

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Departamento de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**TRAVESTIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CUIDADO EM SAÚDE NA CIDADE  
DE NATAL**

*Antonia Nathalia Duarte de Moraes*

Natal

2014

Antonia Nathalia Duarte de Moraes

**TRAVESTIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CUIDADO EM SAÚDE NA CIDADE  
DE NATAL**

Dissertação elaborada sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Geórgia Sibeles Nogueira da Silva e apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia.

Natal

2014

UFRN. Biblioteca Central Zila Mamede.  
Catalogação da Publicação na Fonte.

Moraes, Antonia Nathalia Duarte de.

Travestis na atenção primária: o cuidado em saúde na cidade de Natal / Antonia Nathalia Duarte de Moraes. – Natal, RN, 2014.  
212 f. : il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Geórgia Sibebe Nogueira da Silva.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Travesti – Dissertação. 2. Atenção primária à saúde – Dissertação. 3. Discriminação – Dissertação. 4. Cuidado – Dissertação. 5. Humanização – Dissertação. I. Silva, Geórgia Sibebe Nogueira da. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 316.346.2-055.3

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Departamento de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “Travestis na Atenção Primária: O Cuidado em Saúde na Cidade de Natal”, elaborada por Antonia Nathalia Duarte de Moraes, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal/RN, 29 de outubro de 2014.

BANCA EXAMINADORA:

---

Profª Drª Geórgia Sibeles Nogueira da Silva (orientadora)

---

Profº Drº João Bosco Filho (UERN)

---

Profª Drª Anne Christine Damásio (UFRN)

Suplente:

---

Profª Drª Ana Karenina de Melo Arraes Amorim

A José, à Sueli e à Sonally, meus maiores incentivadores.

Às travestis de Natal, por me ensinarem a “dor e a delícia de ser o  
que é”.

## **Agradecimentos**

À energia suprema que habita em todos os seres.

Aos meus pais, José e Sueli, pelo incentivo ao estudo. Este trabalho é mais um fruto da semente que vocês plantaram e eu reguei. Lembrarei de vocês a cada flor que brotar. E à Nyanne, minha irmã, por fazer parte dessas raízes de sustentação.

À Sonally, minha família escolhida, pelo amor de cada dia. Por me ajudar a crescer. Por acreditar sempre.

À Sibebe, pela orientação em forma de Cuidado, em um encontro acolhedor. E por ser a luz tão necessária ao desenvolvimento deste fruto.

Aos amigos, Gertrudes, Allan, Thalyta e Emilly, pela contribuição nesta construção, e a todos os demais amigos, pelo suporte e pela torcida.

A todo o grupo LETHS, pelo aprendizado. Em especial ao professor Marlos, pela presença que ilumina.

Às professoras Anne Damásio e Anna Karenina, pelas contribuições em suas leituras e ao professor João Bosco, pela participação na banca.

À UFRN e ao Programa de Pós Graduação em Psicologia, pela grande fonte de conhecimentos.

À todas as colaboradoras entrevistadas, em especial a Jacqueline Brasil, pelo

apoio e pela confiança.

## Sumário

Lista de Figuras .....	xi
Lista de Tabelas .....	xii
Lista de Siglas .....	xiii
Resumo .....	xiv
Abstract .....	xvi
1. Introdução/Justificativa .....	18
2. Objetivos.....	25
2.1 Objetivo Geral .....	25
2.2 Objetivos Específicos .....	25
3. Percurso Metodológico .....	26
3.1 Quadro Teórico-Metodológico .....	26
3.1.1 A Hermenêutica – Dialética:.....	26
3.2 Estratégias Operacionais da Pesquisa .....	31
3.2.1 Colaboradores do estudo e o local da pesquisa: .....	31
3.2.2 Instrumentos de acesso as narrativas dos colaboradores: .....	32
3.2.3 Tratamento e análise das narrativas dos colaboradores:.....	33
3.2.3.1 A construção de categorias temáticas.....	34
3.2.4 O piloto da pesquisa.....	40
3.2.5 O campo propriamente dito.....	41
3.2.6 Análise de riscos e medidas de proteção.....	43
3.2.7 Procedimentos de acesso às narrativas e aspectos éticos.....	44
4. Compreendendo o Significado de Ser Travesti.....	45
4.1. Entre o Preconceito e a Busca por Respeito: Apresentando as Divas! ..	47

4.2 Travestilidades: Múltiplas, Inúmeras, Infinitas .....	53
4. 2.1. “Ser travesti”: é ser homossexual, ou mais que isso? .....	56
3.2.2 Ser travesti é ser feminina.....	62
3.2.3 Ser travesti é não ser transexual.....	74
3.2.4 Ser travesti é aceitar-se. ....	81
5. A Vivência Travesti na Busca por Saúde: Dores e Lutas .....	86
5.1 Sobre a Construção do SUS e a Atenção Primária em Saúde.....	87
5.2 “ <i>Essa daí já tá morta</i> ”: Acesso e Uso de Serviços de Saúde Pelas Travestis.....	101
5.2.1. “ <i>Vixe, aí é homem!</i> ”: Constrangimento pelo não uso do nome social. ....	104
5.2.2 Visibilidade trans: “ <i>A noite todos os gatos são pardos</i> ”.....	113
5.2.3 “ <i>Olha ali a travesti, tem AIDS!</i> ”: itinerários de preconceitos e vulnerabilidades. ....	122
5.2.4 Quando o cuida(dor) causa dor: o olhar das travestis sobre os profissionais de saúde. ....	130
5.3 “ <i>Elas Não São Feitas de Cimento</i> ”: Necessidades e Demandas das Travestis são questões de direitos a serem respeitados.....	135
5.3.1 Das demandas comuns a hormonioterapia.....	137
5.3.2 Da dor da invisibilidade à necessidade de direitos respeitados. ....	145
5.3.3 A dor do não lugar e o horizonte dos TT’s. ....	150
6. Travestis e o Cuidado Humanizado em Saúde: é Possível? .....	158
6.1 A que se destina o Cuidado Humanizado na voz das Travestis? .....	159
6.2 A APS: um Lugar Possível para o Cuidado Humanizado as Travestis? .....	173
6.2.1. A formação do cuidador. ....	174
6.2.2 A proximidade com o ser Travesti.....	182
7. Considerações Finais .....	187

Referências.....	195
APÊNDICE A - INSTRUMENTOS DE PESQUISA .....	203
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA .....	209
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CENAS .....	211

## Lista de Figuras

<b>Figura</b>		<b>Página</b>
1	Divulgação do cartão do SUS com o nome social	104
2	Cartazes de campanhas pela Visibilidade Trans	115
3	Cartazes de campanhas pela Visibilidade Trans	116
4	Cartaz do Ministério da Saúde no combate à AIDS	127
5	Foto do ambulatório TT de João Pessoa	155

## Lista de Tabelas

<b>Tabela</b>		<b>Página</b>
1	Processo de construção das categorias e dos capítulos	30
2	Síntese de características das entrevistadas	38

## Lista de Siglas

SUS – Sistema Único de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

UBS – Unidade Básica de Saúde

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

APS – Atenção Primária à Saúde

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ONG – Organização Não Governamental

ATREVIDA - Associação de Travestis Reencontrando a Vida

ENTLAIDS - Encontro Nacional de Travestis e Liberados que trabalham na prevenção das DST/AIDS

ANTRA - Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros

TULIPA - Travestis Unidas na Luta Incansável pela Prevenção da AIDS

TIG - Transtorno de Identidade de Gênero

ENJUT - Encontro Nacional da Juventude Trans

Ambulatório TT - Ambulatório de saúde dedicado exclusivamente a travestis e transexuais

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## Resumo

Dentre os desviantes de um ideal heteronormativo, as travestis são as que mais sofrem agressões e discriminações. Têm-se constatado que os serviços de saúde muitas vezes se apresentam como locais que mantêm e reproduzem essas discriminações, o que faz com que as travestis só procurem assistência médica em último caso. Tendo como base as diretrizes do SUS e a Política Nacional de Humanização, bem como a inclusão e protagonismo dos usuários, realizamos uma pesquisa qualitativa buscando compreender a vivência das travestis na busca por cuidados em saúde no âmbito da atenção primária na cidade de Natal-RN. Utilizamos como instrumentos tecno-metodológicos a entrevista em profundidade e oficina com uso de “cenas”. Para análise interpretativa das narrativas recorremos à Hermenêutica-Dialética. A partir do diálogo com as narrativas chegamos aos seguintes eixos temáticos: 1) Compreendendo o significado de ser travesti; 2) A vivência travesti na busca por saúde; 3) Travestis e o cuidado humanizado em saúde. No primeiro eixo elas revelam a luta diária das travestis entre o preconceito e a busca por respeito, bem como os significados de ser travesti, que apareceram como: Ser homossexual, ser feminina, não ser transexual e aceitar-se como são. No segundo eixo, expressaram dificuldades quanto ao acesso e uso dos serviços de saúde: o constrangimento pelo não uso do nome social; o medo de sair durante o dia; a associação das travestis ao vírus HIV; e a dor causada pela discriminação dos profissionais de saúde. Foi possível identificar, também, demandas simples, como os adoecimentos do dia a dia, à demanda por

hormonioterapia, que implica em necessidades de tratamentos, bem como a vital necessidade de ter os seus direitos respeitados. No terceiro eixo, para o alcance de um cuidado humanizado identificamos que o olhar respeitoso garantiria sua dignidade e o seu direito à saúde de forma humanizada, mas para isso identificamos algumas mudanças necessárias: Capacitação dos profissionais, diálogo com o movimento social, campanhas de divulgação e aproximação com o ser travesti. Por fim, espera-se que a pesquisa possa contribuir com o campo do conhecimento acerca do saber-fazer na assistência à saúde das travestis, dentro e fora da academia.

**Palavras-chave:** travesti; atenção primária à saúde; discriminação, cuidado, humanização.

## **Abstract**

Among the deviant a heteronormative ideal, transvestites are the ones that suffer abuse and discrimination. Have been found that health services often present themselves as places that maintains and reproduce such discrimination, which makes transvestites only sought medical care in the latter case. Based on the guidelines of the SUS and the National Humanization Policy as well as the inclusion and leadership of the users, we conducted a qualitative study seeking to understand the experience of transvestites in seeking health care within primary care in Natal-RN. We use as techno-methodological instruments in depth interview and workshop with use of "scenes". For interpretative analysis of the narratives we use to Hermeneutics-Dialectic. From the dialogue with the narrative we come to the following themes: 1) Understanding the meaning of being a transvestite; 2) The experience transvestite in search of health; 3) Transvestites and humanized health care. In the first point they reveal the daily struggle of transvestites between prejudice and the search for respect, as well as the meanings of being a transvestite, who appeared as: Being gay, being feminine, not transsexual and accept themselves as they are. In the second axis, expressed difficulties in access to and use of health services: the embarrassment by not using the social name; fear of going out during the day; the association of transvestites to HIV; and pain caused by discrimination from health professionals. It was also possible to identify simple demands such as illnesses from day to day, the demand for hormone therapy, which involves treatment needs as well as the vital need to have their rights

respected. The third axis, for the range of a humanized care identified that the respectful gaze guarantee their dignity and their right to health in a humane way, but it identified some necessary changes: Training of professionals, dialogue with the social movement, publicity campaigns and rapprochement with the transvestite. Finally, it is expected that the research will contribute to the field of knowledge know-how in health care transvestites, inside and outside of the university.

**Keywords:** transvestite; primary health care; discrimination; care; humanization.

## 1. Introdução/Justificativa

*Uma última pergunta: O que é mais difícil?*

*ser um homem ou ser uma mulher? É*

*duro ser homem, e é difícil ser mulher.*

*Mas o mais difícil é tentar não esquecer*

*quem de verdade queremos ser.*

*(Filme Beautiful boxer)*

Essa temática caminha por algo que sempre despertou, no meu percurso acadêmico, encantos e sentimentos de militarização: a morte social de algumas pessoas devido as suas diferenças e ao seu não enquadramento em uma sociedade ainda reticente ao que foge de todo e qualquer padrão - falo da (não) vivência social das travestis em nossa cultura. Comecei a trabalhar com pesquisa como graduanda, estudando a saúde mental, no que dizia respeito à inclusão social de usuários dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), o que me levou a uma Especialização em Saúde Mental, em que continuei trabalhando com a temática da inclusão. Como profissional, trabalhei na APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), com pessoas que possuíam algum tipo de deficiência física e/ou sofrimento psíquico. Por fim, adentrando ao mestrado, estive diante de algumas temáticas possíveis na minha linha de pesquisa, e, mais uma vez, me vi interessada em trabalhar com

um grupo que sofre diversos tipos de exclusões, e que carregam de diversos modos, uma morte civil: as travestis.

As travestis são pessoas que nasceram com a genitália masculina, mas que se identificam com a imagem e o estilo feminino, que desejam e se apropriam de indumentárias e adereços de sua estética, realizam com frequência a transformação de seus corpos através da ingestão de hormônios e/ou da aplicação de silicone industrial, assim como pelas cirurgias de correção estética e de próteses. Devido a buscar uma identidade que não lhes é imposta culturalmente pela genitália que lhes acompanham, tornam-se uma parcela da população estigmatizada, que sofre preconceitos. (Peres, 2008)

Têm-se constatado que os serviços de saúde, em vez de serem locais de acolhimento e proteção, vem se apresentando como locais que mantêm e reproduzem as desigualdades e preconceitos da sociedade. A discriminação em alguns locais é bem perceptível, o que faz com que as travestis só 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. (Muller & Knauth, 2008).

Na organização do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) em níveis de 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).

Quando a Atenção Básica funciona adequadamente, a população consegue resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais prevalentes passam a ser resolvidos nas unidades básicas de saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes (Brasil, 2009).

No entanto, ocorre que muitas travestis, por sofrerem discriminações nas unidades de saúde, acabam não usufruindo dos serviços disponibilizados na atenção primária<sup>1</sup>, por só procurarem o atendimento em casos de urgência, indo diretamente para os hospitais. Esse fator é um prejuízo para elas e para todo o sistema de saúde, na medida que muitos problemas poderiam ser resolvidos, até preventivamente, na própria unidade básica de saúde.

Tendo como base as diretrizes do SUS, com princípios de universalidade, integralidade e equidade, nos preocupamos em verificar como está ocorrendo, na prática, a relação com a saúde para esta parcela da população. Com isso, objetivamos compreender a vivência das travestis na busca por cuidados em saúde no âmbito da atenção primária de Natal.

---

<sup>1</sup> Os autores Mello, Fontanella e Demarzo (2009) concluem que os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” podem ser utilizados como sinônimos.

Um dos fatores que determinam o descumprimento dos princípios do SUS está no fato de que os profissionais da área de saúde não são capacitados para lidarem com alguns assuntos tidos como tabus, principalmente quando se refere à sexualidade. A Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, chamada Humaniza SUS, veio também, nesse sentido, dar respostas às evidências do despreparo dos profissionais da saúde para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado, juntamente com a persistência de modelos de gestão centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu processo de trabalho (Brasil, 2006a).

Um exemplo do despreparo dos profissionais é o fato de alguns não conseguirem, muitas vezes, chamar as travestis pelo pronome feminino. E um dos maiores constrangimentos possíveis de serem vividos por uma travesti é quando alguém se dirige a ela chamando-a pela referência de sexo e não pelo seu nome social (Peres, n/d).

As travestis têm alguns dos seus direitos fundamentais negligenciados e desrespeitados devido a estarem associadas a fatores estigmatizantes que as vulnerabilizam a adoecimentos e violências. Dentre os desviantes de um ideal heteronormativo, as travestis são as que mais sofrem agressões e discriminações. Podemos elencar quatro fatores para ser este grupo social tão estigmatizado, são estes: a sua determinação em modificar o corpo, a personificação da ambiguidade entre masculino e feminino, a explicitação da sua condição sexual e por lhe restarem, muitas vezes, o trabalho como profissional do sexo (Muller & Knauth, 2008).

Atualmente, temos vários 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 e Travestis* (2008), e a *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT* (2010). A garantia do direito à saúde para a população travesti, superando a violação de seus direitos humanos rumo 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 humanas e do exercício da sexualidade (Lionço, 2008).

Porém, ainda há muito o que fazer para que possamos ver acontecendo na prática o respeito e o atendimento humanizado de que os documentos tanto falam. Em especial, para o estudo que pretendemos empreender, é imprescindível compreender se as ações e reações dirigidas às travestis tolhem a busca delas por assistência à saúde no âmbito da atenção primária.

Os estudos sobre a saúde da população trans (travestis e transexuais) estão voltados para questões como: tratamento hormonal, DSTs/HIV, identidade de gênero e cirurgia de readequação sexual, limitando a saúde das mulheres trans a esses aspectos. Uma visão mais humanizada e integralizadora da saúde da população trans vem se desenvolvendo em pesquisas internacionais desde 2011. No entanto, no Brasil, ainda há uma carência referente a pesquisas dessa natureza (Tagliamento, 2012).

Tendo em vista a carência de pesquisas no tocante à saúde da população travesti, pretendemos com esta pesquisa compreender a vivência

das travestis na busca por cuidados em saúde na atenção primária, na cidade de Natal. Intentamos, dessa forma, contribuir para um melhor acesso e uso dos serviços pelas travestis na atenção primária, que é a porta de entrada do nosso sistema de saúde.

Após introduzirmos e justificarmos os propósitos deste estudo, daremos sequência aos capítulos que apresentarão os objetivos e o percurso metodológico, e depois traremos os capítulos que nasceram do diálogo reflexivo com os aportes teóricos e as vozes das travestis. São eles: *Compreendendo o significado de ser travesti*, Teremos aqui a diversidade das travestilidades e os sentidos ligados ao que é ser travesti para elas; *A vivência travesti na busca por saúde*, traz a discussão sobre dificuldades, demandas e necessidades das travestis na busca por saúde na atenção primária. E no último capítulo de discussões refletimos sobre o questionamento abordando a relação: *Travestis e o cuidado humanizado em saúde: é possível?* Nele discutimos concepções de cuidado humanizado em saúde para as travestis, procuramos entender o que, para elas, é preciso ser feito a fim de que o ser travesti não signifique sinônimo de dificuldade nos itinerários de mais um de seus direitos: a saúde.

Por fim, estabelecemos as nossas (in)conclusões, com mais outros questionamentos na busca de encontrarmos direções. Esperamos que a pesquisa possa contribuir com o campo do conhecimento acerca do saber-fazer na assistência à saúde das travestis, trazendo pistas capazes de promover um cuidado humanizado na atenção primária em saúde (APS). Caminhamos visualizando um horizonte onde o respeito e a dignidade sejam

uma realidade na vivência de todas as travestis em um encontro acolhedor com a saúde.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Compreender a vivência das travestis na busca por cuidados em saúde no âmbito da atenção primária na cidade de Natal-RN.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Compreender o significado de ser travesti;
- Investigar as dificuldades e/ou facilidades sobre acesso e o uso de serviços de saúde pelas travestis;
- Identificar as necessidades de saúde e demandas das travestis, que surgem no âmbito da atenção primária em saúde, e as formas como tais demandas são tratadas;
- Investigar a percepção das travestis sobre a representação que os profissionais de saúde possuem delas e sua influência ou não na busca por atendimento à saúde;
- Identificar concepções, desejos, receios e sugestões quanto ao cuidado humanizado em saúde dirigido as travestis.

### **3. Percurso Metodológico**

Em função do objeto desse estudo, a abordagem que se torna mais adequada é a pesquisa qualitativa. Entendida como a tentativa de obter profunda compreensão dos significados e definições da situação, tal como as pessoas nos apresentam como pressuposto que o mundo está permeado por significados e símbolos, e a intersubjetividade é um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais (Minayo, 2000).

Godoy (1995), estabelece algumas situações onde a pesquisa qualitativa vem ser a mais adequada: quando o problema é pouco conhecido e a pesquisa é de cunho exploratório; quando o estudo é de caráter descritivo e o que se busca é o entendimento do fenômeno como um todo, na sua complexidade; E, também, quando a preocupação for a compreensão da teia de relações culturais e sociais que se estabelecem no interior das organizações. Sendo assim, a opção pela metodologia qualitativa se fez após a definição do problema e do estabelecimento dos objetivos da pesquisa.

#### **3.1 Quadro Teórico-Metodológico**

##### **3.1.1 A Hermenêutica – Dialética:**

O caminho teórico – metodológico escolhido é a Hermenêutica Gadameriana aliada aos princípios dialéticos. A hermenêutica surge num continuum teórico iniciado na Fenomenologia Existencial Husserliana, que pode ser compreendida como mais do que uma arte de interpretar. Ela constitui

uma possibilidade de mediação entre a verdade do nosso ser e o método da ciência (Jesus, Peixoto & Cunha, 1998).

A fenomenologia heideggeriana, como método, recoloca o homem na sua condição existencial, buscando compreendê-lo na sua “facticidade”, aceitando como modo constitutivo de seu ser no mundo, o caráter de mutabilidade e relatividade – enfim a fluidez do seu existir. Neste sentido, mostra-se a necessidade de as ciências ampliarem o modo de conceber seus estudos sobre o homem, passando a considerá-lo na sua vivência, na sua totalidade e no seu fluxo no tempo, com seus entrelaçamentos existenciais, incorporando sua historicidade (Silva, 2006).

A analítica fenomenológica heideggeriana busca o sentido do Ser e parte da análise de um ente privilegiado – o homem. A essência-existência deste ente homem, Heidegger denominou de “Dasein” – *ser-aí*. Ente esse que possui a capacidade de questionar, de interrogar, sobre o seu próprio ser, e tem como tarefa inexorável, a de “ter que ser”, de cuidar do seu ser, de tornar-se, de construir-se no mundo, com os outros (Corrêa & Vale, 2002). A cada instante, o *ser-aí* tem que assumir o próprio ser como seu. Portanto, o homem enquanto existente é, fundamentalmente, poder-ser. Nós somos o mundo, a existência é uma totalidade.

É nesse contexto homem-mundo que a compreensão se torna possível, ou seja, no âmbito deste estudo podemos dizer que a travesti e a sua relação com a saúde podem ser compreendidas a partir do sentido que emitem em sua mundaneidade, o desvelamento traz à luz aquilo que se oculta naquilo que se mostra (Lucena, 2011).

Para Heidegger, existir é interpretar. Somos, enquanto ser-aí, interpretação, e pertencer ao ser é o mesmo que o compreender. A palavra “hermenêutica” tem origem do verbo grego *hermeneuein*, e significa “interpretar”. Foi originalmente derivado da teologia, restrito a interpretação de textos bíblicos. Contemporaneamente, é entendida como a exploração ou modelo de pesquisa cujo foco está na consciência e na experiência. A hermenêutica procura pela intenção original do autor, pela originalidade do sujeito, mas, para isso, tem como foco a circunscrição histórica do sujeito (Holanda, 2006).

Aluno de Heidegger, Hans Georg Gadamer publicou, em 1960, uma obra considerada clássica para a teoria hermenêutica: *Verdade e Método*. Para Hans-Georg Gadamer (2002), a hermenêutica tem como tarefa esclarecer o milagre da compreensão, descobrir os sentidos das ações humanas. Parte do princípio de que todo conhecimento do mundo é mediado pela linguagem. Para ele, todo ato de compreender significa entender-se com outro a respeito de algo. Compreensão essa condicionada pelo espaço e tempo; pelos limites dados a partir da historicidade humana, onde cada situação tem seu horizonte próprio.

Na hermenêutica, o interpretado suscita questões para o intérprete, mas é o intérprete que possibilita ao interpretado a proposição dessas questões. Através dessa complexa "dialética de pergunta e resposta", realiza-se, segundo Gadamer, o compreender incessante com o qual vamos, simultaneamente, decifrando e instaurando nosso mundo (Ayres, 2005).

Por meio do conceito de “fusão de horizontes”, fica explícito que nessa perspectiva hermenêutica o significado não está no texto, na ação ou no discurso; nem no autor, ou sujeito, mas na relação que existe entre eles.

Segundo Ayres, a “fusão de horizontes” é o sentido forte de diálogo na perspectiva hermenêutica, proposto por Gadamer. É uma “produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido” (Ayres, 2007, p.58).

Neste sentido, a perspectiva narrativa é dialógica. Caprara (2002), comentando Mishler (1986, p.134), pontua: “ele critica o fato de que exista uma relação entre o pesquisador e a pessoa entrevistada, um objeto a ser conhecido”. Esse autor fala de pessoas em relação entre si quando afirma que não estamos entrevistando alguém, mas aprendendo dele. É por isso que não podemos separar as respostas das perguntas e do contexto.

Portanto, o centro da abordagem hermenêutica está na compreensão do discurso, procurando entender a multiplicidade dos significados, tentando clarear o que é confuso, escondido, fragmentado. No processo interpretativo, não se procuram identificar as intenções do autor ou do sujeito, mas entender os sentidos da fala, propiciando o desenvolvimento do conhecimento intersubjetivo (Ricoeur, 1995). Cabe salientar que o discurso sempre expressa um saber compartilhado com outros e marcado pela tradição, pela cultura e pela conjuntura (Habermas, 1996; Minayo, 2002).

Por sua vez, temos com Minayo, que o método hermenêutico-dialético:

É o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Essa metodologia coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante, em que é produzida. (Minayo, 1996, p.231)

Portanto, o quadro teórico deste estudo, ancorado na hermenêutica dialética, funda seu trabalho de interpretação na intersubjetividade. A linguagem é tomada como o terreno comum da realização da intersubjetividade e da busca de entendimento. É considerada a esfera, a instância onde o sentido dos discursos se desvela, ao se re-construir como diálogo (Silva, 2006). Pressupostos estes que, de acordo com Ayres (2002), advogam sensivelmente a superação da dicotomia sujeito-objeto na compreensão dos fatos e obras humanas. Diz o referido autor: Quem conhece se inclui no que quer conhecer.

Nessa direção Minayo (2002) afirma que uma análise hermenêutica-dialética, agrega a busca da compreensão (Gadamer) a uma atitude crítica (Habermas). Em suas palavras, Minayo (2002) resume:

A união da hermenêutica com a dialética leva o intérprete a entender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. (p. 227)

É importante registrar que Gadamer (2002) se aproxima da dialética quando assegura que a compreensão só é possível pelo estranhamento, pois a necessidade de entendimento nasce do fracasso da transparência da linguagem e da própria incompletude e finitude humanas.

Em que medida a condição de ser travesti seria um fator que a vulnerabilizaria a uma desumanização no atendimento na APS? Será no diálogo com as travestis, que pretendemos alcançar esse entendimento, buscando construir com elas as respostas para nosso estranhamento.

### **3.2 Estratégias Operacionais da Pesquisa**

#### **3.2.1 Colaboradores do estudo e o local da pesquisa:**

Os sujeitos desta pesquisa são travestis da cidade de Natal. O critério de inclusão dos participantes foi de ter buscado e/ou ter sido atendido em algum serviço de saúde da atenção básica da cidade de Natal.

É importante destacar que, nos estudos qualitativos, a amostragem não obedece a critérios numéricos, mas à possibilidade de permitir aprofundamento e abrangência de compreensão de uma situação (Minayo, 2000). A generalização a que se aspira num estudo desse tipo diz respeito a possibilidades de compreensão do fenômeno estudado. O principal, nesse tipo de investigação, é o aprofundamento da informação, e esse se dá menos na quantidade de pessoas entrevistadas e mais nas estratégias de obter tais informações. (Lucena, 2011)

O local do acesso às narrativas dos colaboradores foi de acordo com a conveniência das entrevistadas, garantindo condições adequadas, a não interrupção e a privacidade. Algumas entrevistas foram realizadas nas casas das participantes, e outras em seus locais de trabalho. Realizou-se em diferentes bairros da cidade de Natal.

### **3.2.2 Instrumentos de acesso as narrativas dos colaboradores:**

Foi utilizada, para o acesso as narrativas das colaboradoras, a entrevista em profundidade com roteiro e a oficina com uso de “cenas” (Apêndice A).

A entrevista pode ser definida como um instrumento que tem como base questionamentos sustentados por teorias e hipóteses, as quais fornecem interrogativas que se multiplicam em decorrência da resposta do entrevistado. Além disso, esse tipo de entrevista valoriza a presença do pesquisador e também dá ao colaborador liberdade e espontaneidade, necessárias para enriquecer o estudo (Leão, 2006).

As oficinas em grupo com utilização de “cenas” projetivas atendem ao intuito de aprofundamento dos dados da entrevista. Segundo Paiva (2005), o uso de cenas “são ferramentas para conscientização, ação, invenção e circulação de repertórios discursivos (e não discursivos) de grupos e indivíduos, que podem resultar em mobilização individual e social para promoção da saúde” (p. 3). Ao argumentar sobre a sua utilização como recurso para pesquisa, a autora ressalta que a análise de narrativas dos participantes por meio da cena oferece “um testemunho da experiência nas próprias

palavras do sujeito, neste caso, sob o calor do acontecimento, sem grandes elaborações racionais, a qual é altamente relevante para as abordagens de pesquisa qualitativa” (p. 5).

A utilização combinada de mais que um recurso metodológico, é defendida por Spink (1993) quando ela coloca que esse recurso visa à compreensão em profundidade e a maior segurança na análise interpretativa (Silva, 2006).

Tanto as entrevistas quanto as oficinas foram gravadas e transcritas posteriormente, a partir da permissão das pesquisadas, e seguiu rigorosamente a forma e o conteúdo trazidos pelas participantes. Além desses instrumentos foi utilizado um diário de campo, no qual foram anotados aspectos que não poderiam ser captados pelo gravador, como expressões faciais, gesticulações, manifestações de diferentes emoções durante cada entrevista, com o intuito de facilitar as transcrições.

### **3.2.3 Tratamento e análise das narrativas dos colaboradores:**

Em termos de tratamento das entrevistas e depoimentos colhidos nas oficinas utilizamos o *método de interpretação de sentidos*, baseando-se em princípios hermenêuticos-dialéticos que buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e inter-relações entre grupos e instituições (Gomes et al., 2005).

Na trajetória analítico-interpretativa, percorremos os seguintes passos:

- (a) leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material da pesquisa;
- (b) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos;
- (c) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos;
- (d) busca de sentidos mais amplos (sócio-político-culturais), subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa;
- (e) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo;
- (f) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

Na análise e na interpretação dos dados busca-se desvendar a lógica e os sentidos submersos nas ações (perspectiva hermenêutica), confrontando tais ações com o plano das intenções/idealizações e com o seu contexto (perspectiva dialética).

Temos assim, uma análise hermenêutico-dialética das narrativas.

### ***3.2.3.1 A construção de categorias temáticas.***

Apresentamos neste momento uma síntese ilustrativa dos resultados obtidos no processo de construção das categorias (ou eixos temáticos). Essas categorias foram compostas a partir dos achados de cada subtema, obtidos por meio das entrevistas e utilização de “cenas” nas oficinas.

A Tabela abaixo traz esquematicamente o processo de construção das categorias temáticas e o agrupamento delas por capítulos, a fim de ilustrar sinteticamente as etapas do desenho analítico realizado.

Tabela 1

*Processo de construção das categorias e dos capítulos*

Objetivos	Questões do roteiro	Unidades de sentido	Categorias temáticas	Capítulos teóricos
Compreender o significado de ser travesti	-Fale um pouco sobre você, sua vida.  -Você se considera travesti?  -O que significa ser travesti para você?	Família Militância Dignidade Preconceito Aceitação Força Respeito Enfrentamento Anonimato  Ser mais que gay Tendência homossexual Condição sexual As verdadeiras	1-Entre o preconceito e a busca por respeito            A- É ser homossexual	4. COMPREENDENDO O SIGNIFICADO DE SER TRAVESTI.       4.1. Entre o preconceito e a busca por respeito: Apresentando as Divas!   4.2 Travestilidades: múltiplas, inúmeras, infinitas.  4.2.1 Ser travesti é ser homossexual, ou mais que isso?

