

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Dr^a Kathie Njaine (Coordenadora) – kathie@ensp.fiocruz.br
Dr^a Queiti Oliveira (Coordenadora Adjunta) - queitibmoliveira@gmail.com
Luciano Silveira Soares (aluno de mestrado) – luso2012@gmail.com
Tel. CLAVES: (0XX21) 3882.9056 e 2290.0387

Assinatura do Pesquisador – (pesquisador do campo)

LOCAL E DATA: _____, _____ de _____ de 2017.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante da pesquisa