



A SUA UNIVERSIDADE

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

ROBERTA CRISTINA GOBBI BACCARIM

**A GARANTIA DOS DIREITOS À SAÚDE DE TRAVESTIS E
TRANSEXUAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE CURITIBA/PR: UMA
ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

CURITIBA

2017

ROBERTA CRISTINA GOBBI BACCARIM

**A GARANTIA DOS DIREITOS À SAÚDE DE TRAVESTIS E
TRANSEXUAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE CURITIBA/PR: UMA
ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito necessário para a obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde na Comunidade

Orientadora: Profa. Dra. Grazielle Tagliamento

Curitiba

2017

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydnei Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

B114 Baccarim, Roberta Cristina Gobbi.

A garantia dos direitos à saúde de travestis e transexuais
em serviços de saúde de Curitiba/PR: uma análise das práticas
de profissionais da saúde / Roberta Cristina Gobbi Baccarim;
orientadora Prof^a. Dr^a Grazielle Tagliamento.

105f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná,
Curitiba, 2017.

1. Travesti. 2. Transexual. 3. Saúde. 4. Estigmatização.
5. SUS. I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-
Graduação em Psicologia / Mestrado em Psicologia. II. Título.

CDD – 362.1098162

Yet to be born, you are already dead
You sleep with a gun beside you in bed
You follow through to the obvious end:
 See your veins wide open
 You bleed it out
Who's gonna take you home tonight?
 Who's gonna take you home?
Does God bless your transsexual heart,
 True Trans Soul Rebel?

(True Trans Soul Rebel, Laura Jane Grace – Against Me!)

Agradecimentos

À Universidade Tuiuti do Paraná, pelo compromisso com a qualidade do programa de mestrado e das/os docentes.

À minha orientadora Prof. Dra. Grazielle Tagliamento, por realmente tudo. Pela orientação acadêmica e profissional. Pelo apoio e incentivo. Você é um modelo para mim. Sem você, o meu processo de (des)construção não teria sido o mesmo, o que sou infinitamente grata.

À Prof. Dra. Ana Claudia Wanderbroocke e ao Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia, por aceitarem a participação na banca e suas contribuições para a elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, Alberto e Antonia, pela vida, apoio financeiro e emocional incondicional, e por respeitarem essa “filhota maluca”, que os ama absurdamente.

À minha irmã e irmão. Nestes últimos anos cada um de nós passou por momentos difíceis, e a possibilidade de uma vida sem vocês faria desses momentos insuportáveis. Que o nosso amor e parceria nunca acabem.

À Marcelina Gobbi, mulher guerreira de sangue indígena, que me ensinou a amar incondicionalmente todas as formas de vida. Você estará sempre comigo.

À amiga Mari Bonadio, pelas conversas, vinhos, incentivo e por ter me respondido, quando eu disse que não me sentia vítima de uma cultura machista: “Amiga, eu acho que você nunca pensou a respeito”. Você estava certa, obrigada.

Às/-aos amigas/os de formação na FMUSP, pelas ótimas conversas, congressos e afeto. Em especial à Fernanda Bonato e Eduardo Medici, que estão sempre ao meu lado, para os bons momentos e para os ‘perrengues’.

À amiga Dra. Viviane Hoffman, que mesmo longe sempre acolheu minhas angústias sobre a pesquisa e vida.

Às pessoas envolvidas com esta gestão do Conselho Regional de Psicologia, pelo seu posicionamento de luta na busca da garantia de direitos e pautas de gênero e sexualidades. Que possamos sempre resistir.

Ao povo da Umbanda, que me acolheu e tem participado desse processo de construção pessoal. Em especial ao cigano Pablo, por acalentar minhas preocupações.

Ao (am)Igor Diniz, pelo amor e admiração. Você sabe que é recíproca. Que a gente nunca se perca novamente.

À Andrea de Alvarenga Lima, pelo incentivo, acolhimento das angústias e suporte emocional nestes 7 anos.

Às-aos amigas/os do mestrado, pela parceria, ótimos debates e amizade. Força!

A todas as pessoas que fizeram parte da minha vida, amigos de Londrina, Curitiba, São Paulo. Vocês fazem parte deste trabalho.

A Dilton e Simara, pelo carinho, compreensão e suporte. Vocês conhecem esta caminhada e estiveram dispostos a me apoiar.

À minha família, Will, Liz, Rocco e Linda. Liz, por ser a melhor enteada do mundo, e pela compreensão com meus momentos de ausência para a escrita. Que a gente possa sempre ouvir músicas no volume máximo no caminho da escola. Rocco e Linda, por esquentarem meu colo e me fazerem companhia nas muitas horas de cadeira. E Will, por estar comigo nesse processo de (des)construção, pelo apoio, carinho, por baixar filmes na internet quando eu não sei fazer isso, pelas noites jogando videogame, pela parceria. Este trabalho é para a nossa vida.

Resumo

Embora existam políticas públicas visando garantir o direito à saúde integral para pessoas travestis e transexuais, pesquisas apontam inúmeras dificuldades que essa população enfrenta quando busca atendimento pelo Sistema Único de Saúde. Esta pesquisa buscou, através de entrevistas com profissionais da saúde de Curitiba/PR, analisar a dimensão programática da vulnerabilidade ao adoecimento de travestis e transexuais. Foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas com perguntas geradoras, abordando o conhecimento das/os profissionais da saúde sobre transexualidades e travestilidades, de políticas públicas de saúde para travestis e transexuais, e experiências de atendimento. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise das práticas discursivas das/os profissionais da saúde por meio das categorias conceituais: aceitabilidade, acessibilidade, qualidade e disponibilidade. Posteriormente, os resultados foram analisados a fim de compreender se as práticas aumentam ou diminuem a vulnerabilidade programática de travestis e transexuais ao adoecimento, segundo o quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. Observou-se que, salvo a política do uso do nome social, as/os profissionais da saúde desconhecem as políticas de saúde para a população travesti e transexual; e que não tiveram nenhuma qualificação sobre saúde integral de travestis e transexuais. Através do estudo das normas regulatórias de gênero e da heteronormatividade da teoria *queer*, pôde-se relacionar que estas incidem diretamente na prática das políticas de saúde nos serviços e no atendimento a travestis e transexuais, aumentando a vulnerabilidade programática ao adoecimento e, consequentemente, as vulnerabilidades sociais e individuais.

Palavras-chave: Travesti; Transexual; Saúde; Estigmatização; SUS.

Abstract

Although there are public policies aimed at guaranteeing the right to integral health care for transvestites and transsexuals, research shows that there are many difficulties that this population faces when seeking care by the Unified Health System. This research sought, through interviews with health professionals of Curitiba/PR, to analyze the programmatic dimension of vulnerability to illness of transvestite and transsexuals. Individual and semi-structured interviews with generative questions were conducted, addressing the health professionals' knowledge about transsexuality and transvesties, public health policies for transvestites and transsexuals, and care experiences. For the analysis of the data, the analysis of the discursive practices of health professionals was used through the conceptual categories: acceptability, accessibility, quality and availability. Subsequently, the results were analyzed in order to understand if practices increase or decrease the programmatic vulnerability of transvestites and transsexuals to illness, according to the vulnerability and human rights framework. It was observed that, except for the social name use policy, health professionals do not know the health policies for transvestite and transsexual population; and that they did not have any qualification on the integral health of transvestites and transsexuals. Through the study of gender norms and the heteronormativity of queer theory, it can be related that these directly affect the practice of health policies in services and care for transvestites and transsexuals, increasing the programmatic vulnerability to illness and, consequently, social and individual vulnerabilities.

Keywords: Transvestite; Transsexual; Health; Stigmatization; SUS.

Sumário

Apresentação.....	8
1 Introdução	10
2 (Des)Fazendo Gênero	21
3 Processos de Estigmatização e Discriminação	29
3.1 Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos	33
4 Políticas Públicas de Saúde para Travestis e Transexuais	37
5 Objetivos.....	45
5.1 Objetivo geral	45
5.2 Objetivos específicos	45
6 Método	46
6.1 Sobre o campo	47
6.2 As/Os entrevistadas/os.....	49
6.3 Análise de dados	51
7 Práticas Cotidianas de Profissionais da Saúde para o (Não)Acesso de Travestis e Transexuais aos Serviços de Saúde	56
7.1 Aceitabilidade e acessibilidade.....	56
7.2 Qualidade e disponibilidade	64
8 Aumento e/ou Redução da Vulnerabilidade Programática	77
9 Considerações Finais	89
Referências	92
Apêndices.....	99
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	99
Apêndice 2 – Roteiro de Entrevista.....	101
Apêndice 3 – Declaração de Infraestrutura e Autorização para o uso desta	102
Anexo	103
Anexo 1 – Tabela 1: Trajetória das ações estatais voltadas para a população LGBT em âmbito federal	103

APRESENTAÇÃO

A trajetória pós-formação no curso de psicologia foi marcada por vários altos e baixos de identificação com a profissão escolhida. O medo da clínica, o (des)contentamento com a organizacional, e o que parecia mais uma impossível empreitada, de me encontrar satisfeita no exercício dos 4 anos de formação e mais 2 de especialização. Era 2012, eu trabalhava em São Paulo e morava com amigas. Sempre fui festeira e, em uma tarde ensolarada de domingo, depois de vários vinhos e uma macarronada que eu tinha feito para amigues, decidi mostrar um livro que havia comprado na Livraria Cultura sobre reflexologia sexual. Era um livro com exercícios e saberes da cultura oriental, ilustrado, que eu achei divertido, pois tinha exercícios para desempenho sexual, como puxar os testículos ao mesmo tempo que tossia três vezes com a língua para fora. Eis que um amigo, ex-namoradinho de pré-adolescência e também psicólogo, me perguntou: “Roberta, por que você não faz uma especialização em sexualidade? É a sua cara!” Meu mundo sorriu. Desconhecia o campo. Fui atrás de uma formação bastante decidida de que iria trabalhar nesse campo.

Entrei no curso de especialização em sexualidade humana da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e, no primeiro dia de aula, eu estava entusiasmadaíssima. Sentei na frente (perco a concentração muito fácil, por isso sempre procuro sentar na fileira onde a informação vem direto). Tivemos a presença de algumas pessoas que eram atendidas no ambulatório de sexualidade da universidade. Essas pessoas vieram nos contar o “problema” delas e foi utilizada a técnica de *role playing*, onde o professor estava no papel de terapeuta e a pessoa no lugar, bem... dela própria. Isso feito, as pessoas da turma puderam fazer perguntas para as/os convidadas/os. E naquele momento eu choquei. Choquei com a indelicadeza das perguntas, com a coragem de fazê-las e com o caráter de “confesse a mim” com o qual as perguntas invadiam aquelas pessoas encobertas pelo manto da medicina. Invadiam as suas subjetividades e,

principalmente, sua dor. As viagens para São Paulo (já havia retornado para Curitiba) eram ótimas, principalmente pelas amizades que carregarei por toda a vida, e muita coisa foi válida ali. Não abordávamos políticas públicas, estudos de gênero, teóricos de outras áreas que não dos saberes psi. Na escrita da monografia, lembro-me de ter pedido ao Will: “Eu não nasci para escrever. Se eu quiser fazer um mestrado, por favor, me impeça!”

Em 2015, começaram a aparecer convites para palestras e mesas-redondas sobre sexualidades e gênero, e meu mundo sorriu novamente. Era isso, eu queria estar na sala de aula, com essas pessoas tão incríveis e diferentes umas das outras. Recebi o apoio da minha psicóloga e anunciei para o Will: “Está decidido, vou fazer mestrado!”, e ele não só não me impediu (como eu havia suplicado para que fizesse), como me incentivou muito!

Lá estava eu, animadíssima novamente, sem saber o que me esperava. Foi uma porrada. Um processo de (des)construção absurdo. Uma turma pequena (e maravilhosa!) no programa de Psicologia Social Comunitária (PSC) que “pegava senha” para chorar no banquinho. Eram muitas novas vivências, debates, novas teorias, tudo tão humanizado que emocionava... e angustiava. Onde eu estivera até aquele momento? Estava muito feliz de estar ali.

Eu escolhi esse programa porque escolhi minha orientadora e, claro, porque ela me aceitou. Começamos a trabalhar no tema da pesquisa e rapidamente identificamos que não havia muitas pesquisas sobre o acesso aos serviços de saúde para travestis e transexuais pela perspectiva das/os profissionais da saúde. Pronto. Estava decidido. No meio do caminho, tive oportunidades extraordinárias de conhecer pessoas trans plurais, e de estar ao lado delas, fosse para um abraço, ou para fazer mudança. O mestrado me mudou, e eu espero ter contribuído pelo menos um pouco com as pessoas que entrevistei. Assim como espero contribuir com cada um que leia este trabalho. Saibam que ele fez parte de um processo de humanização, de uma mulher que pretende estar sempre na luta pela garantia dos direitos das pessoas LGBTIs.

1 INTRODUÇÃO

A partir daquele momento, eu de certa forma desisti do programa de saúde público, que é o que muitas travestis e transexuais fazem
(L. apud Tagliamento, 2013, p. 119).

Este é o trecho da fala de uma jovem transexual de 21 anos para uma pesquisa realizada na cidade de Curitiba/PR sobre o (não) acesso das mulheres travestis e transexuais aos serviços de saúde (Tagliamento, 2013). Nas bases de dados, esta pesquisa não está sozinha, ela faz parte de um coro de vozes que indica os processos de estigmatização e discriminação que essa população vivencia ao tentar acessar a saúde integral.

As expressões de gênero travestis e transexuais implicam, a grosso modo, a identificação e desejo de viver de acordo com o que a sociedade confere a outro gênero que não o atribuído no nascimento, e não estão necessariamente vinculadas ao desejo de intervenções clínicas ou cirúrgicas (Oliveira, 2010). Segundo Butler (2016), existe uma preocupação sobre a teoria, a definição sobre “quem é uma pessoa trans”¹, sobre os acordos e desacordos em torno dessas definições e de quem as pode elaborar. O equivocado consenso de que o (re)conhecimento advém da definição, para que logo se possa pensar em políticas públicas, direitos, legislação e regulação de corpos e vivências, na verdade, fortalece discursos que operam argumentos hegemônicos sobre as finalidades – “o que deve acontecer” – para determinada população e de como esses mecanismos vão funcionar, e que torna a vida menos “vivível” (Butler, 2016).

Não é só no Brasil que, para o discurso acadêmico, médico e psi – psicológico, psicanalítico e psiquiátrico –, as travestilidades e transexualidades relacionam-se intimamente com o discurso biomédico sobre distúrbios do desejo sexual e de identidade de gênero, em uma perspectiva limitante, associada aos órgãos genitais, que derivam dos diagnósticos psiquiátricos

¹ Travestis, transexuais, transgêneros e expressões plurais de gênero que fogem das normas sociais.

de “travestismo” e “transexualismo” presentes em manuais psiquiátricos (Barbosa, 2015). Segundo o autor, o processo de construção dos conceitos acerca das identidades de gênero produziu noções diagnósticas que foram amplamente divulgadas a partir de uma autoridade hegemônica e global que a medicina ocidental adquiriu a partir do século XX, e que engendram intensos regimes de subjetivação. A catalogação das experiências individuais relacionadas ao gênero que rompem os limites do feminino/masculino impõe, por meio de critérios rígidos, a classificação das pessoas como portadoras de anomalias (Garcia, 2009). Cabe aqui fazer um recorte para ressaltar que o termo ‘identidade de gênero’ será utilizado neste texto por ter sido escolhido pelos movimentos sociais na busca da garantia de direitos, portanto reconhecendo seu caráter político. Porém, considera-se que as expressões de gênero são plurais e não obrigatoriamente relacionadas a conceitos de identidade.

Partindo de um posicionamento crítico, pesquisadoras/es nacionais engajadas/os no movimento pela despatologização das transexualidades e travestilidades têm denunciado o viés patologizante das classificações médicas e suas consequências nas vidas das pessoas travestis e transexuais e na elaboração das políticas de saúde (Barbosa, 2015). Bento (2006) aponta o poder que a classificação médica tem de apagamento e deslegitimação da pluralidade de pessoas travestis e transexuais, visto que imprime nos corpos um conjunto de regras identificadas nos manuais como práticas e sentimentos apropriados às/-aos “verdadeiras/os transexuais” e “às verdadeiras travestis”. Não obstante, tais definições simplificam os processos históricos de perspectivas teóricas, que são “parte de um embate constante acerca de como pensar a respeito de termos básicos – como gênero, sexo, corpo” (p. 23), e são também responsáveis por uma essencialização das experiências e dos corpos, que nunca podem ser “capturado[s] por algum nome em específico” (Butler, 2016, p. 27). Nesse sentido, neste texto não se encontra uma “definição” do que são travestilidades e transexualidades, consideradas aqui como expressões plurais de gênero fora dos rígidos limites da norma social de gênero.

Antes de prosseguir, deve-se fazer alguns esclarecimentos sobre os termos utilizados neste trabalho. Algumas vezes poderá aparecer a sigla usada para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), pela relevância do trabalho das Organizações Não Governamentais (ONGs) e movimentos sociais assim autodenominados, e por incluírem a população referida neste estudo. O termo ‘população LGBT’ representa, em si, uma categoria ampla. Neste estudo, será mantida a atenção nos processos de estigmatização e discriminação nos serviços de saúde que atinjam as pessoas travestis e transexuais, ainda que alguns estudos utilizados tenham como participantes ou temática a população LGBT em geral.

Também optou-se por utilizar os termos ‘travestilidades/transexualidades’ e ‘travestis/transexuais’ em substituição ao termo ‘pessoas trans’ – comumente utilizado atualmente, e importante para o entendimento da diversidade das experiências de gênero e possível fluidez entre estas –, pois, como aponta Barbosa (2015), no Brasil, o ativismo de travestis e transexuais na busca de reconhecimento político de direitos teve seu início na luta de protagonistas que falavam a partir de uma identidade coletiva travesti, diferentemente de outros países que se organizaram em torno de categorias como transgênero/transexual. Assim, o surgimento desses sujeitos políticos assistiu a emergência de um desdobramento cultural na construção de um “orgulho travesti”, que é um reflexo do contexto brasileiro (Barbosa, 2015). Por esses motivos, considera-se uma decisão política de incentivo às protagonistas travestis a diferenciação dos termos na produção nacional sobre o tema, de modo a enfatizar sua importância nos movimentos sociais e lutas políticas e de reafirmação de que “travesti não é bagunça!”².

É importante também ressaltar que, com o uso do termo ‘transexual’, nos referimos a mulheres e homens transexuais, pois, conforme aponta Barbosa (2015), historicamente prevaleceu um apagamento dos homens transexuais, em que o protagonismo das experiências transexuais em pesquisas e discursos voltavam-se para o espectro da feminilidade, invisibilizando

² Bordão nacional cunhado pela travesti militante Luana Muniz no programa de TV Profissão Repórter, em maio de 2010, trecho facilmente encontrado no YouTube.

a pluralidade e as singularidades vivenciadas por homens transexuais. A invisibilidade, assim como as questões relativas ao corpo e à sexualidade, tem implicações diretas na saúde e bem-estar, físico e emocional, das pessoas, assim como em seus relacionamentos, sua possibilidade de atuação profissional e em outros campos relacionados à qualidade de vida (Vasconcelos, 2015).

Os processos de estigmatização e discriminação que acometem a vida de pessoas travestis e transexuais diariamente também exercem um papel fundamental nas condições de saúde, e são produtos de uma organização social que pensa o gênero de forma rígida e binária – homem/mulher, masculino/feminino –, perpetuando uma intolerância às pessoas que não correspondem ao gênero atribuído no nascimento (Costa, Pereira, Oliveira, & Nogueira, 2010). Para esses autores, faz-se necessária uma reapropriação e ressignificação dos espaços de convivência pública que visem à retirada dessas pessoas de uma condição de invisibilidade, situação que precariza suas condições de vida, de saúde e de direitos. Mais do que a invisibilidade, é a disposição dessas vivências à margem, onde dificilmente se encontra travestis e transexuais no transitar corriqueiro e nos ambientes de trabalho e estudo, pois, para estas, estão pré-designados locais de interação e ocupação específicos, como certas ruas (de noite) e espaços de convivência LGBTs (Tagliamento, 2015).

O desenvolvimento de uma consciência crítica relacionada aos processos de exclusão social e suas consequências teve início com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, estruturada em uma reunião da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas. É através e a partir dela que alguns Estados se comprometeram a trabalhar a fim de promover e garantir direitos comuns a todos, direitos que estão, primordialmente, baseados no princípio do respeito em relação ao indivíduo, e partem do pressuposto de que cada pessoa é um ser moral e racional, que merece ser tratado com igualdade e dignidade (United for Human Rights, 2008). Todavia, inexiste uma pronta agenda de direitos a serem aplicados, ou mesmo uma possível universalidade dos direitos humanos na prática, visto que se constitui no campo das disputas

políticas locais que estão inseridos no contexto socioeconômico temporal, “isto é, como a elite, articulada com o Estado, às vezes isolada, outras vezes articulada internacionalmente, aciona estratégias de defesa e ataque distantes das mesas de negociação e na contramão de valores compartilhados pelas convenções assinadas de direitos” (Lima, 2017, p. 46).

Dessa maneira, é no enfrentamento da invisibilidade para a busca de reconhecimento e garantia de direitos que o ativismo LGBT se insere na amplitude do “campo de disputa” relacionada aos direitos humanos, os quais estão sujeitos a diversas interpretações antagônicas (Prado, 2017). Segundo o autor, o campo é passível de formatações de ideologias hegemônicas culturais sobre o próprio conceito dos direitos humanos de minorias, podendo até afastá-los de sua construção histórica. Tais considerações são importantes na medida em que o cenário atual no Brasil configura um forte conservadorismo de setores religiosos oposicionistas das pautas LGBTs, principalmente no Legislativo, que reverbera em outros Poderes políticos, criando obstáculos para a implementação de políticas públicas e matérias legislativas voltadas à população LGBT, além de proporem projetos de lei reacionários e “boicotes” a medidas do Executivo (Pereira, 2016).