<p>Investigar as dificuldades e/ou facilidades sobre acesso e o uso de serviços de saúde pelas travestis;</p>	<p>-Você tem dificuldades para ser atendida nas unidades de saúde?</p> <p>-Você gosta de ser atendida nas unidades de saúde? Por quê? Exemplificar.</p> <p>-Descreva um atendimento que tenha recebido em</p>	<p>Ser feminina</p> <p>Ter silicone</p> <p>Comportamento de mulher</p> <p>Maneira natural</p> <p>Não ser mulher</p> <p><u>Estar bem com o sexo</u></p> <p><u>É ser ativa</u></p> <p><u>Ambiguidade</u></p> <p>É ter orgulho</p> <p>Saber quem você é</p> <p>Ter dignidade</p> <p><u>Constrangimento</u></p> <p>Desconfigurada</p> <p>Oi seu fulano!</p> <p>Plumagem</p>	<p>B- ser feminina (mas não mulher)</p> <p>C - Não ser transexual</p> <p>D - É auto aceitação</p> <p>Constrangimento pelo não uso do nome social.</p> <p>Visibilidade trans:</p>	<p>4.2.2 Ser travesti é ser feminina:</p> <p>4.2.3 Ser travesti é não ser transexual</p> <p>4.2.4 Ser travesti é aceitar-se</p> <p>5. A VIVÊNCIA TRAVESTI NA BUSCA POR SAÚDE: DORES E LUTAS</p> <p>5.2 “Essa daí já tá morta”: Acesso e uso de serviços de saúde pelas travestis.</p> <p>5.2.1 “Vixe, aí é homem!”: Constrangimento pelo não uso do nome social.</p> <p>5.2.2 Visibilidades</p>
---	---	---	--	---

	<p>unidade básica (se não tiver outro serviço) na rede de saúde pública, desde a sua chegada, até a sua saída?</p> <p>-No caso de ter sido mal recebida (Explorar: A que você relaciona esse mal atendimento?</p> <p>-Na sua opinião o fato de você ser travesti interfere no acesso aos serviços de saúde?</p>	<p>Mundinho da noite</p> <p>Medo do dia</p> <p>Dar a cara a tapa</p> <p>É de carga viral?</p> <p>Generalizam travesti-AIDS</p> <p>Extravagantes – HIV.</p>	<p>A noite todos os gatos são pardos</p> <p>Travesti e AIDS: Estigma e vulnerabilidade.</p>	<p>trans: A noite todos os gatos são pardos</p> <p>5.2.3 “Olha ali a travesti, tem AIDS!”: itinerários de preconceitos e vulnerabilidades.</p>
<p>Identificar as necessidades de saúde e demandas das travestis, que surgem no âmbito da atenção primária em saúde, e as formas como tais demandas são tratadas;</p>	<p>Razões pelas quais as travestis procuram os serviços. <i>Explorar</i></p> <p>-Fale um pouco sobre os serviços de saúde que você já procurou.</p> <p>-Quais serviços procuram. <i>Explorar</i>.</p>	<p>Gripe</p> <p>Câncer</p> <p>Preservativos</p> <p>Psicólogos</p> <p>Dentistas</p> <p>Bomba caseira</p> <p>Consulta com as mais antigas</p> <p>Dosagem absurda</p> <p>Hormônio por conta própria</p> <p>Médicos sem</p>	<p>Porque procuram</p> <p>Hormonioterapia</p>	<p>5.1.3 Elas não são feitas de cimento: necessidades e demandas das travestis.</p> <p>5.3.1 Das demandas comuns a hormonioterapia</p>

		interesse		
		Empoderamento Buscar os direitos Igualdade Respeito Cartão do SUS	Necessidade de direitos respeitados	5.3.2 Da dor da invisibilidade à necessidade de direitos respeitados
	-Você recomendaria alguma unidade de saúde para outra travesti? Por quê?	Bloqueio naquele espaço Ambulatório TT Em outra cidade Específico pra gente	Para qual unidade devo ir? Demanda por um lugar	5.3.3 A dor do não lugar e o horizonte dos TTs.
Investigar a percepção das travestis sobre a representação que os profissionais de saúde possuem delas e sua influência ou não na busca por atendimento a saúde;	-Descreva um atendimento que tenha recebido em unidade básica (se não tiver outro serviço) na rede de saúde pública, desde a sua chegada, até a sua saída?  -No caso de ter sido mal recebida (Explorar: A que você relaciona esse mal atendimento?	Enfermeira-gracinhas Bem sertão Bloqueado Desconforto Sem preparo Antiéticos Não respeitam	O desconforto frente aos profissionais de saúde	5.2.4 Quando o cuida(dor) causa dor: o olhar das travestis sobre os profissionais de saúde

<p>Identificar concepções, desejos, receios e sugestões quanto ao cuidado humanizado em saúde dirigido a elas.</p>	<p>-Você gostaria de ter sido recebida diferente do que foi? Se sim, como?</p> <p>-Em sua opinião, como deve ser um atendimento?</p> <p>-O que você recomendaria para que o serviço melhor atendesse as travestis?</p> <p>-Você gostaria de ter sido recebida diferente do que foi? Se sim, como?</p> <p>- cenas 1 e 2</p>	<p>Acolhimento</p> <p>Respeito</p> <p>Igualdade</p> <p>Humanizado</p> <p>Diálogo</p> <p>Capacitação dos profissionais</p> <p>Diálogo com o movimento social</p> <p>Conhecer as travestis</p> <p>Campanhas de divulgação</p>	<p>Concepções do cuidado humanizado</p> <p>Para um SUS de melhor qualidade</p>	<p>6. TRAVESTIS E O CUIDADO HUMANIZADO EM SAÚDE: É POSSÍVEL?</p> <p>6.1 A que se destina o cuidado humanizado na voz das travestis</p> <p>6.2 A APS: um lugar possível para o cuidado humanizado as travestis?</p>
--	--	---	--	--

### **3.2.4 O piloto da pesquisa.**

O roteiro de entrevista e a oficina com a construção de cenas foram submetidos a uma averiguação da sua adaptação através de um trabalho piloto de acesso as narrativas das colaboradoras.

O instrumento de acesso às narrativas, denominado “roteiro de entrevista”, utilizado nas pesquisas qualitativas, pode ser modificado seguidas vezes, em decorrência da aplicação da averiguação, ou seja, de entrevistas preliminares. É comum que, nessas entrevistas o pesquisador perceba que o roteiro proposto está incompleto, inadequado, retirando alguns itens do mesmo e/ou acrescentando outros (Nogueira-Martins, 1994).

O piloto foi realizado em uma sala do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), no bairro Guarapes, localizado na zona oeste de Natal. O contato inicial foi feito por intermédio de uma estagiária do curso de Psicologia sob orientação do professor Dr. Marlos Alves Bezerra, que já desenvolvia trabalhos com essa comunidade, e estava iniciando o processo de formação de uma associação LGBT no bairro, a pedido de algumas travestis. Apresentei-me como pesquisadora da UFRN e participei da reunião do grupo, e ao final duas pessoas se disponibilizaram a participar da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e transcritas mediante acordo com as entrevistadas, que assinaram termo de compromisso para participação no processo (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE).

Após a análise do piloto, adequamos o roteiro de entrevista. Foi incluída a questão “fale um pouco sobre você, sua vida...”, para iniciar de forma livre o

que cada uma gostaria de falar sobre si, e ajudar no entendimento de questões relativas ao “ser travesti”.

A construção das cenas não sofreu alterações e teve reafirmada a sua importância no aprofundamento dos dados, proporcionando também um momento de reflexão sobre a temática.

### **3.2.5 O campo propriamente dito.**

Como mencionado, o acesso às narrativas foi realizado em locais acordados com as entrevistadas, para sua maior comodidade, e visando a privacidade e a não interrupção da entrevista. Algumas entrevistas foram realizadas em suas casas e outras em seus locais de trabalho (um quarto reservado dentro de um salão de beleza).

As oficinas também foram realizadas na casa de uma das entrevistadas, com duas participantes. Os passos para a construção das cenas são descritos no Apêndice A.

Os convites para a participação na pesquisa foram feitos em um evento, o Encontro Estadual de Travestis, ocorrido em 2013 na cidade de Natal. O objetivo da pesquisa foi explicado e aquelas que se dispuseram a participar deram o número de seus telefones. Porém, na prática, conseguir voluntárias para a pesquisa se tornou bem mais difícil. Quando as voluntárias eram contatadas para a marcação das entrevistas, muitas desistiam, alegando já terem participado de muitas entrevistas e terem sido “usadas”, pois os pesquisadores depois de coletar os dados “sumiam”, e não lhes traziam

nenhum retorno do trabalho, nenhuma melhoria para a sua “classe”.

O contato com as possíveis colaboradoras teve então que ser feito em uma nova estratégia. Conseguir o apoio da presidente da Associação de Travestis Reencontrando a Vida - Atrevida (ONG que luta pelos direitos da população LGBT em Natal), Jacqueline Brasil<sup>2</sup>, foi o primeiro passo. Para isso, foi exposto, além do objetivo da pesquisa, a justificativa e as possíveis melhorias que o trabalho poderia trazer para a população travesti. A presidente da ATREVIDA, então, passou o contato de algumas possíveis entrevistadas, e autorizou a usar o seu nome para facilitar a aderência da pesquisa. Foi então que começou o método “bola de neve”. A cada entrevistada era pedido o contato de outra travesti, e que pudesse ser falado o nome de quem tinha indicado o contato.

Todas as entrevistas foram gravadas com a anuência das entrevistadas, sendo posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. As transcrições foram feitas literalmente. O que era transcrito era exatamente igual ao que havia sido falado pela entrevistada; leiam-se: expressões faladas, pausas, erros, etc.

Garantimos um total de 7 participantes, das quais 2 participaram da oficina com cenas. Os nomes das entrevistadas foram alterados; utilizamos codinomes para evitar a identificação pelo perfil das mesmas.

Apresentamos a seguir uma tabela síntese das características das entrevistadas:

#### Tabela 2

---

<sup>2</sup> A colaboradora Jacqueline Brasil não quis sigilo quanto a utilização do seu nome.

*Síntese de características das entrevistadas*

NOME	IDADE	BAIRRO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO
Gisele Bundchen	48	Cidade Alta	Superior incompleto	Militar reformado <sup>3</sup>
Julia Roberts	28	Alecrim	Ensino Médio incompleto	Manicure e profissional do sexo
Angelina Jolie	23	Zona Norte	Ensino Médio completo	Vendedora
Madonna	52	Princesa Isabel	Superior incompleto	Cabeleireiro
Beyoncé	42	Cidade Alta	Ensino Médio incompleto	Cabeleireiro e cantor
Naomi Campbell	29	Igapó	Superior em andamento	Vendedor
Nicole Kidman	29	Igapó	Ensino Médio completo	Cozinheira e cabeleireira

**3.2.6 Análise de riscos e medidas de proteção.**

<sup>3</sup> Algumas profissões foram informadas pelas entrevistadas no masculino. Preservamos as suas respostas.

Caso houvesse durante a operacionalização metodológica da pesquisa algum risco de desencadeamento de algum processo de ordem emocional que já estava latente, garantiríamos o encaminhamento a algum Serviço de Psicologia adequado. Cabe registrar que a pesquisadora responsável pelo projeto tinha condições de oferecer um acolhimento e suporte terapêutico inicial, devido ser uma psicoterapeuta.

### **3.2.7 Procedimentos de acesso às narrativas e aspectos éticos.**

Os contatos com as travestis foram feitos através do método “bola de neve”, onde uma entrevistada indicou outras, e assim por diante. As participantes foram informadas da pesquisa no primeiro contato, onde os objetivos do projeto foram esclarecidos a partir da apresentação do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, respeitando as regras éticas em conformidade com a Lei 466\2012.

Assim, foi explicado que a participação na pesquisa era voluntária, e foram marcados os locais e os horários de entrevistas com as que se dispuseram a participar, explicitando que os conteúdos das entrevistas seriam utilizados somente para a pesquisa e em eventos ou publicações científicas, desde que resguardada a identidade das participantes, para garantir os direitos das entrevistadas.

O presente estudo foi submetido ao comitê de ética para análise de projetos de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e foi aprovada sob o número de parecer: 493.685.

#### 4. Compreendendo o Significado de Ser Travesti

*Eu sou o avesso do que o senhor sonhou para o seu filho.*

*Eu sou a sua filha amada pelo avesso.*

*A minha embalagem é de pedra mas meu avesso é de gesso.*

*Toda vez que a pedra bate no gesso, me corta toda por dentro.*

*Eu mesma me corto por dentro, só eu posso, só eu faço.*

*Na carne externa quem me corta é o mesmo que admira esse  
meu avesso pelo lado de fora.*

*Eu sou a subversão sublime de mim mesma.*

*Sou o que derrama, o que transborda da mulher.*

*Só que essa mulher sou eu, sou o que excede dela.*

*Ou seja, eu sou ela com um plus, com um bônus.*

*Sou a mulher que tem força de homem, que tem o coração  
trabalhado no gelo.*

*Que pode ser várias, uma em cada dia da semana.*

*Eu tenho o cabelo que eu quiser, a unha da cor que eu quiser.*

*Os peitos do tamanho que eu quiser, e do material que puder  
pagar.*

*O que eu não trocaria por uma armadura medieval, uma prótese  
blindada talvez.*

*A prova de balas, a prova de facas.*

*Uma prótese dura o suficiente para me proteger de um tiro  
e maleável o suficiente para ainda deixar o amor entrar.*

*(...)*

*E a vida segue.*

*Muitas morrem, outras nascem cada vez mais novas.*

*E assim elas vão, desviando dos tiros, esbarrando no preconceito,  
correndo da polícia.*

*Mas sempre com um batom nos lábios, um belo salto nos pés  
e na maioria das vezes um vazio no coração.*

*Ela não precisa de redenção.*

*Rafael Menezes.*

*(História de todas nós)*

Para o objetivo que empreendemos neste trabalho, fez-se relevante conhecer primeiramente um pouco da vivência enquanto travesti das nossas entrevistadas. Para isso, abordamos, neste capítulo, questões referentes ao

significado de ser travesti para as nossas colaboradoras, e, somente em um segundo momento do trabalho, adentramos nas questões referentes à sua relação com a saúde. Em outras palavras, pretendemos compreender melhor a vivência de ser travesti, assim como quem é este sujeito que busca (ou não) atendimento na nossa atenção primária.

#### **4.1. Entre o Preconceito e a Busca por Respeito: Apresentando as Divas!**

As travestis passam, diariamente, por situações de desrespeito. Carrara e Ramos (2005), em uma pesquisa nas paradas gays do Rio de Janeiro, trazem índices que comprovam que as travestis são o grupo que mais sofrem discriminação e agressão devido aos estigmas que estas carregam.

Em um primeiro momento da entrevista, onde pedimos que elas falassem livremente sobre as suas vidas, já é possível identificarmos marcos intensos dessa relação de discriminação em suas vidas.

Assim, eu aparento ser forte e tudo, mas quando eu to sozinha, que vou me deitar, que **boto cabeça no travesseiro tem hora que dói.** (...) Dizem coisas que magoam, mas você tem que mostrar ali que não lhe atingiu, que você é forte. Você tem que vestir aquela capa e sair, saber enfrentar a vida. (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

**Se dependesse de mim eu seria o contrário de mim,** mas eu não consigo, eu tenho meus instintos femininos, desde pequena que eu me sinto como mulher, e desde pequena que eu disse pra

mim mesma, aquela revolta que eu tinha por minha mãe me bater, porque queria, porque queria que eu andasse como homem, e várias e várias vezes eu tentei e não consegui. **Minha mãe já tentou até me matar com gás.** (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Mesmo assim, depois que eu comecei a me soltar, eu conheci o peso do preconceito, **o peso da transfobia que dói, dói, dói** mesmo pra valer. (...) Muitas vezes até você tá de boca calada, mas não querem nem saber se você fala, querem saber que você é uma travesti, então vou te humilhar e é uma **humilhação gratuita.** (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

Às vezes eu **to mais em Natal aqui como um refúgio.** (...) É triste pra mim, **não é bom ser travesti, é horrível.** Mas pelo menos não é aquela coisa tão pequena lá. Lá eu já fui até apedrejada, e não foi por palavras, foi por pedras mesmo. (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Nos seus discursos, há um forte retrato de suas dores em função dos preconceitos e discriminações vivenciadas e o desejo de serem respeitadas e aceitas em suas diferenças. Da dor da rejeição familiar, a busca do anonimato para protegê-las e evitar a humilhação, até a luta cotidiana contra a morte social, são algumas das formas das Divas se apresentarem evidenciando as marcas da estigmatização que vivenciam.

A palavra Estigma vem do latim *stigma*, e é definida como cicatriz, marca, sinal visível. Os estigmas, nessa condição, podem ser um sinal tanto

infamante ou vergonhoso como natural do corpo, assinalando, nos dois casos, uma diferença, uma distinção, isolando e, ao mesmo tempo, reunindo e identificando os possuidores de um mesmo estigma. Em sua origem religiosa, associam-se às cinco chagas de Cristo: sua presença atesta não apenas a santidade, mas também o pertencimento a um grupo especial. Esse pertencimento, longe de ser um privilégio, é carregado de sofrimentos e obrigações (Nogueira da Silva, 2011).

Segundo Goffman (1988) o termo *estigma* fora criado pelos gregos, e se referiam a sinais corporais nos quais se identificavam algo de extraordinário ou mau sobre o status moral do portador do estigma. Esses sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo para avisar que a pessoa era um escravo, um criminoso ou traidor, pessoa essa que devia ser evitada, principalmente em locais públicos. Atualmente, o termo é usado de forma semelhante ao original, porém, se refere muito mais a algo subjetivo do que a uma marca corporal.

A sociedade categoriza as pessoas e define quais atributos são considerados comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Então, quando um estranho nos é apresentado, procuramos aspectos que nos permitam prever a sua categoria juntamente com os seus atributos, a sua “identidade social”. Tendo por base essas concepções, nós as transformamos em expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso. Então, um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido por nós em nossas atividades cotidianas é afastado por possuir um traço diferente das expectativas, destruindo a possibilidade de atenção para outras

características suas. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto (Goffman, 1988).

Já os preconceitos são definidos como um conceito ou opinião formados antecipadamente, sem maior ponderação ou conhecimento dos fatos; julgamento ou opinião formada sem se levar em conta o fato que os conteste; superstição, crendice; suspeita, intolerância. Podemos dizer que os estigmas, mais abrangentes, se encontram na base dos preconceitos; estes, por sua vez, depois de instituídos socialmente e internalizados individualmente, passam a existir independentemente dos estigmas que possam tê-los originado. Os preconceitos podem gerar sentimentos negativos como ódio irracional ou aversão a outras raças, credos, religiões, como percebemos frequentemente em diversas relações sociais. Um exemplo conhecido é a aversão e, por vezes violência, dirigida as pessoas homossexuais (Angleton & Parker, 2001).

Atitudes oriundas do preconceito podem produzir comportamentos de discriminação, que isolam e segregam aqueles que carregam as marcas (os estigmas) de sua condição, excluindo-os, privando-os, tornando-os a parte do convívio social.

O momento inicial do encontro de algumas pessoas com uma travesti pode ser bastante perturbador, evocando fantasias arcaicas e atualizadas em torno das sexualidades, dos corpos e seus prazeres. A rigidez com que somos constituídos através de uma classificação estrita dos modos masculinos e femininos de ser diante das expressões impede-nos de termos tranquilidade frente às pessoas que apresentam um sexo genital masculino e uma identidade social de gênero feminina. As travestis embaralham os códigos de

inteligibilidade dos gêneros levando os desavisados a uma situação de confusão mental e, quando associados ao moralismo religioso, torna-se disparador poderoso para o exercício da discriminação, exclusão e violência contra as travestis (Peres, 2008).

Muller (2007) destaca quatro fatores para ser esse grupo tão estigmatizado: A determinação que as travestis apresentam em modificar o seu corpo, a personificação da ambiguidade entre masculino e feminino, a explicitação de sua condição sexual e por lhes restar, quase sempre o trabalho como profissionais do sexo.

Muitas travestis vem morar na capital por não aguentarem o peso do preconceito em suas cidades do interior, existente também em uma capital, mas reduzido pelo anonimato. Como nos traz Pelúcio: “Essa relação com a vida urbana remonta à trajetória de tantos homens efeminados que buscaram no anonimato das cidades um espaço para tornar suas vidas mais habitáveis” (2009, p.43).

Devido a todas as discriminações sofridas, o respeito torna-se algo de extrema importância na vida de uma travesti, sendo altamente valorizado tal conquista:

Eu gostaria de falar da minha vivência enquanto travesti, que eu sempre fui muito bem respeitada, minha família graças a Deus sempre me apoiaram. (...) Acho que as pessoas começaram a me **respeitar** a partir do momento que eu comecei a **lutar pela causa** né. (Fragmento de entrevista - Gisele Bundchen)

**Até agora to sendo feliz** (sorriso). Tenho um parceiro, vivo há 16

anos com ele e... construí duas casas, tenho meu trabalho, sou independente, não dependo de ninguém, só de mim mesmo. E to levando a vida como Deus permite. “Mãe, olha você não se preocupa que neto você nunca vai ter, vou viver minha vida, não sou de bagunça, **vou respeitar pra ser respeitado**”, e até hoje to vivendo, 42 anos bem vividos. (Fragmento de entrevista - Beyoncé)

Eles [familiares] saem comigo pra tudo que é canto, minha mãe vai pra umas festinhas e sai comigo normal. Porque se eu não **respeitasse onde eu moro**, não **tivesse aquela dignidade**, eles não iam sair comigo, não iam! (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

Na vida das nossas Divas, nem tudo são dores. A felicidade, o respeito e a dignidade também fazem parte da história de construção delas.

A militância aparece na vida de Gisele como algo que lhe trouxe o respeito tão caro em suas vidas. Beyoncé ressalta a sua felicidade e tudo que conseguiu construir em seus 42 anos “bem vividos”. E Julia enfatiza o respeito que conseguiu da sua família e da sua comunidade devido ao seu comportamento “digno”. Apesar de todos os obstáculos enfrentados, elas encontram estratégias de sobrevivência para seguirem em frente no seu projeto de “ser quem eu sou”.

Eu nasci nesta condição e não tem como modificar. Infelizmente não tem né? Apesar de que, **eu falei infelizmente mas eu adoro**

**ser o que eu sou (risos), eu me sinto feliz assim.** Apesar de tudo e de todos, a gente se adapta, ser humano se adapta a tudo.

**Não moram na neve? (risos) A gente se adapta a tudo.**

(Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

“Eu adoro ser o que eu sou”. E o que ela é? Pergunta difícil para qualquer um responder sobre si. O que é ser mulher? O que é ser homem? O que é ser travesti? A cada uma dessas perguntas caberiam uma infinidade de respostas. Respostas que buscamos com as travestis e que só cabem a elas nos dar.

#### 4.2 Travestilidades: Múltiplas, Inúmeras, Infinitas

*Travesti é uma boneca luxuosa*

*É uma mona poderosa*

*Uma guerreira corajosa*

*Não se curva a essa sociedade burra*

*Que só sabe dizer não*

*Ao que tá fora do padrão*

*Travesti toca fogo no armário*

*E não é como as mariconas*

*Que é um bando de otário*

*Travesti toma hormônio e bota peito*

*E merece mais respeito*

*Pra poder viver direito*

*Solange, to aberta!*

*(Respeito às travestis!)*

Quando se fala “as travestis”, de maneira generalista, entende-se que falamos de travestilidades, pois existem múltiplas formas de ser e sentir-se travesti. Como nos trouxe Pelúcio (2009, p.27):

Uso o termo no plural por entender que, cada vez mais, torna-se evidente que não há uma maneira única de constituir essa expressão de gênero. Como ocorre com outros segmentos sociais, as travestis têm se referenciado em imagens múltiplas do ser mulher/homem, em discussões cada vez mais presentes sobre o tema de gênero e sexualidade veiculadas em diversos meios de comunicação. Somem-se a isso, as variações regionais e de ambientes, as quais também incidem nessas escolhas.

Tagliamento (2012), em sua pesquisa, resolve utilizar o termo “mulher trans”, pois era o termo usado pela população que ela estudou. Esse termo diz respeito tanto às travestis quanto às transexuais, mas não possui o mesmo sentido de “transgênero”, entendendo esse como o trânsito entre um gênero e outro, enquanto que as mulheres trans não se consideram em transição, elas pertencem a um único gênero, o feminino. “A escolha por esse termo deve-se,

também, ao fato de que muitas, no início da entrevista, diziam-se travestis, para, em seguida, dizerem que eram transexuais ou o inverso” (p.12).

Corroborando com esse pensamento, Leite Jr (2008, p.13) traz em sua tese sobre a invenção das categorias travesti e transexual:

Quanto mais aprofundava o estudo sobre as travestis, mais me envolvia com a questão das transexuais, principalmente na pesquisa de campo, não sabendo os limites entre umas e outras, fora, apenas, as definições clínicas. E percebi que nem elas sabiam. Identificar-se como travesti ou transexual era muitas vezes uma questão situacional. (...) Depois vieram se aproximando as drag-queens, crossdressers, transformistas, homossexuais masculinos extremamente afeminados, homossexuais femininas altamente masculinizadas, heterossexuais masculinos altamente afeminados, heterossexuais femininas extremamente masculinizadas, e assim num crescendo de pessoas, desejos e situações que questionavam alguns limites e, ao mesmo tempo, faziam questão de demarcar outros.

Entendendo a multiplicidade das identidades e as diferentes maneiras de defini-las, buscamos o significado de “ser travesti” para cada uma das nossas entrevistadas. As perguntas que nortearam essa discussão foram: “Você se considera travesti?”, “O que significa ser travesti para você?”. As respostas giraram em torno dos seguintes sentidos: ser travesti é *ser homossexual*; ser travesti é *ser feminina (mas não mulher)*; ser travesti é *não ser transexual*; ser travesti é *aceitar-se*.

Vamos ao diálogo com as categorias encontradas:

#### **4. 2.1. “Ser travesti”: é ser homossexual, ou mais que isso?**

A categoria de “sensibilidade sexual invertida”, elaborada por Westphal em 1869, não diferenciava homossexualidade e transexualidade, e incluía as duas como inversão entre elementos masculinos e femininos da psicologia humana. Havelock Ellis, em 1899, e Richard von Krafft-Ebing, em 1931, consideravam a transexualidade como uma variante da homossexualidade, ou vice-versa. Magnus Hirschfeld em 1910 inventou os termos *Transvestitismus* (*travestismo*) e *seelischer Transexualismus* (transexualidade da alma) e pensou pela primeira vez o travestismo como um fenômeno distinto da homossexualidade (Bernini, 2011).

Leite Jr (2008) nos diz que, um dos fatos importantes no livro de Hirschfeld – *Transvestites: the erotic drive to cross-dress* – é que ele vem trazer uma separação da concepção de “orientação sexual”, do desejo de vestir roupas do sexo oposto. Uma coisa seria por quem a pessoa sente atração sexual, e outra, diferente, seria o prazer pelo uso de roupas do outro sexo. Portanto, as pessoas travestis poderiam ser heterossexuais, homossexuais, bissexuais ou qualquer outra das categorias existentes. Inclusive, a maioria dos casos expostos no livro são de homens que sentem prazer de vestir roupas femininas e sentem atração sexual apenas por mulheres (Leite Jr, 2008).

Hirschfeld ainda traz, nesse mesmo livro, que o resultado das variadas possibilidades existentes entre os grupos intermediários e seus extremos de masculinidade e feminilidade, possuindo uma série de subdivisões, podem

chegar a um total de 43.046.721 combinações. O que essa análise quantitativa das possibilidades dos cruzamentos entre identidades e sexualidades quer, é justificar cientificamente a legitimidade da variação sexual, em oposição a vertente predominante conceitual de homem/masculino e mulher/feminina (Leite Jr, 2008).

Quase quarenta anos depois, em 1949, David O. Cauldwell chamou seu ensaio de *Psychopathia trans-sexualis*, mas apenas em 1953, no ensaio *Transvestitism and Transexualism* de Harry Benjamin, o adjetivo “transexual” foi substantivado, passando a indicar uma identidade. Foi assim conceitualizada aquela diferença entre sexo, gênero e orientação sexual com a qual hoje medicina e psicologia pensam não apenas a homossexualidade e a transexualidade, mas também a heterossexualidade (Bernini, 2011).

Então, no meio científico, há mais de cinquenta anos, questões concernentes à orientação sexual são tratadas sob a perspectiva de que a sexualidade não está vinculada a uma lógica binária. Esta forma de encarar a sexualidade humana impôs novas reflexões acerca dos papéis sexuais na nossa sociedade. Ao se falar sobre sexualidade, é importante que se compreenda a existência e a diferenciação desses dois conceitos: orientação sexual e identidade de gênero (Cerqueira-Santos et al., 2010).

A expressão orientação sexual diz respeito especificamente ao sexo pelo qual o indivíduo se sente atraído sexual e emocionalmente. Cerqueira-Santos et al. (2010) traz seis categorias que são mais discutidas na literatura que trata das orientações sexuais, a saber: *Assexual*, seria a pessoa que não sente nenhuma atração sexual; *Bissexual*, que sente atração por ambos os

sexos; *Heterossexual*, que sente atração pelo sexo oposto; *Homossexual*, o que se sente atraído sexual e emocionalmente por uma pessoa do mesmo sexo; *Pansexual* ou *Omnissexual*, que sentem atração por diversos sexos/gêneros, quando se aceita a existência de mais de dois gêneros ou alguém que tem uma orientação mais abrangente (incluindo por exemplo, atração específica por transgêneros); e, finalmente, *Pomossexual*, que não aceita a classificação estática em uma das categorias anteriores.

Já se falando em identidade de gênero, essa se relaciona com o gênero (masculino ou feminino) com o qual o indivíduo se identifica. Diversas combinações podem ocorrer entre orientação sexual e identidade de gênero de forma que podemos encontrar uma expressão social de sexualidade que não revela, *a priori*, a orientação sexual. No entanto, os estereótipos em torno das orientações sexuais são comuns e até socialmente reforçados na configuração heteronormativa da cultura judaico-cristã (Cerqueira-Santos et al., 2010).

Porém, nas falas de algumas entrevistadas podemos perceber a relação que elas fazem entre a orientação sexual homossexual e a identidade de gênero travesti, como se fossem sinônimos. Sobre este ponto é importante frisar que, ao analisarmos os discursos das entrevistadas, reconhecemos que as mesmas são partes constituintes e constituídas da nossa sociedade heteronormativa, onde normas definem verdades sobre os gêneros e sobre as sexualidades. Vejamos algumas falas que apontam para a similaridade entre os conceitos de gênero e sexualidade:

Adoro os travestis, aqueles esnobes que são bonitos, que são belos, sempre quer mostrar mais, eu acho interessante. Agora pra

mim, eu não concordo muito não, eu acho que **mesmo que você tenha sua tendência homossexual, você deve manter**. Se fossem mais simples talvez o preconceito fosse menos.  
(Fragmento de entrevista - Madonna)

Não é nem que você não queira, por isso eu **acho ridículo quando falam em opção sexual, eu nunca tive que optar por nada**, porque se eu tivesse que escolher eu não teria escolhido, quem é que vai escolher nascer pra ser humilhado, massacrado, pisado o tempo todo, ser visto como chacota, ninguém vai escolher isso. **Por isso opção não existe, é a condição sexual. Eu nasci nesta condição e não tem como modificar**.  
(Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

Outra relação estabelecida entre as entrevistadas e a homossexualidade é enxergar o “ser travesti” como um estágio mais avançado do “ser gay”, reproduzindo uma concepção que vê as travestis como uma forma máxima da homossexualidade. Vejamos alguns recortes:

Também tenho um irmão que é gay, só que **ele é gay normal**, que a gente costuma dizer normal, **só eu que sou travesti**. (...) Quem tem silicone, a hormonizada pode ser bonita como for mas ela já não vai querer andar, porque pra elas a gente **ainda não é travesti, a gente é gayzinho**. (...) “Julia, você **não vai só ser isso aqui** [gay afeminado], você vai virar travesti, aposto com você”. (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

Dos meus 14 até meus 18, 19, 20 anos, eu **me considerava um**

**homossexual. Hoje eu me considero uma travesti. (...) Não vai ser mulher nunca, tem que botar na cabeça. Sou uma travesti, ou sou um gay, ou sou um homossexual, independente de qualquer coisa.** (Fragmento de entrevista - Beyoncé)

Kulick (2008), apresenta uma crítica aos pesquisadores brasileiros pela forma como estes descrevem as travestis, sem escutá-las de fato: “Ao invés de escutarem o que elas dizem – e elas dizem explicitamente que são homossexuais – esses autores preferem formatar a imagem das travestis como ícones pós-modernos, sugerindo que elas rejeitam toda e qualquer identidade”:

O desejo homossexual é, portanto, a tendência que baliza e dá sentido às práticas corporais, às atividades profissionais e aos relacionamentos afetivos das travestis. Ser homossexual está no âmago do projeto travesti. Para que uma pessoa seja travesti, ela deve primeiro ser “viado”. (Kulick, 2008, p. 230)

Beneditti (2005), vê essa ligação com a homossexualidade como uma diferença entre as transexuais americanas e as brasileiras. Para as americanas, o interesse erótico por homens não é um fator determinante na construção de sua identidade sexual, que está centrada em sua condição feminina, percebida como um atributo mental ou orgânico e desvinculada do desejo e da orientação sexual. Há transexuais que vivem e se concebem como heterossexuais. Já para as brasileiras, a questão de *ser viado* é onipresente em suas narrativas dos processos de transformação do gênero.