Algumas políticas públicas surgem sob a ótica dos direitos humanos, como uma resposta às emergências sociais advindas das desigualdades, na busca de soluções para as demandas da vida coletiva – sejam elas identificadas por constatação empírica, científica ou metodológica –, e sua formulação pode refletir a ação de diferentes atores sociais, sendo eles do âmbito legislativo, judiciário, político, institucional e social (Silveira, Cobalchini, Menz, Valle, & Barbarini, 2007). Segundo Tagliamento (2013), as políticas públicas são construídas pelo Estado, na maioria das vezes, em parceria com movimentos sociais e ONGs, e orientam-se para a melhoria das condições de vida da população, caracterizando uma via horizontal de regulação, por surgirem através de debates com a população. Silveira et al. (2007, p. 21) definem as políticas públicas como “um conjunto de normas que orientam práticas e respaldam os direitos dos indivíduos em todos os níveis

e setores da sociedade”, e ressaltam sua direção nos princípios de equidade de direitos e igualdade dos indivíduos, e de um compromisso com o sentido de justiça social, servindo, dessa maneira, para garantir e distribuir de maneira equânime os bens e serviços sociais. Porém, as pessoas travestis e transexuais vivenciam uma iniquidade no acesso aos serviços de saúde, mesmo com o aparato de políticas públicas que visam à promoção de saúde e proteção social, caracterizando um acesso desigual, parcial e excludente das diversidades (Guaranha & Nardi, 2015).

Alguns autores, como Sawaia (1999), que analisam em complexidade a produção e manutenção das exclusões sociais, ressaltam a importância de entendê-las como um processo sócio-histórico que transcende a dinâmica social e é vivido intensamente na subjetividade individual, de maneira que, para compreender as particularidades das exclusões, é necessário enfatizar “a dimensão objetiva da desigualdade social, a dimensão ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento” (p. 8). A autora destaca a contraditoriedade presente nesses processos, que ocorrem através do que ela chama de “dialética exclusão/inclusão”, em que a inclusão em si não é negada, o que é negado é uma inclusão digna, caracterizando um quadro de inclusão perversa. Ou seja, para Sawaia (1999), a exclusão, no sentido de estar totalmente fora do quadro, não existe, mas sim uma inclusão injusta ou marginal, onde, de algum modo, todos estamos inseridos “no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico.” (p. 8).

A marginalização que as pessoas travestis e transexuais sofrem dá-se pelo fato de elas não se enquadarem no sistema normativo de gênero e sexualidade imposto pela sociedade, escapando da classificação tradicional em que o gênero corresponde ao corpo anatomo-fisiológico (Tagliamento, 2013). Segundo Motta (2016), a diferença é vista como contraponto do que está inserido na norma, assim a constituindo e, ao mesmo tempo, fazendo-se marginal, por não ocupar esse espaço. Tal processo situa travestis, transexuais e diferentes sexualidades em um espaço de

discriminação e violência em diversos âmbitos, como, por exemplo, no mercado de trabalho, escolas e sistema de saúde (Tagliamento, 2013).

Para travestis e transexuais, mesmo havendo políticas públicas que busquem garantir o acesso aos serviços públicos de saúde, os processos de estigmatização e discriminação impossibilitam tal acesso, assim como comprometem a qualidade prestada nesses serviços de saúde (Tagliamento, 2013), conforme verificado em estudos nacionais e internacionais (Albuquerque et al., 2016; Bosse, Nesteby, & Randall, 2015; Gibson et al., 2016; Radix, Lelutiu-Weinberger, & Gamarel, 2014; Tagliamento, 2012) com pessoas travestis e transexuais, que apontam as barreiras e dificuldades relacionadas ao seu acesso à saúde. Conforme a pesquisa de Mello, Perilo, Braz e Pedrosa (2011) com ativistas LGBTs e gestoras dos serviços públicos de saúde, existem problemas estruturais que devem ser superados para que a universalidade dos serviços de saúde de qualidade possa ser assegurada à população brasileira. Principalmente, levando-se em consideração os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2013, que apontam que somente 27,9% da população brasileira tinha cobertura de algum plano de saúde, médico ou odontológico (IBGE, 2015), índice que deve ter diminuído pelo fator socioeconômico atual nacional: aumento da taxa de desemprego. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) do IBGE, a taxa de desemprego chegou a 8% em 2013 e 13,7% em 2017.

Mello et al. (2011) observaram em sua pesquisa que a cultura institucional de discriminação por orientação sexual e de expressões de gênero dificulta a implementação de políticas de saúde para travestis e transexuais, o que pode estar relacionado com a falta de uma formação específica no tema para os profissionais da área da saúde; que, conforme Bosse et al. (2015) e Radix et al. (2014), contribui para o não acesso de travestis e transexuais ao atendimento.

Em um estudo realizado com a população feminina transexual na Argentina³ (Socias et al., 2014), o alto índice de mulheres transexuais que evitavam procurar o atendimento médico foi relacionado com os processos de estigmatização e discriminação nesses ambientes, resultado que condiz com os encontrados por Kosenko, Rintamaki, Raney e Maness (2013) em pesquisa realizada com 152 pessoas transexuais nos Estados Unidos⁴.

Inversamente ao volume de pesquisas encontradas com travestis e transexuais sobre os serviços de saúde locais, estão as que abordam as práticas e a compreensão das/os próprias/os profissionais da saúde sobre o tema. Fato importante visto que atualmente, concomitantemente ao aparecimento de políticas públicas para a promoção de saúde de pessoas LGBTs, percebe-se uma omissão, tanto dos serviços de saúde quanto da formação profissional, em produzir espaços de conhecimento com as/os profissionais da saúde para uma prática que busque superar abordagens estigmatizantes que inviabilizem o direito à saúde estabelecido constitucionalmente (Moscheta, 2011). A pesquisa de Sehnem, Rodrigues, Lipinski, Vasquez e Schmidt (2017), com profissionais da enfermagem sobre o atendimento a travestis em um município do Rio Grande do Sul, revelou a baixa qualidade do atendimento que foi relacionada à falta de qualificação das/os profissionais diante das demandas apresentadas pelas travestis; ao “acolhimento insuficiente”; ao “desrespeito aos direitos das travestis”; à “falta de vínculo necessário entre profissional de saúde e usuário”; e à “falta de programas e ações que preconizem a promoção, prevenção e monitoramento à saúde das travestis, desestruturando a integralidade da atenção e a equidade das ações em saúde” (p. 1680).

Diversos autores (Albuquerque et al., 2016; Gibson et al., 2016; Mello et al., 2011; Radix et al., 2014; Tagliamento, 2012; entre outros) partem de estudos com ênfase nos direitos humanos

³ A Argentina conta com um sistema público de saúde, em que quem arca com os custos é o Estado, com sistema privado e com o sistema de “Obras Sociales”, que funciona como um convênio para trabalhadores que têm desconto no pagamento e coparticipação da empresa contratante (Santos, 2014).

⁴ Nos Estados Unidos, não existe um sistema público de saúde, dependendo somente de planos de saúde ou atendimento particular (Direitos Brasil, 2017).

e ressaltam a necessidade de trabalhos para melhor (in)formação dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre as políticas de saúde integral voltadas a essa população, e também para o desenvolvimento de um atendimento humanizado e menos discriminatório.

Conforme encontrado nas pesquisas mencionadas, as situações de discriminação nos serviços de saúde aumentam a vulnerabilidade ao adoecimento e geram disparidades em saúde, consequências da desigualdade social, o que aumenta as iniquidades na distribuição social do adoecimento (Faro & Pereira, 2011). O conceito de vulnerabilidade, para as abordagens em saúde, situa-se na alçada das perspectivas baseadas nos direitos humanos (Tagliamento, 2013), e a vulnerabilidade da população ao adoecimento é proporcionalmente maior nos segmentos mais atingidos pelos processos de estigmatização e discriminação (Paiva, 2013a).

A qualidade nos encontros em saúde, segundo Ayres (2004), é um fator importante para a análise da vulnerabilidade ao adoecimento, e é imprescindível que seja repensada para que as práticas de intervenção e acolhimento sejam satisfatórias, tanto para a/o adoecida/o quanto para as/os profissionais. Conforme o autor, é fundamental que a/o profissional consiga superar o tecnicismo e a postura de um/a “aplicador/a de conhecimentos” ao assistir à saúde alheia e, para tal, é necessário que se assuma uma posição do que o autor vai chamar de “Cuidado” nos encontros de saúde. O Cuidado traz à cena um saber que se diferencia da universalidade da técnica, assim como da ciência por si, visto que

o momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação ‘dessubjetivadora’, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo ‘objeto de intervenção’ que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Com efeito, a interação terapêutica apoia-se na tecnologia, mas não se limita a ela. (Ayres, 2004, p. 85).

Dessa maneira, o Cuidar transcende o alcance de um estado de saúde e favorece espaços de “genuíno encontro intersubjetivo” (Ayres, 2004). A proposta do autor sobre uma nova prática de Cuidado pressupõe que, assim como na psicologia social construcionista, não ocorra a

subtração individual, grupal ou comunitária, mas sim que as pessoas tenham a “última palavra” sobre as suas necessidades e sobre as técnicas em saúde a serem utilizadas em qualquer intervenção (Paiva, 2013a).

Para Paiva (2013a), o comprometimento assumido pela psicologia social construcionista de abrir “mão de qualquer noção de desenvolvimento psicossocial *normal*”, com sentidos fixos para cada etapa, ou de *desenvolvimento psicossexual*” (p. 58), é imprescindível para que a intersubjetividade dos encontros em saúde não seja invadida por moralizações e tradições discursivas acerca do “normal” ou “natural” que desconsideram as diferenças, principalmente no campo da sexualidade e expressões de gênero, e que impossibilitam a inter-relação na dimensão psicossocial do Cuidado, agravando a vulnerabilidade ao adoecimento. Assim, Ayres (2004) e Paiva (2013a) trazem a possibilidade do Cuidado nas práticas cotidianas de profissionais da saúde como um campo do diálogo, da intersubjetividade e da participação dos indivíduos, que são produtos e produtores de uma construção social em constante movimento inter-relacional.

O campo das práticas em saúde coletiva é também uma área de interesse e atuação da PSC (Montero, 2004). Segundo a autora, a PSC, assim como indica Ayres (2004) sobre as técnicas do Cuidado, se sustenta no encontro de um saber teórico/técnico com a prática e os saberes populares/subjetivos, considerando o encontro um “ato crítico” entre agentes internos e externos, que respeita e valoriza os saberes de ambos, reconhece os efeitos subjetivos desses encontros, assim como reconhece e incentiva a participação dos indivíduos para as tomadas de decisões (Montero, 2004). Essa autora considera que os encontros, permeados pela linguagem/dialogo, se dão entre pelo menos dois agentes (um externo e um interno), e que produzem uma ação transformadora em ambos, tanto subjetivamente – pela reflexividade – quanto nos campos de relação – pela prática individual.

Ao se constatar a existência de políticas públicas e de saúde para pessoas travestis e transexuais e considerar as pesquisas protagonizadas por essa população que revelam o não

acesso aos serviços de saúde, buscou-se nesta pesquisa analisar a dimensão programática da vulnerabilidade ao adoecimento de travestis e transexuais, a partir dos discursos das/os profissionais da saúde. Para tanto, a primeira parte do texto contém um capítulo com uma breve historicidade sobre o conceito de gênero; seguido pelo capítulo que aborda os processos de estigmatização e discriminação que se relacionam com as expressões de gênero plurais e a apresentação do Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos, que servirá de referencial para a análise de como as práticas das/os profissionais e as políticas públicas de saúde atuam no contexto de aumento ou diminuição da vulnerabilidade de travestis e transexuais ao adoecimento; e um capítulo sobre o cenário atual das políticas públicas de saúde para travestis e transexuais. A segunda parte refere-se ao capítulo que descreve os processos metodológicos utilizados para a análise das entrevistas, assim como apresenta o campo e as/os entrevistadas/os. A terceira, e última parte, é composta por um capítulo com dois subcapítulos que analisam trechos dos discursos das/os profissionais relacionando aos critérios de acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e disponibilidade das políticas públicas e serviços de saúde. Este é seguido por um capítulo que analisa a vulnerabilidade social ao adoecimento de pessoas travestis e transexuais, considerando as observações sobre as categorias do capítulo anterior. E, então, têm-se as considerações finais sobre as práticas encontradas nos discursos e sua relação com a vulnerabilidade programática ao adoecimento.

2 (DES)FAZENDO GÊNERO

Não existe diferença sexual, mas uma multidão de diferenças, uma transversalidade de relações de poder, uma diversidade de potências de vida.
(Preciado, 2011, p. 18).

Nos debates teóricos sobre a temática do gênero anteriores ao Iluminismo, o que era considerado relevante para a ordenação social era o gênero da pessoa, e não os órgãos sexuais, sendo o gênero considerado o “real” do sexo e vinculado diretamente à posição social, ao lugar das pessoas naquela sociedade e à correspondência a um papel cultural (Laqueur, 2001). A partir do final do século XVIII, os escritores passaram a reincidir na busca de diferenças naturais fundamentais entre o masculino e o feminino, em um modelo de dimorfismo radical biológico – e não mais sociológico como anteriormente – através de características físicas e microbiológicas comuns a cada gênero que justificassem tal diferenciação social (Laqueur, 2001). É, portanto, a partir do Iluminismo que o conceito de sexo, biologicamente explicado, se apropria do que outrora era atribuído ao gênero e adquire importância nas narrativas de diferenciação do feminino em relação ao masculino.

Mesmo com o desenvolvimento científico do século XIX, que chegou a fazer referências a uma origem biológica comum das pessoas, o interesse teórico persistiu na busca de evidências de dois sexos distintos, o que, para alguns autores, como Laqueur (2001), demonstrava uma importância política da naturalização de um conceito biológico de “sexo”. Segundo Lauretis (1987), a associação imediata de um sexo ao gênero socialmente identificado – homem/masculino; mulher/feminino – é o que pesquisadoras feministas chamaram de “sistema de sexo-gênero”⁵, e que relaciona à categoria sexual os conteúdos culturais de valores e hierarquias previamente atribuídos ao gênero. Para a autora, mesmo considerando as diferenças

⁵ O termo foi utilizado pela primeira vez por Gayle Rubin, escritora e militante feminista em 1975 (Bento, 2006).

entre as culturas, “qualquer sistema de sexo-gênero está sempre intimamente interligado a fatores políticos e econômicos em cada sociedade.” (Lauretis, 1987, p. 211). Assim, Lauretis (1987) e Laqueur (2001) consideram que a evolução do caráter sexual como representação do gênero tornou-se uma forma de atribuição de valoração dos indivíduos na sociedade a partir de sua constituição biológica.

Na psicologia, durante a chamada primeira onda do feminismo – meio do século XIX até 1960 –, os estudos foram marcados pela migração de uma explicação biológica das diferenças entre os gêneros, para teorias da personalidade que justificassem tais diferenças sociais e reforçassem a inferioridade das mulheres, e sua adaptabilidade ao meio familiar e ao trabalho doméstico (Nogueira, 2017).

Diante da naturalização do gênero e sua explicação pelos caracteres biológicos, o movimento feminista dos anos 1960 e 1970 – segunda onda –, bastante influenciado pela obra de Simone de Beauvoir⁶, se posicionou sobre uma suposta “diferença sexual” – da mulher em relação ao homem, e do feminino ao masculino – como base e sustentação para a ação nos campos epistemológicos e das ciências sociais ou humanas (Lauretis, 1987). O feminismo foi responsável por construir práticas e discursos singulares, assim como por apontar e (re)criar espaços sociais “gendrados” – marcados por especificidades de gênero – de afirmação de tais “diferenças sexuais”, todavia tais espaços voltavam-se para a discussão e debate, em núcleos de conscientização e de estudos da mulher (Lauretis, 1987). Porém, para Lauretis (1987), “o conceito de gênero como diferença sexual e seus conceitos derivados – a cultura da mulher, a maternidade, a escrita feminina, a feminilidade etc. – acabaram por se tornar uma limitação, como que uma deficiência do feminismo” (p. 206) por (re)afirmarem a diferença da mulher em relação ao

⁶ Em *O segundo sexo*, livro publicado pela autora em 1949, “ao afirmar que ‘a mulher não nasce, torna-se’, Beauvoir buscava mostrar os mecanismos que dão consistência ao ‘tornar-se’, constituindo um movimento teórico de desnaturalização da identidade feminina. Mas desnaturalizar não é sinônimo de dessencializar.” (Bento, 2006, p. 70).

homem, tendendo a uma universalização da mulher, assim como por não explorarem as diferenças entre o próprio gênero feminino, fortalecendo um pensamento patriarcal dominante.

Nesse momento do movimento feminista, que historicamente buscou a reflexão sobre a subordinação e subjugação feminina, sendo um dos mais importantes no desenvolvimento das teorias sobre gênero, a universalização da categoria mulher correspondia diretamente a uma visibilização desta, assim como à construção de uma identidade coletiva que lutasse em uníssono e garantisse conquistas nos espaços públicos (Bento, 2006). Segundo a autora, essas questões de universalização dos gêneros e a perspectiva assumida pelo movimento feminista de um corpo naturalmente dimórfico, porém esvaziado, em que somente os significados culturais acerca do gênero exercem o papel de construção de identidades e subjetividades, continuarão presentes nas publicações feministas por várias décadas.

A década de 1980 e a teórica Gayle Rubin marcaram a terceira onda do feminismo, que apresenta críticas dentro do próprio movimento e sua aderência a uma categoria universal de mulher (Bento, 2006). A partir desse ponto, as teóricas feministas passaram a considerar a sexualidade e o gênero como categorias independentes e buscaram publicar novas teorias que gerassem “contradiscursos” de questionamento da norma social heterossexual e do saber médico e psi, assim como dessem visibilidade a outras variáveis sociológicas presentes na construção das identidades e expressões de gênero, como raça, classe, orientação sexual e prática religiosa (Bento, 2006).

Segundo Davis (2017), a terceira onda do feminismo foi marcada pelas históricas contribuições de mulheres afro-americanas e trabalhadoras, que se mantiveram sempre questionando as pautas de luta do movimento, a fim de que este buscassem essencialmente a promoção da vida das mulheres em geral, e apontando constantes racismos dentro do próprio movimento. Para essas mulheres, as questões relacionadas à raça e classe, como desemprego, equidade salarial, creches, licença-maternidade, direito ao aborto subsidiado e seguro, impactam

diretamente em suas vidas, e a categorização de uma mulher universal não refletiria os problemas vivenciados por mulheres negras e trabalhadoras.

Isso porque o uso comum do termo ‘gênero’, para a diferenciação cultural entre homens e mulheres – discriminação binária –, desconsidera diversos aspectos, como singularidades internas a cada gênero e às expressões de gêneros plurais, como as travestilidades e transexualidades (Connel & Pearse, 2015). As autoras criticam a associação mantida no senso comum de que o gênero é uma estrutura social que mantém uma relação específica com os corpos e suas capacidades reprodutivas, visto que tais ideias limitam o entendimento do processo social de construção do gênero.

As teorias que tiveram maior proeminência nas pesquisas em psicologia, ao abarcarem o gênero, foram a essencialista e a de socialização, sendo que a primeira abordagem conceituava o gênero como uma propriedade estável e inata de diferenciação sexual, de caráter puramente determinista relacionado ao indivíduo; e a segunda partia do conceito de aprendizagem do gênero masculino ou feminino através das normas sociais com as quais as pessoas convivem desde o nascimento (Nogueira, 2001). Em ambas as perspectivas, o gênero era apresentado ou como inato e remetido à biologia, ou como socialmente aprendido, porém sempre permeado pela presença de uma essencial dualidade/binarismo. Assim, quer inato ou aprendido, as possibilidades de gênero consideradas eram sempre duas, a masculina ou a feminina (Nogueira, 2001). Atualmente, existe um reconhecimento por parte de alguns autores de que a psicologia, historicamente, alcançou um espaço, muitas vezes, de legitimação das práticas e discursos normativos, que vêm a aparecer também em publicações sobre as experiências travestis e transexuais, e que reverbera a necessidade da emergência de “novas práticas não normalizadoras de gênero” através do vínculo entre as práticas psi, o ativismo e as produções acadêmicas (Pacheco, Rasera, Prado, & Teixeira, 2017, p. 213). Concordam Almeida e Murta (2013), ao afirmarem que os pressupostos teóricos

que associam o sexo como fator biológico, um corpo sexuado, e o gênero limitado ao domínio cultural, que corresponde e dá sentido ao sexo, sofreram um desgaste considerável.

Os atuais estudos acerca das travestilidades e transexualidades nas ciências sociais e humanas tendem a retomar e discutir a real autenticidade dos conceitos de sexo e gênero, como, por exemplo, na teoria *queer*, que teve seu início com as publicações de Judith Butler, a partir de 1999 (Almeida & Murta, 2013). Os estudos *queer* retomam a teoria feminista na crítica ao “heterossexismo⁷ generalizado” e questionam a possibilidade que as pessoas que fogem das normas de gênero têm para conquistarem seus espaços de condição humana (Bento, 2006). Para tanto, “a ideia do múltiplo, da desnaturalização, da legitimidade das sexualidades divergentes e das histórias das tecnologias para a produção dos ‘sexos verdadeiros’ adquire um *status teórico*. ” (Bento, 2006, p. 80).

Segundo Bento (2004), o gênero existe na prática, e pode-se dizer que este é um processo na construção das identidades e expressões travestis e transexuais, que se constitui “mediante reiterações cujos conteúdos são interpretações sobre o masculino e feminino, em um jogo, muitas vezes contraditório e escorregadio, estabelecido com as normas de gênero” (p. 144). Em outras palavras, as travestilidades e transexualidades se constroem nas práticas da vida cotidiana, nas interpretações e identificações com o que pode ser atribuído a um masculino ou feminino e nas performances desses conteúdos. Segundo Butler (2003), as normas de gênero constituem uma forma de regulação específica que atua não só nos corpos, mas na devida produção de subjetividades. Logo, o gênero não é só um processo social identitário, tampouco a expressão de uma essência interna, ele é resultado de repetições constitutivas e sincrônicas a hierarquias entre masculino e feminino (Arán & Peixoto Jr., 2007).

⁷ Na teoria *queer*, o heterossexismo “é a pressuposição de que todos são, ou deveriam ser, heterossexuais. Um exemplo do heterossexismo está nos materiais didáticos que mostram apenas casais formados por um homem e uma mulher.” (Miskolci, 2016, p. 46).

Concomitantemente, ao considerarmos que o gênero se constitui socialmente de maneira independente do caráter biológico, sua essência não pode ser nada menos que “flutuante”, dissociando a correspondência obrigatória dos conceitos de sexo e gênero, em que “homem e masculino podem, com igual facilidade, significar tanto um corpo feminino como um masculino” (Butler, 2003, p. 24). Assim, a autora faz questionamentos sobre a própria credibilidade das categorias sexuais biológicas, através da compreensão do domínio social do gênero. Para ela, tanto o gênero quanto o sexo são construídos socialmente, e a compreensão do gênero não deve estar limitada à ideia de se tratar da interpretação cultural de significados de um determinado sexo. Butler (2003) considera o conceito de **sexo biológico** como um construto social de dominação, categorização e coerção dos corpos, que naturaliza pela via dos discursos uma realidade social baseada nas diferenças sexuais. A autora denuncia o poder que a linguagem adquire quando atua sobre os corpos como forma de opressão sexual, anunciando, então, que o gênero faz parte de um aparato mais amplo, responsável pela própria produção dos sexos, sendo o meio discursivo a via que possibilita tal produção. Assim, a “categoria sexual” atribuída no nascimento é uma produção instituída e regulada socialmente, ou seja, política, e não natural (Butler, 2003).

Dessa maneira, as normas regulatórias de gênero, relacionando-se ao sexo biológico atribuído no nascimento e ao desejo sexual, criam uma identidade de gênero que só pode ser concebida através da história pessoal/cultural e seus significados não podem ser desvinculados do seu contexto social. Tais normas perdem a força quando “a desorganização e desagregação do campo dos corpos rompe a ficção reguladora da coerência heterossexual” (Butler, 2003, p. 194). Bento (2006) explica que, segundo a teoria de Butler, o gênero pode ser avaliado como “uma sofisticada tecnologia social heteronormativa, operacionalizada pelas instituições médicas, linguísticas, domésticas, escolares e que produzem constantemente corpos-homens e corpos-mulheres” (p. 87). A heteronormatividade é “a ordem sexual do presente, fundada no modelo

heterossexual, familiar e reprodutivo. Ela se impõe por meio de violências simbólicas e físicas” (Miskolci, 2016, p. 46) e se dirige, principalmente, para travestis e transexuais.

O uso da categoria sexual, práticas sexuais e códigos de masculinidade/feminilidade, para o exercício do poder biopolítico de controle que atua diretamente nos discursos sobre o sexo e nas tecnologias empregadas para a normalização das identidades sexuais, é denominado por Preciado (2011) como “sexopolítica”. O autor, apoiado em escritoras feministas e nos escritos de Foucault, faz críticas ao desenvolvimento da “sexopolítica”, por ser uma tentativa de regulação dos corpos, das práticas sexuais e das identidades e expressões de gênero, para que correspondam aos interesses do capital e do patriarcado. Assim, o “olhar *queer* é um olhar insubordinado” (p. 47), que denuncia e não se deslumbra com o poder, a dominação e ideologias hegemônicas, e que propõe uma “política da diferença”, pelo reconhecimento de um “outro” diferente, capaz de “transformar a cultura hegemônica” (Miskolci, 2016, p. 50-51).

A heterossexualidade, portanto, coopera com essa tecnologia social e constitui uma matriz que cultiva e aprisiona, assim como confere sentido às diferenças em dois sexos distintos “naturais”, que se atraem “naturalmente” ao sexo oposto (Bento, 2006). Em outras palavras, a coesão entre gênero e categorias sexuais se enfraquece diante de certas performances de resistência, como no caso de travestis e transexuais, quando não reafirmam as normas regulatórias de gênero e de sexualidade. Lauretis (1987) propõe que o gênero “é produto de diferentes tecnologias sociais... e de discursos, epistemologias e práticas críticas institucionalizadas, bem como as práticas da vida cotidiana.” (p. 208). Dessa maneira, a não correspondência às normas regulatórias de gênero tem resultados notoriamente punitivos para essas pessoas (Butler, 2003).

Os comportamentos “generificados” – ou “gendrados” para Lauretis (1987) – são constantemente requeridos pela sociedade como expectativas sobre aquele corpo, proporcionando, quando não realizados, constrangimentos e discriminação, e reafirmando a ordem social dos arranjos baseados nas categorias sexuais legitimadoras (Nogueira, 1997). Esses comportamentos,

em Butler, são chamados de “performatividade de gênero” e se referem às reiterações constantes e inteligíveis interpretadas como atos das normas de gênero (Bento, 2006). Segundo essa autora, os corpos são inscritos em campos discursivos antes mesmo de seu nascimento. Para a autora e outras/os da teoria *queer*, a enunciação: “É um/a menino/a!” produz, por si só, uma “invocação performativa”, que institui uma série de expectativas, planos e suposições em torno de um corpo, e é a partir dessas expectativas e suposições que são produzidas performances de gênero.

Preciado (2011) argumenta que a produção de corpos *straight*⁸, alimentada pelos dispositivos discursivos a favor das tecnologias da “sexopolítica”, cria, concomitantemente, o corpo desviante, e que “a política da multidão *queer* não repousa sobre uma identidade natural (homem/mulher) nem sobre uma definição pelas práticas (heterossexual/homossexual), mas sobre uma multiplicidade de corpos que se levantam contra os regimes que os constroem como ‘normais’ ou ‘anormais’” (p. 16), subvertendo as normas regulatórias de gênero. Butler (2016) problematiza que a precariedade das vidas está não só relacionada a fatores sociais e econômicos, mas também às normas de gênero, uma vez que, para as pessoas travestis e transexuais, o risco de violência, assédio e patologização – e suas consequências – é profundamente acentuado. Para a autora, as normas de gênero estão profundamente relacionadas à possibilidade de transitar seguramente pela cidade, de poder contar com um reconhecimento das leis e seus operadores, emprego e moradia, e quais pessoas serão discriminadas, marginalizadas e não terão acesso aos benefícios de saúde (Butler, 2016).

Desse modo, considerando que a heteronormatividade e as normas regulatórias de gênero, assim como a repetição e reiteração dos padrões binários de gênero, atravessam as práticas das/os profissionais da saúde e são produtos e produtores de processos de estigmatização e discriminação na vida de travestis e transexuais, trabalharemos no capítulo seguinte aspectos teóricos sobre esses processos e suas consequências.

⁸ *Straight* é uma referência ao uso dessa palavra na língua inglesa para se referir à orientação heterossexual.

3 PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO E DISCRIMINAÇÃO

O sociólogo e antropólogo Ervin Goffman é apontado como o autor que deu início à construção do conceito de estigma, na década de 1960 (Suit & Pereira, 2008). A partir dele, alguns autores, principalmente da psicologia social, têm buscado compreender as vias de produção de categorias e estereótipos sociais e suas consequências nas vidas das pessoas (Link & Phelan, 2001).

Para Goffman (1988), o estigma é uma qualidade altamente depreciativa que serve como uma forma de desmerecimento a quem o possui, sendo gravado nos indivíduos pela sociedade, por meio de regras e punições, a partir de “desvios” não desejáveis que estes possam apresentar. A teoria de Goffman, ainda que muito citada por ser pioneira na exploração do tema, limita-se na definição do estigma como “**um tipo de coisa**” atribuído ao sujeito, algo que é culturalmente construído, porém estático, em uma visão individualizante do fenômeno (Parker & Aggleton, 2001). Assim, na visão de Goffman, o estigma é a relação entre atributos/estereótipos socialmente tidos como indesejáveis e as manifestações de discriminação que acometem os sujeitos que apresentam tais “marcas” (Monteiro & Villela, 2013). Críticas a essa teoria destacam suas limitações por proporcionar uma compreensão do estigma como algo atribuído singularmente, favorecendo uma visão parcial na compreensão do processo social de desvalorização e produção de desigualdades (Parker & Aggleton, 2001; Monteiro & Villela, 2013).

Nesse sentido, Parker e Aggleton (2001) ampliam esse conceito ao relacionarem os conceitos de estigma e estigmatização como produtos e produtores da exclusão social, considerando seu aspecto sócio-histórico, de produção e reprodução de desigualdades sociais e por serem utilizados como formas de exercício de **poder**. Para uma melhor compreensão da maneira com a qual as relações de poder se estabelecem e perpetuam a exclusão social, esses autores propõem revisitar as teorias elaboradas por Foucault (Parker & Aggleton, 2001). Em *História da Sexualidade I*, Foucault (1988) estabelece uma relação entre os conceitos de verdade

e saber. Para ele, a produção da verdade foi se valorizando a partir da tradição da confissão religiosa, por meio da qual, após a revelação das “verdades”, existiria o “perdão”. A medicina se utilizou desse meio para a sofisticação e solidificação de um discurso do saber médico, em que o conhecimento técnico era empregado como forma de reafirmação de um poder e controle sobre a saúde do outro (Foucault, 1988). Em *História da sexualidade 2*, Foucault (1984) amplia esse debate para explicar o uso das palavras no “desenvolvimento de campos de conhecimento diversos (que cobriram tanto os mecanismos biológicos da reprodução como as variantes individuais ou sociais do comportamento)” (p. 9), assim como na constituição de normas e regras que são sustentadas por instituições – religiosas, judiciárias, pedagógicas e médicas.

O discurso sobre a anormalidade se estabelece como o que não é desejado socialmente, e atua não só nos comportamentos e práticas coletivas e individuais, mas também na esfera dos pensamentos – desejos, fantasias, sonhos –, principalmente pela psiquiatria e pela religião (Foucault, 1988). É mediante os discursos sobre a anormalidade que a normalidade se concretiza, caracterizando uma via de produção de exclusão social através dessas normas (Parker & Aggleton, 2001). Assim, a **normatização** das identidades encerra as **identidades sexuais não hegemônicas** em processos de constante estigmatização (Madureira & Branco, 2007). Ou seja, a tendência de teorias essencialistas⁹ na caracterização de condutas “normais” e “anormais” converge em uma “infra-humanização” onde às pessoas destinadas ao “exogrupos” são atribuídas características que as conduzem a uma condição “menos humana” (Fleury & Torres, 2007).

Segundo Parker e Aggleton (2001, p. 14), a aproximação entre as teorias de Foucault e Goffman se dá na assimilação de que “o estigma e a estigmatização funcionam, literalmente, no ponto de intersecção entre *cultura, poder e diferença*”, e somente explorando esses três eixos que se pode entendê-los “como centrais para a constituição da ordem social” (p. 14). A leitura sobre esses teóricos sobressai também em Link e Phelan (2001), que definem que o estigma existe na

⁹ Cabe ressaltar aqui o que já foi abordado sobre a psicologia como parte das ciências psi, que historicamente tem percorrido em inúmeros momentos esse caminho da “normalidade”.

inter-relação dos seguintes componentes: na distinção e elaboração de rótulos para diferenças; a cultura dominante relaciona as pessoas identificadas com características indesejáveis a estereótipos negativos; separação de um “nós” e “eles”; e perda de *status* e discriminação das pessoas rotuladas. Logo, a estigmatização é contingente às possibilidades que as pessoas têm em acessar o poder econômico, social e político (Link & Phelan, 2001).

A partir das teorias de Foucault sobre a **diferença**, e de Goffman sobre **desvio** e **estigma**, os processos de estigmatização constituem-se como uma construção cultural, em que a **diferença/desvio** é desvalorizada pelo exercício do poder, numa tentativa de produção e manutenção de uma ordem social (Parker & Aggleton, 2001). Assim, o estigma “desempenha um papel central na produção e na reprodução das relações de poder e de controle em todos os sistemas sociais”, mantendo relações de desvalorização de um grupo, para que um outro possa emergir como superior, num claro processo de formação e manutenção de desigualdades sociais (Parker & Aggleton, 2001, p. 11). Desse modo, concordamos com Parker e Aggleton (2001) quando relacionam as duas teorias, ressaltando as origens de diferenciação presentes na teoria de Foucault – assim como os mecanismos de poder que geram e perpetuam as desigualdades – e a desvalorização social presente na teoria de Goffman.

Os processos de estigmatização devem ser desindividualizados, de modo a considerar toda a construção cultural deste, de relações de poder e de preservação da exclusão social, considerando que “a estigmatização é legitimada pelas ‘estruturas da verdade’ (e que) a estigmatização liga ao ‘posicionamento’ de um grupo social na sociedade” (Parker & Aggleton, 2001, p. 14). Fleury e Torres (2007) apontam, em concordância a Parker e Aggleton (2001), a possibilidade de a essencialização das diferenças acarretar a hierarquização social que conduz à discriminação percebida como “natural”, assim como a “infra-humanização” dessas pessoas.

Segundo Fleury e Torres (2007), uma das características da “infra-humanização” é a diferenciação intergrupal através do grau de humanidade, e não a partir de valências positivas ou

negativas. Desse modo, a discriminação se dá de maneira mais sutil porque se respalda na qualificação do “endogrupo”, em vez de desvalorizar o “exogrupo”, pois ao primeiro são atribuídas mais características humanas, independentemente de quais forem essas características (Fleury & Torres, 2007). Como, por exemplo, no caso das minorias sexuais e de gênero, em que há uma valorização da orientação heterossexual, da constituição familiar patriarcal e da expressão de gênero validada socialmente.

Para Duarte e César (2014), as reflexões críticas modernas sobre os modos de constituição e transformação de si relacionam-se tanto às possibilidades de denúncia e confronto das práticas excludentes quanto às práticas de inclusão “domesticada e normalizadora das condutas dos indivíduos, difundidas seja por políticas estatais, seja por padrões comportamentais” (p. 407). Os autores reivindicam maior atenção ao possível paradigma na luta por direitos jurídicos de reconhecimento de “novos” sujeitos identitários – travestis e transexuais – quando esta pode se caracterizar como uma mesma via de afirmação dos padrões disciplinares e normalizadores instituídos, como, por exemplo, o processo transexualizador, que, segundo Tagliamento e Paiva (2016), faz parte de uma busca de reconhecimento social – através da modificação corporal e adaptação ao que é socialmente esperado de cada gênero –, assim como de atingir um *status* de pessoa merecedora de direitos no Brasil. Atualmente, a própria noção de cidadania, que pode ser percebida pelas políticas estatais, limita os modos de vivência no cerne dos processos de subjetivação, em que os direitos e a cidadania são mais garantidos a uns do que a outros, conforme o grau de adaptação às normas sociais (Duarte & César, 2014). A teoria *queer* é uma dessas reflexões críticas contemporâneas que, nas palavras de Miskolci (2016, p. 25), “é a recusa dos valores morais violentos que instituem e fazem valer a linha da abjeção, essa fronteira rígida entre os que são socialmente aceitos e os que são relegados à humilhação e ao desprezo coletivo”.

No próximo subcapítulo, apresentaremos o quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos (V&DH) proposto por Ayres, Paiva e França Jr. (2012), que se propõe a analisar a

vulnerabilidade a partir de três eixos – individual, social e programático –, e que será utilizado na análise dos dados para o aprofundamento a respeito dos processos de estigmatização e discriminação vivenciados pelas pessoas travestis e transexuais nos encontros em saúde.

3.1 QUADRO DA VULNERABILIDADE E DOS DIREITOS HUMANOS

O conceito de vulnerabilidade em saúde, para Ayres, Paiva e França Jr. (2012), engloba aspectos individuais e coletivos, relacionados a uma maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades ao adoecimento ou agravos, assim como uma menor disponibilidade de recursos para sua proteção. No Brasil, diversos acontecimentos, como a construção do SUS, a luta antimanicomial, o movimento feminista, a mobilização da sociedade civil na luta contra a Aids, a contribuição acadêmica em saúde coletiva, assim como as perspectivas do construcionismo na psicologia social, entre outros, marcaram a incorporação do quadro da V&DH às ações em saúde e na formulação de políticas públicas (Ayres, Paiva, & Buchalla, 2012).

Segundo os autores, o uso do quadro da V&DH (Figura 1) buscou a construção e legitimização de práticas e modos de pensar em saúde “transdisciplinares”, almejando superar um saber tecnicista de avaliação de determinantes de saúde e a dicotomização entre o individual e o coletivo, que não considere as “totalidades compreensivas” acerca dos aspectos **individuais, sociais e programáticos** da vulnerabilidade ao adoecimento e à interdependência e inter-relação dessas três dimensões. Essas dimensões compreendem o indivíduo como um sujeito de direitos e em relações sociais, a dinâmica da vida, as relações econômicas, de gênero, de religiosidade, e as condições de vulnerabilidade dos indivíduos diante das políticas e instituições (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012). A busca da redução da vulnerabilidade dos indivíduos ao adoecimento está intimamente relacionada à qualidade dos encontros em saúde e das interações em cada uma das dimensões do quadro da V&DH (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012).

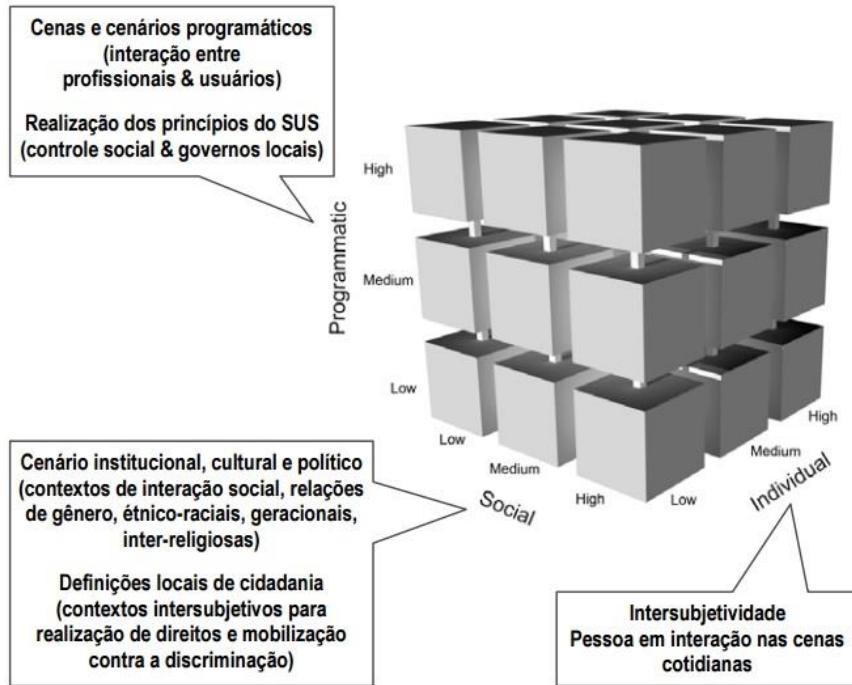


Figura 1 – Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos.

Fonte: Ayres, Paiva e França Jr. (2012, p. 84).

Para Ayres, Paiva e França Jr. (2012, p. 84), “a tridimensionalidade do diagrama enfatiza a inseparabilidade das três dimensões analíticas da vulnerabilidade” e as diferentes maneiras e intensidades de combinação de cada contexto pessoal de exposição a níveis de maior e menor vulnerabilidade nos três eixos.

Na dimensão **individual**, encontram-se as questões que reconhecem a “pessoa como sujeito de direito, dinamicamente em suas cenas”, por exemplo, a trajetória pessoal, os recursos que ela dispõe, suas relações interpessoais, seus valores, crenças, desejos e o acesso que essa possui a informações (Tagliamento, 2013, p. 128). Engloba o indivíduo como ser em relação, da predisposição biológica ao adoecimento, à própria maneira de gerir seu cotidiano, levando em conta a dinâmica psicossocial não só do acesso à informação, mas nos modos que isso se dá e na possibilidade prática em incorporar tais informações às suas práticas cotidianas (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012). A análise do plano individual está relacionada também à possibilidade de ser reconhecido e se reconhecer como sujeito de direitos, a partir da própria concepção do sujeito

pelo quadro da V&DH como intersubjetividade, ou seja, como um sujeito em relação (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012).

O plano **social** abarca a “análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural”, por exemplo, o acesso a emprego, saúde integral, educação, justiça, cultura, lazer, esporte, educação, as relações raciais, de gênero, geracionais, os processos de estigmatização, e a liberdade para mobilização e participação social (Tagliamento, 2013, p. 128). Ou seja, a dimensão social busca contextualizar as (inter)relações que respondem às vulnerabilidades individuais (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012).

Já a dimensão **programática** refere-se à “análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde” (Tagliamento, 2013, p. 128). Nessa dimensão, estão as políticas públicas e sua aceitabilidade/sustentabilidade, a integração entre prevenção, promoção e assistência, os enfoques multidisciplinares, a qualificação das/os profissionais, a integralidade, o acesso e a equidade em saúde (Tagliamento, 2013). A análise crítica da vulnerabilidade programática ao adoecimento com base nos direitos humanos é permeada por quatro componentes importantes (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012), que são: a **disponibilidade** dos serviços de saúde; a **acessibilidade** dos serviços e a não discriminação; a **qualidade** dos serviços de saúde; e a **aceitabilidade** – dos valores e tradições pessoais – nos serviços (Gruskin & Tarantola, 2012).