O ser homossexual como base para a transformação de gênero está presente nas falas já citadas de Beyoncé e Julia: “me considerava um

homossexual. Hoje eu me considero uma travesti”, e “ele é gay normal, só eu que sou travesti”.

Kulick ainda nos diz que, para as travestis, um homem gay (e que gosta de ser penetrado), disfarçam e fingem ser homens, quando não o são. Enquanto que as travestis consideram-se homossexuais mais honestos e mais radicais. “Elas se veem como a Arquiencação, a Verdadeira expressão, o ponto final e almejado do desejo homossexual. Acreditam ser o desejo homossexual em sua forma mais perfeita e acabada” (Kulick, 2008, p.235). Percebemos esse sentimento da verdade no ser travesti no seguinte recorte:

Assim, porque antigamente, antes de eu ser travesti eu andava muito aqui no centro, então eu achava bonito, eu achava interessante o modo delas, entendeu? O modo delas eu achava ali... não sei nem o que que passava, mas eu achava uma coisa, **elas eram as verdadeiras**, que queriam enfrentar a sociedade, tá entendendo? (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

A admiração da entrevistada pelas travestis veio antes mesmo de ela se identificar como tal, e se fundamenta no fato de ela ver as travestis como aquelas que não abdicam de ser do jeito que querem para se sujeitarem as normas sociais. Sendo assim reconhecidas como “as verdadeiras”. Percebemos, nessa fala, a travestilidade não só como um estágio a mais do que o “ser gay”, mais como um estágio melhor e mais evoluído, verdadeiro – aquelas que não escondem a sua homossexualidade atrás de uma imagem masculina.

Pelúcio (2009) vem trazer que, em muitos casos, é ainda quando vivem

com a família que as travestis, ainda “viadinhos”, veem pela primeira vez outra travesti e se identificam com elas. Enxergam ali um lugar no mundo, um lugar que começa no corpo de outra travesti.

Já Damásio (2011), nos traz que o processo de construção da corporeidade feminina pelas travestis não é algo que remeta a um desenho final do feminino, não garante a lógica do “gayzinho-drag-travesti-transexual”, não sendo as travestis observadas enquanto partes de um grupo coeso. A autora ainda diz que, para a compreensão desses sujeitos, é necessário enxergar a sua potencialidade de trânsito, de mobilidade, desmontando os lugares do feminino e do masculino, não se constituindo em um lugar de estaticidade.

### **3.2.2 Ser travesti é ser feminina.**

As travestis pertencem a uma das possíveis identidades de gênero e Peres (2008) vem defini-las como: Pessoas que se identificam com a imagem e estilo feminino, que desejam e se apropriam de indumentárias e adereços de sua estética, realizam com frequência a transformação de seus corpos através da ingestão de hormônios e/ou da aplicação de silicone industrial, assim como pelas cirurgias de correção estética e de próteses, o que lhes permitem se situar dentro de uma condição agradável de bem-estar biopsicossocial.

A feminilidade buscada pelas travestis é construída de diferentes formas nas mais variadas sociedades. Um dos vários exemplos pesquisados por antropólogos das diferentes perspectivas de gênero nas sociedades é o de Margaret Mead, que, em seu livro “Sexo e Temperamento”, estudou um grupo

chamado “os tchambuli habitantes do lago”. Nesse grupo, os homens dedicavam suas vidas à arte e aos cuidados de sua apresentação social, como ornamentos corporais e modos de comportamento. Enquanto entre as mulheres, a regra era o trabalho, o companheirismo e o maior desejo sexual, sendo elas as que tomavam as iniciativas nesta comunidade. A pesquisadora não considerou os homens afeminados ou as mulheres masculinizadas, apenas tinham “temperamentos” considerados invertidos para a nossa sociedade (Mead, 1969).

Sobre essas diferenças sexuais, Mead fala:

Enquanto não conseguirmos entender cabalmente como uma sociedade pode moldar todos os homens e mulheres nascidos em seu âmbito de modo que se aproximem de um comportamento ideal inerente apenas a alguns poucos, ou restringir a um sexo um ideal de comportamento que outra cultura logrou limitar ao sexo oposto, não poderemos falar de forma muito compreensiva sobre diferenças sexuais. (Mead, 1969, p.9)

Desde que Margaret Mead escreveu seus dois famosos livros, *Sexo e Temperamento* e *Macho e Fêmea*, e especialmente desde o surgimento do feminismo moderno, a distinção entre sexo fisiológico e sexo social (papéis sociais) tem sido discutida cada vez mais. Segundo Fry e Mcrae (1986), a partir da constatação de que os papéis sexuais de – “homem” e “mulher” variam de cultura para cultura e de época para época, é agora um lugar-comum observar que cada sociedade, classe e região tem a mulher e o homem que merece. Ninguém hoje em dia acredita que as diferenças de comportamento entre os

dois sexos possam ser explicadas apenas em termos de diferenças biológicas, pois reconhece-se que os papéis sexuais são forjados socialmente.

Porém, discordando de Fry e Mcrae, a busca pela compreensão dos gêneros, dos incômodos de ser um homem ou uma mulher “de verdade” não penetrou todos os lares. Não foi possível ainda desconstruir o que a cultura ocidental definiu como comportamento adequado aos gêneros nem entendê-los como uma construção social.

O cotidiano das crianças é permeado por comentários que definem o que é “coisa de menino” e “coisa de menina”. Aqueles que nasceram com a genitália masculina precisam dar contas desses comportamentos e seguir o roteiro de características definidos *a priori* para serem homens. Quando vão crescendo as cobranças se tornam maiores. As brincadeiras se diferenciam, assim como as formas de contato com as meninas. Não poder transitar no mundo das mulheres faz parte do ritual de segregação (Silva, 2000). As falas a seguir retratam um pouco dessa realidade:

Porque as pessoas esperam que aquele corpinho que nasceu masculino seja masculino pro resto da vida. Mas não, quando dá um certo tempo da vida ele pá: “**não sou homem mamãe!**”. Na minha cabeça eu não consigo pensar como um homem, por mais que eu me esforce eu não consigo. (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

Com 14 anos eu fui dizer a minha mãe, aí ela disse: “**Já sabia!**”, **que eu não era um homem de verdade.** (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

Segundo Silva (2000), o “tornar-se homem” sustenta-se através de negações. Ser homem é negar três vezes. Negar ser mulher, ser menino e ser homossexual. Como vimos nas falas acima, as entrevistadas não poderiam ser consideradas “homens de verdade” por quebrar duas das negações, primeiro identificadas enquanto homossexuais, e depois indo em direção ao “ser mulher”, feminilizando-se cada vez mais.

Corroboramos com Arán, Murta e Lionço (2009) quando dizem que ser homem ou ser mulher não é um simples fato ou uma condição estática, e sim uma construção ideal forçosamente materializada através do tempo.

Dentro do contexto das possibilidades de performances de gênero, percebemos que as transformações do corpo a que as travestis se submetem variam singularmente, não havendo uma delimitação do quão aproximado do feminino precisa-se estar para serem consideradas como tal. Como nos trouxe Bento (2006, p.44): “O que faria um sujeito afirmar que pertence a outro gênero é um sentimento; para muitos transexuais, a transformação do corpo por meio de hormônios já é suficiente para lhes garantir um sentido de identidade”.

Segundo Pelúcio (2009), essa nova imagem construída pela travesti para produzir corpos femininos hiperbólicos é acionada por tecnologias de gênero:

A utilização do silicone, o cuidado com os cabelos, com a pele, os truques, os pêlos pinçados diariamente. O feminino construído pelas travestis está condicionado às tecnologias de gênero, mas esse processo é o mesmo para as mulheres biologicamente XX. Todas/os precisam das próteses identitárias para sermos

reconhecidos/as 'naturalmente' como homens e mulheres. O que torna o feminino travesti inspirador para pensarmos os limites discursivos do binarismo é a valorização do feminino artificial” (Pelúcio, 2009, p. 19).

Julia nos fala um pouco sobre isso:

Travesti na linguagem delas é só quem tem silicone. Pode ser industrial ou prótese, se você não tiver você não é travesti, você pode ser feminina como for, mas você não é. **Só quem tem silicone, quem tem hormônio ainda não tá nesse patamar de ser chamada de travesti.** Mas eu não ligo não, me considero travesti, então eu sou travesti. (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

Uma das entrevistadas diz não ter usado das tecnologias de gênero “artificiais” para a construção do seu feminino:

Pelos outros que colocaram peito, prótese, e eu sou **natural**, então, eu considero uma travesti (risada). Mas eu não usei esses artifícios, foi obra de Deus. **Muitas tem até despeito, porque elas tomam muito hormônio, e eu nunca tomei,** porque desde criança que eu nunca tive ejaculação! (Fragmento de entrevista - Madonna)

A naturalidade aparece aqui como elemento de orgulho. Kulick (2008) observou em seu trabalho que, embora as travestis se utilizem de meios totalmente artificiais para construir os seus corpos, elas apreciam a naturalidade, quando, por exemplo, elas dizem ter colocado menos silicone do

que realmente colocaram.

Kulick (2008) durante a sua pesquisa com travestis em Salvador, faz uma interessante observação sobre o desprezo dos brasileiros em relação às travestis. Ele afirma que o maior desprezo é destinado a travestis pouco atraentes. Ícones da beleza como Roberta Close e outras travestis e transexuais que se aproximam de um ideal de beleza feminina não costumam ser ofendidas ou ridicularizadas, nem serem tratadas por pronomes masculinos. Kulick conclui, então, que a reação enfrentada pelas travestis não seria pelo fato de estas cruzarem a fronteira dos gêneros, mas sim, por estas não terem conseguido, de fato, se transformar em mulher. A hostilidade seria contra mulheres incompletas e não contra homens incompletos.

As travestis compartilham um gênero com as mulheres, embora estas não “sejam” mulheres. Mulher aqui entendida como ser do sexo feminino. E dentro do gênero feminino coabitariam infinitas formas de existir. Uma mulher negra, pobre e prostituta não compartilha dos mesmos conceitos, status social e auto-imagem que uma mulher branca, rica e empresária, embora elas partilhem do mesmo gênero, assim como as travestis (Kulick, 2008).

Muitas falas apontam para a auto imagem das travestis como seres femininos, mas não como mulheres:

É o que me reconheço, **me sentir feminina**. Eu nunca disse pra ninguém que eu queria ser mulher, eu quero **ser reconhecida como gênero feminino**. (Fragmento de entrevista - Gisele Bundchen)

Travesti é, não que tenha um comportamento de mulher, que a

gente **nunca vai ser mulher**, por mais que faça a cirurgia e tudo. **Travesti é quem é mãe, tá entendendo?** É você ter um **comportamento digno**, tem que chegar pelo menos próximo do **comportamento de uma mulher**. Ter sua vida normal, não se depravar. (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

Minha querida, pra falar a verdade, eu nem sei o que eu me considero [risada]. Porque eu sou totalmente diferente, não discriminando ninguém, mas... eu sou na minha, entendeu? Porque geralmente eles pensam que eu sou mulher, mas **eu não sou mulher**, né? Pela minha maneira **natural**, entendeu? Eu não me pinto, eu não uso roupa extravagante, roupa adequada, que seja assim um pouco afeminada, mas que não chame muita atenção. (Fragmento de entrevista - Madonna)

Ser travesti é ter o pensamento, aquilo que eu falei anteriormente, o **pensamento e os gostos femininos**, se sente envolvida no espaço feminino. **Se comportar, ser educada**, tratar bem as pessoas, entendeu? (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

Eu me considero uma travesti. Porque? Não sou mulher, também **não quero ser mulher**. Quero que as pessoas me respeitem do jeito que eu sou. Eu posso vestir uma roupa de mulher, eu posso vestir uma calça, posso me maquiar, mulher nunca vou ser. (...)

Eu sou uma travesti? Sou. Tenho peito, vivo com homem, me considero muito feliz. Vivo uma **relação entre homem e mulher**, porque eu faço tudo dentro de casa, aprendi a fazer tudo, graças

a Deus. (Fragmento de entrevista - Beyoncé)

Percebe-se também que o “ser travesti” está diretamente ligado ao que elas consideram “ser mulher”, já que é necessário aproximar-se do comportamento de uma mulher para ser uma travesti. Alguns elementos foram destacados quando estas se referiam a um “comportamento de mulher”: Ser mãe, ser digna, não se depravar, ser natural, se comportar, ser educada. Essas características estão extremamente ligadas a uma concepção social baseada no binarismo de gênero presente em nossa sociedade.

As entrevistadas afirmam a sua relação com a feminilidade, mas negam serem mulheres. Elas se remetem a uma concepção de mulher como sexo biológico e não como uma construção social, quando afirmam, por exemplo, que “a mulher nasce mulher”, e que uma travesti, independente de tudo que ela faça, nunca será uma mulher.

Essas falas corroboram com os estudos de Beneditti (2005) quando ele diz que a maior parte das travestis não se iguala às mulheres, nem tampouco desejam fazê-lo. O feminino travesti não é o feminino das mulheres. É um feminino que não abdica de características masculinas, porque se constitui em um constante fluir entre esses polos, quase como se cada contexto ou situação propiciasse uma mistura específica dos ingredientes do gênero.

Segundo Pelúcio (2009, p.93):

As travestis sabem que não são mulheres, nem desejam sê-lo. São “outra coisa”, uma “coisa” difícil de explicar porque, tendo nascido “homens”, desejam se parecer com mulheres, sem de fato ser uma, isto é, ter um útero e reproduzir. É assim que Junot,

travesti veterana, me explica o que é ser mulher: “não é ter uma vagina, não! É ter útero, é dar a vida. Tem uns viados doidos aí que dizem que são como mulheres. Eu pergunto logo: 'ah é?! Pariu quantos?!' Pariu no máximo um furúnculo. Que mulher, o quê?!” (...) Dessa forma, para ser mulher mesmo é preciso ter “buceta/útero”, compondo um sistema que faz da genitália e do aparelho reprodutor os definidores do que seria o verdadeiro gênero. As incorporações protéticas não as farão “mulher”, e sim “femininas”.

Ainda sobre serem ou não mulheres, Kulick (2008) afirma que as travestis encontraram maneiras de negar o seu desejo pela feminilidade natural das mulheres (pois são acusadas pelas mesmas de serem suas cópias imperfeitas), quando dizem que não querem ser mulheres, não se consideram mulheres e jamais cogitaram a possibilidade de fazer uma cirurgia de mudança de sexo. Aqui abro um parêntese para refletir sobre qual seria essa feminilidade natural pertencente às mulheres? Se muito dessa feminilidade é também construída diariamente através de pinças, maquiagem, cera quente e saltos altos, através das “tecnologias de gênero” discutidas neste capítulo.

Já no final da fala, Beyoncé traz outra concepção de “ser mulher”, quando afirma que “vivo uma relação entre homem e mulher, porque eu faço tudo dentro de casa”. Nessa fala, Beyoncé já se coloca no papel de mulher, e se sente assim porque faz atividades domésticas, sendo, portanto, o papel desempenhado que torna alguém homem ou mulher. E o que faz dela mulher nessa relação é o fato de ela fazer todos os serviços domésticos.

Nesse sentido, Pelúcio (2009) afirma que uma coisa que lhe chamou a atenção, e que de início pareceu um paradoxo foi o fato de que ao mesmo tempo em que as travestis desestabilizam o binarismo de gênero, mantêm-se submersas em uma heterossexualidade normalizadora. Essa submersão faz com que muitas afirmem que são homens que querem “se passar” por mulheres.

Os que habitam as margens e os que estão no centro somos feitos do mesmo barro, o barro da heteronorma. A norma que define verdades para os gêneros e para as sexualidades fundamentadas na determinação de diferenças intransponíveis, na biologização dos desejos e das identidades, opera com eficácia nos discursos de travestis quando define que “homem de verdade” jamais pediria para que elas lhes penetrassem e nos discursos dos clientes nos quais fica sugerido que o medo real não é da aids, mas de serem “confundidos com gays”. (Pelúcio, 2009, p. 19)

Cabe aqui também discutirmos o conceito de reflexividade, discutido por Silva (2000), onde ela afirma que a reflexividade remete-se aos elementos nos quais as pessoas se espelham nas sociedades em que vivem:

Temos muitos espelhos sociais além das instituições promotoras dos ritos que possibilitam elementos de identificação no processo de construção de si dos meninos. Falo das condições e disponibilidades de conhecimentos científico, não-científico, interpretados e reinterpretados, tanto por especialistas quanto

pelo senso comum, pela mídia ou pelos círculos informais. (p.80)

Assim, como nos trouxe Damásio (2011, p.230) o “ato de constituir-se enquanto travesti traria tanto um sentido habilitador, quanto violador da palavra sujeição, deslizando ora para a adequação das normas de gênero, ora para a subversão das mesmas”.

Já Rubin propõe um feminismo que lute não só pelo fim da opressão da mulher, mas também, da opressão sexual e de gênero como um todo:

Não somos oprimidas apenas como mulheres; somos oprimidas por termos que ser mulheres, ou homens, dependendo do caso. Pessoalmente, penso que o movimento feminista deve sonhar com algo mais do que a eliminação da opressão das mulheres. Ele deve sonhar com eliminação das sexualidades obrigatórias e dos papéis sexuais obrigatórios. O sonho que acho mais fascinante é de uma sociedade andrógina e sem gênero (mas não sem sexo), em que a anatomia de cada um é irrelevante para o que cada um é, faz ou com quem cada um faz amor. (Rubin, 1993, p.22)

Para Preciado (2008), o gênero (masculinidade/feminilidade) não é nem um conceito, nem uma ideologia, nem uma performance: se trata de uma ecologia política. A certeza de ser homem ou mulher é uma ficção somaticopolítica produzida por um conjunto de tecnologias de domesticação do corpo, por um conjunto de técnicas farmacológicas e audiovisuais que fixam e delimitam nossas potencialidades somáticas funcionando como filtros que produzem distorções permanentes da realidade que nos rodeia.

Preciado (2008) vem chamar “programação de gênero” a uma tecnologia psicopolítica de modelização da subjetividade que permite produzir sujeitos que se pensam e atuam como corpos individuais, que se autocompreendem como espaços e propriedades privadas, com uma identidade de gênero e uma sexualidade fixas. A programação de gênero dominante parte da seguinte premissa: um indivíduo = um corpo = um sexo = um gênero = uma sexualidade. Desmontar essas programações de gênero, processo de desconstrução que poderia assemelhar-se ao que Judith Butler chamou de “desfazendo gênero”, implica em um conjunto de operações de desnaturalização e desidentificação.

Segundo Leite Jr (2008), um exemplo da não inteligibilidade de vivências que fogem a esta coerência heteronormativa é a pessoa que, ao comentar sobre uma mulher transexual lésbica, afirma não entender porque “uma pessoa que é homem, faz uma cirurgia para se tornar mulher, se deseja se relacionar sexualmente com outras mulheres!”.

Enfim, o travestismo (*cross-dressing*), sobretudo quando se apresenta como paródia *drag*, no parecer de Butler, desestabiliza as distinções entre natural e artificial, entre interior e exterior, demonstrando que o gênero – *todo* gênero – não é um *status*, mas um fazer, apesar de ser um fazer por parte de um sujeito que pode ser definido como existente antes da ação. Para Butler, o travestismo é uma “experiência subversiva” muito importante. Ela entende que essa experiência não revela nenhuma *verdade profunda* do sexo e da natureza humana, mas mostra a *estrutura superficial* de toda identidade sexual. O

travestismo é uma prática transformadora não pelo fato de anunciar um *futuro* no qual vencerá a confusão dos gêneros, mas por permitir compreender criticamente um presente no qual *somos todos e todas – desde sempre e necessariamente – travestis*. (Bernini, 2011, p.14-16)

### **3.2.3 Ser travesti é não ser transexual.**

Peres (2008) conceitua, diferentemente das travestis, as transexuais, que, segundo ele, são pessoas que não se identificam com seus genitais biológicos (e suas atribuições socioculturais), e podem, por meio da cirurgia de transgenitalização, construir suas expressões de gênero em consonância com seu bem-estar biopsicossocial e político. Já os transgêneros são pessoas que temporariamente se caracterizam com o sexo oposto, na maioria das vezes com finalidades artísticas, lúdicas ou eróticas. Entre eles encontramos transformistas, *drag queens*, *drag kings*, *crossdressers* e outros(as).

Já Bernini (2011), traz uma definição semelhante a de Peres em relação aos transexuais, porém, fala de forma diferente em relação ao que ele chamou de “transgender”. Para ele, *transexual* é quem faz uma trajetória voltada para modificar os próprios caracteres físicos e os próprios genitais, tornando-se o mais possível semelhante às pessoas do sexo oposto, e *transgender* é, pelo contrário, quem escolhe uma identidade intermediária entre um gênero e o outro, colocando-se num *continuum* que reconhece como pontos extremos os dois gêneros definidos pelo sistema binário.

Em uma perspectiva *transgender*, a sexualidade não representa uma alternativa rígida entre o masculino e o feminino, mas se configura como uma progressão entre o masculino e o feminino rica de nuances. Ao longo desse *continuum*, todo ser humano deveria ter o direito de decidir onde colocar o próprio corpo, plasmando para a própria identidade a forma da qual poderá tomar o maior prazer (Bernini, 2011).

Vejamos o que diz nossa colaboradora:

Ser travesti é apenas a pessoa que se traveste. Não quer dizer o gênero dela, porque **os travestis são ativos e passivos**. E a transexual não. Algumas pessoas pensam que a transexual é a pessoa que faz a cirurgia de readequação, mas não é, ao meu ver não é. **A transexual é aquela que se sente totalmente mulher.** (...) A travesti pode ser ativa e passiva, **não se denomina praticamente uma mulher.** (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Alguns discursos apontaram as transexuais como aquelas com o desejo de realizar a cirurgia de readequação sexual, e as travestis como as que se sentiriam a vontade com seu órgão genital, podendo até chegar a fazer uso dele, sendo ativas nas relações sexuais. Esses relatos corroboram com os achados de Benedetti (2005), quando este relata uma discussão no grupo de travestis do qual participava: “Sobre as semelhanças e diferenças entre travestis e transexuais, chegou-se à conclusão que o principal traço diferenciador é que as últimas não aceitam suas genitálias e negam ter nascido homens, enquanto as travestis fazem uso ativo de seus órgãos sexuais”

(Beneditti, 2005, p.113).

Uma outra variação de gênero encontrada na literatura é a dos intersexuais. Porém, esta é uma variação de origem genética ou biológica, como é o caso dos hermafroditas ou dos que possuem a síndrome de Klinefelter. Esta síndrome, considerada como forma de intersexualidade é uma variação genética da qual são portadores indivíduos que possuem não apenas dois cromossomos sexuais (XX no sexo feminino e XY no sexo masculino), e sim três: dois cromossomos X e um cromossomo Y. Pela presença do cromossomo Y, as pessoas XXY, são classificados pela medicina como de sexo masculino. No momento do nascimento, elas parecem de sexo masculino, mas na puberdade desenvolvem alguns caracteres secundários femininos. Nesse momento, os médicos intervêm através de mastectomia e uso de testosterona. Esse hormônio provoca a aparição de caracteres secundários masculinos (barba, pelos, voz profunda), mas também mudanças caracteriais na libido e na agressividade, que em certos casos podem produzir uma profunda inquietação e perda do sentido de si mesmo (Bernini, 2011).

Só que aí surge o problema: Se algumas pessoas XXY podem aceitar esse preço para uma identidade masculina que sentem como própria, outras vivenciam as terapias de virilização como uma violência: algumas pessoas XXY escolhem, portanto, uma identidade feminina, outras ainda reivindicam o direito à integridade do próprio corpo e da própria identidade de XXY, não plenamente reconduzível nem ao gênero masculino nem ao feminino.

O corpo humano pode *sabotar* o sistema que impõe para todos ter um *verdadeiro* sexo (masculino ou feminino). “Sabotar” vem do

francês *sabot*, tamanco, antigamente calçado dos operários, o qual no momento certo podia se tornar um bom instrumento de luta política: um tamanco pode ser muito bem colocado entre as engrenagens de uma fábrica, para bloquear a produção. Na perspectiva interpretativa de Foucault, ou pelo menos na minha leitura dela, hermafroditismo e intersexualidade não estão colocados “fora” do dispositivo binário da sexualidade (como a transexualidade originária de Mieli): eles estão implantados (e comprimidos) como tamancos entre suas rodas dentadas. (Bernini, 2011, p.12)

Uma entrevistada afirma nunca ter feito nada para transformar seu corpo para o feminino, ela diz ter nascido com pouco hormônio masculino, e possuir uma espécie de canal vaginal fechado.

Eu acho que se **Deus me fez com essa genética assim, pra que eu mudar?** Brigar com a lei de Deus? Se ele me fez assim, é porque tinha que ser. (Fragmento de entrevista - Madonna)

Madonna, para a medicina, talvez fosse classificada como intersexo, mas ela não se denomina assim e não quis fazer cirurgia que modificasse a sua genitália, por entender que a vontade de Deus era que seu corpo fosse ambíguo.

A postura de ser errado, um sacrilégio ou pecado alterar os seus órgãos sexuais também aparece em Kulick (2008), onde ele afirma que muitas travestis se sentem livres para alterar diversas partes do corpo, mas o órgão sexual não pode ser alterado. Como ilustra a fala da entrevistada:

Às vezes eu fico brincando com as meninas, elas dizem: “tu vai ficar mais louca do que já é”. Não penso em fazer não [cirurgia de readequação sexual], é uma mutilação, **já basta as coisas que a gente faz, e levar mais esse pecado, tirar um negócio que você já nasceu com ele.** (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

A cirurgia de readequação sexual parece ser vislumbrada apenas como possibilidade distante. Essa cirurgia é uma decisão radical, pois significa entre outras coisas abdicar do orgasmo. A cirurgia funcionaria como algo mais a atestar o feminino que vive naquele corpo, um recurso a mais para afirmar seu gênero, como maneira de expressar uma identidade íntegra, mas, se realmente houvesse possibilidade efetiva de realizá-la, a cirurgia não seria levada a cabo (Beneditti, 2005).

A ideia de que elas vão ficar loucas se fizerem a cirurgia de transgenitalização é um lugar comum no imaginário de muitas travestis, reafirmado aqui no discurso de Julia. A perda do pênis e do gozo masculino se tornaria insustentável com o passar do tempo para aquelas que não fossem “transexuais de verdade”. E só quem deteria o conhecimento para saber identificar um transexual verdadeiro<sup>4</sup> seria a ciência biomédica.

O saber médico, ao dizer “transexual” está citando uma concepção muito específica do que seja um/a transexual. Esse

---

<sup>4</sup> A transexualidade foi incluída no DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais) em 1980, e hoje é nomeada como Transtorno de Identidade de Gênero (TIG)

saber médico apaga a legitimidade da pluralidade, uma vez que põe em funcionamento um conjunto de regras consubstanciado nos protocolos, que visa a encontrar o/a “verdadeiro/a transexual”. O ato de nomear o sujeito de transexual implica pressuposições e posições sobre os atos apropriados e os não-apropriados que os/as transexuais devem atualizar em suas práticas. (Bento, 2006, p.47)

Nota-se que o que define o diagnóstico de “transexualismo” é uma concepção normativa dos sistemas de sexo-gênero, fundamentados numa matriz binária heterossexual que se converte em sistema regulador da sexualidade e das subjetividades (Arán et al., 2009).

Se uma mulher de verdade é discreta na forma de maquiar-se, nos modelos das roupas, se fala baixo e gesticula comedidamente e tem uma voz que não lembra os falsetes das travestis, então, há todo um conjunto de intervenções para construir um sujeito transexual que não tenha em suas performances de gênero nenhum sinal que os cite. A coerência dos gêneros está na ausência de ambiguidades (Bento, p.18).

Eu me considero travesti, **embora eu tenha comportamento de transexual, mas... sou travesti**. Eu adoro a minha casa, adoro ficar na minha casa, sou muito caseira, adoro meu cachorro, adoro minha sobrinha, sabe? Então, nesse ponto eu me sinto um pouco transexual, porque eu não sou ativa, geralmente eu... Eu sou feminina, passo despercebida na rua como uma senhora. Então esse lado eu me sinto uma transexual. **Já o lado travesti é... é... que eu me sinto bem com meu sexo**, entendeu? Não

tenho pretensão nenhuma de fazer cirurgia. Embora eu não pratique o lado ati... ativo, mas... eu tenho essa **ambiguidade**, de reconhecer essas duas facetas. (...) As pessoas acham que uma transexual ela tem que ser feminina, pacata, não falar alto, tem que ser toda delicadinha. “Ai, aquela ali é travesti, porque ela tem cara de homem, tem comportamento de travesti” mas não, aquela ali é uma transexual, **a fisionomia dela não define a transexualidade.** (...) **Porque não existe uma regra né? Você não é mulher, porque você é mulher feminina.** (Fragmento de entrevista - Gisele Bündchen)

Gisele afirma se considerar travesti, embora diga que tem comportamento de transexual, e quando questionada sobre como seria esse comportamento de transexual, ela apresenta um discurso pautado nas normas de gênero convencionais.

Em seguida, Gisele muda o seu discurso, reproduzindo agora uma fala mais politizada, onde ela afirma que a diferença entre travestilidade e transexualidade só pode ser dada por cada pessoa, sendo mais um sentimento do que um conjunto de regras.

Nesse sentido, não existe um processo específico de construção das identidades de gênero nas transexuais. Não se deve esperar de transexuais um comportamento fixo, rígido, adequado às normas de feminilidade ou de masculinidade (Arán et al., 2009).

Como nos trouxe Beneditti (2005), ainda que muitas travestis tenham o desejo de saber mais sobre as diferenças entre o seu corpo e sua identidade e

entre elas e as transexuais, poucos são os traços diferenciadores que fazem sentido em seu universo. Muitas ficam tentando entender se são ou não transexuais, outras afirmam incontestemente sua transexualidade, e há aquelas que acham desnecessário esse debate, como Gisele:

Eu não quero ser rotulada como travesti nem como transexual, quem tem rótulo é coca-cola, eu não sou coca-cola, eu gosto de ser, eu gosto de me sentir cidadã, independente do meu gênero, independente do meu sexo, eu gosto de ser cidadã. (Fragmento de entrevista - Gisele Bündchen)

#### **3.2.4 Ser travesti é aceitar-se.**

Segundo Peres (n.d), a ideia de corpo abjeto, utilizada por Butler (2002), inicialmente nos remetia a pessoas à margem social, sem assistência e credibilidade civil, pessoas que, de alguma forma, tiveram suas vidas impossibilitadas de reconhecimento e que se juntaram a tantas outras denominadas como “morte civil”.

Mas a mesma Butler avançará nas análises sobre o assunto e proporá uma reversão analítica em que os corpos abjetos passam a serem problematizados como agentes de resistência e de enfrentamento ao biopoder. De um corpo despotencializado e fraco surge um corpo empoderado e forte, guerreiro e reivindicador de direitos, que passa a participar das esferas de poder e descobre nas ações do coletivo a possibilidade de ser

respeitada e tratada como cidadã. Seu enfrentamento à heteronormatividade desestabiliza e coloca em questão a ordem normativa e disciplinar que é imposta pelo sistema sexo/gênero/desejo/ práticas sexuais. (Peres, n.d, p.880)

Podemos ver um pouco dessa potência em alguns discursos. Vejamos alguns deles:

Eu me considero [travesti]. E adoro usar esse nome, não gosto de usar nome *trans* (ênfase) nem transex, gosto do nome travesti, porque é aquele nome *travesti* (ênfase), **forte** mesmo, eu gosto desse, não gosto de trans, de transex, de boneca, não! **Travesti!**  
(Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

É **enfrentar a vida como ela é**. Tá entendendo? Do meu jeit..., não do meu jeito, mas de um jeito que eu quero que as pessoas me aceitem como eu sou. Desse jeito assim, tá entendendo? Eu vestida de mulher, eu com minha personalidade, **eu quero que a sociedade me aceite desse jeito. Ser travesti é isso: ter sua dignidade**. Não é porque você é travesti que você vai se banalizar não. Ser digna de levar aquele nome: travesti!  
(Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

Ser travesti é você saber o que que você quer ser. Porque tem muita gente que se abala por uma piada, “ah, lá vai o viado! Lá vai a travesti!”, não deixar, **você tem que ter certeza do que você é**.  
(Fragmento de entrevista - Madonna)

**Saber quem você é realmente, se identificar.** Porque eu acho que quando você se identifica você já tem meio mundo andado pra um progresso seu mesmo, então eu acho que se **aceitar e se identificar é um primeiro passo.** (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

Nesses discursos, o “ser travesti” não passa mais por uma questão de gênero ou sexualidade, mas sim, como um autoconhecimento e um orgulho de ser travesti que levam a um enfrentamento do preconceito e a uma reivindicação do direito de “ser quem eu sou”.