A análise dessas três dimensões deve ser pautada pela perspectiva dos direitos humanos, uma vez que esta possibilita o reconhecimento da dignidade e igualdade de todos (Ayres, Paiva, & Buchalla, 2012), e o desrespeito a essa perspectiva compromete a efetividade das políticas e programas de saúde pública (Gruskin & Tarantola, 2012), aumentando a vulnerabilidade ao adoecimento. Para Gruskin e Tarantola (2012), as estratégias de saúde pública baseadas nos direitos humanos podem demonstrar maior eficácia por evidenciarem o contexto legal e político onde se dão as intervenções em saúde, do mesmo modo que introduzem “princípios de direitos,

tais como a não discriminação e a participação das comunidades afetadas no desenho, implementação, monitoramento e avaliação” (p. 30) das intervenções e dos programas e políticas de saúde. Para esses autores, a introdução dos direitos humanos na saúde pública converge a abordagens e processos que, em sua aplicabilidade, proporcionam mais benefícios à população, da mesma maneira que permite a responsabilização legal e pública das ações e omissões de governos e agências internacionais de saúde.

Porém, considerando os processos de estigmatização e discriminação na vida de travestis e transexuais e sua vulnerabilidade ao adoecimento pela intersecção desses fatores que, conforme resgatado anteriormente, desqualificam essas pessoas de uma condição de humanidade, cidadania e garantia de direitos, Tagliamento (2012) afirma a importância em “declarar os direitos das minorias para a efetivação dos direitos humanos, levando em conta a diversidade das noções de dignidade humana” (p. 17). Assim, a autora enfatiza que a noção de direitos humanos não pode ser generalista, universalista e abstrata, visto que as injustiças sociais locais, produzidas nas realidades e particularidades de cada cultura, incidem determinantemente na saúde da população, principalmente nos grupos sociais oprimidos.

Para as pessoas travestis e transexuais, a questão da normatividade de gênero atravessa as três dimensões da vulnerabilidade, produzindo estigmatização, falta de garantia dos direitos humanos e, em especial, do acesso aos serviços de saúde (Tagliamento, 2013). Repensar e adequar as intervenções programáticas de saúde considerando a estigmatização e discriminação das pessoas travestis e transexuais tornaram-se peças fundamentais para o planejamento da proteção da saúde, cuidado e acolhimento aos doentes (Paiva & Zucchi, 2012). Nesse sentido, o uso do quadro da V&DH para o planejamento de ações em saúde, identificando processos de discriminação e violação de direitos com base nos processos de estigmatização, aponta caminhos produtivos na área da saúde coletiva, assim como na garantia da cidadania (Paiva & Zucchi, 2012).

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

*Nós somos todas potencialmente precárias,
e este é o porquê de nos juntarmos às lutas
contra políticas de austeridade, contra a dizimação da vida
pública, e procurarmos apoiar novos movimentos que se
opõem às desigualdades crescentes*
(Butler, 2016, p. 37)

O SUS, instituído a partir da Constituição de 1988, opera por meio de políticas públicas voltadas à promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, seguindo os princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e hierarquização (Silveira et al., 2007). Sendo a universalidade o preceito de que todos têm o direito de serem atendidos nos serviços de saúde (Silveira et al., 2007); a equidade coloca em evidência a necessidade de ações governamentais diferenciadas para grupos sociais que se encontram em situação mais vulnerável de adoecimento (Mello et al., 2011); a integralidade visa ao entendimento ampliado de saúde, que almeja a promoção e proteção da saúde (Tagliamento, 2013); a descentralização é a responsabilização das três esferas governamentais pelo atendimento; e a hierarquização refere-se à organização das ações de saúde para o atendimento primário, secundário e terciário da assistência, visando à complementaridade do cuidado (Silveira et al., 2007).

Enquanto o conceito de prevenção em saúde caracteriza-se por “intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações” (Czeresnia, 2003, p. 4), a promoção da saúde vai além dos conceitos normativos e de suas aplicações técnicas, envolvendo fortalecer indivíduos e grupos para lidarem com diversos fatores condicionantes da saúde (Czeresnia, 2003). Segundo Ayres, Paiva e França Jr. (2012), visando a uma melhor eficácia e abrangência das ações, tanto as ações de prevenção quanto as de promoção da saúde devem ser norteadas pelo quadro da V&DH, a fim de garantir que as ações elaboradas atinjam de fato a população referida.

Segundo Lima (2017), as políticas de saúde elaboradas pelo enfoque universalista de direitos – por exemplo, a de promoção da saúde – não acolhem todas as pessoas de maneira equânime, criando disparidades e a necessidade de reivindicação de políticas específicas, que possam atender uma população que se encontra às margens das políticas universais. A autora considera que “a relação entre a política universal de direitos humanos, defendida no discurso do Estado, e a política específica de direitos LGBT, defendida no discurso dos movimentos sociais, têm possibilitado ações conjuntas com efeitos significativos” (p. 24). É no tensionamento do diálogo entre o Estado e os movimentos sociais que surgem as políticas públicas voltadas para os direitos humanos e cidadania de pessoas travestis e transexuais, pela pressão exercida pelos movimentos sociais para respostas do Estado diante das desigualdades (Lima, 2017). Assim, as ações de atores sociais LGBTs no Brasil, através de movimentos sociais, têm sido imprescindíveis para a construção das políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos dessas pessoas (Lima, 2017).

A emergência do movimento LGBT no Brasil se deu no contexto de redemocratização política, a partir do final dos anos de 1970 (Lima, 2017). Facchini (2005) descreve a trajetória desse movimento em três “ondas”, que teve seu início como movimento homossexual e foi ampliando e agregando outras formas de sexualidade e gênero não hegemônicas até chegar ao atual movimento LGBT. A primeira, de 1978 a 1983, era formada basicamente por pessoas autoidentificadas como homossexuais, que buscavam, através da militância política e a criação de grupos, como o SOMOS em São Paulo e o Grupo Gay da Bahia, promover diferentes representações sobre pessoas homossexuais, a fim de diminuir a discriminação (Facchini, 2005). A segunda onda, de 1984 a 1992, foi palco da luta contra a epidemia do HIV/Aids e da queda do regime ditatorial (Facchini, 2005). Já a terceira onda, de 1992 a 2005, foi marcada pelo aumento do número de ONGs e grupos do movimento LGBT, assim como a diversidade e visibilidade de

outras identidades e orientações sexuais, como lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (Facchini, 2005).

A partir dos anos 2000, época em que o movimento LGBT “passa a atuar fortemente junto ao Poder Executivo Federal para a gestação de políticas de direitos humanos e não mais apenas no campo da saúde” (Pereira, 2016, p. 122), surgem os marcos de maior relevância no âmbito da saúde para o acesso de travestis e transexuais aos serviços do SUS. A Figura 2 organiza esses marcos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Justiça (MJ), juntamente com os movimentos sociais e ONGs.

Em 2001, foi criado o Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) pelo Ministério da Justiça, e em 2002, através da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos (SEDH), do mesmo órgão, o II Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), que incluiu à sua versão original a categoria de discriminação por orientação sexual e especificou ações para o enfrentamento à não garantia de direitos das pessoas LGBTs (Tagliamento, 2013). O II PNDH também agregou considerações sobre: apoio à regulamentação da união civil para LGBTs; apoio a medidas destinadas à garantia do direito de adoção por casais LGBTs; “apoiar programas de capacitação de profissionais da educação, policiais, juízes e operadores do direito em geral para promover a compreensão e a consciência ética sobre as diferenças individuais e a eliminação dos estereótipos depreciativos” (p. 19); promover, através de políticas públicas, a promoção social e econômica dessa população; promover campanhas de qualificação para profissionais da saúde; e outras sobre combate à discriminação e violência contra LGBTs (MJ, 2002).

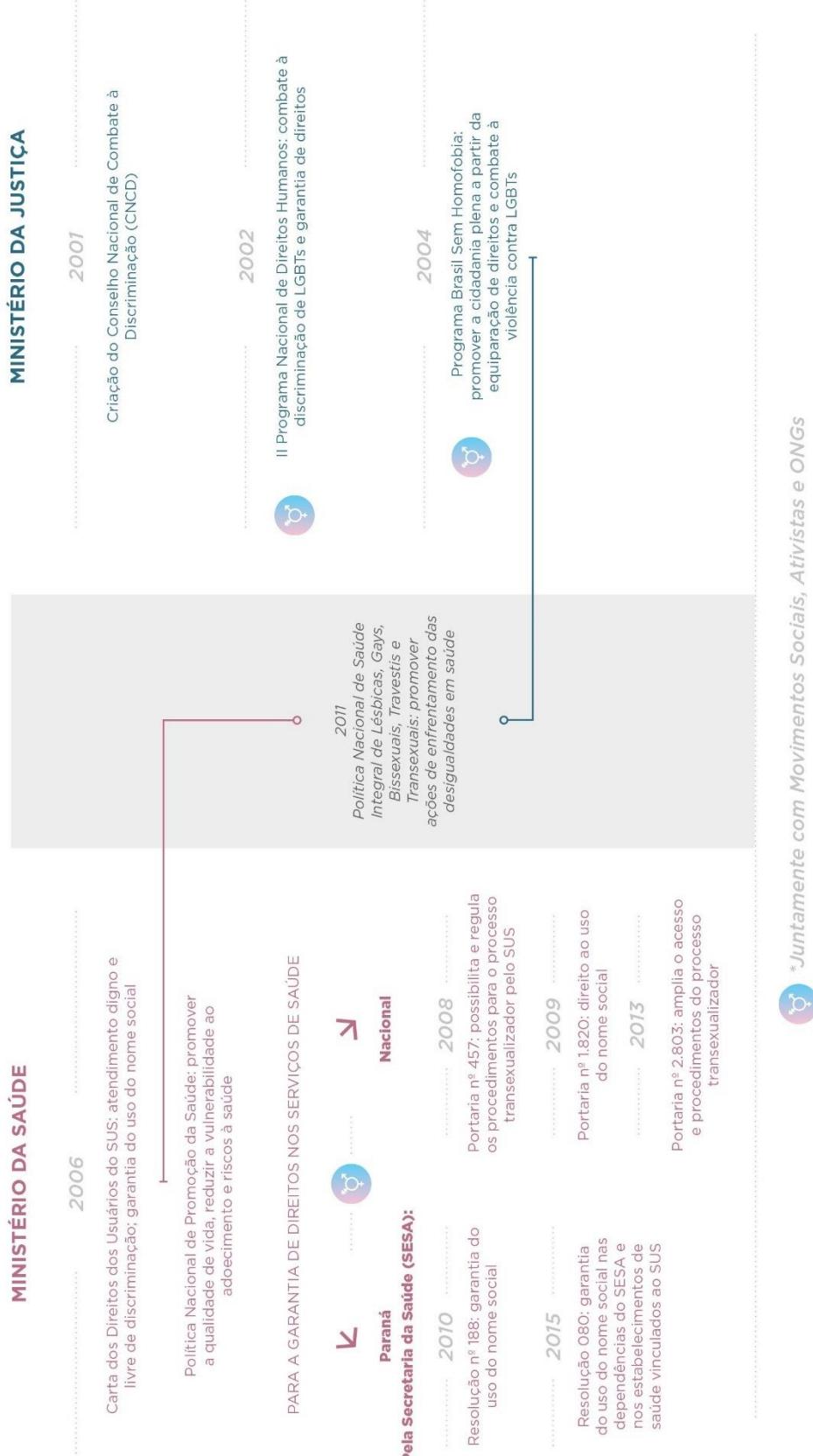


Figura 2 – Cronologia das políticas públicas voltadas para a garantia de direitos das pessoas travestis e transexuais no SUS.

Fonte: A autora.

A partir de iniciativas do CNCD, em parceria com o MS e com a sociedade civil organizada, foi lançado, em 2004, o Programa Brasil sem Homofobia que, conforme o secretário especial dos direitos humanos em exercício na época, tem como um dos seus objetivos “a educação e a mudança de comportamento dos gestores públicos. Buscamos a atitude positiva de sermos firmes e sinceros e não aceitarmos nenhum ato de discriminação e adotarmos um ‘não à violência’ como bandeira de luta.” (MS, 2004, p. 7). Importante destacar que, até esse momento, o foco das políticas ainda estava centrado nas questões relativas à orientação sexual, não constando em seus textos as identidades de gênero (Tagliamento, 2013). Segundo a autora, essa situação começou a mudar no Brasil a partir da elaboração dos Princípios de Yogyakarta, de 2006, que contemplavam tanto os direitos humanos em relação à orientação sexual quanto à identidade de gênero.

Nessa época, ampliaram-se também as relações entre ativistas LGBTs e o Poder Legislativo, com debates sobre criminalização da homofobia e direitos de pessoas travestis e transexuais, assim como com o Poder Judiciário, agora mais sensível às questões LGBTs (Pereira, 2016). A participação social em Conferências e Conselhos também foi favorecida nessa fase (Facchini, 2005). Para ilustrar as ações estatais elaboradas com a participação social que não estão incluídas na Figura 2 – por não se tratarem de políticas específicas de saúde para travestis e transexuais –, mas que fazem parte da trajetória nacional sobre a elaboração de políticas públicas para LGBTs, está inclusa no Anexo 1 a tabela elaborada por Pereira (2016).

No âmbito da saúde e voltada aos profissionais e usuários do SUS, foi lançada pelo MS a Política Nacional da Promoção de Saúde (2006a), que não aborda diretamente as questões de identidade de gênero ou orientação sexual, mas institucionaliza as premissas da promoção da qualidade de vida a todos, no intuito de reduzir a situação de vulnerabilidade e riscos à saúde. A partir dela, e em vias de garantir a promoção de saúde integral para LGBTs, foi instituída pela Portaria nº 2.836, de dezembro de 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays,

Bissexuais, Travestis e Transexuais (2013), que é pautada nas necessidades específicas das pessoas LGBTs de assistência e atendimento em saúde, considerando os aspectos negativos dos processos de estigmatização e discriminação sofridos por essa população em todos os setores de suas vidas. Essa portaria busca implementar ações que visem à ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, assim como a garantia da equidade e integralidade destes, e a qualificação dos profissionais da rede para o trabalho humanizado e livre de preconceitos (MS, 2013). Todavia, o documento não apresenta orientações específicas sobre as práticas dos profissionais da saúde no atendimento a travestis e transexuais, mas define a responsabilidade da qualificação destes, a partir de ações das três esferas – federal, estadual e municipal.

A partir de 2009, com a Portaria nº 1.820, também do MS, o uso do nome social, independentemente do nome em registro civil, passou a ser garantido a todas/os as/os cidadãs/ãos no momento do cadastro nas unidades de saúde do SUS (MS, 2009). Na esfera estadual, com o intuito de assegurar o direito ao uso do nome social em suas unidades, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa) divulgou a Resolução nº 188/2010, que estabelece diretrizes, para funcionários e usuários do SUS, no serviço e solicitação do uso deste (Sesa, 2010). A Sesa ampliou o direito ao uso do nome social com a publicação da Resolução nº 080 de 2015, que estabelece o uso deste em todos os serviços de saúde públicos do Paraná, e também garante à pessoa travesti ou transexual a possibilidade de escolha da ala de preferência, quando necessitar de acomodação em ambiente que exija separação por “sexo” (Sesa, 2015).

No âmbito das conquistas políticas sobre o direito e regulamentação do processo transexualizador e da cirurgia de redesignação sexual, a primeira portaria publicada foi a de nº 457, pelo MS (2008), possibilitando, pelo SUS, a terapia hormonal e as cirurgias de redução do pomo de adão, adequação das cordas vocais e adequação genital apenas para pessoas diagnosticadas com transexualidade (e do “masculino” para o “feminino”). Essa portaria foi substituída pela de nº 2.803, do MS (2013), que incluiu os procedimentos que visam atender os

homens transexuais e as travestis, e também a cirurgia de prótese de silicone às mulheres transexuais e travestis. Essa portaria foi instituída para incluir pessoas que não estavam previstas para atendimento na anterior, inclusive as que não desejam fazer a cirurgia de redesignação sexual. Porém, segundo Santos (2015), as pessoas travestis e transexuais vivenciam uma insegurança no acesso a esse direito, uma vez que o processo transexualizador é estabelecido por portarias e não leis, que podem ser “derrubadas” a qualquer momento pelo governo. A autora afirma ainda que existe uma morosidade na estruturação e disponibilidade dos serviços do processo transexualizador, que afeta prejudicialmente a saúde física e psicológica de pessoas travestis e transexuais (Santos, 2015).

Filho e Nery (2015) consideram a inclusão dos homens transexuais no processo transexualizador uma conquista, e apontam a terapia hormonal como a principal demanda dessa população. No Brasil, o acesso à testosterona não é fácil e sua aquisição requer receita médica, fazendo com que muitos recorram à automedicação e à compra ilegal desse produto quando não acompanhados pelo processo transexualizador. Segundo os autores,

na fase pré-T, há muitos relatos de ansiedade, depressões, síndrome do pânico, diagnósticos errados de transtorno afetivo bipolar, paralissias motoras, tentativas de suicídio, síndromes fóbicas e outras afecções; quase todas como resultantes da transfobia e que cessam quando começam a transição. (Filho & Nery, 2015, p. 26).

Foi então, como visto neste capítulo, a partir de 2006, que surgiram as políticas públicas mais importantes para a garantia de direitos de travestis e transexuais na esfera da saúde pública, como as voltadas para o uso do nome social, da promoção de saúde integral e do processo transexualizador. Pereira (2016) propõe que o período que sucede o ano de 2006 – final da terceira onda dos movimentos sociais LGBTs, propostos por Facchini (2005) – caracteriza uma “quarta onda” do movimento LGBT, onde se observa o trânsito de ativistas para o interior do Estado para atuar na elaboração de políticas públicas e sua execução. Segundo o autor, esse deslocamento

gera novos dilemas políticos e teóricos que, ao mesmo tempo que se nota um aumento de políticas públicas para essa população, também acabam por gerar uma disputa política entre as/os próprias/os ativistas. A cooptação dos movimentos sociais pelo Estado é apontada por alguns autores como um potencial “esvaziador” dos movimentos sociais e das pluralidades – visto que o Estado não consegue abraçar todos os movimentos –, causando um enfraquecimento das mobilizações (Lima, 2017; Pereira, 2016).

Outras características dessa quarta onda do movimento LGBT, conforme Pereira (2016), seriam: lidar com o forte avanço do conservadorismo religioso e a “bancada evangélica” contrária às pautas e debates sobre cidadania LGBT; fortalecimento do ativismo baseado em perspectivas como a teoria *queer*; aumento de grupos LGBTs universitários e de núcleos de pesquisas sobre a temática; ampliação dos debates sobre gênero e sexualidade, e eventos contra LGBTfobia e temas relativos em universidades; e as lutas por pautas mais amplas dos direitos humanos – cidadania, violência, educação, cultura.

Atualmente, os principais desafios que as políticas públicas enfrentam são o pouco impacto destas nas vidas de pessoas LGBTs – visto que a aceitabilidade das políticas muitas vezes não é trabalhada, assim como sua ampla divulgação –, e os possíveis retrocessos e limites impostos pela coalizão do governo com setores antagonistas ao movimento social LGBT (Pereira, 2016). Simpson (2015) considera que, mesmo com as políticas públicas de saúde para travestis e transexuais, permanece ainda hoje um afastamento dessa população dos serviços de saúde públicos no Brasil, o que ocorre primordialmente pela falta de mecanismos específicos que promovam esse acesso.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a dimensão programática da vulnerabilidade ao adoecimento de travestis e transexuais, a partir dos discursos das/os profissionais da saúde da cidade de Curitiba.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as práticas discursivas das/os profissionais da saúde no atendimento a travestis e transexuais.
- Compreender quais aspectos de formação e informação, pessoal ou profissional, podem dificultar ou viabilizar a garantia ao acesso integral da população travesti e transexual aos serviços de saúde.

6 MÉTODO

Esta pesquisa adotou o método qualitativo, por possibilitar a exploração em profundidade da perspectiva dos atores sociais sobre suas práticas, abrindo campos de interpretação dos possíveis dilemas e paradigmas enfrentados por estes (Poupart, 2008), acessando não somente as realidades sociais pelas narrativas, mas as elucidando através das experiências pessoais dos atores sociais (Poupart, 2008).

Para o construcionismo, a realidade só pode ser definida a partir da vida cotidiana, aquela que é vivenciada com outros que também a testemunham, e a principal maneira pela qual as pessoas compartilham essa realidade é através da linguagem (Berger & Luckmann, 1985). Pela linguagem, aprendo e apreendo o mundo que me é dado, é por ela que comunico, tomo atitudes e repasso meus conhecimentos aos outros. Para Berger e Luckmann (1985), é por meio da linguagem que os significados da realidade cotidiana são legitimados, tipificados, cristalizados, institucionalizados e reproduzidos nas interações diárias. Os autores entendem que na exteriorização da atividade e produção humana progressiva e ininterrupta se produz uma ordem social. Essa ideia inicial pode ser pensada a partir da observação das múltiplas formações socioculturais humanas, possíveis somente pela atuação do homem naquele dado ambiente, com o desenvolvimento histórico daquela população que interage, a todo momento, na maneira como as pessoas se comportam, comunicam e pensam atualmente. Ou seja, o homem é produto e produtor do meio, e ao produzir o meio, produz a si mesmo (Berger & Luckmann, 1985).