Como discutimos acima, qualquer definição que venha a delimitar o que é ser travesti acaba restringindo o imenso universo das travestilidades, como nessa definição de Pelúcio (2009, p.44), em que ela define pessoas travestis como: “pessoas que se entendem como homens que gostam de se relacionar sexual e afetivamente com outros homens” (embora ela diga que é com cautela que faz essa definição). É discutível que possamos generalizar essas duas afirmações: que travestis se entendem como homens e que travestis gostam de se relacionar sexual e afetivamente com outros homens. Muitas travestis afirmam ser mulheres (principalmente as mais politizadas por um discurso que concebe gênero como uma construção social), e muitas travestis se relacionam sexual e/ou afetivamente com outras mulheres (mulheres trans e/ou mulheres cis<sup>5</sup>). Como relatou uma das participantes em um encontro de travestis que frequentei: “Elas podem até se enganar com alguns homens, mas amor

---

<sup>5</sup> Cis é a abreviação de ciscgênero, que são pessoas que foram designadas com um gênero ao nascer e se identificam com ele, ou seja, pessoas não-transgêneros.

verdadeiro mesmo só entre duas travestis”, se referindo a alguns casais de travestis como o único fruto de um verdadeiro amor, já que os relacionamentos com homens são muitas vezes guiados por interesses financeiros destes para com elas. Uma definição estática e rígida do que é ser travesti se torna, pois, inviável, depois de conhecermos as particularidades desse universo.

O convívio com as travestis faz com que essas concepções de múltiplas identidades tomem vida e estabeleçam-se sem deixar dúvidas da sua existência. Ao escutar narrativas tão diferentes para o que seria a mesma identidade, percebe-se que a singularidade está presente, e muitas vezes se sobrepondo a qualquer conceito de identidade rígida. A Madonna que nunca havia usado tecnologias artificiais para modelar seu corpo para o feminino, a Angelina que acredita perder a sua feminilidade quando para de tomar hormônios, a Gisele que não gosta de ser ativa nas relações sexuais, a Julia que adora usar o seu pênis e o tem como fonte de maior prazer, a Naomi que ainda se disfarça de “menino” para sair para algumas atividades do dia a dia a fim de não ser desrespeitada. Enfim, esses são só poucos exemplos das inúmeras possibilidades que muitos tentam enquadrar no termo “travestis”. Corroboro com Pelúcio, quando esta diz: “Quando falo em travestis, a sensação de simplificar um universo tão diverso me incomoda” (2009, p.42).

Para Bento:

Não existe uma “identidade trans”, mas posições de identidade organizadas através de uma complexa rede de identificações que se efetiva mediante movimentos de negação e afirmação aos modelos disponibilizados socialmente para se definir o que seja um/a homem/mulher de “verdade”. Não há identidade sexual

típico para as pessoas trans. Suas sexualidades são feitas do mesmo material que as outras experiências: interdição, desejo, rebeldia, sofrimento, alegria”. (Bento, 2012, p.2663)

Diferentes definições existem sobre o que é ser travesti, como elas se identificam, qual a sua orientação sexual. Tendo cada vez mais a acreditar que não existem características definidas para essa identidade. Cada travesti é, sente e se relaciona de uma maneira própria, única. E entendendo a não viabilidade de uma classificação rígida para as identidades de gênero, neste trabalho estaremos nos referindo às pessoas que se reconhecerem como travestis, independentemente de quais transformações estas tenham se apropriado em direção ao feminino.

[Ser travesti] É uma busca constante do eu. Acho que é isso. Do eu que tá dentro gritando: [em tom risonho] “Eu sou mulher! Eu sou mulher! Eu sou mulher!”, e a sociedade: “Você não é! (E dá na cara) Você não é! Você não é! Nunca vai ser!”, e você fica dentro: “Ai eu sou, eu sou linda!” você fecha o olho e se imagina assim... uma **Naomi Campbell**, uma **Gisele Bundchen**. Eu sou mulher e pronto! **Não importa o que os outros digam, entendeu? O que importa é o que você tá se achando por dentro, tando feliz por dentro.** (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

## 5. A Vivência Travesti na Busca por Saúde: Dores e Lutas

*Quero que se dane a estrutura, a coerência*

*Que o homem construiu nesse planeta*

*Quero que a lógica se dane*

*Da cartesiana sensação de coerência*

*Em que a prudência vale mais*

*Que andar na corda bamba solta e total*

*Eu tenho horror*

*É banal, todo pensamento é banal*

*Oswaldo Montenegro*

*(Banal-O blue do travesti)*

Antes de problematizar algumas questões relacionadas ao atendimento das travestis na atenção primária, faz-se necessário esclarecimento sobre a contextualização em que se deu a construção do SUS, e as inserções possíveis das travestis nessas esferas que se orientam pelos princípios básicos da integralidade, universalidade e equidade.

Portanto, iniciaremos este capítulo realizando um resgate histórico, abordando a construção do SUS, para, em seguida, discorrer sobre as *dificuldades e/ou facilidades encontradas no acesso e uso dos serviços de saúde pelas travestis, e as necessidades de saúde e demandas das travestis, que surgem no âmbito da atenção primária em saúde, e as formas como tais demandas são tratadas.*

Para lidar com tais questões tentamos entrar na subjetividade das travestis por meio de seu discurso. Construimos um eixo de investigação em torno da vivência travesti na busca por saúde, a partir dos instrumentos detalhados no Anexo 1.

Diante das análises, foi possível constatar algumas dificuldades no acesso e uso dos serviços, principalmente causada pelo desrespeito ao nome social, a associação das travestis ao vírus HIV e a percepção preconceituosa vinda dos profissionais. E como demandas e necessidades vimos o respeito aos direitos das travestis, a urgência por um tratamento hormonal, a necessidade de visibilidade positiva das travestis nos locais de saúde e o pedido de um local específico para atendimento desta população.

### **5.1 Sobre a Construção do SUS e a Atenção Primária em Saúde**

*Não basta descrever como são o mundo, o país, os lugares;  
impõem-se ir mais longe, detalhar suas interinfluências recíprocas*

*com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social.*

*(Milton Santos)*

Em 1988 aconteceu no Brasil a VIII Conferência Nacional da Saúde, que ficou conhecida como a conferência cidadã, reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado, ou seja, o Estado teria que garantir o direito e o acesso fundamental à saúde para todos, e isso seria possível através de políticas sociais e econômicas voltadas tanto para a redução do risco de doenças e de outros agravos quanto ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Mattos, 2001).

Nesse período estava se consolidando a saúde coletiva no Brasil (que vinha sendo construída desde os anos 1970), que propunha como uma de suas premissas básicas a consideração das práticas médicas como práticas sociais, dando início a uma nova mentalidade a respeito das práticas em saúde, compondo-se com outros campos de saberes/poderes e ampliando seus universos de referências (Mattos, 2001).

Foi dentro desse panorama entre 1970 e 1988 que surgiu o SUS, que seria mantido e financiado pelo próprio governo brasileiro, incumbido de integrar as diversas ações e os diversos serviços públicos de saúde, podendo, em caráter complementar, estabelecer convênios com instituições privadas. Como um sistema único de atenção à saúde, seria organizado em torno de três diretrizes: descentralização (haveria uma direção única em cada esfera de

governo), atendimento integral (o paciente deixa de ser tratado como um sintoma, sendo considerado dentro de seu contexto sócio histórico, econômico, político e cultural); e participação da comunidade (democratização das tomadas de decisões) (Peres, 2008).

A criação do SUS significou um passo fundamental com vistas à universalização do acesso a ações de saúde concebidas em uma perspectiva fundada na integralidade, que procuram romper com um histórico de serviços públicos ineficazes e ineficientes, decorrentes de políticas de saúde curativistas, hospitalocêntricas, privatistas e excludentes.

O Sistema Único de Saúde se estrutura em três níveis de atenção: básica, média e de alta complexidade. O primeiro nível de atenção à Saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS, engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da Saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade.

Por sua vez, a atenção de média complexidade compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Já a atenção de alta complexidade se caracteriza por ser um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo,

objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (Brasil, 2005).

Nessa organização em níveis de 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 do sistema, visando à integralidade da assistência (Brasil, 2009).

Dessa forma, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006a).

A estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica é a Saúde da Família, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Por meio dessa estratégia, a atenção à saúde é realizada por uma equipe

multidisciplinar, composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número variável de Agentes Comunitários de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social. (Brasil, 2006a, p.11)

Quando a Atenção Básica funciona adequadamente, a população consegue resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde. No SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes, mas a prática comprova que a Atenção Básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita melhor organização e funcionamento de todo o sistema, inclusive dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais prevalentes passam a ser resolvidos nas unidades básicas de saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes (Brasil, 2009).

Em relação à organização da Atenção à Saúde há três princípios fundamentais a serem considerados: A Universalidade, a Equidade e a Integralidade. A Universalidade significa que o Sistema de Saúde deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo. Já o princípio da Equidade significa igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que

determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário. E a Integralidade garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A Integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades (Brasil, 2005).

A perspectiva da Integralidade, assim, é formulada no momento em que a noção de saúde pública passa a ser paulatinamente substituída pela de saúde coletiva, a qual questiona que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde. Nesse contexto, integralidade pode ser pensada como um alvo, um objetivo e um ideal a serem alcançados, a partir de pelo menos três vetores principais: a prática dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e as respostas governamentais (políticas) aos problemas de saúde.

Quanto ao princípio da Equidade, também estruturador do SUS, o que se coloca em evidência é o fato de que grupos sociais distintos, como negros, índios, mulheres, crianças, idosos e LGBT, podem ter necessidades de saúde diferenciadas, implicando demandas por ações governamentais também diferenciadas. O princípio da Equidade remete ao entendimento de que existem indivíduos ou grupos populacionais mais vulneráveis devido à sua condição socioeconômica, e que, por isso, estes devem ser priorizados nos processos de intervenção estatal (Mello, Perilo, Braz & Pedrosa, 2011).

No âmbito das reflexões sobre acesso da população LGBT a serviços de saúde fundados nos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, nota-se que orientação sexual e identidade de gênero não devem ser cogitadas como atributos identitários ou marcadores sociais únicos, já que necessariamente se articulam de formas diversas com outros, a exemplo de idade, raça/cor, classe social e outros. Isso significa dizer que o sujeito não pode ser pensado apenas como “gay”, “lésbica”, “bissexual”, “travesti” ou “transexual”, já que seu corpo também pode ser negro-rico-jovem, entre tantas outras combinações possíveis dos atributos raça/cor, classe social e idade. Nesse contexto, estas categorias parecem fundamentais para analisar como diferentes eixos de subordinação se articulam em um mesmo sujeito social, fazendo com que as lógicas de exclusão/aceitação que os atingem sejam potencialmente distintas, a depender do contexto social em que se encontrem (Peres, 2008).

Por tudo isso, somos surpreendidos por discriminações que se somam ao fato de uma pessoa ser travesti e ter outros atributos, tais como, o de raça e etnia, de classe social, geracional, religioso, etc. Como mostra a pesquisa de Peres (n.d.), onde uma de suas entrevistadas relata: “Veja o meu caso, por exemplo, eu sou uma travesti que carrego um leque de discriminação muito grande, porque além de ser travesti, eu sou pobre, sou negra, sou do candomblé e ainda tenho o pau pequeno”.

Apesar de não termos dados oficiais de pesquisas a respeito da saúde mental das travestis, o convívio com a comunidade de travestis permite algumas inferências preocupantes, como, por exemplo, o grande número de

peessoas travestis que reclamam ou que se mostram em estado de depressão ou ainda expressando graus elevados de ansiedades; ou ainda de desânimo frente à vida e de total descrédito com ela; e, em casos mais extremos, notícias sobre altos índices de morbidade e mortalidade por overdose de drogas, ou mesmo de incidências de práticas de suicídio (Pelúcio, 2009).

Segundo Peres (2008), diante da expressão estética das travestis e das reconfigurações das relações amorosas e afetivas (conjugalidades) que se efetivam na contemporaneidade, o respeito à identidade sexual e de gênero das travestis se torna tema urgente de capacitação dos profissionais da saúde, de modo a esclarecer conceitos e dúvidas cientificamente (academia) e existencialmente (lideranças do movimento travesti brasileiro) sobre as novas identidades sexuais e de gêneros que ganham visibilidade na contemporaneidade.

Ao longo dos anos, desde a implantação do SUS, houve muitos acertos em suas ações, mas também muitos obstáculos demarcados por cenas e discursos preconceituosos que, de acordo com níveis de intensidade distintos, discriminam, estigmatizam, violentam e excluem pessoas pelas mais variadas categorias, seja classe social, raça, etnia, identidade de gêneros, orientação sexual, relação intergeracional ou estética corporal (Peres, 2008).

Diante desse quadro, algumas políticas de saúde foram criadas abordando questões específicas de diferentes grupos marginalizados ao longo da história. O público LGBT foi também alvo dessas políticas.

Durante a década de 1980, o órgão federal apoiou projetos nas áreas da prevenção das DST/AIDS, disponibilizou assessoria jurídica e fortalecimento de redes; desenvolveu campanhas de comunicação e ações para visibilidade da população LGBT como estratégia de promoção da saúde e promoveu a participação do movimento de defesa dos direitos LGBT. Estratégia que fortaleceu a participação desse segmento na luta pela saúde. Na década de 1990, as travestis e transexuais participaram do desenvolvimento de ações específicas no Programa DST/AIDS, da execução de projetos de prevenção DST/AIDS para as travestis, da realização dos ENTLAIDS (Encontro Nacional de Travestis e Liberados que trabalham na prevenção das DST/AIDS), a partir de 1993; da inclusão formal de transexuais e suas demandas na agenda comum; bem como da articulação do Plano Nacional DST/AIDS, objetivando formação de rede de organizações não governamentais e ações estratégicas para o atendimento de demandas específicas de travestis e transexuais quanto à prevenção e assistência das DST e AIDS (Casemiro, 2011).

A partir de 2000 ocorreu, para as travestis, também o estabelecimento jurídico da Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros (ANTRA); a elaboração e implementação do Projeto TULIPA (Travestis Unidas na Luta Incansável pela Prevenção da AIDS); o lançamento da campanha *Travesti e Respeito*; e a elaboração e implementação de Projetos de Redução de Danos para o uso de silicone injetável.

Em novembro de 2005, as transexuais tiveram grandes mudanças, entre as mais importantes: a realização do 1º Encontro Nacional de Transexuais; a formação da primeira rede de articulação nacional de transexuais: o Coletivo

Nacional das Transexuais; o assento no Comitê em Saúde da População LGBT; e em dezembro de 2006 houve a proposta de confecção de material, com abordagens específicas das questões de vulnerabilidades para as transexuais (Casemiro, 2011).

As ações e programas voltados a esses grupos específicos resultaram em avanços: travestis e transexuais mais participativos na discussão da vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS; travestis e transexuais tecnicamente mais capacitados e engajados na elaboração e execução de projetos de prevenção e assistência das DST/AIDS voltados aos seus pares; bem como em ações de redução de danos para uso de silicone injetável; realizando cada vez mais ações educativas voltadas aos seus pares, parceiros institucionais e profissionais da rede pública de Saúde, sobre identidade de gênero e demandas diversas; atuação em parceria e estratégia dos Programas DST/AIDS na articulação intersetorial e protagonismo social destes segmentos (Casemiro, 2011).

No Ministério da Saúde, foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT (Portaria nº 2.227, do Gabinete do Ministro em 14 de Outubro de 2004), coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Esse Comitê constitui-se em espaço de articulação, debate de demandas de representantes do movimento, envolvendo todas as áreas do Ministério com o intuito de promover a inserção das especificidades na política de saúde desse segmento e ações do SUS (Casemiro, 2011).

A garantia do direito à saúde para a população travesti, superando a violação de seus direitos humanos rumo 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 humanas e do exercício da sexualidade. Em tal perspectiva, o SUS, por meio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria Nº 675/GM, D.O.U 31/03/2006) (Brasil, 2006), deu um passo à frente ao assegurar o atendimento humanizado e livre de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, inclusive assegurando o uso do nome social para travestis e transexuais como estratégia de promoção de acesso ao sistema (Lionço, 2008).

Muitos foram os avanços referentes a estratégias de trabalho. Um deles foi a realização do Seminário Nacional de Saúde da População LGBT na Construção do SUS em agosto de 2007, parceria em que o governo e os movimentos sociais avaliaram as iniciativas adotadas, como a inclusão de demandas das lésbicas nas políticas de saúde da mulher e o processo transexualizador, a fase de inclusão dos procedimentos rotineiros do SUS, mantendo-se a visão crítica sobre a medicalização das transexualidades (Casemiro, 2011).

No âmbito específico do combate ao HIV/AIDS o Ministério da Saúde lançou, em 2007, dois planos nacionais de enfrentamento da epidemia: o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST e o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis. Nas esferas Estadual e Municipal, também houve o desenvolvimento de planos correlatos, criados por determinação do Governo Federal. Em relação a tais planos, é

importante registrar que as ações voltadas para transexuais estão contempladas no documento destinado às mulheres, enquanto as relativas a travestis integram o concebido para o grupo de homens. Os distintos lugares de atenção à saúde de travestis e transexuais decorrem de disputas identitárias próprias ao movimento LGBT no Brasil e de uma concepção de política pública ainda marcada pelo binarismo de gênero (Mello et al., 2011).

Dentro do contexto exposto, um fator importante, constatado por Tagliamento (2012), mostra que, nos Boletins Epidemiológicos há ausência de dados quanto aos casos de Aids vivenciados por travestis, já que consta apenas a categoria HSH (Homens que fazem sexo com outros homens). Essa categoria não representa as travestis, primeiramente por muitas delas não se identificarem enquanto homens, e, segundo, por limitar o seu envolvimento sexual a figuras do gênero masculino, e sabe-se que muitas delas se relacionam também, ou até exclusivamente, com mulheres. Não se pode deduzir, baseado no sexo de uma pessoa, qual identidade de gênero ela terá ou quais direções tomará o seu desejo e como ela seguirá, como se o sexo e/ou a identidade de gênero predissessem a orientação sexual.

Embora a epidemia da Aids tenha provocado no sistema de saúde um foco nas travestis e transexuais, dando visibilidade a esse grupo, na atualidade os problemas de saúde destas pessoas já são vistos como bem mais complexos e suas demandas como mais numerosas. Segundo Pelúcio (2009), as travestis enfrentam questões além da AIDS: uso de silicone e suas possíveis reações indesejadas; câncer de próstata; violência e suas sequelas físicas e

psicológicas; depressão; uso sistemático de drogas e suas consequências e o uso dos hormônios femininos minimizando efeitos indesejados.

Em 2010, o Ministério da Saúde apresentou um Plano Nacional de Saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Sua formulação foi sustentada pelas diretrizes do Programa Brasil Sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) e que atualmente compõe o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH III) (Casemiro, 2011).

Porém, ainda existe uma grande necessidade de mais estudos sobre a saúde de pessoas trans, focando também na saúde mental. Nos estudos de Peres (2008), o autor supõe que sintomas como depressão, crises de ansiedade e sensações de pânico parecem frequentes entre as travestis.

Por exemplo, no caso das travestis que são profissionais do sexo, não se associa apenas a sobrevivência financeira, mas também a possibilidade de pertencimento social, que é negado em outros espaços. Como explicita Benedetti (2005), é na rua que as travestis (profissionais do sexo) exercitam o feminino, a afetividade, as relações sociais, mas é também o espaço de consumo em geral, inclusive de drogas, silicone industrial, hormônios e outros medicamentos. A rua e a prostituição acarretam também maiores riscos de contrair DST/AIDS e mais violência, o que torna esse grupo ainda mais vulnerável.

Lionço (2008) discute princípios de justiça nas políticas públicas de saúde, tendo como campo de debate a alocação de recursos. Se, por um lado,

a universalidade do direito à saúde como direito de cidadania prevê o princípio da igualdade na proposição de políticas que alcancem a totalidade dos cidadãos, a focalização de ações e políticas específicas é um recurso necessário, muitas vezes, para a própria efetivação da universalidade, mediante promoção da equidade entre grupos em situação desigual.

Quais são as especificidades que não estão sendo efetivadas ou que precisam de mais atenção no que diz respeito à saúde das travestis? É preciso ouvi-las na sua caminhada em busca do cuidado em saúde na atenção primária para refletirmos sobre essa questão. Iremos compartilhar, a partir do diálogo com as travestis, o que foi possível identificar nos percursos de dores e lutas na busca do acesso e uso dos serviços na procura pelo atendimento de suas demandas e necessidades.

## **5.2 “*Essa daí já tá morta*”: Acesso e Uso de Serviços de Saúde Pelas Travestis**

Neste tópico iniciamos a compreensão da vivência das nossas entrevistadas em busca de saúde na atenção primária de Natal. Para isso, investigamos as dificuldades e/ou facilidades no acesso e nos atendimentos em saúde. As dificuldades encontradas foram relacionadas ao não uso do nome social pelos profissionais de saúde, a associação das travestis com o vírus da AIDS e a percepção que elas acreditam que os profissionais fazem delas.

Essas dificuldades fazem com que muitas vezes às pessoas travestis

não se sintam à vontade para procurar locais de atendimento em saúde. Por essa discriminação em alguns locais de atendimento em saúde ser bem perceptível, muitas travestis só procurem assistência médica em último caso, passando muito tempo com os sintomas e sem querer procurar ajuda, devido a forma como são tratadas nos centros de saúde (Muller & Knauth, 2008).

Tagliamento (2012), traz observações semelhantes nos atendimentos psicológicos que fez a mulheres trans, onde a pesquisadora diz que, ao procurarem um serviço de saúde, elas já se encontram em um estágio avançado de doença, pois, ao terem procurado os serviços de saúde outras vezes, foram tratadas de forma desumanizada pelos profissionais dos locais.

Foram encontrados, na maioria dos discursos, relatos que reafirmam esse medo da discriminação na procura por serviços de saúde, o medo de se sentirem constrangidas em público, como expostos a seguir:

Tivemos casos de meninas que **faleceram** porque se descobriram soro positivas mas não queriam, **não se sentiam a vontade de procurar esses locais** de saúde, não são abordadas de forma adequada. Muitas meninas que não tem conhecimento, que não frequentam a ONG, chegam no posto de saúde, enfrentam essa barreira, preferem não voltar mais naquele hospital, terminam não procurando assistência médica. (Fragmento de entrevista - Gisele Bundchen)

Geralmente as travestis se medicam por conta própria. Tomam hormônio por conta própria, tá com uma dor de cabeça, é por

conta própria, muito difícil ir. (...) Às vezes é o atendimento. **O constrangimento** que a travesti vai passar. Então tem muitas que... pra evitar, pra não se sentir mais magoada, mais mal, mais do que ela já tá doente, ficar mal psicologicamente, **a gente se medica em casa.** (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

Porque por mais que você queira ser forte você vai se sentir chateada, magoada. Às vezes eu to... eu tenho gastrite, às vezes eu to no topo da dor e tudo. **Eu não vou! Eu não vou.** Porque eu sei que vai ter enfermeiras maravilhosas, mas vai ter uma ou duas ali que vai me tirar do sério. Um riso, tem dia que você tá tão mal, que um risosinho de ironia já faz o seu dia ficar pior ainda. (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

Acho até pelo fato de a travesti não conseguir ter acesso pelos preconceitos, pelas barreiras, e quando aparece já aparece nas últimas, **essa daí já tá morta.** Já tá morta. Só veio procurar porque tá nas últimas mesmo, é desse jeito. **Só vai pra se deitar na UTI.** (Fragmento de entrevista – Nicole Kidman)

As falas mostram o grande sofrimento vivido por algumas travestis no que diz respeito ao acesso à saúde. Atitudes oriundas do preconceito podem produzir comportamentos de discriminação, que isolam e segregam aqueles que carregam as marcas (os estigmas) de sua condição, excluindo-os, privando-os, tornando-os a parte do convívio social. Quando um paciente procura um serviço de saúde ele já está fragilizado, não suportando um acréscimo de sofrimento psicológico gerado pelas discriminações. Mas de que

discriminações estamos falando? Quais as situações de constrangimentos que elas revelam?

Nessa direção vamos compartilhar as dificuldades relatadas pelas nossas entrevistadas que tolgem a busca delas por acesso e/ou atendimento em saúde. A partir do diálogo com suas narrativas vamos trazer os cenários de dores e lutas protagonizado pelos profissionais de saúde e as travestis por meio de quatro unidades temáticas a seguir:

### 5.2.1. “Vixe, aí é homem!”: Constrangimento pelo não uso do nome social.

**NOME SOCIAL**  
Um atendimento acolhedor como você merece.

**NOME SOCIAL**  
Travestis e transexuais, um atendimento acolhedor como **vocês merecem**.

**VOCÊ PODE SER ATENDIDO NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA COM O NOME QUE VOCÊ ESCOLHEU PARA SER IDENTIFICADO. PEÇA O SEU CARTÃO SUS COM O NOME SOCIAL E EXERÇA O SEU DIREITO.**

**Você pode ser atendido na rede de saúde pública com o nome que você escolheu para ser identificado. Peça o seu cartão SUS com o nome social e exerça o seu direito.**

Portaria MS nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, entre eles o direito ao uso do nome social.

Para mais informações sobre o Cartão SUS, ligue (61) 3315-2484/3315-2317, ou escreva para [helpcartao@saude.gov.br](mailto:helpcartao@saude.gov.br)

136  
www.saude.gov.br

SUS  
Ministério da Saúde

BRASIL  
MELHOR E MAIS EM POUCO

Figura 1: Divulgação do cartão do SUS com o nome social.

Entende-se por nome social aquele pelo qual as travestis e os/as transexuais são conhecidos, identificados e denominados na correspondente comunidade e meio social. Não é apenas um nome, ele significa toda uma mudança existencial e a sua forma de se apresentar ao mundo. Respeitar o uso do nome que elas escolheram é respeitar também todo o esforço que estas fizeram em direção ao feminino.

Porém, têm-se constatado que um dos desrespeitos mais ocorridos nos espaços de saúde é justamente o não uso do nome social ao se referir às travestis, e também o uso do artigo no masculino. Este foi o constrangimento mais ocorrido com as nossas entrevistadas, como ilustram os relatos de dor a seguir:

Imagina só, eu, uma mulher, porque eu me considero uma mulher, no meio de um monte de pessoas, de repente **o profissional de saúde chama: “João!”**. **É um constrangimento** porque as pessoas ficam tudo se cutucando. **As pessoas ficam: “Vixe, aí é homem, aí não sei o quê”, eu fico ali como se eu fosse um palhaço**. Uma palhaça ali no meio do povo. Aí eu entro pra fazer o exame quando eu saio da sala tá o povo tudo olhando pra mim: “Não, é não. Não, é. Não, é um homem. Não, é uma mulher”  
(Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

As pessoas ficam mangando, ficam rindo, quando chamam: “João Batista!”, aí se levanta João Batista com um short bem curtinho, uma chinelinha rasteira e de top. Ou se não com uma blusinha feminina, às vezes não tá nem seminua, mas tá com a roupa

feminina. **Aí todo mundo: “Olha João Batista, que diabo é aquilo?!”,** todo mundo fica olhando, falando mal e tudo. Eu acho que assim, **pode não parecer nada pra quem não vive na situação, mas o nome social é muito importante,** muito importante mesmo, até pra o próprio ego da travesti, entendeu? Muitas não procuram o serviço de saúde por causa disso. **Algo tão simples mas se não for respeitado acaba custando uma vida.** (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

Quando chamaram eles [os profissionais] não respeitaram, chamaram a pessoa pelo nome de batismo. E **ficou meio constrangedor** porque o hospital tava muito cheio e com muito movimento, e muita gente começou a olhar, sorrir, não respeitou. E a menina já tava nervosa pelo teste que ia fazer, e **ela entrou totalmente desconfigurada.** É tanto que pra achar a veia foi uma luta. (...) E a gente tava maquiada, arrumada, então **dava pra passar um pouquinho despercebida.** (Fragmento de entrevista – Nicole Kidman)

O constrangimento é o sentimento mais presente nas falas das colaboradoras quando se trata do desrespeito ao uso do nome social. O desejo de passar despercebida é quebrado quando veem anunciado em alto e bom som um nome masculino ao se referir a uma imagem feminina, despertando a curiosidade de todos. Naomi nos faz um alerta: “Algo tão simples mas se não for respeitado acaba custando uma vida”, se referindo a não procura de muitas travestis por atendimento em saúde devido a pressuposição (com muito

embasamento) de que irão passar por esse tipo de constrangimento. O constrangimento se dá pela revelação da identidade masculina da travesti ao público, que passam, então, a identificar os “estigmas” que as diferenciam dos demais. Essa revelação, no entanto, parte dos profissionais de saúde:

Quando a gente explica, as pessoas não entendem a questão do nome social. As pessoas acham que a gente quer ser chamada pelo nome na escrita, mas não é assim, **a gente só quer ser respeitada em público**, a gente não quer mudar o nome do registro, **eu só não quero passar pelo constrangimento**.  
(Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

E quando a gente vai ser chamada é incrível, **eles [os profissionais] sempre chamam pelo nome masculino, aí é aquele constrangimento**, mas acho que é a única coisa errada que tem. Aí quando você chega lá dentro o médico ainda faz: “oi seu fulano!” aff Maria, é de matar. Pra uma pessoa que já tá tentando se achar, aí você ainda fica batendo na tecla, é fulano, é fulano, é meio estranho, meio complicado. (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

Os profissionais de saúde “sempre chamam pelo nome masculino”. Podemos notar a relação de poder presente nesse contexto. O profissional, que detém, a partir do uso do nome civil da travesti, a capacidade de lembrar a ela e a todo o público na sala de espera que aquela pessoa “não é mulher”, que ela está subvertendo todo um sistema “rígido” e “seguro” de normas de gênero. Como nos traz Kulick (2008, p.245): “Recusar-se a reconhecer o

gênero das travestis é um meio prontamente disponível de rejeitar seu próprio direito de existir”. É um modo de colocá-las de volta ao seu lugar (decente) de gênero e também uma maneira de resguardar a masculinidade das possibilidades que se abrem de transições entre os sistemas de gênero.

Em termos legais, existem leis e portarias que asseguram o direito das pessoas trans (travestis e transexuais) serem chamadas pelo nome social, como a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, através da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da saúde:

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. [grifo da autora da

dissertação]

O conhecimento das normas que asseguram alguns direitos das travestis serve, muitas vezes, como uma estratégia de acesso ao sistema, uma forma de combater a discriminação enfrentada por elas. Uma das entrevistadas faz uso da estratégia:

Graças a Deus, **nunca tive problema**. Primeiro **porque a gente tem um conhecimento e estudou, né?** (...) Eu primeiro procuro o posto de saúde e falo: “olhe, eu gostaria de ser identificada assim, por causa disso e isso, pra não sofrer constrangimento”, então parte de nós também está sensibilizando os nossos gestores, eles não tem obrigação nenhuma de imaginar como você deve ser chamada. Você que tem que tomar iniciativa, e quando você observa que aquela pessoa fez de propósito você já joga: “olha, existe essa lei, existe essa portaria, **existe a lei do SUS, que determina que você tem que me chamar pelo nome no qual eu me reconheço**”, aí você já vai se empoderando.  
(Fragmento de entrevista - Gisele Bundchen)

A entrevistada diz ter procurado muitos serviços de saúde e nunca ter tido problemas. Ela iniciou um curso de nível superior, embora não tenha concluído, e é presidente de uma ONG – A Associação de Travestis Reencontrando a Vida (ATREVIDA)<sup>6</sup>, por isso possui conhecimento a respeito

---

<sup>6</sup> A ONG Atrevida foi fundada em 2008, em Natal, e atua na promoção da saúde de travestis, além da inclusão no mercado de trabalho, combate à violência, inclusão nas

das leis e portarias que protegem o seu direito a ser chamada da forma como se identifica e usa esse conhecimento em situações que poderiam causar algum transtorno. Associa o conhecimento a poder.