A fim de proporcionar um espaço de reflexão sobre as práticas profissionais, utilizando a linguagem como meio que viabiliza as práticas discursivas, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as/os participantes. Foi escolhido trabalhar com esse tipo de entrevista por este tender a resultar num volume maior, mais denso e profundo de material a ser utilizado para análise (Minayo, 2014). Segundo Spink e Medrado (2013, p. 25), “numa entrevista, as perguntas

tendem a focalizar um ou mais temas que, para os entrevistados, talvez nunca tenham sido alvo de reflexões, podendo gerar práticas discursivas diversas” e os convidar intermitentemente à produção de sentido. As práticas discursivas remetem a esses momentos de produção de sentido, ou seja, aos momentos ativos da linguagem – a linguagem em ação –, “as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (Spink & Medrado, 2013, p. 26). A pesquisa social busca dar visibilidade a uma especificidade, mas nunca em detrimento de um contexto global (Spink & Medrado, 2013).

Concordamos com Moscheta (2011) que a pesquisa qualitativa produz intersubjetividade enquanto método de interação das/os pesquisadoras/es com os sujeitos participantes. Isso porque concebe uma atuação/performance sobre dada realidade – o campo da pesquisa –, de modo a produzir uma outra realidade, agora influenciada pela interação pesquisador(a)/participante (Moscheta, 2011). Assim, esta pesquisa teve o intuito de proporcionar espaços de reflexão e sensibilização sobre a temática da pesquisa, através da criação desses campos de intersubjetividade – momentos das entrevistas.

As narrativas foram audiogravadas e as/os profissionais voluntárias/os assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). O roteiro foi elaborado com perguntas geradoras (Apêndice 2), que buscaram compreender qual o nível de informação/vivência que as/os participantes tinham sobre as pessoas travestis e transexuais, o conhecimento das políticas públicas de saúde do SUS para essa população, a experiência no atendimento, assim como a formação profissional e continuada que tiveram sobre travestilidades e/ou transexualidades.

6.1 SOBRE O CAMPO

A pesquisa teve início somente após a sua aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tuiuti do Paraná e da Secretaria Municipal de Saúde de

Curitiba. Posteriormente, foi cedida a autorização de uso de infraestrutura pela Direção das Unidades de Saúde (Apêndice 3). Os locais para a realização da pesquisa foram escolhidos depois de conversas com profissionais e ONGs que trabalham diretamente com travestis e transexuais, identificando duas regiões periféricas e uma central onde uma parcela significativa dessa população residia e trabalhava.

O contato se deu primeiramente com a coordenação de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) central, que prontamente acolheu a solicitação para a realização da pesquisa e agendou as entrevistas com as/os profissionais da saúde. Cabe aqui informar que, até este ponto, o método da pesquisa seria o de pesquisa-ação. As entrevistas seriam a primeira etapa para coletar informações sobre o conhecimento das/os profissionais sobre travestilidades e transexualidades e suas práticas diárias, que seguiria com mais duas etapas. Na segunda, seriam realizados dois encontros com o grupo de cada unidade a fim de coconstruir¹⁰ novos conhecimentos sobre os temas: transexualidades e travestilidades, orientação sexual, políticas públicas e exclusão social, modelo de atendimento padronizado do SUS, e outros que pudessem surgir nessa ênfase, conforme a demanda apresentada pelo grupo. Na terceira etapa, o roteiro de entrevista seria reaplicado, após três meses dos encontros, para levantar possíveis mudanças nas práticas dos profissionais.

Realizadas as entrevistas na unidade central, a coordenação foi novamente solicitada para o agendamento do primeiro encontro, e foi quando tivemos o posicionamento de que “neste momento está inviável disponibilizar este tempo, estamos com muita demanda no Posto e alguns profissionais afastados”¹¹. É possível pensar que, para além das dificuldades técnico-operacionais para os encontros propostos, esse movimento de negativa possa também demonstrar uma falta de

¹⁰ Coconstruir significa valorizar uma prática que adote metodologias participativas, que horizontalize possíveis estruturas hierárquicas, na intenção de possibilitar um espaço de discussão acessível e transformador (Oliveira et al., 2011).

¹¹ Resposta enviada pela coordenação da unidade de saúde central via *e-mail*.

interesse ou de reconhecimento da importância do trabalho de formação das/os profissionais da saúde para a identificação e redução da discriminação nos espaços de saúde.

Dada a impossibilidade de dar continuidade ao método escolhido primariamente para a pesquisa, foi decidido que a pesquisa prosseguiria em formato de entrevista visando à compreensão das práticas profissionais no atendimento a travestis e transexuais, e do conhecimento e acesso dos profissionais a conteúdos sobre identidade de gênero, assim como a opinião destes sobre a necessidade e importância de uma formação sobre esses conteúdos para profissionais da saúde. Dessa maneira, a pesquisa foi realizada em uma etapa, e foi confeccionada e entregue uma apostila para as/os profissionais voluntárias/os da pesquisa com conteúdo informativo sobre travestilidades e transexualidades, e políticas públicas de saúde para pessoas travestis e transexuais. Para tal, foram utilizados na apostila uma cartilha elaborada pelo MS sobre identidade de gênero e acesso à saúde; as políticas do processo transexualizador e de saúde integral de LGBTs; o artigo *Direitos humanos e a saúde: a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans* (Tagliamento, 2015), publicado no livro *Transexualidade e travestilidade na saúde* do MS; e um relatório do mesmo órgão sobre as ações deste para a garantia do direito à saúde para a população LGBT.

Após a alteração do método, entrou-se em contato com uma UBS e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) periféricas, o que foi sem demora atendido. As entrevistas nas três unidades foram realizadas entre os meses de junho e julho de 2017.

6.2 AS/OS ENTREVISTADAS/OS

Participaram da pesquisa um total de 19 profissionais da saúde (Quadro 1), sendo: 4 médicas/os, 3 agentes comunitárias de saúde, 5 auxiliares e/ou técnicas/os de enfermagem, 4 enfermeiras, 1 psicóloga, 1 técnica de saúde bucal e 1 socorrista do SAMU.

As entrevistas tiveram duração diferenciada, de 4 a 44 minutos. A brutal diferença no tempo das entrevistas se deveu à disponibilidade de tempo das/os participantes e ao local cedido para as entrevistas. A maior dificuldade foi sentida na UPA, por ser uma UPA, e as/os profissionais às vezes não dispunham de uma sala própria onde pudesse ser realizada a entrevista, e também não havia disponibilidade de tempo, como, por exemplo, no caso de três entrevistas que foram realizadas no refeitório durante o intervalo de trabalho das/os profissionais.

	Nome ¹²	Gênero	Formação	Idade	Função	Tempo na Unidade
UPA periférica	Alice	feminino	Técnico de enfermagem	44 anos	Auxiliar de enfermagem	1 ano e 3 meses
	Débora	feminino	Técnico de enfermagem	43 anos	Técnica de enfermagem	3 anos
	Guilherme	masculino	Técnico de enfermagem	32 anos	Socorrista do SAMU	8 anos
	Márcia	feminino	Enfermagem	55 anos	Enfermeira	5 anos
	Igor	masculino	Gestão hospitalar e técnico de enfermagem	52 anos	Técnico de enfermagem	4 anos
	Alberto	masculino	Medicina/ginecologia e obstetrícia	56 anos	Médico emergencista	8 anos
	Nara	feminino	Técnico de enfermagem	34 anos	Auxiliar e técnica de enfermagem	5 anos
UBS periférica	Marcela	feminino	Técnico em agente comunitária de saúde	57 anos	Agente comunitária de saúde	6 anos
	Silvia	feminino	Enfermagem	37 anos	Enfermeira	4 anos
	Renata	feminino	Técnico de enfermagem	41 anos	Auxiliar de enfermagem	6 anos, mudou de unidade e voltou a 5 meses
	Viviane	feminino	Psicologia	53 anos	Psicóloga	15 anos
	Thais	feminino	Auxiliar de saúde bucal	58 anos	Auxiliar de saúde bucal	37 anos
	Elis	feminino	Medicina/ginecologia	44 anos	Médica da família	9 anos

¹² Para garantir o anonimato das/os participantes, foram utilizados nomes fictícios.

	Nome ¹²	Gênero	Formação	Idade	Função	Tempo na Unidade
UBS central	Heloisa	feminino	Enfermagem	37 anos	Enfermeira	4 anos
	Jaime	masculino	Medicina do trabalho	52 anos	Médico da família	18 anos
	Carolina	feminino	Enfermagem	38 anos	Enfermeira supervisora	7 anos
	Anita	feminino	Técnico de enfermagem (em curso)	48 anos	Agente comunitária de saúde	16 anos
	Fernanda	feminino	Técnico em agente comunitária de saúde	36 anos	Agente comunitária de saúde	11 anos
	Lia	feminino	Medicina/Geriatra	36 anos	Médica da família	4 anos

Quadro 1 – Caracterização das/os profissionais entrevistadas/os.

6.3 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados coletados foi utilizada a análise do discurso. Nesse tipo de análise, segundo a perspectiva de Foucault, deve-se transcender o hábito comum de atribuir significantes ocultos às palavras e seus conteúdos, procurando manter-se na existência deles, ou seja, das coisas ditas, seus enunciados e relações (Fischer, 2001). Assim, analisar o discurso, conforme a definição de Fischer (2001, p. 98), “seria dar conta exatamente disso: de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão ‘vivas’ nos discursos” e que se materializam nas interações humanas.

Da mesma maneira, a investigação sob a ótica do construcionismo de Gergen traz o foco da análise dos processos subjetivos de conhecimento para o campo das relações (Spink & Frezza, 2013). Para Spink e Frezza (2013), esse posicionamento diante do conhecimento implica localizá-lo na esfera da construção social e conjunta, de maneira a desindividualizar os conteúdos narrados ou, nas palavras das autoras, “o conhecimento não é uma coisa que as pessoas possuem em suas cabeças, e sim algo que constroem juntas. A adoção plena da perspectiva construcionista exige, assim, um esforço de desconstrução de noções profundamente arraigadas na nossa cultura” (p.

10). Tal desconstrução, para as autoras, pode ser melhor entendida como “desfamiliarização”, pelo fato de um conhecimento não poder ser “desconstruído”, mas, sim, modificado, em que os conhecimentos anteriores e seus significados são parte de um arsenal histórico com outros já em desuso, agregando novos/outros significados.

As reiterações das normas de gênero presentes nas práticas discursivas engendram “verdades” naturalizadas, de maneira que o sujeito em relação a si e anunciado nos discursos está sempre em relação com as práticas sociais que objetivam os sujeitos (Tagliamento, 2012). É importante ressaltar que todos os discursos obtidos nas entrevistas são de profissionais da saúde cisgêneras/os¹³, estando inseridas/os em um contexto de pessoas que, de alguma maneira, reiteram as normas sociais de gênero em suas práticas cotidianas e discursivas. A maneira pela qual as normas de gênero aparecem nessas práticas, assim como quais normas estão sendo reiteradas, foi considerada um material importante para análise. Visto que, segundo Tagliamento (2013), as normas regulatórias de gênero, assim como a legislação, as políticas, as ações e os serviços de saúde, sendo “efetivadas/encarnadas” por pessoas, são determinantes no aumento, reprodução ou diminuição da vulnerabilidade ao adoecimento.

As práticas discursivas, segundo Spink e Medrado (2013), se constituem dos seguintes elementos: enunciados; formas, ou “*speech genres*”; e conteúdos, que são os repertórios interpretativos. Para os autores, o enunciado “é o ponto de partida para a compreensão da dialogia” (Spink & Medrado, 2013, p. 26) e, em sua produção, o sujeito opera um sistema de linguagem, assim como de enunciações preexistentes, e se posiciona em relação a ele. Para Foucault (2012, p. 15), o enunciado contido no discurso, “seu sentido, sua forma, seu objeto, sua relação à sua referência”, não se constitui como unidade, visto que seu sentido é inesgotável, mas “se encontra na transversalidade de frases, proposições e atos de linguagem” (Fischer, 2001, p.

¹³ Identidade de gênero concordante com o gênero atribuído no nascimento.

201). Descrever os enunciados é situá-los historicamente como um acontecimento temporal, cultural e social (Fischer, 2001).

Segundo Tagliamento (2012), a partir da definição de Foucault sobre enunciado, a heteronormatividade, por ser capaz de “delimitar o campo de possibilidades da existência de proposições e frases, e consequentemente das práticas” (p. 53), pode ser entendida no campo dos enunciados. Conforme a autora, a heteronormatividade e a regulação da vida por suas normas são produtoras de processos de estigmatização e discriminação, que dificultam a garantia de direitos humanos das pessoas travestis e transexuais. A heteronormatividade “faz parte, portanto, do conjunto de práticas discursivas que regulam e produzem as subjetividades das mulheres trans e o seu acesso ou não aos serviços de saúde e à saúde integral” (Tagliamento, 2012, p. 53).

É pela linguagem e pela prática discursiva que somos capazes de acessar as práticas cotidianas. Se, para Foucault, deve-se ficar atento às coisas faladas, à palavra, o convite às narrativas sobre as práticas cotidianas é, segundo Tagliamento (2012), fonte importante para a análise dos processos de subjetivação e assujeitamento. No caso desta pesquisa, tais práticas cotidianas correspondem àquelas vivenciadas no dia a dia, produzidas pelas normas regulatórias de gênero, repetidas e reiteradas pelas/os profissionais da saúde nos serviços públicos do SUS e que definem, assim como a existência e eficácia de políticas de saúde específicas, o acesso, ou não, de travestis e transexuais ao sistema público de saúde (Tagliamento, 2012).

A partir dessas premissas, buscou-se fazer uma análise das narrativas das práticas cotidianas das/os profissionais da saúde de maneira contextualizada com a legislação e com as políticas públicas do SUS sobre a saúde integral de pessoas travestis e transexuais. Foi utilizado, para a análise dos fatores que implicam a vulnerabilidade ao adoecimento, o quadro da V&DH que, conforme Tagliamento (2012, p. 56), é “bastante produtivo para pensar o processo saúde-adoecimento”, uma vez que permite considerar não só a existência das políticas de saúde, como também sua divulgação, efetividade e se estas chegam de fato ao seu objetivo: garantir o direito

das pessoas travestis e transexuais à saúde integral. O quadro também permite analisar o grau de participação dessas pessoas nos serviços de saúde, o que reflete sua condição de cidadania e, conforme explorado anteriormente, é central para o entendimento dos não reconhecimentos que incidem na vida de travestis e transexuais. Assim, o foco da análise da pesquisa será no campo programático do quadro da V&DH.

Conforme Gruskin e Tarantola (2012), os sistemas programáticos, responsáveis pela implementação de direitos através dos programas em saúde, abarcam desde o desenho dos programas, a implementação, monitoramento, até a avaliação destes. De maneira geral, o trabalho em saúde na abordagem dos sistemas programáticos concerne a inclusão de temas prioritários em direitos humanos nas iniciativas programáticas e práticas cotidianas, como “a garantia de atenção à participação de comunidades afetadas, não discriminação na forma como políticas e programas são conduzidos, atenção ao contexto legal e político no qual o programa está sendo implementado,... e responsabilização jurídica pelos resultados” (Gruskin & Tarantola, 2012, p. 27).

Uma abordagem em saúde baseada em direitos humanos está, portanto, direcionada ao alcance de melhores resultados para a saúde pública e requer consideração no que tange à **disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e resultados** das ações em saúde em diferentes grupos populacionais (Gruskin & Tarantola, 2012). Segundo esses autores, as categorias supracitadas desdobram-se em implicações concretas e estruturais nos serviços de saúde, como: disponibilidade máxima de recursos; não discriminação de gênero, raça, posição social, ou qualquer outra forma de discriminação reconhecida; disponibilização de serviços culturalmente adequados à população que atende; assim como a garantia de qualidade profissional e científica. Tais categorias e suas implicações, presentes nas práticas discursivas das/os profissionais da saúde, serão utilizadas nesta pesquisa de maneira a buscar analisar o campo programático institucional e suas consequências no aumento ou diminuição da vulnerabilidade de travestis e transexuais ao adoecimento.

Para considerar os aspectos levantados, o capítulo 7 foi dividido em subcapítulos, conforme as categorias – qualidade; disponibilidade; acessibilidade; e aceitabilidade –, de modo a buscar identificar, nos discursos das/os profissionais, os principais obstáculos na garantia do acesso à saúde integral para travestis e transexuais. De todo modo, por mais que a análise apareça no texto de forma fragmentada, as práticas que definem o acesso de travestis e transexuais aos serviços de saúde não acontecem de tal maneira. Por exemplo, quando o nome social não é respeitado nesses ambientes, provoca um afastamento da população, aumentando a vulnerabilidade ao adoecimento. A não garantia do direito de travestis e transexuais usarem o nome social pode ser um reflexo da não aceitabilidade da política, ou mesmo das identidades travesti e transexual, e este vai ter consequências diretas na acessibilidade dessas pessoas aos serviços. Por esse motivo, optou-se por fazer a divisão dos subcapítulos do capítulo 7 em: **aceitabilidade e acessibilidade; e qualidade e disponibilidade.**

Portanto, nos próximos capítulos, será feita uma análise do campo programático a partir das categorias **aceitabilidade e acessibilidade, e qualidade e disponibilidade**, considerando as normas de gênero e os relatos das práticas cotidianas presentes nas práticas discursivas das/os profissionais da saúde. Como o método utilizado não engloba a avaliação da eficácia das políticas públicas e de saúde, a categoria **resultados** não será utilizada para a análise.

7 PRÁTICAS COTIDIANAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA O (NÃO)ACESSO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

7.1 ACEITABILIDADE E ACESSIBILIDADE

A categoria de análise aceitabilidade refere-se a avaliar se os bens e serviços de saúde estão apropriados culturalmente para o atendimento à população (Gruskin & Tarantola, 2012), assim como a aceitação pessoal das/os profissionais das pessoas travestis e transexuais. Já a acessibilidade corresponde ao alcance das instalações, bens e serviços de saúde à população, livres de discriminação de gênero, condição socioeconômica, local de moradia, etnia, entre outras formas de discriminação (Gruskin & Tarantola, 2012).

Quando questionadas/os sobre as políticas de saúde para travestis e transexuais, 12 profissionais afirmaram conhecer a política do uso do nome social nos serviços do SUS, que busca promover um atendimento humanizado, acolhedor e livre de discriminação, e faz parte da *Carta dos direitos dos usuários do SUS* (MS, 2006b). Nesse documento, consta como direito da pessoa usuária dos serviços o uso do nome social nas dependências do SUS, independentemente da identificação do nome civil no cadastro. Esse direito é ainda regulado pela Portaria nº 1.820 de 2009, também do MS, e pela Resolução nº 080/2015, na esfera estadual.

A identificação das/os usuárias/os dos serviços de saúde é feita pelo Cartão SUS, porém o preenchimento do cartão e sua emissão de modo a ficar impresso apenas o nome social era de conhecimento somente de uma agente comunitária entrevistada, trabalhadora da UBS central e tida como referência na unidade como a mais “*amiga*” das pessoas travestis e transexuais. A definição “*amiga*” foi usada de forma humorizada pelas/os entrevistadas/os para se referir a essa profissional que demonstrava mais afetuosidade, paciência e empatia no atendimento a travestis e transexuais. Goffman (1988) explica o que pode ser chamado de deslizamento do estigma,

quando pessoas não estigmatizadas se tornam próximas ou empáticas ao sofrimento causado pela discriminação. Nesse sentido, profissionais da área da saúde, por trabalharem não só com as demandas relativas ao estigma, mas também com ações da sociedade empreendidas a tais pessoas, podem vir a receber uma parcela de “transferência de estigma”, quando demonstram demasiada simpatia e atenção, o que pode ser observado nas entrevistas, quando as/os profissionais referiram-se à profissional citada.

Sobre o Cartão SUS, segundo o relatório de ações de promoção da saúde da população LGBT do MS, em 2012 o campo do nome social foi incluído no Cartão SUS desde a Portaria do MS nº 1.820 (2009) e que, em 2014, foi publicada uma nota do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) sobre o preenchimento do sistema e impressão do cartão somente com o nome social aparente.

O não conhecimento do direito do uso do nome social por algumas (4) entrevistadas foi observado nas unidades periféricas. Todavia, as/os profissionais relataram que a efetividade dessa política ainda é uma das maiores barreiras encontradas nos serviços de saúde, por diversos motivos: (1) por uma não aceitação pessoal da/o profissional; (2) pelo fluxo de atendimento da unidade; e (3) pelas barreiras estruturais dos serviços. Cada um desses pontos será abordado na continuidade do texto, e utilizaremos os números acima como referência.

Segundo Márcia (enfermeira) e Jaime (médico), a população travesti e transexual, nos serviços de saúde do SUS, ainda que exista a política do uso do nome social, vivencia processos de estigmatização e discriminação pelo não cumprimento da normativa. Jaime (médico) conta que *“já teve casos aqui de briga, muita briga, por causa dos médicos não chamar pelo nome social. Mas, aí, eu acho um pouco de preconceito. Eles chamam de ‘Antonio’ de... de propósito”*

(1). Para Márcia (enfermeira):

O que a gente nota, muitas vezes, e eu também, às vezes, já fiz isso, é de você não aceitar o nome social deles. ‘Não, tá internado aqui, no protoc... no sistema é esse o nome,

então nós vamos chamar ele pelo nome'. E, e não. A gente tem que respeitar esse lado deles.

Segundo Spink e Gimenes (1994), o âmbito relacional confere ao conhecimento a produção de sentido, que não se restringe ao “mero processamento de informação, da adesão a uma ou outra teoria científica, ou da possibilidade cognitiva da construção lógica do pensamento (se tratando, sobretudo, do) “**posicionamento** perante os dados, as teorias, e os outros” (p. 150). Para as autoras, ao enfatizar os posicionamentos, a produção de sentido torna-se “um processo de negociação continuada de identidades sociais” (p. 150). Assim, deve-se levar em conta o “tempo histórico” – as formações discursivas de cada época –, o “tempo vivido” – conteúdos próprios do processo de socialização individual – e o “tempo presente” – a escala de interações sociais que proporcionam as rupturas ou reiterações; a atividade criativa de construção de novos sentidos (Spink & Gimenes, 1994, p. 151). O trecho da fala de Márcia (enfermeira) é um exemplo do “tempo vivido”, onde a profissional relatou um posicionamento que já assumiu em outra época, e que no “tempo presente” ela considera errado.