Gisele também trabalhou pela homologação do Decreto Estadual nº 22.331 de 2011, que tornou obrigatório o direito das travestis e transexuais de serem identificadas pelo correspondente nome social em todos os atos e procedimentos realizados no âmbito do Poder Executivo Estadual do Rio Grande do Norte. Vejamos parte da lei:

Art. 1º Fica assegurado aos travestis e transexuais o direito de ser identificado pelo correspondente nome social em todos os atos e procedimentos realizados no âmbito do Poder Executivo Estadual.

(...) Art. 2, § 1º O interessado deve indicar o nome social como prenome e, em seguida, informar o nome civil;

§ 2º O nome civil do travesti ou transexual que optar pela identificação pelo correspondente nome social somente pode ser utilizado para fins internos administrativos. (Decreto, 2011, p. 1)

Entendemos que o conhecimento por parte do solicitante gera um

---

escolas e na defesa da 'cidadania trans'. "Nós atuamos em várias frentes em defesa dos direitos dos travestis e temos um trabalho diferenciado na inclusão de travestis com o vírus HIV em políticas públicas de saúde", disse Jaqueline Brasil. (<http://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/2013/09/travesti-ganha-premio-nacional-por-aco-es-de-saude-desenvolvidas-no-rn.html>)

cumprimento forçado das normas, porém, não é, ou pelo menos não era pra ser, papel do usuário do SUS, que já chega fragilizado por estar em busca de atendimento, ter que brigar pelos seus direitos para consegui-los. O recorte a seguir nos ilustra como a estratégia do conhecimento pode não ser efetiva em alguns casos:

Eu falei pra atendente: “Mulher, dá pra você me chamar de fulana? Por que de outra vez que eu vier...” Ela disse: “não, vou colocar pelo nome de registro, o nome que tá aqui na identidade”. Sabe, toda... autoritária comigo. Aí eu quis tipo intimidar ela: **“Você não sabe não do Sistema Único de Saúde? Que existe essa lei, que existe essa portaria?”**. Aí pra isso Nathalia, **já aconteceu o constrangimento**. No que eu estava pedindo pra ela, **isso é humilhante**, eu estar lhe pedindo, nisso já tá havendo constrangimento, **as pessoas do meu lado já tão vendo que eu to falando que sou homem**. (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Apesar de ter o conhecimento das normas, Angelina não conseguiu evitar o constrangimento de ter sua identidade masculina revelada.

Uma única entrevistada havia relatado em perguntas anteriores que não enxergava nenhum problema no atendimento às pessoas travestis, e que não havia passado por constrangimentos. Porém, ela também se utiliza de estratégias de acesso para driblar o não uso do nome social:

Ela pediu a identidade, eu dei a identidade e ela ficou calada. Ela

me deu a fichinha, eu passei mais discreto ainda (rindo) **e fiquei próximo a porta para não chamar meu nome.** Porque me vê uma pessoa aí meu nome outro, pra não ter o constrangimento eu mesma cheguei, por saber que tava próximo minha vez e entrei.  
(Fragmento de entrevista - Madonna)

O “ficar próxima a porta” a livra de não ter que escutar o seu nome masculino sendo chamado na sala de espera. A mesma entrevistada diz, em um momento posterior da entrevista, que não tinha conhecimento sobre a existência de leis que asseguram o direito ao uso do nome social. Talvez também por isso ela não tenha identificado dificuldades no acesso. Por não conhecer o seu direito não sabia que ele estava sendo infringido.

Peres (n/d) nos fala que um dos maiores constrangimentos possíveis de serem vividos por uma travesti é quando alguém se dirige a ela chamando-a pela referência de sexo e não pelo seu nome social. Se sua expressão corporal, com suas indumentárias femininas, maquiagens e sapatos de salto altos a remetem a uma estética feminina, porque tantas pessoas ainda insistem em chamá-la no masculino? São questões que suscitam debates, reações acirradas, desde a confusão de gêneros (Será homem? Será mulher?), até o disparo de fantasias de atração e repulsa que emergem intempestivamente. É preciso que nos coloquemos em análise.

Revisitar um novo olhar para esse feminino pode vir a ser um passo bastante importante para um acolhimento adequado do usuário pelo profissional de saúde. Um acolhimento onde Naomi não precise mais utilizar a sua estratégia de acesso e não tenha mais do que “se defender”:

Agora eu vou fazer que nem uma amiga minha que diz que quando tem que sair de dia, bota os óculos escuro, o fone no ouvido, e vai embora, porque o que falarem ela vai tá ouvindo a música, então não vai perceber. (...) É uma válvula de escape. **Cada uma tem uma maneira de se defender**, acaba criando... você acaba criando uma maneirazinha de tá se desviando dos problemas do dia-a-dia, e assim você vai vivendo. (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

### 5.2.2 Visibilidade trans: “*A noite todos os gatos são pardos*”.

Uma característica que precisa ser levada em consideração ao se planejar políticas públicas para o atendimento da população trans é a dificuldade que uma travesti enfrenta para sair de dia, fazendo com que elas não procurem postos de saúde também por só funcionarem diurnamente. Essa dificuldade tenta ser combatida através de ações visando a visibilidade de travestis e transexuais. Alguns discursos retrataram essa questão:

E outra coisa, o preconceito, elas têm muito **medo de sair durante o dia**. É tanto que você mal vê um travesti de dia. É muito difícil, então muitas das meninas passam o dia todinho dentro de casa, não existe posto de saúde que vá fazer um exame de sífilis ou sorologia durante a noite. (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

Geralmente as pessoas dizem que nós temos hábitos noturnos,

que dorme durante o dia pra poder tá na noite, mas não, a gente tem que **se mostrar mais** pra que as pessoas possam nos ver no dia a dia, não só ver aquela plumagem que se esconde. As pessoas têm que se acostumar a nos ver no dia a dia, conviver junto no mercado, no trabalho, no lazer, todo mundo junto. Pra que as pessoas comecem a entender que nós somos seres humanos e cidadãos como qualquer outra pessoa, e não pessoas de hábito noturno como dizem. (Fragmento de entrevista - Gisele Bundchen)

(...) Mas não é só na saúde não, é em todo canto, tem travesti que precisa ir no supermercado, mas não vai! Não vai. E se você se **fechar no mundinho só da noite**, você vai viver só ali. É muito difícil você ver uma travesti na rua, não é? Numa escola, num negócio, só se for pra **dar a cara a tapa** mesmo. (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

O medo de sair durante o dia foi algo retratado nos discursos das entrevistadas. Elas não saem durante o dia para não “dar a cara a tapa”, não sofrer discriminações, e isso acaba reforçando o estigma de que a travesti vive no “mundo da noite”, onde seriam mais aceitas. O medo de sair durante o dia acaba dificultando ou até mesmo inviabilizando o acesso delas aos serviços de saúde. A visibilidade trans é uma das lutas do movimento de travestis e transexuais.

Em 29 de janeiro de 2004 em Brasília foi lançada a campanha “Travesti e Respeito: já está na hora dos dois serem vistos juntos. Em casa. Na boate.

Na escola. No trabalho. Na vida”. Esta foi a primeira de uma série de campanhas realizadas pelo movimento de travestis e transexuais brasileiros em conjunto com o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Foi escolhido então, o dia 29 de janeiro para ser o “Dia da Visibilidade Trans”, quando ocorrem manifestações das diversas ONGs de travestis e transexuais pelo país.

Carvalho (2013), nos fala sobre o seu estranhamento a respeito da demanda de visibilidade trans, quando iniciou as suas pesquisas com essa população, pois ele acreditava ser óbvio que as travestis e transexuais eram visíveis no Brasil. Porém, algumas vezes o termo era utilizado como “visibilidade positiva”, o que implica a existência de uma visibilidade negativa preponderante e que deve ser combatida numa disputa entre regimes de visibilidade.

A figura abaixo, cartaz de uma das campanhas pela visibilidade trans, nos mostra essa tentativa de “jogar luz sobre o estigma (ou a ‘visibilidade negativa’) para dar ao mesmo outros sentidos (o que seria a ‘visibilidade positiva’)” (Carvalho, 2013).



Figura 2: Cartazes de campanhas pela Visibilidade Trans

Essa busca pela visibilidade positiva se faz notar, segundo Carvalho (2013), na tentativa cada vez maior de retratar imagens de travestis e transexuais ligadas a aspectos de certa “cidadania burguesa” a fim de conferir respeitabilidade num processo de luta simbólica por estima social. Assim, o material produzido fala menos de prostituição e reproduz imagens de “pessoas trans” com empregos considerados respeitáveis dentro da moral burguesa. Um exemplo da “visibilidade burguesa” é apresentado a seguir, onde ressalta-se a profissão exercida pelas pessoas da foto:



Figura 3: Cartazes de campanhas pela Visibilidade Trans

Porém, nem todas as mulheres travestis tem a disponibilidade emocional diária de luta e enfrentamento, algumas querem apenas realizar as suas atividades sem serem notadas:

*Entrevistada:* **Mas em todas as unidades de saúde que eu chego eu não passo despercebida de forma nenhuma.**

*Pesquisadora:* Você queria passar despercebida?

*Entrevistada:* **Queria. Eu queria ser uma pessoa normal.**

(Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

A visibilidade trans é uma luta importante no movimento LGBT, mas ela sozinha não irá mudar muita coisa. Se as travestis começam a procurar mais os serviços de saúde no intuito de enfrentamento e encontram profissionais despreparados e discriminação vinda destes e de outros pacientes que estejam no local, elas provavelmente irão se frustrar na sua tentativa de visibilidade e

voltar à segurança dos seus lares.

Uma outra questão ligada a visibilidade positiva é a crença de que se as travestis forem buscar os serviços de saúde agindo dentro de um modelo padrão de feminilidade elas serão respeitadas.

Algumas entrevistadas acreditam que a “culpa” de as travestis sofrerem situações discriminatórias é das próprias travestis. Elas acreditam que o preconceito seria uma “reação” da “ação” provocada pelas travestis, composta por comportamentos considerados inadequados a uma mulher. Vejamos alguns fragmentos de entrevistas:

Dependendo se ela fosse com respeito... Qualquer posto de saúde que a pessoa chegue com respeito, e sendo bem atendida pra mim é importante, mas se você chega com um shortinho curtinho, **o que que você vai fazer dentro de um posto de saúde com um short bem curtinho e mostrando os peitos? Você quer o que? Quer ser desrespeitada em qualquer lugar.** Se você chega comportado você tem o respeito de todo mundo. Eu indico qualquer posto pra qualquer uma. (Fragmento de entrevista - Madonna)

**Tem travesti, que vai no centro de saúde e leva preconceito. Por quê? Porque não se dá ao respeito.** No momento em que você chega, com respeito, conversando, não gritando, não bagunçando, eles te atendem bem. Tem umas que quer fazer uma chacotazinha, mas você chega: “Você tá vendo algum palhaço?”

Viu algum palhaço aqui?” e de repente ela cala, entendeu? Porque se você der o respeito, você ganha o respeito. (Fragmento de entrevista - Beyoncé)

Muita travesti não vai ao médico não, meu amor. Vai não, com vergonha e com medo. Com medo de ser mal recebida, com medo de alguém chegar lá e tirar chacotas com elas, que já aconteceram com outras. Mas comigo já, nunca aconteceu, mas com as outras, elas dizem que já foram mal tratadas, que o pessoal soltaram piadas, eu queria ir um dia com elas pra mim ver, **como é que elas se comportam, porque pra isso acontecer alguma coisa acontece também, não é verdade? Não é do nada não. Se aconteceu alguma coisa é porque elas procuraram.** Eu tenho certeza disso. (Fragmento de entrevista - Beyoncé)

Segundo esses relatos, a travesti que não é bem recebida é aquela que não age com respeito (entende-se por respeito, para as entrevistadas, como um comportamento pacato). Elas acreditam que se a travesti chegar “comportada” ela será respeitada. Se uma “mulher de verdade” é discreta na forma de maquiar-se, nos modelos das roupas, se fala baixo e gesticula comedidamente, a travesti tem que seguir esses preceitos, pois, falar alto, fazer “fechação”, vestir roupas curtas são atitudes que se estigmatizaram como pertencentes ao universo trans, universo este que deve ser evitado para se conseguir respeito.

Beyoncé ainda relata uma situação hipotética em que mesmo a travesti

agindo nos padrões listados por ela, há desrespeito, e aí a situação seria resolvida com uma imposição da travesti: “Você tá vendo algum palhaço?”, atitude próxima a “fechação”, que havia sido discriminada na fala anterior. Vale ressaltar que a vida da travesti é uma luta diária, e o escândalo é uma arma poderosa nesse cotidiano.

Esse pensamento de que a vítima tem culpa por sofrer a discriminação assemelha-se ao acontecido em janeiro de 2011, quando ocorreram diversos casos de abuso sexual em mulheres na Universidade de Toronto. O policial Michael Sanguinetti fez uma observação para que "as mulheres evitassem se vestir como vadias, para não serem vítimas". O policial justificou a atitude dos estupradores como uma consequência natural às provocações das mulheres, pois, segundo ele, a culpa não era do estuprador, e sim das mulheres que se vestiam como vadias. Em decorrência disso, movimentos feministas decidiram organizar protestos em vários países, revidando opiniões machistas e preconceituosas, como a do policial, que não é uma opinião isolada, mas reflete grande parte do pensamento das sociedades patriarcais no mundo inteiro, dando início ao movimento conhecido como Marcha das Vadias.

A primeira ideia reivindicada que se contrapõe a esse discurso é uma negação de que as vítimas sejam vistas como causadoras do mal que sofreram e evitar que sejam responsabilizadas pelo crime. “O único responsável por um estupro é o próprio estuprador”, diz um dos cartazes do movimento, nos dizendo que a roupa que a mulher usa ou seu comportamento não podem ser determinantes para que ela seja respeitada ou não. Da mesma forma, a roupa “que ela não usa” também não pode ser a justificativa ou motivação para um

crime (Rassi, 2012).

Ainda segundo Rassi (2012) uma outra chamada do movimento é: Ensinemos os homens a respeitarem, e não as mulheres a seguirem um padrão daquilo que os homens acham que seja respeitoso, ou seja, desconstruir uma posição convencionalmente estabilizada para propor uma mudança de atitude. Aqui, podemos substituir o termo “homens” por “profissionais de saúde e clientela do SUS”, exigindo que o respeito seja dado independente da forma como as travestis se apresentem.

Ainda na mesma linha de pensamento, a entrevistada Beyoncé acredita que para melhorar o atendimento em saúde para as travestis é preciso acabar com o preconceito, porém, acredita que o preconceito é fruto do mau comportamento das travestis, e que pessoas esclarecidas não teriam preconceito sem motivo:

**Pra melhorar para ambas [travestis e unidades de saúde] era acabar com o preconceito. Que não vai acabar nunca, mas... pelo menos ter mais um pouco de dignidade. Tem pessoas, como travestis, que tem alguns comportados né? Tem a parte de prostituição, né? Tem a parte de pedofilia, então por isso ter mais preconceito. Porque eu vejo tantas pessoas de bem, políticos, médicos, advogados, polícia. A pessoa de bem que tem dinheiro vai ter preconceito? Não tem preconceito. E tem, mas é uma coisa mais restrita. (Fragmento de entrevista - Beyoncé)**

Portanto, vimos que pensamentos machistas e que reproduzem os

binarismos de gênero são também encontrados nos discursos de nossas entrevistadas, que subvertem o sistema e ao mesmo tempo o reafirmam.

### **5.2.3 “Olha ali a travesti, tem AIDS!”: itinerários de preconceitos e vulnerabilidades.**

Diante da busca das travestis por saúde, outra questão bastante relatada como uma das dificuldades encontradas no acesso e uso dos serviços de saúde é a associação precoce, para não dizer preconceituosa, das travestis ao vírus HIV. O desejo de ser vista como um todo e não através de lentes de estereótipos e preconceitos é um marco forte nas entrevistas.

Nogueira da Silva (2011) nos diz que apesar do controle da doença e da diminuição do poder de letalidade do vírus, conseguidos através do avanço da terapêutica, a AIDS ainda mantém o *status* de doença moral, estigmatizante, cujo simbolismo é bastante letal.

Exemplos dessa estigmatização ocorrem no mundo todo e também dentro do nosso sistema de saúde, onde há muitos relatos de recusa de tratamento aos pacientes, da realização de testagem de HIV sem consentimento, violações de privacidade, e negação ao acesso a hospitais e medicamentos. Alguns motivos são citados sobre o que levaria a estas formas de discriminação: a ignorância e a falta de conhecimento sobre a transmissão do HIV, o medo, as crenças moralistas a respeito da culpa, e a incurabilidade do HIV e da AIDS, que induz pessoas a acharem que oferecer tratamento de qualidade para os doentes é insensato (Aggleton, & Parker, 2001).

Toda essa discriminação na forma de agir frente a pessoa vivendo com AIDS se torna muito mais grave por ocorrer dentro do campo da saúde. Nesses locais, o profissional tem um compromisso com o sofrer humano, ou deveria tê-lo. É preciso aprender a lidar com os nossos próprios preconceitos, não permitindo que eles provoquem mais dor a quem já está fragilizado. E, para tal, não é preciso concordar com o comportamento do outro, mas é preciso cuidar do seu sofrimento (Nogueira da Silva, 2011).

Hoje em dia, os avanços nos tratamentos médicos da AIDS proporcionaram uma nova realidade: É possível (con)viver com a AIDS como não seria possível imaginar há pouco tempo atrás. Se as condições de tratamento forem garantidas, não temos mais uma sentença de morte diante do diagnóstico. Pelo menos, não da morte física, mas ainda temos a presença da morte civil, a doença do preconceito, a estigmatização matando mais do que o vírus (Nogueira da Silva, 2011).

Vejamos alguns recortes que falam sobre o estigma de que toda travesti possui o vírus HIV:

Só por você tá numa unidade de saúde já acham que você é soropositiva. **Você pode tá na porta esperando um táxi: “Olha ali a travesti, tem AIDS!”**. (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

É como eu falei pra você, as pessoas generalizam que **quem é travesti ou quem é gay tem o vírus HIV**. Fora assim, interferir na minha saúde é mais em relação a isso, a vírus HIV. (...) Quando

algumas travestis chegam no hospital, aquelas bem extravagantes mesmo, as pessoas já ligam logo que ela tem HIV, ficam tipo zombando. (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Um exame que eu fui fazer, **aí a mulher chegou logo perguntando na frente de todo mundo, ela foi antiética: “É de carga viral?”**. Sabe? Falou bem alto num tom bem... “É de carga viral?”. **Aí qual é a minha?** Eu fiquei assim... paralisada, e disse “não” [baixinho]. (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Eu fui uma vez fazer um... um... dentista, e em que a médica viu que eu era uma travesti, ela pediu... ela disse que não ia... se eu já tinha feito o teste de HIV. O que que tem, se existe uma segurança na saúde daquela questão toda, porque um simples dentista veio me pedir pra fazer um teste de HIV? **Só pelo fato de ser travesti. Será que todo mundo que vai, ele pede?** **Aí eu senti esse baque, ainda acontece às vezes.** (Fragmento de entrevista - Gisele Bündchen)

Uma das maiores dificuldades enfrentadas no atendimento à saúde das travestis relatadas nas entrevistas é a ligação com o vírus HIV. Ao ver a figura de uma travesti em um espaço de saúde, algumas pessoas associam logo a ideia de que esta estaria ali por ser portadora do vírus da AIDS.

Müller (2007) também encontrou, em sua pesquisa, a associação direta das travestis com o HIV como um elemento discriminador. Elas percebem e relacionam certas atitudes dos profissionais com a ideia de que seriam

portadoras do vírus. Um dos motivos para essa discriminação pode ser a falta de informação no modo de transmissão do HIV. Outro motivo pode ser a associação das travestis com a prostituição e com comportamentos sexuais desviantes, sendo enquadradas nos “grupos de risco”.

Como nos trouxe Silva (2002), os homossexuais, as prostitutas e os usuários de drogas foram os primeiros associados à transmissão do vírus HIV, sendo também símbolos do desvio, da marginalidade e da desordem. Os sentidos das representações da Aids, desde o início associada à sexualidade, à transgressão e à morte trouxeram novamente ao imaginário social as velhas epidemias que já alastraram o nosso planeta e que foram vitais, nesse processo, para a configuração da Aids como um mal.

A autora ainda vem dizer que, quando no corpo, onde desejo, prazer e dor transitam, se instala uma doença por meio de um campo tão delicado que é a nossa sexualidade, e que sela a união do sexo com a morte, imediatamente se invocam os pavores, medos, e preconceitos relacionados a esses dois tabus na nossa sociedade. Dessa forma, cria-se uma defesa onde os mitos se levantam para colocar no estranho, no outro, neste caso, a travesti – o lugar da doença. “A construção da Aids como doença do outro, tem sido responsável pela pior das doenças oportunistas: a convicção de que - a Aids não tem a nada a ver comigo”. (Silva, 2002)

Pelúcio (2009) nos traz uma reflexão acerca das políticas públicas destinadas a travestis. Ela nos diz que o Estado só passou a implementar políticas públicas para essa população quando ela foi considerada grupo de risco. Porém, não podemos considerar ações voltadas apenas para o controle

das DST/AIDS como “política pública para travestis”. Ela diz ainda que o Estado nada faz para preservar de fato a vida cotidiana das travestis, e que, se a preocupação fosse mesmo com as travestis, por que não financiar integralmente o processo travestizador?

Já segundo Mullher e Knauth (2008), as travestis são mais vulneráveis devido a alguns fatores sócio-econômicos, como: a baixa escolaridade, a condição de pobreza que caracteriza o grupo e a estigmatização social. A baixa instrução de grande parte das travestis faz com que elas não tenham conhecimento da importância do uso do preservativo, mesmo já estando infectadas, a eficiência das medicações, as consequências da interrupção do uso da medicação e o alto nível de uso de drogas encontrada nesse grupo social.

Nesse sentido, Carvalho (2011) afirma que as políticas de enfrentamento à epidemia da AIDS se consolidam como o principal canal de interlocução do movimento. Fato que tem, por parte do Governo, uma preocupação implícita com o avanço da epidemia. Porém, os resultados da pesquisa indicam uma maior relevância das mortes de travestis e transexuais por assassinatos que poderiam ser considerados crimes de ódio, e não por decorrência da AIDS. Com isso, o autor não pretende negar os altos índices de infecção pelo HIV nessa população, mas lembrar que muitas delas morrem com AIDS e não em decorrência da AIDS. [grifo do autor].

Esse ponto também foi analisado por Pelúcio (2009), em seu trabalho com travestis profissionais do sexo, onde a autora diz que, em um universo onde tenha-se que lidar diariamente com ingestão de álcool, uso de drogas,

brigas, repressão policial, falta de dinheiro, dificuldade em conseguir moradia, o sentimento de solidão que muitas expressam, a busca pela beleza feminina, todas essas questões acabam se sobrepondo à preocupação com doenças sexualmente transmissíveis ou uso constante de camisinhas, discursos esses presentes nas falas das agentes de prevenção, mas que pouco sentido fazem para as travestis.

Quando o sistema de saúde enxergou as travestis, priorizou a testagem para HIV/aids (e posteriormente para as hepatites), assim como as doenças venéreas, como um dos aspectos mais importantes (senão o único) para a saúde desse segmento. Ainda que não houvesse dados estatísticos consistentes, a aids foi tomada como o problema mais relevante entre as travestis. Porém, os dados que levantei parecem apontar que este o era, de fato, segundo a perspectiva da área de saúde, mais do que para a clientela visada. Não que a AIDS não seja vista como algo que suscite preocupação e medo, mas porque o cotidiano delas é atravessado por outras urgências em relação à saúde, tais como tratar de uma pneumonia sem enfrentar a discriminação nas Unidades Básicas de Saúde; ser socorrida de uma facada ou tiro, sem que isso acarrete problemas com a polícia; saber que medidas tomar, se o silicone escorrer ou formar dongos (deformações), ou quando se engorda muito devido à ingestão de hormônios; fazer um exame de próstata, contornando todos os constrangimentos de se apresentar ao médico com aparência de

mulher; saber como tomar os hormônios femininos, enfim, o rol é amplo e inclui ainda as preocupações com o uso abusivo de drogas. Mesmo para o enfrentamento da aids, as travestis têm desenvolvido uma série de estratégias que nem sempre estão referidas pelo discurso oficial preventivo. (Pelúcio, 2009, p. 198)

Vejamos abaixo um dos cartazes de campanhas do Ministério da Saúde no combate à AIDS:



Figura 4: Cartaz do Ministério da Saúde no combate à AIDS

Em um trabalho sobre a individuação do sujeito travesti pelo Estado, Pereira e Silva (2013) analisaram o cartaz acima, onde concluiu-se que, supostamente, a mensagem que se passa de prevenção ou alerta, para a população que entra em contato com este cartaz, é pautada em pesquisas médicas-sanitárias, em dados estatísticos que definiriam um alto número de

soros-positivos (ou outras doenças sexualmente transmissíveis) entre os que se declaram travestis. Portanto, a imagem apresentada pelo Estado do sujeito travesti, no cartaz, se refere a pessoas que possuem doenças infecto-contagiosas e que precisam ser identificadas (travestis), examinadas, diagnosticadas e tratadas – como se toda travesti se prostituísse e todas pertencessem a um grupo de risco.

A ideia transmitida nessas campanhas, pode vir a reforçar a associação das travestis com a AIDS. Alguns autores defendem tal relação (Pereira & Silva, 2013) associando às travestis a AIDS, o que contradiz com a falta de informação que se tem realmente sobre travestis vivendo com o HIV. Uma das demandas evidenciadas pelo movimento trans é justamente a separação das travestis do grupo epidemiológico “gays, travestis e outros HSH”, como afirma uma das entrevistadas de Carvalho em sua pesquisa de mestrado: “Outra demanda que nós estamos trazendo é a desconexão da epidemia de AIDS... das travestis dos gays. Porque na quantificação da epidemia nós estamos lá como homossexuais. Então, nesse país não se sabe quantas travestis e transexuais são soropositivas ou estão vivendo com HIV-AIDS no Brasil” (Carvalho, 2011, p.131).

As medidas de prevenção dirigidas a travestis muitas vezes não se efetivam porque o contexto em que elas vivem não mudam. Segundo Pelúcio (2009), seu constante risco não é a aids, doença que pode levar até 10 anos para se manifestar, mas sim o estigma que as expulsa de casa e da escola e limita as suas possibilidades no mercado de trabalho. As demandas específicas

das travestis em relação à saúde são distintas daquilo que o sistema de saúde público lhes oferece.

#### **5.2.4 Quando o cuida(dor) causa dor: o olhar das travestis sobre os profissionais de saúde.**

A relação com os profissionais de saúde foi um forte aspecto relatado como responsável pela dificuldade encontrada no acesso das travestis aos serviços da APS. Objetivando investigar a percepção das travestis sobre a representação que os profissionais de saúde possuem delas e sua influência ou não na busca por atendimento à saúde, encontramos que, para as travestis, os profissionais não as respeitam em diversas questões, como: o não uso do nome social; os olhares discriminatórios; a indiscrição e julgamentos preconceituosos quanto às suas doenças; e resistência dos profissionais em realizar o seu tratamento hormonal. Portanto, são eles os principais atores que protagonizam as situações de constrangimentos e a associação delas a condição de pessoas que vivem com HIV/AIDS. Fatores elencados como responsáveis pela não procura delas as unidades de saúde, ou do seu sofrimento quando o fazem.

Vejamos alguns relatos:

Eu fiquei tão constrangida de uma forma, o que eu tenho mais de reclamar da saúde, não é tanto a saúde em si, mas sim **o desconforto que a gente sente em relação aos profissionais de saúde. Não tem preparo de forma nenhuma. Eu acho que**

**deveria se qualificar mais, sei lá. Aí tem uns que dizem: “É ele? Ai, é ele!”, eu fico passada.** (...) Aí algumas profissionais de saúde dizem: “Não, tá aqui masculino, então eu vou chamar no masculino”. Que tem algumas profissionais que são **rigorosas**, elas não querer nem saber. Aí eu digo: “Não mulher, no SUS já existe, você não viu não?” Aí elas ficam meio **estremecidas**.  
(Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Quando eles chamaram [para ser atendida], chamaram pelo nome de batismo, então gerou outro constrangimento. Eu percebo que é **muito raro respeitar**. (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

A entrevistada Angelina destaca abaixo, em outro trecho de sua entrevista, a justificativa da atendente para o não uso do nome social. Vejamos:

**Não é porque eu não queira chamar**, é que tá aqui, eu tenho que chamar pelo nome do registro.

A concepção de que os profissionais não respeitam o uso do nome social é algo que aparece bastante no discurso das entrevistadas, e se torna um impasse muito grande no que diz respeito ao acesso aos serviços, já que é logo na recepção que muitas vezes elas se deparam com esse tipo de situação de desrespeito.

Müller (2007), em sua pesquisa de especialização a respeito da percepção das travestis sobre o atendimento em saúde, ressalta que durante a graduação (no seu caso, de enfermagem), há uma grande preocupação com a

questão da técnica, mas não com o “outro” que se apresenta com todas as suas angústias e medos. Ele identifica que os profissionais não estão preparados para receber pessoas que fogem as normas de gênero. O autor também constatou situações de discriminação na recepção dos serviços, quando os profissionais se recusam a chamar as travestis pelo nome feminino. Segundo o autor, a falta de qualificação dos profissionais pode explicar esta atitude, mas não a justifica. Talvez haja certo prazer, poder e perversão em expor as travestis diante de outros pacientes, como nos trouxe Angelina na fala de uma atendente: “Não, tá aqui masculino, então eu vou chamar no masculino”.

Borges e Souza (2012), na sua pesquisa, trouxeram que, quando questionadas sobre o que esperam de um serviço de saúde, muitas travestis falam 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.

Os autores ainda relatam que algumas falas demonstram um desconhecimento dos profissionais das iniciativas do governo na tentativa de respeitar os princípios do SUS durante o atendimento à saúde, tal como a “Carta de Direitos dos Usuários da Saúde”, na qual está explicitado o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Na referida Carta, afirma-se também que todas as pessoas têm direito de serem identificadas pelo nome que preferirem, independente do registro civil (Borges & Souza, 2012).

Vejamos mais alguns relatos sobre as percepções das entrevistadas a

respeito dos profissionais de saúde:

Tem uns [profissionais] que já **tão acostumados, tem a mente aberta**, mas tem uns que são aquela coisa **bem sertão**. (...) Nesse dia ainda tive um stresszinho com a enfermeira, eu fui me sentei, que eu olho, eu disse: “o que é que tá olhando? Tá vendo alguma palhaça aqui? Você venha me atender logo que eu to com dor.” P: ela ficou olhando pra você? E: E **cutucando a outra, e apontando**. Gracinha, coisinha chata. Primeiro você com dor, mas eu só fui porque ele me levou, porque senão não tinha ido. Tomava umas amoxicilinas, ficava em casa, pronto. (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

Eu senti assim que ele [endocrinologista] ficou **bloqueado**. Ele não quis passar de forma nenhuma o tratamento. **Ele simplesmente disse pra mim que essa reposição hormonal quem fazia eram os universitários da HUOL. Aí eu parei e pensei: “Porque os universitários e não ele que é um profissional?”**. (...) Fora que tem alguns profissionais que ficam falando: **“Ai, fulano tem isso, tem aquilo”**. (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Profissionais que não estão preparados para lidar com as questões relativas a um atendimento a uma população específica, com suas demandas próprias, como é o caso das travestis, é tema frequente no discurso das colaboradoras. Elas acreditam que eles a veem com um olhar discriminatório, não aceitam trata-las ou são indiscretos e antiéticos sobre as suas doenças, o

que faz com que elas não se sintam a vontade de procurar os locais de atendimento em saúde. Uma única entrevistada falou sobre profissionais que “já estão acostumados” e por isso lidam melhor no atendimento a essa população. Porém, se fosse apenas uma questão de “acostumar-se”, os profissionais com mais tempo de serviço tratariam de forma mais respeitosa às travestis, mas essa relação não acontece.

Cerqueira-Santos et al. (2010) vem dizer que as relações entre a população LGBT e os serviços de saúde podem ficar prejudicadas quando, por exemplo, existem comportamentos homofóbicos por parte das equipes de saúde, quando membros da população LGBT não se sentem acolhidos ou bem orientados. Somado a isso, as próprias pessoas LGBT podem estar emocionalmente fragilizadas por terem vivido ou por estarem vivendo situações de preconceito que as desencorajam a confiarem e a seguirem orientações oferecidas pelos serviços (Cerqueira-Santos et al., 2010).