A enfermeira acredita que a dificuldade na garantia do nome social pode ser um reflexo da não aceitação dessas pessoas: “*como tem a homofobia né, de repente, isso é até uma forma de homofobia*” (Márcia), fazendo uma referência à transfobia nos serviços de saúde. Em uma ampla pesquisa ($n = 1.498$)¹⁴ realizada em Portugal¹⁵ sobre imagens sociais de pessoas LGBTs, Costa et al. (2010) abordaram em profundidade a questão da transfobia. Os resultados apontaram que o grau de escolaridade, quanto mais elevado, diminuía o grau de transfobia, da mesma maneira que o convívio com a diversidade sexual (Costa et al., 2010). Dessa maneira, segundo a pesquisa portuguesa, é menos provável que as pessoas que possuem contato mais próximo com travestis e/ou transexuais apresentem práticas transfóbicas no seu dia a dia, assim como foi observado na

¹⁴ Nesta pesquisa a maioria das participantes foi mulheres (74,5%) heterossexuais cisgêneras.

¹⁵ O Sistema de Saúde em Portugal é público, mas conta com uma participação irrisória da/o usuária/o. Existe também a possibilidade de isenção dessas taxas por comprovação de baixa renda, doenças graves e gestação (Euro dicas, 2017).

análise dos dados. Já em relação à escolaridade influenciar uma maior ou menor transfobia, nesta pesquisa, diferentemente, verificou-se que as pessoas que demonstraram menos práticas transfóbicas foram as de menor escolaridade (e eram também as pessoas com mais contato com travestis e/ou transexuais), mas esse aspecto não se constituiu como regra, pois discursos transfóbicos apareceram também em falas de profissionais com menor formação (nesse caso, os que tinham menos contato). O contato próximo, portanto, com as expressões de gênero plurais, ou, ainda, com a diferença – pela perspectiva *queer* –, demonstrou ser um fator mais importante na redução de discriminação e transfobia, aparecendo como uma lacuna para novas pesquisas nessa temática.

Segundo Garcia (2009), o termo ‘transfobia’ é mais adequado para se referir aos processos de estigmatização e discriminação voltados às pessoas travestis e transexuais, que são ainda mais intensos do que aqueles relacionados à orientação sexual, como a homofobia, lesbofobia e bifobia. Costa et al. (2010) reforçam o caráter cultural do termo, ao passo de o uso do sufixo ‘fobia’ ser utilizado para se referir a “um medo ou ódio irracionais face a estas pessoas, e que é perpetrado por uma ideologia cultural” (p. 96). Porém, para Borillo (2010), a homofobia não pode ser definida a partir de um enfoque individualista do problema, pois, como o racismo e a xenofobia, é uma “manifestação arbitrária que consiste em designar o outro como contrário, inferior ou anormal; por sua diferença irredutível, ele é posicionado a distância, fora do universo comum dos humanos” (p. 13). Para o autor, é a norma social e a hierarquização das sexualidades que produz e designa certos grupos como um “outro” que é “estranho”, “bizarro”, “anormal”, quando não corresponde à “divisão dos gêneros” e ao desejo heterossexual. Por ser a grande guardiã dos limites sexuais e de gênero, que a homofobia “acaba visando, igualmente, todos aqueles que não aderem à ordem clássica dos gêneros: travestis, transexuais, bissexuais, mulheres heterossexuais dotadas de forte personalidade, homens heterossexuais delicados ou que manifestam grande sensibilidade” (Borillo, 2010, p. 16). Para Miskolci (2016), o uso do termo ‘homofobia’, quando

usado comumente para retratar um cenário de violência, encobre e resume o que ele chama de “terrorismo cultural”¹⁶, que é algo imposto socialmente e que transcende a atos destacados de violência. Segundo a Organización Panamericana de la Salud (2013), a transfobia em forma de discriminação, violência e perseguição, enfrentadas por travestis e transexuais, “contribui de forma direta e significativa para sua vulnerabilidade, e cria barreiras para o acesso aos serviços de saúde” (p. 14).

A barreira do uso do nome social nos serviços do SUS foi encontrada na pesquisa de Tagliamento (2013), realizada também na cidade de Curitiba e contando com a participação de travestis e mulheres transexuais, que relataram a dificuldade que encontravam ao solicitarem o cadastro e uso do nome social. O que, segundo a autora, é um fator considerável de discriminação das pessoas travestis e transexuais dos espaços de saúde “já na porta de entrada” (Tagliamento, 2013, p. 111). Quando atendida a solicitação do nome, as participantes ainda encontravam recorrentemente seu nome de registro civil visível no painel eletrônico que dispõe a ordem dos atendimentos, o que causava constrangimento e exposição desnecessária (Tagliamento, 2013). Nas unidades onde as/os profissionais da saúde desta pesquisa trabalhavam, somente a UPA contava com a disposição do painel eletrônico na sala de espera. Assim, quando questionadas/os sobre a disposição do nome social ou de registro no painel eletrônico, somente três profissionais souberam responder, e cada resposta foi distinta, por exemplo: “*Alguns põe o nome que tá no cadastro, outros põe o nome social, outros põe os dois nomes*” (Márcia, enfermeira); “*Isso, o nome do registro civil. Não é o nome social de atendimento*” (Igor, técnico de enfermagem); e “*Eles fizeram, não sei, um esquema aí que está aparecendo agora, parece que o nome social. Não tenho bem certeza, mas parece que é o social*” (Nara, auxiliar e técnica de enfermagem).

¹⁶ Na definição do autor: “O terrorismo cultural é um nome que busca ressaltar a maneira como opera socialmente o heterossexismo, fazendo do medo da violência a forma mais eficiente de imposição da heterossexualidade compulsória” (Miskolci, 2016, p. 34).

Esse tom de indiferença, de “tanto faz”, sobre a disposição do nome social no painel eletrônico perpassou os discursos das/os profissionais em vários momentos do encontro.

O fluxo de atendimento na unidade (2), também, foi relacionado à dificuldade em se “atentar” ao nome social – identificado no campo apelido – nos prontuários, onde o primeiro nome que fica visível no prontuário é o nome civil da pessoa. Desse modo, no momento de chamar para a consulta, a/o profissional acaba usando o primeiro nome do prontuário, causando grande constrangimento “*principalmente os homens, que eles querem que a gente chame pelo nome social né, daí chega, né, toda bonitona, toda vestida de mulher e a gente acaba chamando pelo nome de registro*” (Renata, auxiliar de enfermagem).

Entretanto, parte das/os profissionais refere-se à política como efetiva, desde que solicitada pela pessoa no momento do cadastro. As narrativas não apontam um posicionamento claro das/os profissionais quanto ao uso do nome social, indicando, portanto, práticas discriminatórias e não respeitosas. Porém, as/os profissionais reconhecem que travestis e transexuais experienciam extrema insatisfação quando esse direito não é efetivado.

A disposição do nome social como “apelido” no cadastro do SUS, assim como seu posicionamento abaixo do nome civil, e o desconhecimento do método de preenchimento e impressão do Cartão SUS com o nome social parecem ser barreiras estruturais institucionais dos serviços do SUS (3) e do não acesso dessas/es profissionais a informações sobre o sistema de informática e preenchimento de prontuários.

O uso do nome social para pessoas travestis e transexuais, segundo Bento (2014), é uma criação do cenário brasileiro diante da não existência de uma lei que facilite e regule a alteração de nome e “sexo” nos documentos oficiais, diferentemente de leis de identidade de gênero de outros países (p. ex., Espanha, Argentina, Uruguai e Inglaterra). O nome social garante em esfera micro – repartições públicas, universidades e bancos – a normativa básica de respeito às identidades de gênero (Bento, 2014). Porém, na reflexão da autora, existe um contexto político e

econômico que utiliza da representação política das maiorias para “frear e impedir a ampliação e a garantia de direitos plenos às populações excluídas” (p. 166), e a política do nome social encobre uma tendência nacional de garantir “que os excluídos sejam incluídos para continuarem a ser excluídos” (p. 166), pois não extingue a demarcação de um nome, que é “social”. O Projeto de Lei nº 5.002/2013, denominado Lei João W. Nery, que dispõe sobre os direitos de retificação do prenome e que se baseia na Lei de Identidade de Gênero argentina, segundo *website* da Câmara dos Deputados, encontra-se aguardando apreciação do Plenário e ainda tem um longo caminho a percorrer e “bancadas evangélicas” para enfrentar até a sua possibilidade de aprovação.

Seguindo essa lógica, pode ser considerada também uma barreira o fato de que a identificação prioritária da pessoa nos serviços do SUS ainda é o nome civil (3). Logo, as etiquetas, receitas e pedidos de exames se referirão a este, o que, segundo algumas/alguns profissionais, é um momento de atrito entre elas/eles e as/os usuárias/os, o que poderia ser evitado caso o Brasil já dispusesse da lei supracitada, assim como também se extinguiriam os problemas relatados relacionados ao preenchimento de cadastro, prontuário e cartão de identificação, diminuindo os processos de estigmatização e discriminação nos espaços de saúde.

Ideias transfóbicas podem se manifestar nos espaços de saúde de maneira velada. Conforme Jaime (médico), “*muitos médicos têm preconceito, né... que acha ‘Acho que aquele cara não tem que mudar para mulher, porque Deus não quis’... Não é porque ele é médico, que ele vai ter uma cabeça aberta*”, ou, como, por exemplo, no caso de um profissional da UBS periférica, colega de uma entrevistada, que demonstra desinteresse e dificuldade para atender pessoas travestis e transexuais. Segundo Marcela (agente comunitária de saúde), esse profissional:

tem (preconceito), e a gente sempre fala pra ele, porque na verdade ele é um pastor... mas que eu sempre digo ‘Filho, nós não tamo aqui pra julgar’... daí ele fala: ‘Ai, eu sei. Mas é mais forte que eu.

Nesses trechos sobre não aceitação e discriminação, pode-se notar dois exemplos de posicionamentos assumidos, o primeiro em forma de apontamento, em que “os outros têm” dificuldade de aceitação, e o segundo, que assume o posicionamento de não julgar. O relato de Marcela (agente comunitária de saúde) ilustra um exemplo em que as categorias de análise se cruzam, pois, ao mesmo tempo que afirma que o profissional tem dificuldade de aceitar – **aceitabilidade** – uma pessoa travesti ou transexual enquanto semelhante, também faz a denúncia de que o atendimento – **qualidade** – é prejudicado, quando complementa que o profissional em questão “*atende sim. Na educação e tal. Mas depois que a pessoa sai ele faz os comentários*” (Marcela, agente comunitária de saúde) e que a pessoa atendida claramente sente a diferença no atendimento e fica desconfortável, o que prejudica o cuidado em saúde e interfere na **acessibilidade** dessas pessoas a esses espaços. O discurso religioso, historicamente construído em princípios heterossexistas e patriarcais, quando não misóginos, aparece em algumas narrativas como “algo que fica no caminho” entre o Cuidado – explorado por Ayres (2004) –, a garantia dos direitos da população travesti e transexual e a estigmatização e discriminação, assim como naturaliza valores e justifica concepções fundamentalistas conservadoras. É também um fator importante, visto que é percebido pelas/os profissionais como uma barreira para o atendimento. Para Alice (auxiliar de enfermagem), o fato de ela ser evangélica não atrapalha o atendimento, mas o julgamento pelos valores pessoais permanece presente:

Lógico, que se a pessoa te perguntar o que você acha, se ela pedir a tua opinião, né, você vai, você não pode se esconder. Você vai falar, assim, ‘Olha, eu, segundo os meus princípios, segundo o que eu creio, não é correto’. (Alice, auxiliar de enfermagem).

A religiosidade torna-se um fator importante a ser considerado quando nos deparamos também com os relatos da população travesti e transexual sobre experiências de estigmatização e discriminação nesses contextos, como nos dados apresentados pelo relatório de pesquisa com

homens transexuais (Souza et al., 2015), no qual 40% dos participantes revelaram ter sofrido violência por líderes da própria religião.

O discurso religioso perpassa os três tempos da produção de sentido – histórico, vivido e presente –, visto que tem a historicidade na qual está inserido, faz parte do processo de socialização e das relações construídas ao longo das vidas, e situa-se em um contexto de constante atualização a partir das experiências cotidianas. Como, por exemplo, as experiências no ambiente de trabalho, que proporcionam a produção de novos sentidos através das relações e da linguagem, e, pelo discurso, revela os valores vivenciados por essas pessoas e construídos socialmente em seu histórico relacional. No trecho da fala de Alice (auxiliar de enfermagem) explicitado anteriormente, pode-se notar a importância dos tempos “histórico” e “vivido” na construção do discurso e posicionamento no “tempo presente”.

Conforme observado nos discursos das/os profissionais da saúde, o desconhecimento – e perceptível indiferença – das políticas públicas de saúde para pessoas travestis e transexuais, e as barreiras referentes à aceitação, seja das políticas, ou mesmo das pessoas, implicam diretamente a acessibilidade aos serviços de saúde. Esses aspectos, assim como as práticas transfóbicas, se dão articuladamente, em um *continuum* relacional, em que a dificuldade de aceitação influencia na qualidade do Cuidado e na disponibilidade dos serviços, precarizando o acesso. Para dar conta dessa interligação, faremos a análise a seguir das categorias qualidade e disponibilidade.

7.2 QUALIDADE E DISPONIBILIDADE

Este subcapítulo abrange as categorias qualidade e disponibilidade. Qualidade faz referência às características do atendimento a travestis e transexuais nos serviços de saúde, à qualificação das/os profissionais, assim como à qualidade dos bens (Gruskin & Tarantola, 2012). Segundo Ayres, Paiva e França Jr. (2012), a qualidade do encontro entre profissionais da saúde e

usuários, presente na “dinâmica da vida cotidiana”, é de extrema importância para a redução da vulnerabilidade ao adoecimento, devendo-se priorizar o discurso das experiências nos encontros e vivências para refletir sobre as desigualdades locais. Já a disponibilidade “requer que a saúde pública e as instalações, bens e serviços de assistência à saúde, assim como os programas, sejam oferecidos com a máxima disponibilidade de recursos disponíveis aos governos” (Gruskin & Tarantola, 2012, p. 30).

Para as/os profissionais entrevistadas/os, da mesma maneira que o constatado na pesquisa de Sehnem et al. (2017) com profissionais da enfermagem, o maior motivo do afastamento das pessoas travestis e transexuais das unidades de saúde seria o medo que elas/es próprias/os têm de sofrer discriminação nesses ambientes, assim como acontece no dia a dia dessas pessoas. Como na fala de Nara (auxiliar e técnica de enfermagem) sobre a percepção de discriminação dentro da UPA: “*Só no olhar de outros pacientes já. Não com a gente. Porque pra nós é uma coisa comum*”. Ou no relato de Alberto (médico) também da UPA: “*Assim, acho que elas mesmas se discriminam, né?... Acho que a sociedade demorou muito tempo pra abrir a consciência pra aceitar esse... esse gênero de transformação, né? Então elas devem se sentir mal, né?*”. Mas, conforme a pesquisa de Tagliamento (2012) com mulheres transexuais e travestis, a má qualidade do atendimento, em que as/os profissionais “não a tocavam, não as olhavam, não cuidavam, não se comunicavam... Não abriam espaço para diálogo” (p. 146), é o que faz com que elas deixem de buscar ajuda médica. A dificuldade de estabelecer um vínculo que permita que os atendimentos aconteçam de maneira humanizada está relacionada ao fato de essas pessoas “excederem as classificações normativas associadas ao gênero e sexualidade presentes em nossa sociedade. Figuras consideradas ‘monstruosas’ e abjetas” (Garcia, 2009, p. 614); sendo que a falta de qualificação das/os profissionais sobre as identidades e expressões de gênero plurais atua de maneira a perpetuar esse não (re)conhecimento.

As entrevistas com profissionais da saúde revelaram que, independentemente do curso de formação destas/es, não há uma abordagem sobre gênero e sexualidades que abra espaços de conhecimento e de reflexão sobre essas vivências, assim como as especificidades que tangem à saúde integral das pessoas travestis e transexuais. Uma pesquisa realizada nas cidades de Belo Horizonte, Campinas e São Paulo, em 2015, com homens transexuais (Souza et al., 2015) apontou, no que tange ao acesso aos serviços de saúde, que “a falta de atenção e de conhecimento de suas demandas por parte dos profissionais, além da condição patológica em que suas experiências são interpretadas” (p. 108), são os principais fatores que afastam essa população dos serviços públicos de saúde. Filho e Nery (2015) consideram que as maiores barreiras enfrentadas por homens transexuais na saúde pública se devem ao fato de os cursos de formação profissional não ofertarem a cadeira de Gênero e Sexualidade na grade curricular, formando profissionais despreparados para lidarem com suas especificidades.

Nos discursos das/os entrevistadas/os, uma confusão de ideias predomina sobre um (re)conhecimento da pessoa travesti ou transexual, muitas vezes produto da própria limitação em tentar adequar essas vivências no discurso médico de categorias sexuais biológicas e da heteronormatividade, como, por exemplo, no seguinte trecho:

Transexual é a pessoa que nasce com essa... vamo coloca, o genótipo masculino, porém, o fenótipo é feminino. O travesti não, não necessariamente. E o homossexual ele se envolve com as pessoas do mesmo sexo e o heterossexual que sou eu (risos). Que não é a mesma coisa, que pessoas que acham que transexuais e travesti é a mesma coisa, não, não é. (Carolina, enfermeira supervisora).

A maior parte das/os profissionais entende as travestilidades como a pessoa que tem a sua vida “normal” durante o dia, de acordo com o gênero atribuído no nascimento e que se “transveste/fantasia” do outro “sexo” de noite, muitas vezes para trabalhar na prostituição. A descrição das/os profissionais da saúde sobre as travestilidades como a pessoa que se

“*transveste/fantasia*” do “*sexo oposto*” é uma herança direta de um movimento histórico de patologização das identidades travestis e transexuais¹⁷, e insere-se no campo de conhecimento e produção de sentido do “tempo histórico”, de Spink e Gimenes (1994). O entendimento de um conhecimento prover do “tempo histórico”, pelo uso de repertórios em conformidade ao discurso médico (genótipo/fenótipo), não o redime de estar a todo momento sendo composto e ressignificado no “tempo presente”, através das relações e novas informações/teorias, e, na prática profissional, o encontro com travestis e transexuais se dá a partir desses sentidos.

O enquadramento das experiências travestis e transexuais em manuais e publicações médicas teve maior alcance a partir de 1954, com os conceitos sobre a transexualidade – nos textos originais “transexualismo” – e sua distinção das travestilidades – “travestismo” – cunhados pelo endocrinologista Harry Benjamin (Barbosa, 2015). É após esse movimento de “catalogação” das identidades de gênero, enraizada na matriz teórica biomédica de naturalização do gênero como correspondente a uma categoria sexual, que se observa uma inclinação dos saberes médicos para discutir a etiologia dessas subjetividades e a regulamentação dos tratamentos disponíveis. Com a inclusão dos diagnósticos de “travestismo” e “transexualismo” no Código Internacional de Doenças (CID) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), as vivências de travestilidades e transexualidades passaram a ser rotuladas e definidas como “doenças”, passíveis de tratamento e intervenção (Barbosa, 2015; Bento & Pelúcio, 2012).

Algumas/ns das/os entrevistadas/os ainda acrescem a essa (in)definição – neste momento se referindo à orientação sexual – a ideia da possibilidade de escolha:

Ao meu ver, um... uma pessoa assim, né, gays em gerais... homossexual, em geral, pra mim acho que a grande maioria, não generalizando, não todas, tem essa... essa parte da escolha. Como uma opção. ‘Ah, não quero ser homem. Eu gosto de homem. Vou

¹⁷ A patologização das identidades travestis e transexuais pelos manuais médicos, suas consequências e a possibilidade de despatologização são abordados em Almeida e Murta (2013), Barbosa (2015), Bento e Pelúcio (2012) e Preciado (2011).

virar mulher’. Ou ‘vou ser gay’, né, não sendo transexual, travesti, algo assim. (Guilherme, socorrista do SAMU).

A orientação sexual gay e lésbica apareceu, nos discursos das/os profissionais da saúde, como diretamente vinculada às travestilidades e transexualidades. Para as/os entrevistadas/os, uma identidade ou expressão de gênero que não corresponda às normas de gênero e fora dos padrões da heteronormatividade só é concebível quando associada a pessoas que se definem como gays ou lésbicas, como na fala de Fernanda (agente comunitária de saúde): “*já tive um amigo assim, mas ele era... ele era homossexual só, né, não chegava a se travesti de mulher. Ah, tem um conhecido também que é, mas não se chega a se vestir de mulher assim não*”. Nesses trechos, pode-se verificar também a indicação de que as travestilidades e transexualidades são referidas à orientação sexual pelas/os profissionais como diferentes “graus” de uma mesma experiência, no caso, da homossexualidade.

Quando não relataram uma ausência total de conhecimento sobre identidade de gênero, contaram terem tido um maior contato – no caso com as travestilidades, segundo os discursos das/os profissionais – quando tiveram estágios em ambulatórios de ISTs/Aids. Ainda assim, esse conhecimento adquirido no “tempo vivido” permanece no “tempo presente” pela abordagem discriminativa, relacionando compulsoriamente as travestis às ISTs/Aids. Conforme a pesquisa de Sehnem et al. (2017, p. 1681), “quando os cuidados dispensados às travestis vão além da dispensação de preservativos e testagem de HIV/Aids, a assistência ofertada pelos profissionais da saúde passa a ser permeada por dúvidas, dificuldades e inconsistências.”