Além das consequências diretas da homofobia, o grupo LGBT pode sofrer um processo de internalização do preconceito e da homonegatividade a partir da hegemonia heterossexual. De acordo com a teoria psicológica clássica de Allport, os indivíduos estigmatizados podem passar por um processo de reações defensivas que são resultados de experiências anteriores de preconceito. A internalização da homofobia pode trazer consequências para o modo como a população LGBT lida com pessoas heterossexuais, mesmo que estes não apresentem um preconceito manifesto. O medo e o silêncio podem dificultar as relações interpessoais, inclusive a relação médico-paciente, o que reduziria o nível de confiança e, conseqüentemente, a oportunidade para

orientações direcionadas e esclarecimentos específicos (Cerqueira-Santos et al., 2010).

Queremos enfatizar que as necessidades em saúde, bem como os desafios que se colocam para a qualificação da atenção a população LGBT, dizem respeito não necessariamente a características intrínsecas a gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, mas também as possíveis consequências das representações e significações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida, enquanto desviante em relação a um suposto padrão de normalidade ou implicado na heteronormatividade moralmente vigente.

Como vimos, muitas são as dificuldades enfrentadas pelas travestis na busca por acesso à saúde, que geram necessidades e demandas urgentes no que tange ao respeito desse grupo tão estigmatizado. É preciso reverter esse quadro, escutando o que elas necessitam, pois, qualquer pessoa tem que ter o seu direito à saúde garantido.

É difícil porque muitas das meninas não têm nível de escolaridade nenhum. Aí pra você conseguir fixar na cabeça dela que é necessário [procurar atendimento em saúde], que ela não é eterna, que **ela não é feita de cimento!** (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

### **5.3 “Elas Não São Feitas de Cimento”: Necessidades e Demandas das Travestis são questões de direitos a serem respeitados**

Neste tópico, objetivamos identificar as necessidades de saúde e demandas das travestis, que surgem no âmbito da atenção primária em saúde, e as formas como tais demandas são tratadas.

Os conceitos de necessidades e demandas em saúde adotados neste estudo foram os propostos por Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), como vemos a seguir:

Ao pensar em necessidades de saúde imediatamente nos lembramos de “assistência”, pois a imagem mais clara delas está representada pela procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial. Caracterizamos essa procura como demanda, uma busca ativa por intervenção que representa também consumo, no caso de serviços. A origem dessa busca é o carecimento, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sócio-vital. (...) Esse indivíduo (...) enxerga a saída: assume que há correção desejável para seu problema e que existem meios para isso. O resultado das intervenções sobre qualquer desses carecimentos é reconhecido, portanto, como necessidade, tornando as próprias intervenções também necessidades. (p.29)

Em um primeiro momento, procuramos saber quais demandas de saúde levaram as travestis a buscar atendimento. O que apareceu nos relatos das colaboradoras foram os mais diversos motivos, dos mais simples aos mais

complexos, como: tratamento de gripes, sinusite, pegar preservativos, serviços de psicologia, atendimento em dentistas, atendimentos com infectologistas para acompanhamento de carga viral, tratamento de câncer.

As demandas comuns das travestis precisam ser atendidas, como nos trouxe Fernanda Benvenutty:

E, no entanto, nós travestis, não estamos preocupadas com plástica, queremos é ter nosso corpo perfeito, funcionando. Como qualquer outra mulher tem o direito, quero ser tratada, atendida pelo ginecologista, tenho o direito de ser tratada pelo ginecologista, se for o caso. (Ariha, Lapa & Pisaneschi, 2010, p.253)

Porém, foram relatadas algumas necessidades não atendidas que dificultam ou inviabilizam o acesso a saúde das travestis. Os temas mais recorrentes foram: A necessidade de ter os seus direitos respeitados, a necessidade de um acompanhamento endocrinológico para os seus tratamentos hormonais, a necessidade por uma visibilidade positiva nos serviços de saúde e em todos os outros locais de convívio social e a necessidade de um lugar específico de atendimento.

### **5.3.1 Das demandas comuns a hormonioterapia.**

Os hormônios femininos são uma das ferramentas tecnológicas mais utilizadas pelas travestis para alcançar traços femininos. Os avanços nas

tecnologias biomédicas permitem atualmente a alteração dos caracteres sexuais secundários mediante hormonioterapia. Como ressaltou Benedetti (2005), tratamentos hormonais parecem constituir um ritual de passagem através do qual o devir travesti é conquistado. Os hormônios femininos são facilmente encontrados em qualquer farmácia. Basicamente, há três tipos de hormônios: os comprimidos, os injetáveis e os adesivos. As travestis não costumam utilizar somente um desses tipos, mas, sim, combiná-los das mais variadas formas (Bento, 2010).

A falta de orientação quanto à utilização dos hormônios apareceu frequentemente nos discursos como uma necessidade de tratamento hormonal adequado. Vejamos alguns deles:

A gente vai vendo as mais antigas que tomavam. **Pronto, fulana já é mais antiga do que eu, vou nela. Aí ela toma só 1, eu tomo 5 pra ver um efeito mais rápido.** Em você pode crescer o peito, já em mim pode ser outra parte do corpo. Logo quando eu comecei a tomar hormônio, eu tomava 8 injeções em um mês de hormônio, então é uma dosagem absurda. Uma mulher só toma 1 num mês, ou então de 2 em 2 meses. Aí eu fui diminuindo, agora é 1 num mês. (...) E pode ser também que ataque os rins. Ou o fígado, tá entendendo? Então altas dosagens. E como a gente não frequenta ambulatório pode ser que já tenha atacado. A gente não-não-vai! (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

**Por isso eu aconselho, quem tiver pensando em tomar hormônio, não tome assim, na louca.** Porque tem travestis,

Nathalia, que tomam de 8 em 8 dias, tomam de 3 em 3 dias, tem outras que tomam de 1 mês, de 15 em 15 dias. É uma coisa relapsa. Porque hoje em dia a saúde pras travestis não é bom. (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Olhe, **eu vi uma bomba caseira, que isso pra mim é o coquetel molotov.** Diane, perlutan, gestadinona e androcur, 4 hormônios, toda semana ela tomava essas 4 bombas de uma vez só. Gente, imagina como é que tá o corpo dessa criatura? (Naomi Campbell - fragmento de discussão depois da realização das cenas<sup>7</sup>)

Tanto que a gente toma o hormônio alta dosagem por conta própria, tudo por conta própria. **As vezes a gente se aplica sozinha também, uma aplica na outra.** É muito louco as coisas da gente, **mas a vida da travesti é assim.** Porque assim, vai, tem médico que é bom, tem médicos que são maravilhosos. Mas tem uns que já não são, então pra você não ter aquele constrangimento, aquele estresse, aquele negócio, você vai encarar, vai fazer e pronto. (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

As entrevistadas falam sobre a forma como acontece a hormonioterapia

---

<sup>7</sup> Para buscar o aprofundamento na vivência travesti, utilizamos ainda as cenas projetivas, como já citado no capítulo sobre o percurso metodológico. Aqui, nos referimos à discussão que ocorreu após a realização das cenas.

entre as travestis. Elas procuram as travestis mais “antigas”, mais experientes, chamadas “madrinhas” e se “consultam” com elas, ingerindo dosagens muito altas na expectativa de que o hormônio tenha um efeito mais eficaz (aumentando as características femininas nos seus corpos), ou que hajam de forma mais rápida. Angelina ainda faz uma importante advertência: “Quem tiver pensando em tomar hormônio, não tome assim, na louca”. Mas como não tomar “na louca?”, como ter um acompanhamento profissional adequado? Para isso precisar-se-ia, além de condições dignas de acesso, profissionais capacitados para tal. Porém, o desinteresse dos profissionais de saúde em auxiliá-las em seus tratamentos hormonais também foi um marco forte nas entrevistas:

E fora também em relação a endocrinologia, **que eles deveriam tratar a gente bem, eles deveriam fazer o nosso tratamento hormonal**. Eles têm que usar a lógica, porque se a gente fica sem acompanhamento na saúde, vai gerar que a gente vai ficar doente. Porque a gente vai tá se drogando, injetando remédio por conta própria. (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Eu não sei se é verdade, mas me contaram que ela [uma travesti de quem falavam] foi atendida por um endocrinologista, voltou com os resultados do exame e disse: “Doutor, eu quero uns hormônios bem barra pra mim tomar, pra mim não perder a feminilidade”. Aí ele foi curto e grosso: **“Você acha que eu vou passar hormônio prum cabra macho?”**. Aí eu perguntei a ela se ela já tinha voltado em outro endócrino, ela disse: “nem voltei e

nem vou, porque fui super mal tratada.”. Então é todo um processo pra conseguir um endócrino, e quando consegue eles ainda não querem fazer. (Nicole Kidman - fragmento de discussão depois da realização das cenas)

É... por exemplo, nesse posto de saúde a gente procurou saber sobre a questão da hormonioterapia, **a maioria dos médicos fala que não... eles não tem intenção, de trabalhar aquilo**. Porque sabe que se você vai trabalhar a questão da hormonioterapia, você vai trabalhar a questão da diabetes, da hipertensão, porque todos esses remédios causam essas decorrências, então é muito mais fácil pra mim enquanto médico dizer que não trabalho aquilo e nem tenho conhecimento de quem estuda hormonioterapia (...). **Acontece que elas, a maioria, 90%, tomam [hormônio] por conta própria**. Uma se consulta com a outra e assim vai. E foi assim desde que eu me entendi de gente. E até hoje continuam fazendo. (Fragmento de entrevista - Gisele Bündchen)

Nos discursos aparecem questões relativas a falta de acompanhamento médico no que se refere ao tratamento hormonal necessitado pelas travestis para a feminilização dos seus corpos. Fala-se do efeito que isso traz para a própria saúde, na medida em que, não havendo disponibilidade dos endocrinologistas para atendê-las, elas continuarão ingerindo hormônios e precisarão da saúde posteriormente devido às diversas reações negativas desencadeadas pela automedicação.

As sequelas da hormonioterapia é um problema comprovado epidemiologicamente, apesar das poucas estatísticas nessa área – sobre os danos da sobredose de hormônios que muitas vezes mata muitas e muitos travestis e transexuais (Ariha, Lapa & Pisaneschi, 2010). Questão que é também reafirmada por Carvalho (2011, p.113), quando ele ressalta “a recorrência de casos de deformidade física e até de morte resultante do uso do silicone industrial, assim como de complicações de saúde devidas ao uso irracional de medicamentos à base de hormônios sexuais.”

A falta de interesse dos profissionais em lidar com questões relacionadas a travestilidade é retratada na fala de Fernanda Benvenutty, em Ariha, Lapa e Pisaneschi (2010, p.253):

Dentro do SUS, vemos profissionais que, quando se deparam com uma travesti, ficam jogando uns para os outros – “Ah, não, isso aqui é para fulano”. E onde é que nós vamos esbarrar? Qual é o profissional que vai cuidar da travesti? Simplesmente nos mandam para os profissionais da Aids, porque até hoje somos vistas como “grupo de risco”, como pessoas vivenciando ainda aquele processo passado de que a Aids era exclusividade dos homossexuais. E as travestis esbarram aí porque, **quando chegamos aos profissionais, muitas vezes ouvimos “eu não tenho experiência de lidar com hormonioterapia”.**

Percebe-se a enorme demanda pelo direito a transformações corporais assistidas pelo SUS. Hoje, tais procedimentos são abarcados pelo processo transexualizador, porém, o acesso a tais procedimentos está restrito à

obtenção do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), que implica no desejo de realização de todos os procedimentos, que culmina na redesignação genital (Carvalho, 2011).

Apesar de as experiências em direção à transformação dos corpos de maneira definitiva dos caracteres secundários sejam praticamente as mesmas entre travestis e transexuais, a resolução do Conselho Federal de Medicina, condiciona a aplicabilidade dos procedimentos médicos de transgenitalização e também de hormonioterapia a pessoas com diagnóstico de “transexualismo”. As travestis, desse modo, permanecem excluídas da atenção à saúde e relegadas à automedicação (Lionço, 2008).

Uma outra questão ligada a hormonioterapia e que mereceria a atenção do Estado, por causar sofrimento psicológico às travestis e ser facilmente resolvida através de orientações prestadas por profissionais da saúde, é a crença que elas têm na perda da sua feminilidade conquistada por hormônios através do gozo. Como nos mostra a fala de Angelina:

Porque a gente que é travesti sabe que se você tomar hormônio feminino, você fica com os traços femininos, mas se você ejacular a gente sente que o nosso peito começa a secar, a bunda começa... tudo aquilo que você ganhou feminino vai secando aos poucos. (...) Ela [a sua endocrinologista] diz que é psicológico. Mas não é. Você pode perguntar a todas as travestis do mundo inteiro que elas vão te dizer. **Não pode gozar. Porque no gozo a**

**gente sente que sai.** É complicado. (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Existe uma ideia entre as travestis que o ato de ejacular elimina, consigo, os hormônios femininos ingeridos. Kulick (2008) traz um aspecto semelhante em seu livro quando ele diz que as travestis consideram inapropriado ejacular no período em que estão usando os hormônios, pois acreditam que esses poderiam ser expelidos no sêmen. Já Pelúcio (2009) diz que, no relato das travestis, há uma relação entre ter pênis e a necessidade de gozar para não ficar “nervosa”, pois não seria natural esse fluido masculino ficar retido no corpo. Porém, se elas gozam muito, o hormônio feminino sai.

Borba (2011), sobre essa temática, informa que os níveis de testosterona podem interferir nos efeitos trazidos pelos hormônios. Então, as travestis muitas vezes se privam do prazer sexual em uma tentativa de manter a substância em seus corpos. Dessa forma, o sêmen parece ser concebido como o veículo através do qual sua feminilidade pode deixar seus corpos. Para evitar perder suas formas femininas, muitas travestis acreditam que devem manter seu esperma no interior de seus corpos e, em nome da feminilidade, deixam de ejacular por dias, ou até semanas, para que possam manter suas formas corporais.

Pouca informação se encontra sobre essa temática, a maioria delas estão em blogs e fóruns escritos por pessoas trans para pessoas trans, em uma troca de experiências. Essa desinformação é relatada por uma das colaboradoras na discussão das cenas:

No ENJUT [Encontro Nacional da Juventude Trans] teve uma roda sobre hormonioterapia e eu vi como todo mundo tinha dúvida, tinha curiosidade, e a menina não podia tá receitando porque ela não era médica, e faltou ali um endocrinologista pra poder conversar com todo mundo. (Naomi Campbell – fragmento de discussão depois da realização das cenas)

Como se pode ver, em relação a hormonioterapia, muitas são as dúvidas e poucas as respostas quando se trata dos efeitos dos hormônios femininos em um corpo biologicamente pertencente ao sexo masculino. Qual hormônio devo tomar? Em que quantidade? Quais exames devo fazer para um acompanhamento seguro da minha hormonioterapia? Quais os efeitos sobre o meu corpo? O que posso e o que não posso fazer? Essas são questões que precisam urgentemente serem respondidas por profissionais habilitados para tal, a fim de garantirmos uma saúde integral à população trans.

### **5.3.2 Da dor da invisibilidade à necessidade de direitos respeitados.**

Uma necessidade que surgiu nas entrevistas foi a de ter os seus direitos respeitados, o que acaba influenciando todo o acesso e atendimento das travestis, pois, como já vimos, algumas normas que as protegem não são devidamente cumpridas.

Apesar de apenas uma das entrevistadas explicitar enfaticamente sobre a necessidade da luta pelos seus direitos, é possível identificar, no discurso de muitas delas, essa necessidade implicitamente em suas falas. Como na fala de

Julia: “Você tem que vestir aquela capa e sair, saber enfrentar a vida”, e na de Angelina:

Eu vestida de mulher, eu com minha personalidade, eu quero que a sociedade me aceite desse jeito. (...) Não mulher [atendente], no SUS já existe [lei do nome social], você não viu não?’ Aí elas [as atendentes] ficam meio estremecidas.

Já os fragmentos de entrevistas relatados abaixo são da colaboradora Gisele Bundchen, explicitando tal necessidade:

**Pra que a gente possa buscar os direitos hoje em dia você tem que ter empoderamento**, e conhecimento das causas [2 batidinhas na mesa] e das leis que nos protegem. (...) Quando a gente busca um SUS de qualidade, quando a gente busca sensibilizar os gestores de saúde, quando a gente busca um **respeito**, a gente não quer ser tratada com um diferencial, a gente quer ser tratada com **igualdade** como todo mundo. (...) **A gente lutou, lutou, batalhou**, que os próprios cartões que vão sair agora, que os Estados vão receber a maquininha já vem o nome social, porque? Nossos dados vão estar dentro daquela tarjzinha. Não vai precisar colocar o nome civil na capa do cartão do SUS. Já vem direto o nome social. E isso é uma conquista nossa. (...) Nós, enquanto travestis temos que avançar, **procurar os nossos direitos**. (...) Logicamente você tem que saber separar as coisas, tem que partir de cada uma de nós procurar o acesso, tentar **sensibilizar** os nossos gestores, a sensibilizar as

peessoas, porque as pessoas começam a nos **ver com mais frequência**.

Vários foram as reivindicações nas falas das entrevistadas aqui expostas: O “saber enfrentar a vida” exigindo “respeito”, “ser tratada com igualdade” e que “me aceitem desse jeito” leva a uma “procura pelos direitos” e conseqüente “empoderamento”, “sensibilização das pessoas” e uma visibilidade trans “mais frequente”.

Na literatura, uma maneira de enxergar as travestis nos permite problematizá-las como expressão de resistência ao biopoder, de enfrentamento aos processos seculares de normatização e a emergência de novas expressões existenciais que se efetuam como estilísticas da existência, confirmando a leitura feita por Foucault de que onde há poder, há resistência (Peres, 2008).

Essa organização psicossocial, política e cultural pode ser entendida em uma perspectiva de enfrentamento e de resistência ao poder heteronormativo. A partir desse encontro com o poder, de resistência ao mesmo, surgem novas possibilidades de “existencialização”; logo, de novas demandas psicossociais e políticas de emancipação e direitos a ter direitos, ou seja, de poder vivenciar sua condição de cidadania. (Peres, 2008)

Como vimos em Peres (n.d), tomando como base a teoria de Butler, de um corpo despotencializado e fraco pode surgir um corpo empoderado e forte, guerreiro e reivindicador de direitos, que passa a participar das esferas de

poder e descobre nas ações do coletivo a possibilidade de ser respeitada e tratada como cidadã. Seu enfrentamento a heteronormatividade desestabiliza e coloca em questão a ordem normativa e disciplinar que é imposta pelo sistema sexo/gênero/desejo/ práticas sexuais.

Essa reversão dos corpos abjetos pode levar as travestis ao enfrentamento político sobre as desigualdades vividas. Pela via da participação da comunidade em parceria com as diretrizes do SUS, passam a participar mais das comissões de saúde, reivindicando direitos e melhores atendimentos para a comunidade travesti. Mas ainda trata-se de iniciativas raras e de pouca divulgação, contando com uma ou outra travesti que se tornou consciente de seus direitos e se envolveu de alguma forma na militância política. Ainda são muitos os relatos de discriminação e exclusão das travestis nos espaços de atendimento à saúde. (Peres, n.d)

Atualmente, como foi discutido na parte teórica inicial deste capítulo, temos vários 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 e travestis* (2008), e a *política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – lgbt* (2010).

Contudo, apesar da existência de tantos projetos, programas e compromissos do Governo Federal, o que se pode constatar, a partir de pesquisas como a de Mello et al. (2011), - onde ele fez entrevistas com gestoras governamentais e ativistas - é que ainda existem vários obstáculos no tocante à efetividade das propostas do governo. Como destaca uma gestora

entrevistada: “As políticas só se efetivam mesmo a partir da ação, né? Papel aceita tudo, aí você bota lá muitas coisas. Agora, fazer acontecer é um desafio” (p.17).

Nesse sentido, Peres (2008) vem dizer que, embora existam documentos oficiais que regem a forma como os profissionais de saúde devem agir frente a minorias, percebemos, na prática, que o respeito às pessoas trans vai muito além disso. As leis são um avanço muito importante, mas sozinhas, não tem o poder de mudar a realidade. Os profissionais de saúde não vão lê-las e automaticamente mudar as suas atitudes, é preciso outras formas de intervenção que interfiram nesse contexto da saúde.

As normas regulatórias de gênero produzem performaticamente sujeitos que, *a priori*, deveriam ser sujeitos de direitos, mas, por não condizerem com as normas que fazem uma relação direta entre corpo-sexo-gênero-sujeito de direito, sofrem um processo de estigmatização e discriminação que torna essas vidas desviantes, à margem da sociedade, criando barreiras ao seu acesso de saúde integral, o que torna as mulheres trans mais vulneráveis social, individual e programaticamente ao adoecimento. Tal vulnerabilidade, porém, pode ser aumentada ou diminuída pelos elementos que compõem a dimensão programática, ou seja, se a qualidade no atendimento, a acessibilidade a ele e o preparo do profissional de saúde levam em conta a vulnerabilidade social que produz a vulnerabilidade individual ao adoecimento (Tagliamento, 2012).

Talvez não seja demais lembrar aqui que os problemas enfrentados pela população LGBT no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde são ainda mais dramáticos nos casos de travestis e transexuais. Não só por reivindicarem

atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais (alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, por exemplo), mas também pela intensidade da homofobia que costuma incidir sobre estes dois grupos identitários, especialmente quando também são discriminados a partir de outros marcadores sociais, como níveis de renda e de escolaridade, raça/ cor e aparência física, entre outros. Nesses termos, pode-se apontar que travestis e transexuais correspondem ao público, no conjunto da população LGBT, que mais intensamente sente a escassez de políticas de saúde específicas e, paralelamente, o que mais se beneficiará de tais ações quando forem efetivadas (Mello et al., 2011).

Fato é que na realidade investigada pelo nosso estudo, poucas são as Giseles reivindicadoras, e muitas ainda são as suas necessidades e demandas a serem ouvidas e terem respostas efetivas e humanizadas.

### **5.3.3 A dor do não lugar e o horizonte dos TT's.**

Outra necessidade surgida no decorrer das entrevistas foram às relacionadas ao local de atendimento em saúde. Ao serem perguntadas se recomendariam algum posto de saúde para outra travesti, algumas questões importantes foram levantadas, como ter uma unidade específica que as tratem com respeito ou a necessidade de criação de ambulatórios específicos para pessoas transexuais (TTs).

Vejamos alguns recortes:

Recomendaria os postos de saúde 1 e 2 do Gulandim, São Gonçalo do Amarante. Que pra mim é referência. (Fragmento de entrevista - Gisele Bundchen)

Recomendaria. Eu já ouvi falar muito bem, apesar de eu não ter ido, da UBS aqui do Igapó, que é onde eu moro, o pessoal aqui do bairro fala muito bem de lá. (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

Sinceramente eu nem vejo, o atendimento que eu tenho com essa minha médica é excelente, não tenho nem o que dizer. Eu vi nela a minha esperança. Eu indicaria ela. O atendimento eu já nem gostei tanto, até porque quando eu fui fazer exames lá não fui tão bem aceita. (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Uma das entrevistadas diz que recomendaria um posto localizado em São Gonçalo do Amarante (cidade que faz fronteira com Natal). Porém, o local indicado não corresponde à cidade de Natal, devendo haver um deslocamento para outra cidade para conseguir o atendimento de qualidade.

Já outra entrevistada diz que recomendaria apenas a sua endocrinologista, porém se trata de um serviço particular de saúde. E no serviço de saúde privado, as mulheres trans escolhem aqueles que elas sabem que irão lhes atender bem, respeitando os seus direitos. Porém, as que precisam usar o sistema público de saúde, que são a maioria delas, tem que se submeter ao profissional que está naquela unidade (a que atende à sua região) e naquele horário.

Tagliamento (2012), diz que, muitas vezes as mulheres trans burlam o sistema de saúde, para serem atendidas por profissionais que as tratem melhor. Assim, elas levam um comprovante de residência de alguém que more na região que ela quer ser atendida, por ter ouvido falar que os profissionais de lá atendem de maneira mais humanizada.

Bento (2012) nos fala sobre essa limitação quanto ao atendimento em saúde direcionado a pessoas trans:

Um homem trans, embora deva fazer parte da política para os homens, também precisará visitar ginecologistas, endocrinologistas e outras especialidades médicas tidas como “apropriadas” para as mulheres. Portanto, se a concepção de gênero que orienta as políticas públicas não se liberar dos pressupostos biologizantes, não terá como ampliar e incluir sujeitos que hoje estão fora dos seus marcos. (Bento, 2012)

Duas entrevistadas disseram não recomendar unidades de saúde para outras travestis. Já outra entrevistada diz que recomendaria apenas se existisse um ambulatório TT, que é um ambulatório existente para atender a demanda das travestis e transexuais, que funciona apenas em alguns locais, como João Pessoa-PB.

**Assim, era bom que tivesse um específico pra gente, como tem em João Pessoa.** Porque com certeza até eu ia, era uma coisa exclusiva pra gente. (...) Um gay não, um gay é normal, **agora a gente é diferente. Sofre mais preconceito, muito**

**mais.** (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

Imagina uma transexual masculina, um homem, de barba e tudo, que tenha “xerece” e tenha que procurar uma ginecologista. O que que ele vai tá sentado onde tem um monte de mulheres? Causa constrangimento. **Por isso a gente luta pra criação dos ambulatórios TT's**, que aí teria totalmente isso, diminuiria mais, as meninas começariam a procurar mais os postos de saúde, **porque ali ela sabia que era o lugar dela**, que independente da patologia **ela ia ser atendida, de uma forma igualitária.** (Fragmento de entrevista - Gisele Bündchen)

**Eu sinto sim um bloqueio de mim mesma em procurar aquele espaço.** Digamos, **eu fico constrangida**, “ai meu Deus, **como é que as pessoas vão me olhar porque eu vou procurar um urologista?**” onde só tem homem pra ser atendido. (Fragmento de entrevista - Gisele Bündchen)

Nas falas, algumas entrevistadas sugerem a criação de ambulatórios TT's, que são ambulatórios específicos para a população transexual e travesti, que tratam das demandas específicas que essa população necessita. Os ambulatórios são encarados como um lugar para ser tratado com igualdade, onde as transexuais e travestis não sentiriam medo ou vergonha de procurar um atendimento.

O primeiro ambulatório de saúde do Brasil dedicado exclusivamente a travestis e transexuais foi inaugurado em junho de 2009 pela Coordenação

Estadual DST/Aids-SP, vinculada à Secretaria da Saúde de São Paulo. O serviço conta com profissionais especializados para lidar com as dificuldades e demandas específicas desses grupos sociais. Seu ambulatório presta atendimento especializado em urologia, proctologia e endocrinologia (terapia hormonal), avaliação e encaminhamento para implante de próteses de silicone e cirurgia para redesignação sexual (Gianna, n.d).

Sobre a importância da criação desses espaços, a autora comenta:

A orientação sexual e a identidade de gênero são fatores determinantes para a saúde, não apenas por implicarem em práticas sexuais e sociais específicas, mas também porque podem significar o enfrentamento cotidiano de preconceitos e violações de direitos humanos. Este serviço foi criado para facilitar o acesso de populações vulneráveis ao Sistema Único de Saúde, garantindo a elas o direito à saúde. (Gianna, n.d., p.182)

Já o ambulatório TT de João Pessoa, citado por nossas entrevistadas, foi inaugurado no dia 24 de Julho de 2013 e fica situado no anexo do Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga. O ambulatório funciona de segunda a sexta-feira, nos dois turnos. Todo atendimento deve ter marcação prévia. O referido ambulatório é um espaço específico para o atendimento da população de travestis e transexuais dos 223 municípios paraibanos e mais dois Estados da região Nordeste: Pernambuco e Rio Grande do Norte. Após encaminhamento da Secretaria de Estado da Mulher e Diversidade Humana, o Prontuário é aberto e cada pessoa recebe o

cartão do usuário. Munido desse cartão, o paciente faz o agendamento para uma das especialidades existentes no ambulatório TT (Ambulatório, 2014).

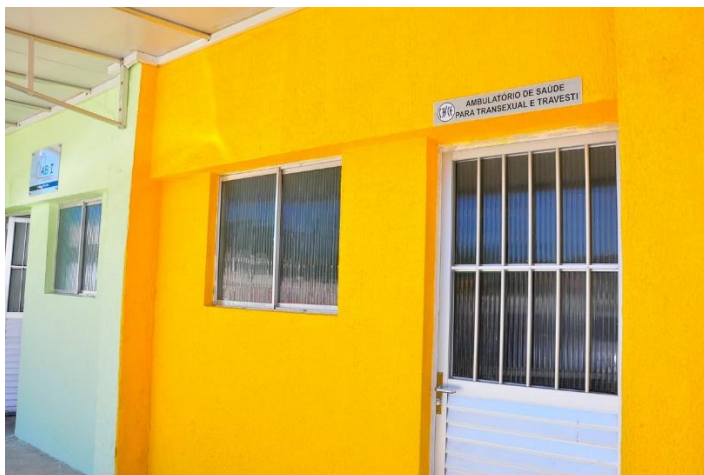


Figura: Foto do ambulatório TT de João Pessoa.

Como nos trouxe Machado (2010):

Essa iniciativa do ambulatório TT abre uma porta para que essas pessoas tenham um primeiro atendimento, percebendo suas necessidades, pois não é em qualquer UBS que você encontra alguém que lhe trate de forma humanizada como nos ambulatórios de travestis e transexuais, ainda que a pessoa não tenha feito a cirurgia. Lá consegue-se fazer o tratamento hormonal com acompanhamento de endocrinologista e ter a prescrição do hormônio necessário. Lá as meninas trans vão à farmácia, pegam gratuitamente os hormônios que precisam para dar esse começo de cidadania plena, que é encontrar o seu corpo com a sua identidade psíquica, mental, de gênero. E também as

meninas que recorrem a especialistas particulares, como médicos, psicólogos, fonoterapeutas, etc., que algumas vezes oferecem uma alternativa excelente para insuficiência de atendimento do SUS. (p.248)

Porém, é necessário discutir, como nos trouxe Carrara (2010), os perigos da reificação das identidades sexuais e de gênero em jogo nesse contexto e de seu possível impacto sobre políticas e direitos que, por serem “especiais”, podem acabar sendo mais excludentes que inclusivos. Fechamentos identitários e fragmentação social estão no horizonte, e a naturalização de novas clivagens sociais podem continuar a estabelecer fronteiras intransponíveis (heterossexuais ou homossexuais, homens ou mulheres, gays ou travestis), fazendo com que a balança penda cada vez mais para um modelo de justiça social baseado no ideal de “iguais, mas separados”

Entendemos a importância dos ambulatórios TT's como um recurso a mais para um atendimento que supra as necessidades relacionadas à saúde das pessoas trans, mas entendemos também a necessidade de um atendimento digno e igualitário em qualquer dos segmentos de saúde procurados. O ambulatório deve existir como mais uma opção e não como a única, pois caso contrário estaríamos segregando e não humanizando.

É preciso entender que, se a necessidade de ter os seus direitos respeitados fosse concretizada, a necessidade de um ambulatório específico para essa população seria reduzida. Em um SUS onde profissionais e outros pacientes tratassem as pessoas trans com respeito e igualdade, elas se sentiriam a vontade para frequentar qualquer serviço de saúde.



## 6. Travestis e o Cuidado Humanizado em Saúde: é Possível?

*Os bons e os maus resultados dos nossos ditos e obras vão-se distribuindo, supõe-se que de uma forma bastante uniforme e equilibrada, por todos os dias do futuro, incluindo aqueles, infindáveis, em que já cá não estaremos para poder comprová-lo.*

*José Saramago*

*(Ensaio sobre a cegueira)*

No percurso de construção deste estudo, ao procurarmos entender o caminho que leva à estigmatização e discriminação das travestis e sua relação com o acesso e qualidade dos cuidados em saúde oferecidos no âmbito da atenção primária chegamos as seguintes provocações: A que se destina o cuidado humanizado na voz das travestis? E a APS é um lugar possível para o cuidado à saúde das travestis? Com a primeira provocação discutiremos as concepções de cuidado para as travestis, e, com a segunda, exporemos as possibilidades de mudanças que elas desejam no atendimento à população trans, problematizando a atenção primária à saúde enquanto um lócus possível para a realização de um cuidado humanizado e integral.

## **6.1 A que se destina o Cuidado Humanizado na voz das Travestis?**

A medicina moderna provém do final do século XVIII, quando passa a pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica. O raciocínio científico nessa época, e até os dias atuais, é marcado por uma concepção mecanicista do mundo, influenciados inicialmente pela física e pela astronomia, por meio dos seus princípios - de reprodutibilidade, previsibilidade, exatidão e de matematização dos eventos – que atingiram todas as áreas do conhecimento. Essa racionalidade científica será adotada, a partir da modernidade, também pelo saber médico (Poli Neto & Caponi, 2007).

Com isso, a milenar arte de curar é substituída pela ciência das patologias. Com foco na razão e em concepções mecanicistas, o corpo humano passa a ser uma máquina digna de reparos, exigindo instrumentos eficazes e um bom técnico. Surge então, uma medicina tecnológica especializada, que não admite o erro, o medo, e nem a morte. Dessa forma, não se enxerga mais o doente, e sim a doença. Não se luta a favor da vida, mas contra a morte. Temos então, a maior e mais irracional perda da terapêutica: a relação terapeuta-paciente (Silva, 2002).

A racionalidade biomédica debruça-se prioritariamente sobre a dimensão que mais as aproxima de uma coisa manipulável: o corpo, e foram se configurando as estratégias de poder que emudecem o paciente e colocam a verdade sobre a doença, o sofrer, e a saúde nas mãos e bocas da ciência médica. Em nome da neutralidade científica e objetividade (tecnociência), do bem-estar geral (utilitarismo clássico), e de um sentimento de falso humanismo (compaixão piedosa) (Silva, 2006).

Contudo, 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 se 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 intersetorialidade. A esses conceitos somar-se-ia outro, o da pluralidade dialógica, isto é, a abertura dos espaços assistenciais a interações dialógicas por meio de linguagens diversas, como a expressão artística, o trabalho com linguagens corporais e mesmo outras racionalidades terapêuticas (Ayres, 2004).

Em meio a essas e muitas outras questões, faz-se necessário a reconstrução do sistema público de saúde, como dimensão pública do cuidado e da gestão dos processos de trabalho. E é em meio a uma reconstrução do SUS que a Política de Humanização emerge e se constitui como política pública de saúde.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, no início de 2003, decidiu fazer uma aposta na humanização como re-encantamento do SUS. Essa temática já vinha, discretamente, adentrando os campos da saúde, como na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social”.

De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) – no compasso de outras iniciativas como a Humanização do Parto e da Saúde da Criança - iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção e, mais tarde, com foco também no trabalhador (Pasche & Passos, 2008).

Em 2003, com a Política Nacional de Humanização (PNH), se intensifica a aposta na humanização das práticas de gestão e de atenção (nos modos de gerir e nos modos de cuidar). A PNH emerge no cenário da reforma sanitária brasileira, que se constitui paralelamente à construção do campo da saúde coletiva e das experiências de humanização em curso no SUS, às quais propõem mudanças em seu sentido e forma de organização (Pasche & Passos, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde o propósito da PNH é o de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da Humanização como política transversal na rede e afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (Brasil, 2008).

Diante da reconstrução da saúde baseados nos conceitos da PNH, nos perguntamos: O que pensam nossas colaboradoras sobre um cuidado humanizado em saúde? Como desejam ser atendidas? Para iniciar nossa conversa com elas sobre esse tema trazemos inicialmente um pequeno fragmento de entrevista, no qual uma das entrevistadas, ao ser perguntada como deve ser um atendimento em saúde, nos revela alguns dos aspectos que a PNH busca implementar:

*Pesquisadora:* Como você acredita que deve ser um atendimento em saúde?

*Colaboradora:* **Humanizado**. Porque é muito fácil humaniza SUS, mas na verdade o SUS não tá humanizado ainda, tem que ser todo dia, todo dia humanizar os funcionários de saúde.

*Pesquisadora:* E o que seria essa humanização?

*Colaboradora:* **Diálogo**. Só em você respeitar, me respeitar enquanto gênero. Vê, chegou a travesti: “**Como é que você gostaria de ser chamada na hora que for atender?**” [Falou baixinho]. Só isso, essa palavrinha mágica, e coloca lá no prontuário. (Fragmento de entrevista - Gisele Bundchen)

Para ela, a humanização passa por questões centrais como diálogo e respeito. E ainda ressalta que muito se fala em humanização, mas alerta que na prática temos que enfrentar uma luta diária se quisermos chegar lá.

Corroboramos com Nogueira da Silva (2014) quando afirma que Humanizar é entendido como “garantir à palavra sua dignidade ética” (Brasil, 2002), ou seja, possibilitar que o sofrimento a dor e o prazer possam ser expressos pelos sujeitos em palavras e reconhecidos pelo outro, uma vez que “as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes (Betts, 2003). Não é possível falarmos em cuidado humanizado sem qualidade na comunicação.

Dentre as principais prioridades nas quais a PNH tem investido descritas pelo Ministério da Saúde, encontra-se: Valorização da dimensão subjetiva 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 questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.) (Pasche & Passos, 2008).

Ayres (2005) defende que a humanização aspira a uma ampliação de horizontes normativos que não se restringem a conceituação de saúde restrita a riscos, disfunções e dismorfias. Mas também quer fugir de uma ampliação extremamente abstrata, tal como a definida pela Organização Mundial de Saúde, que traz a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social. Não se consegue perceber, nessa definição, a identificação clara dos horizontes normativos dessas práticas, já que horizontes devem mover-se continuamente, conforme os sujeitos também se movem, não sendo um estado, mas um devir. Não podem, também, estar completos, pois as normas de saúde, ao deslocarem seus horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente, sendo um projeto sempre em curso, sempre inacabado.

Cabe ressaltar, nesse momento do percurso, que ao falarmos de Cuidado Humanizado estamos adotando a conceituação de Ayres, na qual afirma que cuidar de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele. “O cuidado busca ser um ‘espaço relacional’, que trata o assistido também como sujeito” (Ayres, 2002, p.5).

Em suas palavras, temos: “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).

Nesse sentido, vejamos alguns discursos que falam da concepção de cuidado para as nossas colaboradoras, obtidos a partir das respostas que revelam suas opiniões acerca do que elas entendem por um atendimento em saúde:

Com respeito, não importa se é travesti, nada. Que tenha **mais respeito** com a pessoa que tá ali, porque **ela tá precisando de ajuda, de um atendimento bom, pelo menos pra se sentir melhor**. Porque você chega doente e tem um atendimento ruim você fica pior ainda. Isso é em geral, não só com a gente não, pra todo mundo. (Fragmento de entrevista - Julia Roberts)

Um atendimento de saúde deveria ser comum, igual a qualquer um outro. Por exemplo, eu sinto que quando chega uma pessoa de nome em um hospital elas são bem melhor tratadas. Já quando chega um gay, uma travesti principalmente, porque as pessoas ligam logo, as pessoas generalizam que todas as travestis fazem programa, entendeu? Aí já é chacoteada, as pessoas ficam se cutucando. E assim, eu acho que a gente só deveria ser **respeitada igual as outras pessoas são**, ser tratadas igual as outras pessoas. (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Essa endocrinologista caiu do céu. **Ela só me tratou muito bem,**

e disse pra mim que iria passar minha reposição hormonal. Ela só não me passou ainda porque meu fígado estava alterado, porque eu ingeri muito remédio. (...) Eu gostei muito do tratamento dela para comigo. Ela me **tratou até com o nome social** e tudo!  
(Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Vimos, pois, o Cuidado ser apresentado pelas nossas entrevistadas a partir dos seguintes sentidos: cuidado como humanização, diálogo, respeito, e igualdade. Elementos mais que necessários para a realização de um Cuidado como o proposto por Ayres, ao defini-lo como:

Um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. (2004, p.74)

Cabe destacarmos dois aspectos frequentemente relacionados à ideia de cuidado, e estreitamente ligados à questão da escuta e acolhimento, são o vínculo e a responsabilidade. A ideia de vínculo remete a algumas práticas e atitudes fundamentais para a realização do cuidar: abrir mais espaço para os usuários como verdadeiros sujeitos, e não como objetos de intervenção; mais continência e continuidade no serviço às diferentes demandas de indivíduos e comunidades; promover um efetivo envolvimento de profissionais e usuários ou

comunidades com os processos de cuidado. Aqui, mais uma vez, é fazer mais e melhor do que já sabemos fazer, mas também fazer diferente, ou talvez compreender de outra forma esse fazer. É necessário rever a ideia de sujeito que está na base dessas apostas (Ayres, 2009).

Por sua vez, o acolhimento é condição necessária para a efetivação do cuidado, no sentido que adotamos, de uma atenção à saúde que não seja movida tão somente pela razão instrumental da racionalidade da biomedicina.

Teixeira (2005) traz um modelo de acolhimento onde a autonomia do usuário seria respeitada e incentivada, e os seus saberes não seriam engolidos como em um modelo não-humanizado de saúde:

Desse modo, passei a tratar as *redes de serviços de saúde* como grandes *redes de conversações*, ao mesmo tempo em que propus uma dada técnica de conversa, convencido de que se trata de uma resposta adequada aos problemas, hoje intensamente discutidos, do *acolhimento* e do *vínculo* nos serviços de saúde. Afastando-se das soluções mais frequentes que tendem a tratar o acolhimento como uma atividade (de recepção nos serviços) desempenhada por um profissional particular num espaço específico, o acolhimento é aqui proposto como um *acolhimento dialogado*, isto é, como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, isto é, em qualquer dos encontros, que são, enfim, os “nós” dessa imensa rede de conversações que são os serviços. E o que caracterizaria essa técnica de conversa?

Brevemente, o *acolhimento-diálogo*, no sentido mais amplo possível, corresponde àquele *componente das conversas que se dão nos serviços em que identificamos, elaboramos e negociamos as necessidades que podem vir a ser satisfeitas*. (p.592)

O acolhimento é uma das diretrizes da PNH e tem se tornado sua face mais visível, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), pelas consequências diretas que pode determinar no acesso dos usuários como uma mudança no processo de trabalho, a fim de atender todos aqueles que buscarem o serviço de saúde. Desse modo, o princípio da universalidade é estabelecido de forma qualitativa, não apenas pelo aumento no número de unidades ou profissionais na rede de saúde, mas pela inclusão de toda a equipe de saúde no processo de atenção, aproveitando a capacidade clínica de profissionais que apenas serviam de intermediários para a consulta médica. Esses profissionais devem criar espaços no serviço de saúde que permitam uma escuta qualificada, conduzindo à responsabilização pelo problema do usuário e dando-lhe uma resposta adequada (Scholze, Junior & Silva, 2009).

Um exemplo da importância de um acolhimento adequado feito por um profissional que seria só intermediária para a consulta encontra-se no fragmento a seguir:

Até eu chegar no hospital do câncer não tinha caído a ficha, mas quando a menina, eu entreguei o papel pra ela, e ela me encaminhando, marcando pra eu fazer a quimioterapia, radioterapia, aí caiu a ficha, eu caí em prantos... né? E a menina **atendente me acolheu, sabe? Me abraçou, e tentou, ela fez o**

**papel de uma psicóloga.** Na hora não tinha ninguém pra me atender, até então não tinha caído a ficha, meu mundo desmoronou naquela hora, e foi muito bacana, porque eu percebi que as meninas são treinadas pra amparar um paciente que muitas vezes chegam lá e cai a ficha naquela hora. (Fragmento de entrevista - Gisele Bundchen)

No relato acima, a atendente pôde participar do processo de atenção, transportando o acolhimento humanizado para outros setores do serviço além do consultório médico. Por trás do conhecido jargão da “escuta e acolhimento” há elementos fundamentais para o cuidado. Ayres (2009) nos fala que é preciso ouvir mais. Ouvir mais porque o relato das pessoas, que é tão importante para o raciocínio diagnóstico e terapêutico, foi sendo substituído por um arsenal de tecnologias diagnósticas e terapêuticas. É preciso também ver mais. No sentido de enxergar aquilo que não é falado, mas que é dito através de gestos, olhar, postura, respiração. E é preciso tocar mais. Tocar um local dolorido, que causa desconforto, para que o usuário fale de forma mais potente e ajude no processo diagnóstico e de intervenção.

O fato é que, apesar de existir uma nova concepção de cuidado, onde o sujeito tem autonomia sobre a sua saúde, o domínio da medicina sobre o corpo e sobre as verdades no agir correto com esse corpo ainda são representações fortes na nossa sociedade, e por vezes toma o lugar de outras formas de comunicação. Percebemos essa relação na fala de uma das entrevistadas onde ela acredita que um bom atendimento é aquele onde o médico, legitimado

pela ciência, lhe diz o que é preciso fazer, enquanto ela o escuta e segue as suas recomendações.

Um atendimento bom, um atendimento que **o médico possa explicar várias coisas**, várias doenças, isso ele explica, ter sempre o seu parceiro certo, na época que eu fiz meu exame de HIV, o médico perguntou: “Você tem seu parceiro?” Na época que eu não tinha, graças a Deus deu tudo bem. **“Você agora procure uma pessoa certa** pra você não pegar certas doenças” E hoje tô ai. (Fragmento de entrevista - Beyoncé)

É possível pensar que o “aconselhamento” do médico aqui citado, ou sua “prescrição” pode ser recebida como atenção, e, portanto, um aspecto desejado do cuidado.

Outro instrumento de acesso a narrativa das colaboradoras foi o uso das cenas – como já explicitado no capítulo 3, item 3.2.2. O objetivo foi aprofundar as nossas observações em relação as concepções e desejos das travestis quanto ao cuidado humanizado em saúde dirigido a elas. O uso das cenas possibilita que o participante, ao realizar projeções, possa aprofundar percepções, revelando ainda os medos e angústias relacionadas à temática em questão.

Durante a realização das cenas foi solicitado que as participantes imaginassem uma situação em que fossem mal atendidas em um serviço de saúde. Em seguida, foi pedido que elas descrevessem, com o máximo de detalhes, e depois compartilhassem com o grupo. A segunda cena consistia na

mesma instrução, mas foi pedido que elas se imaginassem em um bom atendimento. A construção das cenas está detalhada no Apêndice B.

Vejamos o relato escrito das participantes ao imaginarem a primeira cena (atendimento ruim):

Nesse caso a primeira coisa que **nos constrange é o olhar** dos próprios pacientes em espera, que muitos olham meio torto para a gente. Daí vem o olhar de quem nos atende e até dos médicos. O primeiro exame que eles mandam a gente fazer é o de HIV, como se todos os gays ou lésbicas ou travesti tivessem o vírus, para mim isso já é **falta de respeito**. (Naomi Campbell)

Ao chegar no posto de saúde fui **mal atendido pelo médico** de plantão. Eu estava com a minha mãe e eu mim senti muito constrangida então eu falei com a minha mãe e ela foi conversar com o médico, e ele foi muito educado com ela e depois foi até mim e me pediu desculpa. Eu com muita raiva desculpei mas a minha vontade era de falar muitas coisas. (Nicole Kidman)

As participantes, portanto, confirmaram alguns aspectos já discutidos nos relatos das entrevistas, quando descrevem, na imaginação da cena onde elas são mal atendidas, o olhar discriminatório que elas enfrentam ao procurar atendimento em saúde.

Já na segunda cena, podemos ver como elas idealizaram um bom atendimento:

Ser bem atendido em qualquer ambiente é sempre bom, principalmente em ambientes que os profissionais já devam esse respeito a todos com quem e para quem eles trabalham, sem jogar pela nossa cor, religião e orientação sexual. **É muito bom ser tratado com respeito!** (Naomi Campbell)

Ao procurar um atendimento em uma unidade de saúde fiquei surpreso com o atendimento que eu recebi. Logo de entrada já me **chamaram pelo o meu nome social**, ao chegar na sala de atendimento o enfermeiro que me atendeu perguntou se eu gostaria de ser chamada pelo meu nome social e me tratou com educação e muita agilidade. Por isso essa unidade de saúde está de parabéns e eles são bastante competentes. (Nicole Kidman)

Percebemos o desejo das participantes de um acolhimento igualitário, sem julgamentos, com a devida utilização do nome social. A necessidade de serem atendidas com respeito é aspecto central no cuidado as travestis aqui apresentado.

As cenas reforçam a necessidade de profissionais comprometidos com a dor do outro, capazes de lidar com seus preconceitos de forma que eles não afetem ou constriam aqueles que precisam de cuidados.

Ayres (2001) vai nos dizer que não basta apenas escutar, ver e tocar mais. E quando até essas dimensões tão básicas e necessárias ao cuidado são negadas? A possibilidade de se vincular e de compartilhar da

responsabilidade pelo cuidar da dor do outro, elementos prioritários para o acolhimento e realização de um cuidado humanizado fica impossibilitada se o desrespeito é a tônica do atendimento (Nogueira da Silva, 2014).

O autor sustenta a ideia de *projeto de felicidade* como uma espécie de horizonte normativo implicado na noção de cuidado. Isto é, o projeto de felicidade é a referência que nos permite compreender o que as pessoas estão buscando em nossas capacidades instrumentais e, no mesmo movimento, permite às pessoas compreenderem o que temos efetivamente para oferecer a elas com nossas tecnologias. Assim, profissionais e usuários, ou comunidades, podem fazer as melhores escolhas para alcançar os maiores benefícios no cuidado de sua saúde (Ayres, 2004).

Então, se faz necessário, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade do usuário, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos implicados nesse processo. Porém, raramente perguntamos quais são os projetos de felicidades dos usuários, e muito menos participamos efetivamente dessa construção (Ayres, 2004).

Fazendo um paralelo dos discursos com os princípios do SUS, discutidos no capítulo anterior, entendemos como o cuidado está aí implicado. O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, e a integralidade nos desafia a saber e fazer “o quê”, e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um (Ayres, 2009).

Tomando como referência esse ideal de integralidade, as críticas ao modo como se opera a técnica são bastante conhecidas e algumas já foram bastante discutidas aqui: a visão segmentada, não vendo o paciente em sua totalidade e em seu contexto; a centralidade na patologia; a deficiência da relação profissional-usuário e entre os profissionais entre si; e, em especial, o descompromisso com o bem-estar do usuário. O cuidado vem tentar reconstruir, a partir dos problemas apontados, uma atenção integral à saúde, buscando recompor relações e competências que estão fragmentadas, empobrecidas e desconexas (Ayres, 2009).

O cuidado vem como um novo horizonte aos problemas vividos diariamente no contexto da saúde. Como nos trouxe Gisele:

Eu acho que o SUS, por mais problema que exista é ainda o que nós temos. **O que nós temos é que trabalhar para que seja um SUS de melhor qualidade.** Eu não posso jogar pedra naquilo que eu tenho em mãos. (Fragmento de entrevista - Gisele Bundchen)

## **6.2 A APS: um Lugar Possível para o Cuidado Humanizado as Travestis?**

Neste tópico, procuramos identificar quais eram as mudanças necessárias para que o serviço de saúde melhor atendesse o público travesti. Então, surgiram respostas nos seguintes sentidos: Era preciso haver *capacitação dos profissionais, diálogo com o movimento social, campanhas de*

*divulgação para travestis, e aproximação com o ser travesti.*

### **6.2.1. A formação do cuidador.**

A PNH trouxe uma proposta de valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, que deve ser implementada com base nos seguintes princípios: transversalidade, qualificando a comunicação no sistema; indissociabilidade entre atenção e gestão, garantindo a integralidade do cuidado ao identificá-lo com os processos de trabalho e produção de saúde; protagonismo, corresponsabilidade; e autonomia dos sujeitos e coletivos. Este último se relaciona diretamente com o entendimento do trabalho como forma de produção de sujeitos, assumindo que a autonomia destes nos processos de gestão e cuidado garante maior efetividade nas mudanças do sistema de saúde (Scholze et al., 2009).

A autonomia do sujeito é um dos pontos fortes a serem trabalhados nessas mudanças do sistema de saúde. O profissional de saúde já tem, na maioria das vezes, o seu papel definido como um trabalho, com regras e finalidades bem delimitadas, pautados em conhecimentos técnicos e científicos. O usuário, por sua vez, chega de uma maneira bem diferente para esse encontro. Há, em geral, aspectos como sofrimento, preocupação e fragilização o acompanhando. Além disso, ele traz saberes, que, por não serem reconhecidos como científicos, são excluídos e engolidos pelos saberes tecnocientíficos. Porém, é com os saberes do usuário que se encontram a

vivência mais profunda do adoecer, e que deveria ser o motivo central do encontro com o profissional. Tendo os seus saberes negligenciados, cabe ao usuário um lugar subordinado, como um objeto a ser conhecido e transformado pelo profissional (Ayres, 2009).

Vejamos algumas falas que reclamam por mudanças na postura dos profissionais:

Os profissionais de saúde fossem **mais capacitados**. Fossem humanizados. Eu acho que se você começar a trabalhar com capacitação buscando **diálogo com o movimento social**. Que as faculdades, universidades, os médicos, assistentes sociais, psicólogos tentassem se aproximar mais dos movimentos sociais. Digamos, em vez de uma entrevista solitária entre eu e você, botasse uma travesti numa sala de aula e dialogasse com todo mundo, entendeu? Eu acho que isso multiplicaria muito mais. Porque surge efeito, pode não surgir efeito em 1, 2, mas aquela sementinha vai ficar plantada. (Fragmento de entrevista - Gisele Bundchen)

Eu acho que deveria ter uma capacitação, eu acho que já deveria vir regularizado, em relação a nome social, em relação a tudo. Porque assim a gente teria um atendimento melhor, a gente teria até uma saúde melhor. Porque o nosso psicológico fica abalado com essa situação de nome social, a gente fica abalada, passa por constrangimento, a gente chora, as pessoas xingam (...). **O que os profissionais deveriam ser eram capacitados, e não a**

**gente ficar implorando pra ela me chamar de mulher.**

(Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

Porque acho que falta capacitação também do governo, do órgão público, de capacitar essas pessoas, de orientar, não adianta ter,

**tem várias leis aqui no nosso estado que nos protegem, mas**

**se o profissional não é capacitado, é complicado.** (Fragmento

de entrevista - Naomi Campbell)

A capacitação dos profissionais foi o elemento de mudança que mais apareceu nas falas das entrevistadas. A capacitação aparece tanto em relação específica ao uso do nome social pelos profissionais, como também em um sentido mais amplo, na capacitação através do diálogo entre os profissionais, a universidade e o movimento social. O que podemos perceber, e que corrobora com a opinião da entrevistada, é que há desarticulação entre o SUS, a universidade e o movimento social. Sabemos de iniciativas nesses três locais no tocante a melhoria de vida da população trans, porém, são iniciativas isoladas, que se dialogassem entre si surtiriam ações mais efetivas.

Como nos trouxe a fala de Naomi, a existência de documentos que abordem a questão da discriminação da população nos espaços de saúde não é garantia de efetivação dos seus direitos. No dia a dia, elas esbarram na falta de preparo dos profissionais de saúde e na pouca estrutura e aceitabilidade dos serviços em recebê-las.

Segundo Schraiber (2012), existe uma autonomia relativa entre a política e a prática profissional: o descompasso entre o que está dado em um plano

como proposta (intenção) de ação e os saberes e ações concretamente realizados em práticas produtivas, operatórias da assistência, na esfera dos serviços. “Em outros termos, a proposta como plano é situação distinta daquela como tecnologia, isto é, saber operatório do trabalho profissional” (p.2638).

Embora serviços tenham sido efetivamente planejados e implantados, observando-se movimentos de ampliação e também de retração das redes, há estudos que mostram além das dificuldades na realização da lei no plano das práticas profissionais, um desempenho baseado em crenças, julgamentos morais e bases religiosas, que dizem respeito a aspectos pessoais, mas recobertos pela autoridade técnico-científica, dando legitimidade à autoridade profissional em saúde. É necessário, pois, que se amplie o conhecimento sobre os obstáculos à politização das práticas (Schraiber, 2012).

Ter profissionais qualificados é de suma importância para o acesso do público aos serviços de saúde. Porém, acesso e qualidade são duas variáveis que andam em conjunto, pois a baixa qualidade leva a uma barreira ao acesso à saúde. O despreparo dos profissionais começa desde a chegada ao serviço, quando estes emitem um olhar diferenciado para aquele sujeito (Tagliamento, 2012), resultado de uma forma deficitária no que tange a essas questões e de um modelo biomédico ainda reducionista que pouca atenção dirige para as questões existenciais e emocionais do processo saúde doença, apesar do inegável e crescente movimento de reumanização na saúde que vêm atingindo também a formação dos profissionais.

Outra recomendação surgida nas falas para uma melhoria no atendimento do público travesti foi a necessidade de haver **campanhas de**

**incentivo ao uso do serviço de saúde.** Naomi, que participa da ONG ATREVIDA, diz nunca ter visto campanhas nesse sentido.

Então se melhorarem o atendimento, fizerem **campanhas de incentivo**, em rádio, televisionada, panfletagem, outdoor, principalmente em relação a prevenção de DST's em geral, porque muitas mesmo vivem na rua à mercê, porque o trabalho não abre espaço. (...) Eu nunca vi campanhas de divulgação pra travesti procurar unidade básica aqui em Natal, nunca vi... pra procurar nada na verdade, pra se cuidar. (Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

Da mesma forma que as normas existentes, cartazes direcionados a travestis podem não surtir muito efeito no seu dia a dia, pois o seu contexto de vida não mudará. As estigmatizações continuarão a acontecer se não ocorrerem medidas mais efetivas e que trabalhem em conjunto.

Em relação aos profissionais, nas unidades de saúde trabalham pessoas com origens sociais e formações distintas, e desconsideram-se os aspectos culturais envolvidos no processo de cada um e na sua relação com o trabalho. Portanto, cartazes e cartilhas, ensinando como deve-se tratar alguém travesti ou transexual não entrará por osmose nas atitudes desses profissionais, podem não fazer sentido para eles, pois são apresentados de forma prescritiva, acreditando que o simples contato com aquelas informações poderá mudar seus valores e suas práticas.

As práticas dos profissionais serem vistas como independentes das questões sociais, econômicas, políticas ou culturais, faz com sua qualidade seja baseada apenas na dimensão técnico-científica de seus saberes. Por isso, segundo Schraiber (2012), foi feito um grande investimento na tentativa de mudar o desempenho concreto dos profissionais a partir de reformas educacionais, como se, com a formação, os profissionais pudessem transformar suas práticas e torná-las mais éticas ou democráticas, a fim de garantirem o melhor acerto técnico. Assim, um movimento nuclear muito importante da Saúde Coletiva tem sido o de politizar o campo da Saúde, seja enquanto Saúde Pública ou Medicina. Politizar no sentido de “rearticular ao social os referenciais particulares da Saúde, calcados na epidemiologia tradicional e na biomedicina, mostrando que tais práticas técnicas são também e antes de tudo práticas sociais, (re) produzindo o social de modo particular na esfera técnica de atuação” (p.2638).

Romano (2008) nos traz que:

Estratégias diferenciadas de acolhimento devem ser implementadas no lidar com diversidades, incentivando a promoção de ações e práticas a partir do estabelecimento de uma rede de cuidados. Somente através do diálogo, estabelecido entre profissionais de saúde e usuários, poderemos produzir transformações nas práticas de saúde. (...) A preocupação em implementar políticas de saúde que contemplem as necessidades específicas das travestis, a exemplo da aplicação de silicone industrial e ingestão excessiva de hormônios femininos, além do

uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, é apostar no respeito à diferença e na valorização da dignidade humana. (p.218)

Nesse sentido, vejamos o recorte:

E fora que os profissionais deveriam se conscientizar que nós travestis **precisamos também de hormônios**, a gente tem instintos femininos e não era pra tá se drogando sozinha. (Fragmento de entrevista - Angelina Jolie)

A implantação de políticas públicas que incluam o tratamento hormonal para as travestis é também tema urgente para as travestis, que pedem por um acompanhamento adequado com endocrinologistas. Acompanhamento que deveria ser disponibilizado pela atenção básica, pois, segundo o Ministério da Saúde, ela orienta-se também pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, e da equidade (Brasil, 2006).

Tagliamento (2012) propõe algumas ações para a efetivação das políticas públicas e legislações vigentes destinadas às mulheres trans e a sua relação com a saúde.

Ela propõe as mudanças em três âmbitos:

- O primeiro é no âmbito da formação disciplinar e da capacitação dos profissionais de saúde, onde ela sugere a inclusão nos currículos dos cursos da saúde questões relacionadas ao processo saúde-doença da

população trans, como também a capacitação contínua dos profissionais de saúde sobre identidades de gênero e diversidades de orientações sexuais e a realização de workshops em parcerias com ONGs para a sensibilização dos profissionais.

- As ações no segundo âmbito dizem respeito a organização dos serviços, o que inclui a garantia à mudança do nome civil, a flexibilização dos horários de consultas e exames e a utilização do nome social em todos os veículos de comunicação nos espaços de saúde as pessoas trans que não possuem o nome civil alterado.
- O terceiro âmbito diz respeito as ações intersetoriais para a diminuição da discriminação. Alguns exemplos dessas ações são: realização de oficinas entre ONGs trans e diversos setores da sociedade; parcerias das ONGs trans e associações do comércio e indústria para a inclusão dessas pessoas no mercado de trabalho, o fortalecimento da educação sexual nas escolas, o monitoramento e a avaliação do Programa Saúde na Escola. (Tagliamento, 2012)

Corroboramos com as propostas de mudanças feitas por Tagliamento (2012) nos três âmbitos expostos. Mas reiteramos a importância não só das mudanças de ordem técnica e da capacitação dos profissionais, é preciso ir além e ressignificar o olhar sobre o sujeito que pede atendimento, de acordo com as propostas de um cuidado humanizado, é preciso aceitar o outro enquanto outro.

### 6.2.2 A proximidade com o ser Travesti.

Acho que o quintal onde a gente brincou é maior do que a cidade.  
A gente só descobre isso depois de grande. A gente descobre que  
o tamanho das coisas há que ser medido pela intimidade que  
temos com as coisas.

(Manoel de Barros)

E quando esse usuário nos provoca estranhamento? Como no caso da figura tão polêmica da travesti? Teixeira (2005) busca em Espinosa conceitos que podem iluminar essa questão. Ele nos traz o conceito de “zona de comunidade”, que seria a descoberta daquilo que nos outros corpos convém ao nosso, e este é apenas o primeiro patamar de uma relação consistente. Ele é também o patamar mais fácil de ser alcançado, e aquele que, talvez, nos dará força para conhecer o que é mais difícil: aquilo que nos outros é diferente e corresponde a sua “zona de singularidade”. Porque, para conhecer nos outros corpos, aquilo que não nos convém, é preciso uma potência ainda maior:

E o que temos adiante? Não mais o que no outro se assemelha a nós. Não mais o que é facilmente reconhecível. Não mais o que no outro é, de certa forma, nossa própria imagem espelhada. Mas o que no outro é irreduzível. Sua diferença absoluta. Sua singularidade radical. E é aí que começa o verdadeiro desafio da

alteridade. Só aí somos verdadeiramente desafiados a aceitar o outro como um legítimo outro. Nessas novas zonas, passamos a experimentar novas intensidades, às quais fomos conduzidos pelos afetos de confiança, mas que já correspondem a novos afetos aumentativos que anunciam, por sua vez, outros modos de existência, em que nos tornamos a causa última de nossas paixões, em que entramos plenamente na posse de nossa potência. Para Espinosa, a liberdade. E o que é esse afeto, essa paixão que nos predispõe a aceitar o outro como um legítimo outro, senão o já mencionado *acolhimento*? (Teixeira, 2005, p.596)

Como estamos falando de um cuidado em saúde a uma população vista, muitas vezes, através de lentes de preconceitos, os conceitos de “zona de comunidade” e “zona de singularidade” nos fazem pensar. Afinal, quando estamos compartilhando uma zona de comunidade com o outro, esta é uma tarefa muito fácil, porém, conhecer nos outros corpos, aquilo que não nos convém exige uma potência muito maior.

Para conseguirmos essa tarefa, podemos olhar para nossas dificuldades e tentarmos enfrentá-las nos ancorando no sentido de nossa prática: o compromisso com o sofrer humano, como nos trouxe Nogueira da Silva, na fala de uma das suas entrevistadas, uma médica tratando de pacientes com HIV: “se penso só no sofrimento dele, fica mais fácil”.