A epidemia da Aids no Brasil, nos anos 1980, e a busca por explicações epidemiológicas acerca de sua etiologia foram determinantes na demarcação de grupos populacionais onde as chances de contágio eram maiores, e na sua identificação como **grupos de risco** (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012). Nesses grupos estavam homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e usuários de drogas injetáveis. O pedido de quarentena feito a esses grupos para que

não mantivessem relações sexuais, doassem sangue ou usassem drogas injetáveis, a fim de prevenir que a epidemia piorasse, só contribuiu para que a sociedade, assim como a mídia, se esforçasse para que essas pessoas acumulassem perdas sociais significativas, como trabalho e afastamento familiar, social e dos serviços de saúde (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012).

Segundo Ayres, Paiva e França Jr. (2012), ainda que os estudos epidemiológicos tenham agregado importante informação sobre a população mais afetada pela epidemia, pouco somou no que tange ao significado dessa distribuição de casos, e:

no que se refere à prevenção, sua tradução na categoria grupos de risco acabou acirrando preconceitos e discriminação, tornando ainda mais difícil a situação social e clínica das pessoas já afetadas pela Aids, e deixou mais desprotegido o restante da população. (p. 79).

A distinção de categorias mais vulneráveis ao HIV e a sua rotulação como grupos de risco pouco ajudaram na prevenção de infecção para gays, HSH, travestis e transexuais. Mas agregou considerável estigmatização social, que também é denunciada nos discursos das/os profissionais da saúde entrevistadas/os. Como, por exemplo, na fala de uma profissional da UBS periférica, quando disse sobre o porquê acreditava que travestis não vão tanto à unidade para atendimento médico: “*Eles têm medo que as pessoas achem que eles têm Aids*” (Thais, auxiliar de saúde bucal). A profissional acredita que as/os próprias/os profissionais da saúde rotulam as pessoas travestis e transexuais já quando chegam à unidade de saúde, o que é reafirmado por outra profissional da UPA periférica, que percebe que algumas/uns profissionais fazem distinção no momento do atendimento a travestis: “*o que as pessoas têm mania de pensar, assim, ‘Ai, então, chegou uma pessoa que é travesti, então vou colocar luva porque pode ser infectocontagiosa’*” (Alice, auxiliar de enfermagem). A rotulação de travestis e transexuais em grupos de risco, e o consequente agravo na estigmatização sofrida, fez com que esse grupo populacional¹⁸ como um todo fosse

¹⁸ É importante ressaltar aqui que o apontamento e utilização de demarcadores específicos de discriminação ou opressão, ou o uso de termos como ‘grupo populacional’, não está interessado em generalizar ou agrupar pessoas travestis ou transexuais, mas sim em apontar a maneira pela qual o contexto histórico e cultural – como no caso da

desvalorizado e desacreditado socialmente, perpetuando a desigualdade social (Parker & Aggleton, 2001). Segundo Simpson (2015), um ganho que a população travesti e transexual teve com a epidemia da Aids foi o fato de estas/es começarem a procurar os serviços de saúde, pois antes era “dificílimo incentivar uma travesti a cuidar da sua saúde nos serviços. Elas sempre recorriam a automedicação” (p. 11). A autora enfatiza que “o processo de automedicação acontecia porque elas já sabiam que seriam discriminadas nos serviços” (p. 11).

Esse processo é perpetrado pela falta de (in)formação e qualificação sobre a pluralidade das vivências de gênero, conforme os relatos de nunca terem recebido convite para educação continuada sobre o tema, ou qualquer material educativo nessa abordagem. Salvo Thais (auxiliar de saúde bucal), que afirmou ter participado de cursos sobre diversidade e outros temas referentes às causas LGBTs realizados por uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde com a ONG Grupo Dignidade, os quais tiveram, segundo ela, alto índice de aderência das/os profissionais da saúde.

Na impossibilidade de dar continuidade à pesquisa para além das entrevistas, questionamos as/os profissionais sobre qual a opinião delas/es a respeito de uma qualificação para profissionais da saúde sobre as temáticas de gênero, sexualidade e políticas públicas de saúde para travestis e transexuais. Das/os 19 profissionais, somente duas argumentaram não achar necessário. Segundo elas, o atendimento dispensado é, ou tem que ser, igual para todas/os, “*Igual eu atendo um transexual, eu atendo uma senhora, eu atendo um senhor, eu atendo uma criança*” (Alice, auxiliar de enfermagem). Porém, o restante das/os profissionais respondeu que a qualificação seria importante para a melhoria do atendimento, e que deveria ser oferecido para todas/os as/os profissionais da saúde pública, possibilitando o conhecimento das demandas de travestis e transexuais, do processo transexualizador e das políticas públicas de saúde para essa população. Questionadas/os sobre quem deveria ministrar para o melhor aproveitamento dessa qualificação, das/os profissionais que responderam, 7 acreditam que deveria ser com profissionais

epidemia da Aids no Brasil, e a reação a ela – soma estigmatizações com as quais as pessoas travestis e transexuais devem lidar no decorrer de suas vidas.

da saúde e pessoas travestis/transexuais; 3, que seriam profissionais da saúde (médicas/os, psicólogas/os e psiquiatras); 1 acha que deveria ser feita somente por pessoas travestis/transexuais, para que possam falar sobre suas demandas e de como vivenciam os serviços de saúde; e 1 afirmou que a qualificação deveria ser feita com uma pessoa do ativismo LGBT, com bastante experiência, para falar por essa população.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais lançada em 2008, em seu art. 2º, que versa sobre os objetivos específicos da política, determina: “incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde” (MS, 2013, p. 22). Também nos arts. 4º, 5º e 6º, a política responsabiliza os três entes – secretarias municipais, secretarias estaduais e MS – para a promoção de ações e práticas educativas em saúde para a promoção da saúde da população LGBT, assim como para melhorar a visibilidade e o respeito a essas pessoas quando em atendimento na rede do SUS. Porém, nenhuma/m das/os profissionais alegou ter conhecimento dessa política.

A falta de qualificação sobre gênero e sexualidades na formação regular e na educação continuada faz com que estas/es construam suas próprias interpretações sobre as travestilidades e transexualidades a partir de conceitos construídos intersubjetivamente ao longo de suas trajetórias pessoais e profissionais. As/os entrevistadas/os afirmaram que foi a partir do contato – a maioria profissional – com travestis e transexuais que tiveram a oportunidade de refletir sobre suas necessidades e vivências.

A inexistência de ações de promoção de saúde específicas para pessoas travestis e transexuais, como ação de prevenção ao câncer de próstata para travestis e mulheres transexuais, ou de câncer de mama/útero para homens transexuais, foi também relatada por todas/os profissionais das unidades de saúde. Nesse caso, a entrevista como meio de produção de espaços de reflexão pôde ser bem observada, pelo fato de certas/os profissionais, após responderem sobre

a inexistência de ações específicas de cuidado integral da saúde para travestis e transexuais, afirmaram ser uma “*boa ideia essa. Isso não passa pela cabeça da gente*” (Renata, auxiliar de enfermagem) e que “*eu acho uma falha, né? Deveria existir*” (Alberto, médico emergencista).

A falta de qualificação para o cuidado especializado e de ações específicas de saúde integral são obstáculos para a melhoria da **qualidade** do atendimento. Da mesma maneira que o não incentivo dos serviços de saúde para a participação da comunidade de travestis e transexuais nos grupos e ações de promoção e prevenção, conforme verificado nos discursos das/os profissionais, aumenta a vulnerabilidade individual e social ao adoecimento, priva as/os profissionais de um contato com as vivências e demandas específicas de saúde dessa comunidade, favorecendo sua invisibilidade e impossibilitando a prática da participação social, que, segundo Ayres, Paiva e França Jr. (2012), é fundamental para a garantia da qualidade dos serviços.

Ainda sobre as políticas de saúde para travestis e transexuais, algumas/ns profissionais contaram ter recebido um “*papelzinho*” sobre a existência do ambulatório que atende pessoas que desejam ingressar no processo transexualizador, mas sem mais informações sobre os serviços cobertos pelo ambulatório, ou do processo em si. Como na fala da enfermeira Heloisa, que descreve o “atendimento”¹⁹ a um homem transexual que, por sinal, foi a única experiência relatada, todas/os as/os outras/os profissionais afirmaram nunca ter atendido um homem transexual:

Então, por exemplo, o CPATT mesmo, veio um papel, só. Só um papel dizendo que a gente poderia encaminhar... Então, no dia eu atendi, foi um homem trans, daí eu chamei pelo nome social, né, daí entrou e falou assim ‘Ah, eu vim aqui pra você me encaminhar pro CPATT’. Até eu lembrar o que era. Daí eu falei ‘CPATT’? Daí ele falou né, do ambulatório para transexuais. (Heloisa, enfermeira).

¹⁹ Atendimento entre aspas, pois, conforme o relato, o usuário somente se dirigiu à UBS para receber o encaminhamento para o Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais (CPATT).

O processo transexualizador, conforme abordado anteriormente, passou a ser garantido pelo SUS em 2008 no Brasil, e o ambulatório de Curitiba – Centro de Pesquisa e Atendimento a Travestis e Transexuais (CPATT) – foi inaugurado em dezembro de 2013. No ano de 2017, o procedimento de cadastro das/os usuárias/os do processo transexualizador no CPATT sofreu alteração. O que antes era feito internamente passou a ser vinculado ao cadastro do usuário no SUS. Ou seja, a partir desse ano, a pessoa que desejasse agendar consultas deveria ser encaminhada via unidade de saúde. Assim, conforme relataram as/os profissionais, foi a partir desse “papelzinho” informando o novo procedimento de encaminhamento que estas/es tiveram, pela primeira vez, conhecimento da existência do serviço. Com única exceção da psicóloga Viviane que relatou ter obtido a informação através de um artigo publicado na revista do Conselho Regional de Psicologia, a qual é enviada a todas/os psicólogas/os com cadastro ativo no órgão.

Percebe-se pelos discursos das/os profissionais que a garantia do acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, e a de “direito à informação sobre os serviços de saúde e as diversas formas de participação da comunidade” (MS, 2006b, p. 6) não foram observadas nas entrevistas realizadas.

A maior discriminação dentro dos espaços de saúde é afirmada por todas/os as/os profissionais como advindos das/os outras/os pacientes, ou das próprias pessoas travestis e/ou transexuais. Para as/os profissionais, as/os usuárias/os que aguardam atendimento na sala de espera, observação ou na coleta, sentem-se incomodadas/os pela presença de travestis ou transexuais, fazem comentários sem se preocupar se a pessoa está ouvindo, chegando a chamar outras pessoas para ver “*o travesti*”.

Então, é uma população que muitas vezes eu até priorizo o atendimento, porque são pessoas que elas precisam ser atendidas. E elas precisam voltar a convivência normal delas, e, muitas vezes, a permanência delas aborrece os demais... Porque ele não

oferece nenhum benefício à permanência dele aqui. Só comentário, comentário, comentário. (Igor, técnico de enfermagem).

Mesmo quando passam desapercebidas/os e interagem com “*as velhinhas*” que também aguardam atendimento, são posteriormente “*desmarcaradas*”, como na fala de Jaime (médico da família): “*As velhinhas nem sabem... Às vezes eu pergunto: 'A senhora viu, ali, aquela moça que a senhora tava falando. Você sabia que é um moço?' 'Nossa!'.*”

Os trechos das falas de Igor e Jaime revelam que a impaciência para a espera do atendimento, fruto da discriminação sofrida nesses espaços, poderia justificar o que Carolina (enfermeira supervisora) chama de comportamento “arisco” das pessoas travestis e transexuais nos espaços de saúde:

O que me incomoda é a petulância de alguns, assim, que chegam achando que a gente tem que resolver. Não funciona assim. 'Ah, mais eu tenho prioridade'. 'Aonde? Prioridade do quê?' Né? 'Você não tem prioridade', 'Você vai pegar uma senha'. Que eu acho muito engraçado, eles levantam a bandeira que querem ser iguais aos outros, mas quando chegam, não tô falando... não tô generalizando, mas são os que a gente... quando chegam pra ser iguais aos outros eles não querem, eles querem o privilégio e eles querem a prioridade.

As/os profissionais afirmam que “*eles têm pressa*” (Igor, técnico de enfermagem), mas, ao mesmo tempo, não buscam estratégias para diminuir o desconforto sofrido por elas/es nesses espaços, pois, para as/os profissionais, “*são pessoas como qualquer outra*” (Anita, agente comunitária de saúde), desconsiderando esses processos de estigmatização e discriminação vivenciados nos espaços de saúde. Essa fala sobre “*tratar todo mundo igual*” ou “*pra gente todos os pacientes são iguais*” apareceu em todos os discursos das/os profissionais, simultaneamente às falas de que elas/es não são iguais, e dão “barraco”.

No relato do primeiro atendimento de Jaime (médico da família) a uma pessoa travesti/transexual, a diferença na **qualidade** do atendimento pela discriminação à identidade de gênero fica clara. Segundo Jaime, foi o caso de uma pessoa com a prótese de silicone rompida, com bastante dor, que ele encaminhou para a Santa Casa, que negou atender a paciente afirmando que era caso para plástica. Mas Jaime (médico da família) informou à Santa Casa que plástica demora cinco anos, que seria o caso de um(a) profissional de cirurgia geral abrir para retirar a prótese e cessar a dor da paciente. Diante da negativa, Jaime encaminhou a paciente para o Cajuru, que também negou atendimento. Diante dos não acessos e de uma paciente em sofrimento, Jaime, junto com a coordenadora da UBS na época, ligaram para a Santa Casa, depois para a Secretaria de Saúde para que estes ligassem para a Santa Casa, até que a pessoa pudesse ser aceita. Jaime (médico da família) sabe que a paciente não foi atendida por ser travesti/transexual:

as pessoas têm preconceito. Tudo meio, assim, nebulosos. Ninguém diz que é preconceito. Dizem, ‘Ai, isso não é pra mim. Isso aqui é para um plástico’. E, realmente, é pra um plástico, né, cirurgião plástico. Só que tinha que resolver aquela situação... Mas as pessoas não querem. Porque têm maneiras de você disfarçar esse preconceito. (Põe) no procedimento. ‘Eu não posso fazer nada’. (Jaime, médico da família).

Pela fala de Jaime, pode-se notar que, de alguma maneira, as/os profissionais sabem que o atendimento prestado a travestis e transexuais é prejudicado pela estigmatização e discriminação presente também nos espaços de saúde.

Segundo as/os profissionais da UPA, onde existem três leitos em cada enfermaria, sobre a **disponibilidade** de bens e serviços, ocorre de, às vezes, não conseguirem separar uma enfermaria para população feminina e outra para masculina, configurando quartos mistos com jovens, idosos, mulheres e homens. A preocupação recorrente, como afirma um profissional, é “*como é que você vai colocar uma pessoa transexual, ou travesti, ou só homossexual dentro do mesmo quarto, e daí tá o namorado ou a namorada, circulando*” (Igor, técnico de enfermagem).

Essa “preocupação” transcende os “*tchauzinhos*” e possíveis “*beijinhos*” de namoradas/os nos espaços de saúde e atinge o modo de se vestir que, conforme a opinião de algumas/ns profissionais, destoa em um ambiente de saúde, expressando o quanto as normas regulatórias de gênero, a heteronormatividade e o machismo marcam o dia a dia de travestis e transexuais, e se naturalizam nas práticas cotidianas das/os profissionais da saúde. Segundo Simpson (2015, p. 13), mesmo com o trânsito mais assíduo no SUS, a realidade dessa população ainda é cercada de muito estranhamento, seja para ela que precisa dos serviços, seja para os profissionais que, alheios a essas mudanças sociais, não compreendem as especificidades de alguns grupos populacionais.

As práticas cotidianas das/os profissionais da saúde com travestis e transexuais são marcadas por esses “**estranhamentos**”. As categorias analisadas pelo discurso das práticas cotidianas e das políticas públicas de saúde para pessoas travestis e transexuais encontram-se no eixo programático do quadro da V&DH e estão diretamente relacionadas à maior vulnerabilidade ao adoecimento quando não eficazes, podendo afastar a população dos serviços de saúde. Por conseguinte, o capítulo 8 pretenderá abordar os aspectos do campo programático e suas consequências no aumento ou redução das vulnerabilidades individual e social ao adoecimento de travestis e transexuais.

8 AUMENTO E/OU REDUÇÃO DA VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

As reflexões que fizemos até agora abrem o caminho para a análise de como a não efetivação das políticas públicas, o atendimento em saúde insatisfatório e o conservadorismo religioso que espreita a elaboração de leis e políticas públicas atingem, primordialmente, o eixo programático da vulnerabilidade ao adoecimento da população travesti e transexual. A dimensão programática, que abarca as ações do Estado e governos para efetivação da cidadania, e sua eficácia na prevenção e promoção da saúde integral, não está de maneira alguma isolada dos eixos individual e social do quadro da V&DH. A análise da dimensão programática busca compreender “como as políticas e instituições, especialmente aquelas de saúde, educação, bem-estar social, justiça e cultura, atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos” (Ayres, Paiva, & França Jr., 2012, p. 86) ao adoecimento nas dimensões social e individual.

Para resumir as ações programáticas de políticas públicas na área da saúde para travestis e transexuais nos serviços do SUS, podemos dizer que elas se concentram nos eixos:

- garantia do uso do nome social;
- processo transexualizador;
- acesso à saúde integral.

Analisaremos cada uma delas, a fim de relacionar as políticas com os relatos das/os profissionais sobre a realização destas e com a diminuição ou aumento da vulnerabilidade ao adoecimento.

➤ Garantia do nome social

Conforme visto no capítulo 4, o direito ao uso do nome social no SUS completa 11 anos, tendo sido reafirmado por diferentes órgãos e meios – políticas, resoluções. Porém, consoante aos discursos das/os profissionais da saúde, não há uma concordância sobre seu real funcionamento no dia a dia da unidade, da mesma maneira que inexiste também um procedimento institucionalizado de amplo conhecimento das/os profissionais que atue como potencializador de ação da política. A indiferença predominante nos discursos das/os profissionais sobre sua garantia na prática é um marcador importante de ser ressaltado, pois retrata a maneira como não só as políticas públicas para travestis e transexuais são efetivadas, mas como elas/es próprias/os são recebidas/os dentro dos espaços de saúde.

Segundo os relatos, as/os profissionais sentem-se despreparadas/os para atender às demandas de travestis e transexuais, principalmente no que tange ao nome social e ao modo como devem chamá-las/los. Isso pode ser observado pelo desconhecimento recorrente do termo ‘nome social’, ao passo que foram utilizadas expressões como ‘*razão social*’ e ‘*nome fantasia*’. Na pesquisa de Tagliamento (2012) com mulheres travestis e transexuais e seu (não)acesso aos serviços de saúde em Curitiba,

observou-se que o despreparo dos(as) profissionais começa desde a sua chegada ao serviço de saúde, quando é necessário que elas peçam que seja colocado o seu nome social, sendo que, pela legislação e políticas públicas vigentes, não precisariam nem solicitar, e quando há a recusa do(a) profissional em atender à sua solicitação. (p. 135-136).

A autora relaciona essas situações a uma falta de conhecimentos das/os profissionais sobre as políticas públicas de saúde, o que foi ratificado nesta pesquisa pela narrativa das/os próprias/os profissionais. Assim como constatado por Tagliamento (2012), percebeu-se que o

nome social garantido pelas políticas e leis não basta para sua realização na prática, visto que existem processos de estigmatização e discriminação, relacionados às normas de gênero e à heteronormatividade, com os quais a garantia de direitos esbarra, como quando afirmaram que algumas/ns profissionais não atendem à solicitação do nome social por uma não aceitação e reconhecimento das pessoas travestis e transexuais, e, consequentemente, seus direitos. Nesta pesquisa, vinculado às normas regulatórias de gênero e à heteronormatividade, emergiu o discurso conservador religioso como uma barreira para o respeito às diferenças. Assim, a utilização do nome social para a garantia de um direito apareceu nesta pesquisa mais como uma “opção” das/os profissionais do que como uma prática garantida por políticas nacionais e estaduais de saúde. Dessa maneira, as seguintes barreiras foram encontradas para a garantia do nome social:

- normas regulatórias de gênero;
- conservadorismo religioso;
- heteronormatividade;
- estigmatização e discriminação;
- falta de divulgação da política;
- falta de formação regular e continuada das/os profissionais sobre gênero e sexualidades.

Os quatro primeiros pontos são construções culturais e históricas, que são expressas primordialmente pela linguagem e atuam simultaneamente uma na outra, como produtos e produtores, (re)afirmando e (re)instituindo essas construções. Elas se justificam e cooperam, de modo que, quanto mais naturalizado for o ideal de coerência anatomo-fisiológica correspondente às normas de gênero em uma sociedade, maior será a estigmatização e discriminação das expressões não hegemônicas. Segundo os discursos, essas construções são acessadas para validar a dificuldade de aceitação dessas pessoas, quando relatam por exemplo: “É mais forte do que eu”,

“*Deus não quis*” ou “*Eu não consigo*” e “*Não é certo*”. Os trechos relatam momentos em que, pela linguagem, as normas de gênero e o fundamentalismo religioso produzem estigmatização e discriminação de travestis e transexuais.

A indiferença diante do desconforto que aflige essas pessoas pela não garantia do uso do nome social denuncia o descaso para com as suas subjetividades e a potência das normas regulatórias de gênero no processo social de “escolha” de quem vai ter seus direitos garantidos, conforme reflexão de Butler (2016). Assim, quando as políticas públicas e a garantia de direitos não são trabalhadas amplamente em sua divulgação nos espaços de saúde, somadas à falta de formação das/os profissionais que busque desnaturalizar as normas de gênero e a heteronormatividade, tendem a “morrer na praia” e não beneficiar a população à qual se destinam.