Ela [a entrevistada] nos dá uma pista de como recuperarmos nossa capacidade de empatia, de nos conectarmos com a dor do

outro e caminharmos em direção ao acolhimento, capaz de possibilitar a construção de um vínculo e da corresponsabilidade no encaminhamento das questões, independente dos nossos valores morais. (Nogueira da Silva, 2011, p.14)

Aproximar-se da realidade do ser travesti, consiste em um desafio a ser realizado e reivindicado pelas travestis. Trata-se de uma abertura para o outro humano a sua frente, condição imprescindível para o cuidado humanizado. Como nos traz a fala a seguir:

**Porque é fácil você criticar aquilo que você não conhece.** A partir do momento que você passa a conhecer aquele objeto ou a pessoa, você já começa a tirar aquela imagem que você tinha. Porque muitas pessoas acham que a travesti só é prostituta, é usuária de drogas, travesti vive na rua, travesti rouba, travesti faz isso e aquilo. Na verdade, **ninguém nunca parou na avenida pra saber porque que elas tão lá.** Que que te trouxe você a se prostituir? Que que fez você ficar aqui na rua? Que que fez você tá usando droga? Entendeu? Se muitas vezes você tando num frio daquele você tem que tá bebendo alguma coisa. Você se envolve com as coisas porque é uma necessidade de você sobreviver. **É muito fácil você jogar pedra naquilo que você não conhece.** (Fragmento de entrevista - Gisele Bundchen)

Diante do outro que não conhecemos, retomando o conceito de estigma discutido por Goffman, procuramos identificar aspectos que nos permitam prever a sua categoria, transformando-a em expectativas normativas. Dessa

forma, um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido por nós em nossas atividades cotidianas é afastado, por possuir um traço diferente das expectativas, destruindo a possibilidade de atenção para outras características suas. Como reflete Gisele, é preciso se permitir conhecer o outro para que preconceitos baseados em estigmas não inviabilizem essa relação.

Em uma concepção hermenêutica de saúde, faz-se necessário adentrar a realidade do sujeito que naquele momento está reclamando atenção. Uma simples pergunta como “O que você acha que pode ser feito por você?” já pode ser uma forma potente de quebrar barreiras entre o saber e o distanciamento profissional do descrédito do sujeito paciente, dando a este participação ativa no processo de recuperação da sua saúde (Ayres, 2007).

Depois de adentrarmos um pouco na vivência das travestis em busca de saúde, podemos compreender as inúmeras dificuldades encontradas nesse percurso. Muito foi construído para um funcionamento mais digno e respeitoso na nossa saúde pública, e muito a de se fazer para operacionalizar de fato os princípios do SUS, as diretrizes da PNH, a fim de se ter uma atenção à saúde passível de ser chamada de humanizada e integral. Porém, a luta pela dignidade, garantia do acesso à saúde das travestis e qualidade do cuidado não passa somente por questões de estruturação do sistema.

Dando voz às travestis descobrimos que as pistas capazes de contribuir para a construção de um cuidado humanizado implicam necessariamente no reconhecimento do outro enquanto sujeito de direitos, mas implicam principalmente na presença diante da pessoa em sofrimento, do resgate de um profissional cuidador capaz de acolher a diferença, em nome do seu

compromisso com o sofrer do outro.

E eu acho que se o serviço de saúde, **é um grãozinho de areia, mas já é alguma coisa**, acho que se a gente conseguir ser respeitada num canto pode ser **respeitada em qualquer outro**.

(Fragmento de entrevista - Naomi Campbell)

Cuidar de forma humanizada, nas palavras de Nogueira da Silva (2014, p. 420) destina-se a “dar voz à palavra, à dor, ao riso, ao reencantamento do homem com a tarefa de cuidar de si, de tudo e de todos, na direção de uma vida cúmplice, onde não há salvadores, e sim, a possibilidade de reinventar a vida, o adoecer e o morrer, com o outro”, nunca distante dele. Será que a APS será um lugar possível? Se tivermos cuidados com práticas humanizadas, acreditamos que sim!

## 7. Considerações Finais

O preconceito e a vulnerabilidade enfrentados pelas travestis são marcas muito fortes em suas vidas. Elas passam, diariamente, por situações de desrespeito, tendo os seus direitos negligenciados e encontrando vivências de dor e sofrimento, como ilustra a fala de Angelina: “Se dependesse de mim eu seria o contrário de mim”. Ser o contrário de si para amenizar a dor do desrespeito. Ser o contrário de si para se enquadrar em um modelo binarista e heteronormativo a que fomos ensinados a seguir e a excluir todos aqueles que não o seguem.

A rigidez com que somos constituídos através de uma classificação estrita dos modos masculinos e femininos de ser diante das expressões impede-nos de termos tranquilidade frente às pessoas que apresentam um sexo genital masculino e uma identidade social de gênero feminina.

O que é ser mulher? O que é ser homem? O que é ser travesti? Foram perguntas feitas no decorrer deste trabalho, e que tiveram várias respostas, mas, ao mesmo tempo, nenhuma. Porque não existe uma única resposta. Existem mil formas de ser e se sentir homem, mulher, cis ou trans.

Sendo assim, quando falamos “as travestis”, de maneira generalista, entende-se que falamos de travestilidades, reconhecendo a existência de múltiplas formas de ser e sentir-se travesti. Entendendo essa multiplicidade, buscamos o significado de “ser travesti” para cada uma das nossas entrevistadas.

Os estereótipos em torno das identidades de gênero e das orientações

sexuais são comuns e até socialmente reforçados na configuração heteronormativa da cultura judaico-cristã. Pode-se perceber a relação que as travestis fazem entre a orientação sexual homossexual e a identidade de gênero travesti, como se fossem sinônimos. Afirmaram, também, a sua relação com a feminilidade, mas negaram ser mulheres. Elas se remetem a uma concepção de mulher como sexo biológico e não como uma construção social. E, ainda, O “ser travesti” como um autoconhecimento, auto aceitação e um orgulho de “ser quem eu sou”. De um corpo despotencializado e fraco pode surgir um corpo empoderado e forte, guerreiro e reivindicador de direitos.

Diante das diversas formas de se definirem enquanto travestis, vimos que não existe um processo específico de construção das suas identidades de gênero. Uma definição estática e rígida do que é ser travesti se tornou, pois, inviável, depois de conhecermos as particularidades desse universo. Cada travesti é, sente e se relaciona de uma maneira própria, única.

Porém, embora muito se tenha discutido sobre a não existência de um comportamento adequado aos gêneros e a sua diferenciação das orientações sexuais, esses conceitos ainda não atingiram a todos, e aí incluímos também as travestis, que constituem e são constituídas pela nossa sociedade normatizadora.

Algumas dificuldades apareceram no acesso e uso dos serviços de saúde pelas travestis, principalmente causada pelo desrespeito ao nome social, a associação das travestis ao vírus HIV e a percepção preconceituosa vinda dos profissionais.

Essas dificuldades fazem com que muitas vezes as pessoas travestis não se sintam à vontade para procurar locais de atendimento em saúde. Por essa discriminação em alguns locais ser bem perceptível, muitas só procuram assistência médica em último caso: “Só veio procurar porque tá nas últimas mesmo, é desse jeito. Só vai pra se deitar na UTI”.

O desrespeito ao nome social é o principal elemento de constrangimento no acesso à saúde. Vimos que recusar-se a reconhecer o gênero das travestis é um meio prontamente disponível de rejeitar a feminilidade que elas estampam em seus corpos. É um modo de colocá-las de volta ao seu lugar (decente) de gênero. O desejo de ser vista como um todo e não através de lentes de estereótipos e preconceitos é um marco forte na vivência travesti. A associação das travestis ao vírus HIV, como se todas fossem portadoras do vírus é mais um elemento que reforça a estigmatização da sua imagem: “Você pode tá na porta esperando um táxi: “Olha ali a travesti, tem AIDS”.

Há uma grande preocupação com a questão da técnica dos profissionais, mas não com o “outro” que se apresenta com todas as suas angústias e medos. Os profissionais não estão preparados para receber pessoas que fogem as normas de gênero. Segundo as travestis, eles “não possuem a mente aberta”, não respeitam o uso do nome social, as veem com um olhar discriminatório, não aceitam trata-las ou são indiscretos e antiéticos sobre as suas doenças, e isso faz com que elas não se sintam à vontade de procurar os locais de atendimento em saúde.

As demandas específicas das travestis em relação à saúde são distintas daquilo que o sistema de saúde público lhes oferece. Com isso, algumas

necessidades e demandas não atendidas dificultam ou inviabilizam o acesso a saúde das travestis. Elas têm a necessidade de ter os seus direitos respeitados, a necessidade de um acompanhamento endocrinológico para os seus tratamentos hormonais, a demanda por uma visibilidade positiva nos serviços de saúde e em todos os outros locais de convívio social e a demanda por um lugar específico de atendimento.

Uma característica que precisa ser levada em consideração ao se planejar políticas públicas para o atendimento da população trans, é a dificuldade que uma travesti enfrenta para sair durante o dia. Essa dificuldade tenta ser combatida através de ações visando a visibilidade de travestis e transexuais. A visibilidade trans é uma luta importante no movimento LGBT, mas ela sozinha não irá mudar muita coisa.

A hormonioterapia também é uma necessidade específica desse grupo que precisa ser atendida. Muitas são as dúvidas e poucas as respostas quando se trata dos efeitos dos hormônios femininos em um corpo biologicamente pertencente ao sexo masculino. Qual hormônio devo tomar? Em que quantidade? Quais exames devo fazer para um acompanhamento seguro da minha hormonioterapia? Quais os efeitos sobre o meu corpo? O que posso e o que não posso fazer? Essas questões precisam urgentemente ser respondidas por profissionais habilitados para tal, a fim de garantirmos uma saúde integral à população trans.

Diante do quadro de necessidades específicas das travestis surgem os ambulatórios TT's como a solução para se ter um tratamento adequado. Entendemos a importância dos ambulatórios TT's como um recurso

emergencial a um atendimento que supra as necessidades de saúde das pessoas trans, mas entendemos também a necessidade de um atendimento digno e igualitário em qualquer dos segmentos de saúde procurados.

A partir da construção deste trabalho, procuramos entender se existe relação entre o caminho que leva à estigmatização e discriminação das travestis e o acesso e qualidade dos cuidados em saúde oferecidos a essa população no âmbito da atenção primária.

O usuário, quando procura atendimento em saúde, em geral, chega com aspectos como sofrimento, preocupação e fragilização o acompanhando. Com base nisso, vimos a importância da proposta de Teixeira de um *acolhimento dialogado*, isto é, uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento. Por sua vez, o acolhimento é condição necessária para a efetivação do cuidado, no sentido que adotamos, de uma atenção à saúde que não seja movida tão somente pela razão instrumental da racionalidade da biomedicina. Adotamos também a concepção de Ayres de “projeto de felicidade”, como referência que nos permite compreender o que as pessoas estão buscando nas capacidades instrumentais da saúde e permite que elas compreendam o que essas capacidades e tecnologias tem a oferecer de volta. Então, se faz necessário, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade do usuário, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos implicados nesse processo.

Segundo Ayres, o cuidado busca ser um ‘espaço relacional’, que trata o assistido também como sujeito. Condizente com o significado de cuidado para

as nossas entrevistadas, que o entenderam a partir dos seguintes sentidos: cuidado como humanização, diálogo, respeito, igualdade e transmissão de informações. A ideia de cuidado vem tentar reconstruir, a partir dos problemas apontados, uma atenção integral à saúde, buscando recompor relações e competências que estão fragmentadas, empobrecidas e desconexas.

Finalizamos nosso estudo indo em busca de horizontes que nos guiem rumo a um acolhimento efetivo e humanizado das nossas protagonistas, tivemos a ênfase na necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde, bem como *capacitação dos profissionais da rede de saúde, diálogo com o movimento social, aproximação com o sujeito travesti, e campanhas de divulgação.*

A existência de documentos que abordem a questão da discriminação da população trans nos espaços de saúde não é garantia de efetivação dos seus direitos. No dia a dia, elas esbarram na falta de preparo dos profissionais de saúde e na pouca estrutura e aceitabilidade dos serviços em recebê-las.

Nas unidades de saúde trabalham pessoas com origens sociais e formações distintas, e desconsideram-se os aspectos culturais envolvidos no processo de cada um e na sua relação com o trabalho. Portanto, leis, portarias, decretos, cartazes e cartilhas, afirmando sobre direitos ou ensinando como deve-se tratar alguém travesti ou transexual não entrará por osmose nas atitudes desses profissionais, podem não fazer sentido para eles, pois são apresentados de forma prescritiva, acreditando que o simples contato com aquelas informações poderá mudar seus valores e suas práticas. Os profissionais de saúde não irão lê-las e automaticamente mudar as suas

atitudes, é preciso outras formas de intervenção que interfiram nesse contexto da saúde: “Papel aceita tudo, aí você bota lá muitas coisas. Agora, fazer acontecer é um desafio”.

Percebemos, ainda, a desarticulação entre o SUS, a universidade e o movimento social. Há iniciativas nesses três locais no tocante a melhoria de vida da população trans, porém, são iniciativas isoladas, que se dialogassem entre si surtiriam ações mais efetivas. É preciso que se trabalhe em conjunto para ver acontecer as mudanças, de fato, na prática, para que o respeito possa ser alcançado, condição básica para o cuidado em todas as esferas.

A atenção primária à saúde, por sua vez, é um lugar propício para um cuidado de fato humanizado, em especial o espaço da Estratégia Saúde da Família como um lócus prioritária da APS, no sentido de sua potencialidade em se organizar de acordo com os preceitos do SUS. Como defende Nogueira da Silva, se a Estratégia Saúde da Família pode ser um local para humanização do cuidado às travestis, o respeito abrirá as portas para tal acolhimento.

Nesse contexto, a autora adverte que nossas necessidades, nossos sentidos só podem ser chamados de humanos se forem compartilhados. Assim como o ato meramente técnico elimina a palavra, que é necessariamente pessoal e subjetiva e precisa do reconhecimento do outro; a negação do nome social, no cotidiano das travestis quando na busca por saúde pode ser chamada de desumanização no cuidado às travestis, além do não reconhecimento, imprimir uma violência emocional e, por vezes, a morte social. É urgente um trabalho efetivo na formação dos profissionais de saúde para que

mudanças nesse sentido possam ser alcançadas, bem como no cotidiano de nossa vida cercada por atitudes discriminatórias.

Chegando ao final desse escrito podemos afirmar que muito foi aprendido nessa pesquisa em diálogo com as travestis, mas muito mais há ainda a se aprender. É apenas o início de muitas tarefas a serem realizadas, junto à população travesti e junto aos profissionais da saúde pública. Nós não encontramos resultados conclusos, e sim possibilidades de caminhos a serem percorridos por todos que se sentirem afetados por essa realidade que pede por mudança. Demos vozes às travestis e já não é possível nos fazermos de surdos. “Porque surge efeito, pode não surgir efeito em 1, 2, mas aquela sementinha vai ficar plantada”, como bem nos ensina Gisele. Com este trabalho plantamos nossa semente, mas precisamos CUIDAR para que ela se desenvolva e gere muitos frutos.

## Referências

- Aggleton, P., & Parker, R. (2001). Estigma, Discriminação e AIDS. *Coleção Cidadania e Direitos, 1*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Ambulatório. (2014). Ambulatório na PB para travestis e transexuais realiza 350 atendimentos. Recuperado a partir de: <http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2014/01/ambulatorio-na-pb-para-travestis-e-transexuais-realiza-350-atendimentos.html>
- Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva, 14*(4), 1141-1149.
- Arilha, M.; Lapa, T.S.; & Pisaneschi, T.C. (Orgs.). (2010). *Transexualidade, travestilidade e direito à Saúde*. São Paulo: Oficina Editorial.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. 2a Ed, São Paulo: Hucitec.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 8(14), 73-92.
- Ayres, J. R. C. M. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva, 10*(3), 549-60.
- Ayres, J. R. C.M. (2007). Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, 17*(1), 43-62.
- Ayres, J. R. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde. *Saúde e Sociedade, 18*(2).
- Benedetti, M. R. (2005). *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Bento, B. (2010). Gênero: uma categoria cultural ou diagnóstica? In M. Arilha, T. S. Lapa & Pisaneschi, T.C. (Orgs.), *Transexualidade, travestilidade e direito à Saúde*. São Paulo, Oficina Editorial.
- Bento, B. (2012). Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2655-2664.
- Bernini, L. (2011). Macho e fêmea Deus os criou!? A sabotagem transmodernista do sistema binário sexual. *Revista Bagoas*, 6, 15-47.
- Borba, R. (2011). Narrativas orais e (trans)masculinidade: (re)construções da travestilidade (algumas reflexões iniciais). *Bagoas*, 6, 181-210.
- Borges, C. A., & Souza, M. (2012). Saúde das travestis: um desafio para a enfermagem.
- Brasil. (2004). Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e a discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Portaria N° 675/GM, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. *Diário Oficial da União*, Brasília: 31 mar. 2006. Seção I, p. 131.
- Brasil. (2006a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. *O SUS no seu município: garantindo saúde*

*para todos*. 2.ed., Brasília : Ministério da Saúde.

- Butler, J. (2002). *Cuerpos que Importam: Sobre los Limites Materiales y Discursivos Del Sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- Campos, O. (1969). O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. *Rev. Saúde públ.*, 3(1), 79-81.
- Caprara, A. (2002). Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), 923-931.
- Carrara, S. (2010). Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. *Bagoas*, 5, 131-147.
- Carrara, S., Ramos, S. (2005). *Política, direitos, violência e homossexualidade: pesquisa da 9ª Parada do Orgulho LGBT – Rio, 2004*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- Carvalho, M. (2013). Ver para não ser visto: visibilidade, estigma e reconhecimento no ativismo de travestis e transexuais no Brasil. *IV Colóquio Internacional de Doutorandos/as do CES*, 6-7 dezembro.
- Casemiro, L.C. (2011). Muito prazer, sou Amapô. As trajetórias de travestis e transexuais face a implementação da política pública de saúde. *Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. Direito, Relações Etnorraciais, Educação, Trabalho, Reprodução, Diversidade Sexual, Comunicação e Cultura* 04 a 06 de Setembro de 2011, Centro de Convenções da Bahia, Salvador.
- Cerqueira-Santos, E., Calvetti, P. U., Rocha, K. B., Moura, A., Barbosa, L. H., & Hermel, J. (2010). Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Revista Interamericana de psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 44(2), 235-245.
- Corrêa, A. K., & Valle, E. R. M. (2002). A pesquisa fenomenológica em saúde: uma possibilidade de compreensão da existência humana. In D. S. P. Castro, D. D. Pokladek, F. P. Azar, J. D. Piccino & R. S. Josgrilberg (Orgs.), *Existência e Saúde* (pp. 171-183). São Bernardo do Campo:

UMESP.

Damásio, A. C. (2011). Botando corpo e (re)fazendo gêneros. *Revista Bagoas*, 6, 211-241.

Decreto nº 22.331, de 12 de agosto de 2011. (2011). Dispõe sobre o direito ao uso de nome social por pessoas travestis e transexuais no âmbito da Administração Pública Direta e Indireta do Estado do Rio Grande do Norte. Recuperado a partir de: <http://www.gabinetcivil.rn.gov.br/acess/pdf/dec22.331.pdf>

Fry, P., MacRae, E. (1986). *O que é homossexualidade*. São Paulo: Brasiliense.

Gadamer, H. G. (2002). *Verdade e Método II*. Petrópolis: Vozes.

Gianna, M. C. (n.d). CRT DST/Aids-SP implanta primeiro ambulatório para travestis e transexuais do país. *SUS: Mosaico de Inclusões*, 3(2), p.1182-1189.

Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*. 35(2), 57-63.

Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC.

Gomes, R. et al. (2005). *Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Habermas, J. (1996). *Racionalidade e comunicação*. Lisboa: Edições 70.

Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3(24), 363-372.

Jesus, M. C. P., Peixoto, M. R. B., & Cunha, M. H. F. (1998). O paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e fenomenológicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(2), 29-35.

- Kulick, D. (2008). *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Leão, A. (2006). *As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo.
- Leite Jr, J. (2008). *“Nossos corpos também mudam”*: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Lionço, T. (2008). Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. *Saúde Soc*, 17 (2), 11-21.
- Lucena, C. M. F. C. (2011). *O oncologista clínico diante da morte: Implicações para a produção do cuidado* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Machado, C. (2010). Transexualidade, direitos e saúde: aspirações e demandas das mulheres transexuais, na visão crítica de uma mulher transexual. In M. Arilha, T. S. Lapa, & T. C. Pisaneschi (Orgs.), *Transexualidade, travestilidade e direito à Saúde*. São Paulo, Oficina Editorial.
- Mattos, R. (2001). Os Sentidos da Integralidade: Algumas Reflexões. In Pinheiro, Roseni & R. Mattos (Orgs.), *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Mead, M. (1969). *Sexo e Temperamento*. São Paulo: Perspectiva.
- Mello, G. A., Fontanella, B. J. B., & Demarzo, M. M. P. (2009). Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. *Rev. APS*, 12(2), 204-213.
- Mello, L., Perilo, M., Braz, C. A., & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 9, 7-28.

- Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2002). *Hermenêutica e Dialética como caminho do pensamento*.
- Minayo, M.C.S. (1996). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Muller, M. I. (2007). *Os médicos nunca me tocaram um dedo! Eu cansei daquele posto!: A percepção das travestis quanto ao atendimento em saúde* (Monografia de Especialização). UFRGS: Porto Alegre.
- Muller, M. I., & Knauth, D. R. (2008). Desigualdades no SUS: O caso dos atendimentos às travestis é “babado”! *Cadernos Ebape*, 6 (2), 1-14.
- Nogueira da Silva, G. S. (2011). *AIDS: Da estigmatização ao acolhimento da vida*.
- Nogueira da Silva, G. S. (2014). A Humanização do Cuidado diante da Morte: “Quando a prática queima os dedos”. In L. Pessini, L. Bertachini & C. P. Barchifontaine (Orgs.), *Bioética, cuidado e humanização: sobre o cuidado respeitoso* (pp. 405-427). Vol II. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos.
- Nogueira-Martins, L. A. (1994). *O stress psicológico em Medicina* (Tese de doutorado). Escola Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Paiva, V. (2005). *Analysing sexual experiences through scenes: a framework for sexuality education and evaluation*. London: Sex education March.
- Pasche, D. F., & Passos, E. (2008). A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde públ.*, 1(1), jan./jun.
- Pelúcio, L. (2009) *Abjeção e Desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS*. São Paulo: Annablume, FAPESP.

- Pereira, L. N., & Silva, T. D. (2013). Em cartaz: a individuação do sujeito travesti pelo estado nos postos de saúde pública. *Anais do SILEL*, 3(1). Uberlândia: EDUFU.
- Peres, W. S. (2008). Travestis: corpo, cuidado de si e cidadania. *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis: de 25 a 28 de agosto de 2008.
- Peres, W. S. (n.d.). *Travestis, Cuidado de Si e Serviços de Saúde: Algumas Reflexões*.
- Poli Neto, & Caponi, S. N. C. A. (2007). Medicalização da beleza. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 11(23), 569-84.
- Preciado, B. (2008). *Testo Yonqui*. Madri: Espasa.
- Rassi, A. P. (2012). Do acontecimento histórico ao acontecimento discursivo: uma análise da “Marcha das vadias”. *Rev. Hist. UEG - Goiânia*, 1(1), 43-63.
- Ricoeur, P. (1995). *Hermeneutics and the human sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Romano, V. F. (2008). As Travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde Soc*, v.17 (2), 211-219.
- Rubin, G. (1993). *O tráfico de Mulheres: Notas sobre a “economia política” do sexo*. Edição S.O.S Corpo. Recife, 1993.
- Scholze, A. S., Duarte Junior, C. F., & Silva, Y. F. (2009). Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface - comunic., Saude, Educ.*, 13 (31), 303-14.
- Schraiber, L. B., Mendes-Gonçalves, R. B. (2000). Necessidades de saúde e atenção primária. In L. B. Schraiber, M. I. B. Nemes & R. B. Mendes-Gonçalves (Orgs.). *Saúde do Adulto: Programas e ações na unidade básica* (pp. 29-47). 2 ed. São Paulo: HUCITEC.

- Schraiber, L. B. (2012). Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2635-2644.
- Silva, G. S. N. (2002). AIDS: O adversário que nos reaglutina. In Santos, T.F. (Org.), *Saúde Sexual e Reprodutiva: uma abordagem multidisciplinar*. Recife: Editora Massangana.
- Silva, G. S. N. (2006). *A construção do “ser médico” e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado* (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Spink, M. J. (1993). *O Conhecimento no Cotidiano. As representações sociais na perspectiva da Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense.
- Tagliamento, G. (2012). *(In)visibilidades caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral* (Tese de doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Teixeira, R. R. (2005). Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 585-597.

## **Apêndices**

## APÊNDICE A - INSTRUMENTOS DE PESQUISA

### Roteiro de entrevista<sup>8</sup>

O roteiro está exposto fazendo referências aos temas centrais da investigação, ou seja, os objetivos. Os tópicos iniciais estão dispostos sob forma de perguntas, mas estas serão realizadas em conversação, evitando o caráter meramente interrogativo. Os tópicos seguintes indicam as questões as serem exploradas na entrevista

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Sexo -

Idade -

Grau de escolaridade -

Profissão -

Bairro em que reside -

(“SER TRAVESTI”)

---

<sup>8</sup> Como se trata de uma entrevista em profundidade, as questões servem apenas de roteiro para o entrevistador (a). Sua forma pode ser adaptada para cada entrevistado, sem que se perca a ideia da cada questão.

- Fale um pouco sobre você, sua vida.
- Você se considera travesti?
- O que significa ser travesti para você?

(“ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”)

- Fale um pouco sobre os serviços de saúde que você já procurou.
- Quais serviços procuram. Explorar (se atenção primária, quais e/ou outros)
- Razões pelas quais as travestis procuram os serviços. *Explorar (adoecimentos, questões de prevenção e promoção da saúde).*

3. Você tem dificuldades para ser atendido nas unidades de saúde? *(Trata-se da questão do acesso. Em caso de resposta positiva, perguntar qual ou quais)*
4. Em sua opinião, como deve ser um atendimento? *(Explorar concepções de cuidado e identificar de que atendimento ele fala)*
5. Você gosta de ser atendido nas unidades de saúde? Por quê? Exemplificar *(Explorar os aspectos positivos e negativos relativos ao médico e todos profissionais, desde o porteiro)*
6. Descreva um atendimento que tenha recebido em unidade básica (se não tiver outro serviço) na rede de saúde pública, desde a sua chegada, até a sua saída? *(Explorar os sentimentos)*

No caso de ter sido mal recebido (Explorar: A quem você relaciona esse mal atendimento?)

7. Você gostaria de ter sido recebido diferente do que foi? Se sim, como?
8. Você recomendaria alguma unidade de saúde para outro travesti? Por quê?
9. O que você recomendaria para que o serviço melhor atendesse aos (as) travestis?
- 10.- Na sua opinião o fato de você ser travesti interfere no acesso aos serviços de saúde?

### **O roteiro da oficina com uso de “cenas”**

Passos:

Dinâmica de apresentação – “quebra – gelo”

“Contrato Simbólico” – explicação dos objetivos, formato da oficina, e discussão das regras de respeito à diferença, sigilo e confiança.

#### **Cena 1:**

Após um breve aquecimento, com caminhada pela sala e exercícios de respiração ao som de música clássica, os participantes sentam-se e são

orientados a fecharem os olhos e se deixarem envolver por uma cena que irão criar mentalmente a partir das instruções:

*“Construa uma cena onde existe um paciente travesti que procura atendimento em alguma Unidade Básica de Saúde, nessa unidade ela é mal atendida. Crie o roteiro, a situação em que você chega e as características do seu atendimento: O que você sente, quem está com você, como age, como as pessoas que você tem contato também agem. Descreva com o máximo de detalhes o que aconteceu...”*

É pedido, após alguns minutos, que abram os olhos e relatem a cena em um papel com o maior detalhamento possível.

Esgotado esse momento, procura-se fazer um rápido relaxamento para aquecer o início de outra fantasia dirigida. Segue o mesmo processo, com a seguinte orientação:

### **Cena 2:**

Após um breve aquecimento com caminhada pela sala e exercícios de respiração ao som de música clássica, os participantes sentam-se e são orientados a fecharem os olhos e se deixarem envolver por uma cena que irão criar mentalmente a partir das instruções:

*“Construa uma cena onde existe um paciente travesti que procura atendimento em alguma Unidade Básica de Saúde, nessa unidade ela é bem atendida. Crie o roteiro, a situação em que você chega e as características do seu atendimento: O que você sente, quem está com você, como age, como as pessoas que você tem contato também agem. Descreva com o máximo de detalhes o que aconteceu...”*

É pedido, após alguns minutos, que abram os olhos e relatem a cena em um papel com o máximo o maior detalhamento possível.

Quando todos terminam, o exercício é compartilhado na discussão em grupo.

O fechamento da oficina ocorre após o debate da atividade citada acima mediante uma avaliação sobre como os participantes se sentiram com a experiência, sendo pedido que expressem o resumo do vivido por meio de uma palavra.

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA**

Prezado(a) Sr.(a)

Solicito autorização para gravar o áudio da entrevista que realizaremos, cujos depoimentos serão utilizados numa pesquisa que procura, dentre seus objetivos, compreender a vivência das travestis na busca por cuidados em saúde, no âmbito da atenção primária na cidade de Natal-RN.

As entrevistas constituem parte do projeto da pesquisa “Travestis na Atenção Primária: O cuidado em saúde na cidade de Natal”, referente ao Trabalho de Conclusão de Curso do mestrado de Psicologia, sob orientação da professora doutora Geórgia Sibeles Nogueira da Silva e sob a responsabilidade da pesquisadora Antonia Nathalia Duarte de Moraes.

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista. Você pode inclusive ouvir a gravação das entrevistas e solicitar que seja retirado o que você não concorda.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Se, durante ou após a entrevista, você sentir alguma necessidade de acompanhamento de ordem-emocional poderá ser encaminhado a um serviço

de Psicologia. Cabe registrar que todos os pesquisadores possuem condições de oferecer um acolhimento e suporte terapêutico inicial, devido serem profissionais de psicologia.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização

Qualquer dúvida, o Sr.(a) poderá entrar em contato com o responsável pela pesquisa (Antonia Nathalia Duarte de Moraes. Celular: 84-96751760. [nathaliaduartem@hotmail.com](mailto:nathaliaduartem@hotmail.com)) ou com a orientadora da pesquisa (Geórgia Sibeles Nogueira da Silva. Celular: 84-94710024. [gsibele@uol.com.br](mailto:gsibele@uol.com.br)).

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

\_\_\_\_\_  
(nome do entrevistado)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(nome do pesquisador)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

\_\_\_\_\_  
(data)

**Natal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.**

## **APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CENAS**

Prezado(a) Sr.(a)

Solicito autorização para gravar o áudio da oficina de cenas que realizaremos, cujos depoimentos serão utilizados numa pesquisa que procura, dentre seus objetivos, compreender a vivência das travestis na busca por cuidados em saúde, no âmbito da atenção primária na cidade de Natal-RN.

A oficina constitui parte do projeto da pesquisa “Travestis na Atenção Primária: O cuidado em saúde na cidade de Natal”, referente ao Trabalho de Conclusão de Curso do mestrado de Psicologia, sob orientação da professora doutora Geórgia Sibeles Nogueira da Silva e sob a responsabilidade da pesquisadora Antonia Nathalia Duarte de Moraes.

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da cena. Você pode inclusive ouvir a gravação das cenas e solicitar que seja retirado o que você não concorda.

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento durante a nossa conversa.

Seu nome será mantido em segredo e as informações que você nos fornecerá não serão identificadas como suas. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso da pesquisa e para a produção de artigos científicos.

Se, durante ou após a cena, você sentir alguma necessidade de acompanhamento de ordem-emocional poderá ser encaminhado a um serviço de Psicologia. Cabe registrar que todos os pesquisadores possuem condições de oferecer um acolhimento e suporte terapêutico inicial, devido serem profissionais de psicologia.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização

Qualquer dúvida, o Sr.(a) poderá entrar em contato com o responsável pela pesquisa (Antonia Nathalia Duarte de Moraes. Celular: 84-96751760. [nathaliaduartem@hotmail.com](mailto:nathaliaduartem@hotmail.com)) ou com a orientadora da pesquisa (Geórgia Sibeles Nogueira da Silva. Celular: 84-94710024. [gsibele@uol.com.br](mailto:gsibele@uol.com.br)).

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas pelo pesquisador.

\_\_\_\_\_  
(nome do entrevistado)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(nome do pesquisador)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)

\_\_\_\_\_  
(data)

**Natal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.**