➤ **Processo transexualizador**

Garantido desde 2008 pela Portaria nº 457 do MS, o processo transexualizador ainda demonstrou ser um enigma para as/os profissionais da saúde de Curitiba. Estas/es desconheciam o ambulatório que funciona na cidade desde 2013 e mostraram-se bastante incomodadas/os com a falta de informação, principalmente as/os funcionárias/os da região central da cidade. Expressaram indignação pela maneira com a qual a Secretaria de Saúde e a coordenação das unidades fornecem informação às-aos profissionais, como no caso do processo transexualizador. O fato de terem recebido somente um “*papelzinho*” com o procedimento para encaminhamento, sem detalhes de a quem o serviço se destina, o que oferece, equipe, anunciou ser um impedimento para a realização das políticas públicas para travestis e transexuais. As/os profissionais que receberam a demanda de encaminhamento para o CPATT relataram que se depararam com pessoas que de antemão já haviam marcado a consulta para tal, expondo a solicitação no primeiro

contato e fazendo com que as/os profissionais tivessem que procurar o tal “*papelzinho*” para que pudessem recordar do que se tratava.

Quando feito o encaminhamento para o serviço especializado no processo transexualizador, as pessoas travestis e transexuais ainda irão enfrentar a morosidade dos serviços e a compulsoriedade do acompanhamento psicológico, conforme apontado em pesquisa feita com homens transexuais (Souza et al., 2015), e que foram indicados como obstáculos e/ou desestimuladores para o acesso ao processo transexualizador. No Paraná, o ambulatório do processo transexualizador oferece hormonioterapia e outros tratamentos especiais de pré e pós-operatório, mas não as cirurgias secundárias e a de redesignação sexual, pela falta de hospitais cadastrados para tais procedimentos (Tagliamento & Paiva, 2016). Isso faz com que travestis e transexuais que desejam a cirurgia tenham que viajar para um dos estados que possuem o atendimento hospitalar, sendo eles: Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás e Pernambuco (Tagliamento & Paiva, 2016).

Segundo Tagliamento e Paiva (2016), travestis e transexuais buscam atendimento em clínicas particulares, ou mesmo em clínicas clandestinas, a fim de evitar a estigmatização e discriminação que ocorre nos espaços de saúde e que pode acontecer até mesmo nos serviços especializados. Dessa maneira, conforme abordado anteriormente, as pessoas travestis e transexuais costumam recorrer também à automedicação, seja para casos de adoecimento ou para hormonização, o que pode ter consequências para a saúde e aumentar a vulnerabilidade ao adoecimento. Ou seja, o funcionamento insuficiente das políticas públicas específicas de saúde para travestis e transexuais é também causador de um aumento na vulnerabilidade ao adoecimento. Além de que os encontros em saúde, seja nas unidades ou nos ambulatórios, é vivenciado pela “marca” da patologização dessas identidades de gênero, o que reflete a maneira pela qual as políticas vêm sendo construídas no Brasil, e são sentidos como estigmatizantes pelas

pessoas travestis e transexuais (Souza et al., 2015; Ameida & Murta, 2013; Bento, 2006; Bento & Pelúcio, 2012; Tagliamento, 2012).

➤ Acesso à saúde integral

Conforme os discursos das/os profissionais da saúde, todas/os afirmaram desconhecer a Política Nacional de Saúde Integral para LGBTs. A política, conforme abordado no capítulo 4, reafirma a necessidade de ações para promoção do acesso de travestis e transexuais de maneira equânime e de acordo com os princípios do SUS, levando-se em consideração os processos de estigmatização e discriminação sofridos por elas/es. Segundo as/os profissionais, tal política nunca foi apresentada a elas/es, dado importante visto que a política prevê a necessidade de formação continuada das/os profissionais da saúde.

Notou-se que as UBSs não elaboram estratégias e ações de promoção da saúde integral para travestis e transexuais e que essa problemática é recebida muitas vezes com indiferença, sob argumentos validados no pressuposto de que travestis e transexuais “*são iguais a qualquer outra/o*” usuária/o dos serviços. Mas não são iguais, pois, se assim fosse, necessidade alguma haveria de elaboração de políticas públicas a fim de diminuir as iniquidades em saúde tão expressas em pesquisas sobre o acesso de travestis e transexuais à saúde pública.

Quando as pessoas travestis e transexuais não têm seu direito ao uso do nome social garantido, são estigmatizadas e discriminadas nos espaços e serviços de saúde, e não são informadas sobre os serviços – como o processo transexualizador –, seu acesso à saúde integral está sendo negado. A unidade básica central, responsável pelo atendimento de 19 bairros da cidade, e onde a maior parte de pessoas travestis e transexuais busca atendimento, não tem sequer conseguido realizar as reuniões de equipe, resultado do tamanho da região que atende e o volume de usuárias/os, o que foi denunciado pelas/os profissionais da saúde como prejudicando a relação

entre as/os profissionais dentro dos espaços de saúde, a troca de experiências e as discussões dos casos. Assim como na pesquisa de Tagliamento e Paiva (2016), percebeu-se que existe uma “negligência na promoção do direito aos cuidados em saúde (tradução nossa)” (p. 1569), que é causada pelos processos de estigmatização e discriminação das travestilidades e transexualidades. Portanto, a não garantia do nome social, o desconhecimento das políticas, a deficiência na qualidade do atendimento, a elaboração de políticas pelo viés da patologização das identidades de gênero não hegemônicas e o não incentivo na implementação da política nacional pelo Estado e Secretarias se alinham como agravadores da vulnerabilidade programática de travestis e transexuais ao adoecimento. Segundo Tagliamento e Paiva (2016),

o acesso a cuidados de saúde de qualidade e promoção de saúde é um dos principais determinantes sociais de saúde e doença, que é concebida como uma dimensão distinta da vulnerabilidade social à mortalidade e morbidade – a dimensão programática da vulnerabilidade – expressa como direito à saúde (tradução nossa, p. 1561).

A questão, agora, é buscar compreender o porquê dessas políticas não chegam à ponta dos serviços e por que não existem formações que qualifiquem as/os profissionais sobre as políticas. Conforme Tagliamento (2012), a violação de direitos à saúde garantidos em documentos demonstra que sua efetivação na vida dessas pessoas enfrenta obstáculos individuais, sociais e programáticos, que são mediados e produzidos, sobretudo, pelas normas regulatórias de gênero.

As políticas específicas de saúde, conforme visto anteriormente, são frutos de lutas sociais para a equiparação de direitos das/os cidadãs/ãos. Especialmente no caso de travestis e transexuais, tais demandas – de necessidade de elaboração, implementação e acompanhamento de políticas públicas – esbarram no não reconhecimento e desvalorização de vivências e subjetividades não hegemônicas. Para Berger e Luckmann (1985), os atos de “desconfirmação” das subjetividades das pessoas em suas vidas cotidianas são reafirmadores tanto de sua realidade

quanto de sua identidade. Por esse enfoque, as experiências negativas diárias na relação com os “outros significantes” da realidade servem para confirmar sua posição nessa realidade. Assim, para travestis e transexuais, cada não acesso e experiência de discriminação nos espaços e serviços de saúde é uma nova reafirmação do seu local à margem da sociedade.

Hall (2015) expõe como uma característica da globalização no mundo pós-moderno a possível fluidez das experiências identitárias dos sujeitos, de identificação com as diferenças transculturais, ao mesmo tempo que critica a ideia de que as identidades eram plenamente unificadas e totalmente coerentes no período anterior à modernidade. Hall (2015) acredita que a globalização tem o efeito de contestação e deslocamento de expressões identitárias “fechadas” de uma suposta cultura nacional. “Ela (globalização) tem um efeito pluralizante sobre as identidades, produzindo uma variedade de possibilidades e novas posições de identificação, e tornando as identidades mais posicionais, mais políticas, mais plurais e diversas” (p. 51). Porém, esse efeito cria uma polarização, onde uma parte tenta recuperar uma “pureza anterior” e conservadora, e outra que aceita o campo político e da diferença das expressões (Hall, 2015). As normas regulatórias de gênero e a heteronormatividade são dispositivos do pensamento conservador, que almejam a imposição de uma fantasiosa coerência dos corpos e desejos, contrariamente ao movimento pela luta de direitos específicos para pessoas que estão à margem e a teoria *queer*, por exemplo. Para Hall (2015), o conservadorismo religioso e o ideal nacionalista buscam resgatar, pela linguagem, uma utópica noção de unidade do passado, quando se sentem culturalmente ameaçados por avanços de direitos progressistas e pós-modernos. A análise do autor e a emergência de ambos os discursos no Brasil atualmente denotam a possibilidade de retrocessos à garantia e ampliação de direitos para travestis e transexuais, assim como denunciam o agravamento, pelo conservadorismo, das vulnerabilidades programáticas ao adoecimento.

No capítulo 2, destacamos os modos discursivos e não discursivos pelos quais as normas regulatórias de gênero e a heteronormatividade “atacam” as expressões e identidades de gênero e

sexualidades plurais, o que, para Butler (2016), relacionam-se intimamente com uma precarização da vida, visto que produzem não acessos. É a partir da linguagem que tais conteúdos são acessados e reafirmados (Hall, 2015). Nas palavras do autor, “falar uma língua não significa apenas expressar nossos pensamentos mais interiores e originais; significa também ativar a imensa gama de significados que já estão embutidos em nossa língua e em nossos sistemas culturais” (Hall, 2015, p. 25). Da mesma maneira, Berger e Luckmann (1985) enfatizam a importância da linguagem, como principal mecanismo de interação, na reafirmação da vida coletiva, assim como das subjetividades.

Conforme explicitado pelos discursos das/os profissionais, não há interesse no trânsito e permanência dessas pessoas abjetas nos espaços de saúde. Elas causam desconforto para as/os outras/os pacientes, isso pelo fato de sua presença desestabilizar as normas regulatórias de gênero (Butler, 2003), o que foi percebido nas “dúvidas, dificuldades e inconsistências”, assim como na pesquisa de Sehnem et al. (2017). Dessa maneira, percebeu-se também que o desconforto, ou “estranhamento”, não acontece só em relação aos outros pacientes, mas com as/os próprias/os profissionais da saúde, pelo incômodo que sentem de não saberem “definir o que são” aquelas pessoas, ou como “chamá-las”. Tal “estranhamento” mostrou-se reduzido quando as/os profissionais tinham contato fora do ambiente de trabalho com expressões e identidades de gênero e sexualidade plurais, assim como ideias transfóbicas.

Garcia (2009) aponta as normas regulatórias de gênero e a heteronormatividade como os principais fatores da intensa discriminação e estigmatização que travestis e transexuais passam, que pode ser ainda agravada pela incidência de outros marcadores sociais, como renda, raça, escolaridade, aparência física, entre outros (Mello et al., 2011). Desse modo, as/os profissionais da saúde precisam ser qualificadas/os, através de políticas públicas efetivas de enfrentamento às normas regulatórias de gênero e heteronormatividade, para que possam repensar o modo de

atendimento que até hoje se dá a todas/os as/os pacientes – sejam elas/es da rede pública ou privada (Mello et al., 2011). Segundo os autores,

do contrário, continuarão a existir barreiras simbólicas, morais e estéticas que impedem o acesso da população LGBT a serviços públicos de saúde de qualidade, livres de preconceito, discriminação e exclusão, especialmente em relação às pessoas mais pobres e às que questionam de maneira mais profunda os binarismos de gênero. (Mello et al., 2011, p. 24-25).

Bento (2006) e Tagliamento e Paiva (2016) discorrem em suas pesquisas sobre a busca de travestis e transexuais à adequação à norma binária de gênero quando recorrem a procedimentos médicos que possam “fabricar” seus corpos, reiterando a potência dessa “tecnologia” na produção de subjetividades e reconhecimento social. Segundo Bento (2006), travestis e transexuais não pretendem estabelecer uma “unidade entre identidade de gênero e sexualidade” (p. 230) quando recorrem a procedimentos cirúrgicos, mas sim a alcançar o “reconhecimento de seu pertencimento à humanidade” (p. 230), que só é socialmente inteligível conforme as normas regulatórias de gênero. Assim, a autora defende que o “extrato” da solicitação de travestis e transexuais é pelo direito à cidadania, que repercute na possibilidade de ter seu nome de registro civil alterado e de subtração da categoria patológica.

Ainda hoje no Brasil, a retificação do nome de registro civil e gênero não é lei, conforme visto anteriormente. As pessoas travestis e transexuais podem solicitar judicialmente a alteração e receber autorização, mas esse processo é marcado por muitas negativas que se baseiam tanto nas normas de gênero quanto em argumentos/julgamentos “biologizantes”, morais e cristãos por parte das/os juízas/es. A garantia dos direitos de pessoas que rompem com as normas e binarismos de gênero “tem menos a ver com natureza do que com relações de poder” (Bento & Pelúcio, 2012, p. 575). Ter o nome de acordo com a expressão de gênero nos documentos evita que as pessoas travestis e transexuais vivenciem diversas formas de discriminação e estigmatização, como, por

exemplo, nos espaços de saúde, todo o constrangimento até a entrada para a consulta inicial, onde podem vir a emergir outras formas de discriminação e descuidado.

Nas práticas das/os profissionais da saúde, as normas regulatórias de gênero e a heteronormatividade são repetidas e reiteradas pelo não reconhecimento, pela indiferença às necessidades dessas pessoas, pelo atendimento desqualificado e pela estigmatização e discriminação que sofrem. O campo programático proporciona o aumento da vulnerabilidade programática ao adoecimento, aumentada pelos fatores anteriormente discutidos, além de não concretizar sua finalidade de diminuir as vulnerabilidades social e individual ao adoecimento, pode aumentá-las consideravelmente. Observou-se não só o desconhecimento das políticas públicas para travestis e transexuais nos discursos das/os profissionais, mas o quanto isso nos diz sobre a atuação das normas regulatórias de gênero e da heteronormatividade para que as/os profissionais não se sintam motivadas/os para reconhecer e superar um atendimento indiferente às subjetividades e discriminatório; assim como o quanto influenciam também as (não)ações de divulgação e implementação das políticas, pelos entes governamentais responsáveis por sua ampliação e efetivação. Todos esses aspectos são agravantes da vulnerabilidade programática ao adoecimento que, segundo esta pesquisa, na cidade de Curitiba, foi constatada como elevada para as pessoas que vivenciam as travestilidades e transexualidades.

As consequências da alta vulnerabilidade programática ao adoecimento e sua incidência nas vulnerabilidades social e individual podem ser observadas na pesquisa realizada nas cidades de Belo Horizonte, Campinas e São Paulo, em 2015, com homens transexuais (Souza et al., 2015). Entre os resultados, estão: 85% dos respondentes declararam já ter precisado de atendimento médico, mas não terem procurado o serviço de saúde; 71,45% dos participantes afirmaram ter ou já ter sofrido de depressão em algum momento; 85,7% já pensaram em suicídio e/ou tentaram cometer o ato; 81,5% declararam sentir medo de sofrer constrangimentos públicos por ser trans. Pelo exorbitante número de pessoas que relataram já ter precisado de atendimento e não ter

buscado, associado aos índices de depressão e ideação ou tentativa de suicídio, pode-se problematizar o quanto os não acessos, falta de reconhecimento e a discriminação afetam a vida das pessoas travestis e transexuais, tornando esses processos de estigmatização e discriminação casos inegáveis de saúde pública.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Grande parte da função da incorporação dos direitos humanos na saúde pública é o de notar sinergias e pontos de conflito entre esses dois campos nas práticas e decisões em saúde (Gruskin & Tarantola, 2012). Para tanto, os discursos das/os profissionais da saúde serviram de material para a análise da coesão ou conflitos nas práticas cotidianas nos serviços de saúde, em relação às políticas públicas de saúde para pessoas travestis e transexuais, que se sustentam na garantia de atendimento integral, universal, equânime e livre de discriminação para todas as pessoas, e na garantia de direitos.

Atualmente, observa-se um levante politicamente articulado do conservadorismo religioso fundamentado nas rigorosas normas regulatórias de gênero e na heteronormatividade, e a luta por direitos e cidadania de travestis e transexuais tem se deparado, cada vez mais, com a possibilidade de retrocessos. A disputa pelo poder político indica possíveis mudanças, talvez bastante negativas, no que tange aos direitos e políticas públicas relacionados a travestis e transexuais e ao SUS. Políticas, como a de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, que definem as ações de aparatos estatais para a garantia desses direitos e que são consonantes com as diretrizes de promoção de saúde estabelecidas na *Carta dos direitos dos usuários da saúde*, dependem do comprometimento político – destinação de verbas –, dos órgãos federais, estatais e municipais, de gerenciamento para sua implementação e das/os profissionais, para que cheguem à ponta e possam atingir a população à qual se destinam.

Abordamos a importância do ativismo LGBT para a construção de políticas públicas de saúde para travestis e transexuais e consideramos fundamental que, neste momento de levante conservador, a militância atue fortemente para que possa ser ouvida a luta pela implementação e manutenção dessas políticas públicas. Torna-se importante também a reivindicação de que a elaboração de políticas públicas seja feita pelo viés da despatologização das identidades e

expressões de gênero, em vias de desconstruir argumentos que operam pelo saber médico, que estigmatizam travestis e transexuais, a fim de construir novas compreensões das subjetividades plurais humanas. A estigmatização e discriminação estão diretamente relacionadas à patologização dessas vivências e às normas regulatórias de gênero, que obstruem o caminho para a garantia de direitos, como a aprovação do Projeto de Lei João W. Nery.

Pôde-se notar nesta pesquisa que os homens transexuais não frequentam as unidades de saúde. Os motivos apontados por travestis e transexuais, e referendados em pesquisas sobre o tema, relacionam esse fato ao medo de ser discriminada/o, à demora nos atendimentos de saúde públicos, ao desrespeito ao uso do nome social e à não formação das/os profissionais para lidar com suas especificidades e que, muitas vezes e talvez pela falta de orientação/qualificação/vivência, acabam deixando valores pessoais – religiosos, por exemplo – adentrarem os encontros em saúde (Filho & Nery, 2015; Souza et al., 2015).

Usando o quadro da V&DH para a análise dos discursos das/os profissionais, pudemos perceber a alta vulnerabilidade programática ao adoecimento de pessoas travestis e transexuais na cidade de Curitiba, pela inexistência da garantia do uso do nome social, e pelo desconhecimento das políticas públicas do processo transexualizador e de saúde integral LGBT. A vulnerabilidade programática aumentada incide diretamente nas vulnerabilidades sociais e individuais ao adoecimento. Desse modo, essa população torna-se mais vulnerável ao agravamento da saúde nos três eixos do quadro da V&DH, pela não resolutividade das políticas públicas de saúde, e pelos processos de estigmatização e discriminação dentro dos espaços de saúde.

Pelas categorias de análise utilizadas, considera-se que, atualmente, as políticas públicas de saúde sobre serviços e atendimento a travestis e transexuais sofrem prejuízo em todas as quatro – aceitabilidade, acessibilidade, qualidade e disponibilidade –, o que compromete o acesso dessas pessoas à saúde pública. Nas palavras de Keila Simpson (2015, p. 14), travesti militante,

a permanência dessa população no SUS só será efetiva quando as políticas implementadas tornarem-se sólidas e os gestores forem cada vez mais sensibilizados e capacitados para lidar com as diferentes formas de pensar e agir, quando todas as pessoas compreenderem que a individualidade de cada um deve ser respeitada, quando não houver mais rótulos e nem rotulados, e quando as pessoas reconhecerem em cada indivíduo o ser humano que cada um é, que deve ser compreendido dentro desse universo.

A ideia inicial desta pesquisa, de proporcionar uma vivência para a coconstrução de significados acerca de gênero e sexualidades plurais, assim como de abordar as políticas públicas de saúde existentes para travestis e transexuais, não pôde ser executada dada a demanda de serviço da unidade, que não possibilitaria que as/os profissionais frequentassem os encontros. Na busca de garantir o direito de travestis e transexuais à saúde e a diminuição das iniquidades, esta pesquisa considera que ações de implementação das políticas e qualificação das/os profissionais devem ser rapidamente elaboradas e postas em prática, a fim de assegurar que as políticas existentes possam ser conhecidas pelas/os profissionais da saúde e normatizadas.

Esta pesquisa considera que, a partir dos discursos das/os profissionais da saúde da cidade de Curitiba, o direito à saúde para pessoas travestis e transexuais não está sendo garantido. Consideramos, portanto, urgente que a precarização das vidas de travestis e transexuais, fruto das desigualdades de um mundo capitalista, machista, racista e misógino, que relega corpos à desumanidade, adoecimento, descaso e morbidade, possa ser substituída por um projeto de humanização, de promoção de uma vida mais vivível.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, G. A., Garcia, C. L., Quirino, G. S., Alves, M. J. H., Belém, J. M., Figueiredo, F. S. W., ... Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16, 2. <http://doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>
- Almeida, G., & Murta, D. (2013). Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud Y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (14), 380-407. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872013000200017&nrm=iso
- Arán, M., & Peixoto Jr, C. A. (2007). Subversões do desejo: Gênero e subjetividade em Judith Butler. *Cadernos Pagu*, 28, 129-147.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 8(14), 73-92.
- Ayres, J. R., Paiva, V., & Buchalla, C. M. (2012). Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: Uma introdução. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Eds.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde: Da doença à cidadania - Livro I* (pp. 9-22). Curitiba: Juruá.
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França Jr., I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: Da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Eds.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde: Da doença à cidadania - Livro I* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Barbosa, B. C. (2015). *Imaginando trans: Saberes e ativismos em torno das regulações das transformações corporais do sexo* (Tese de doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bento, B. (2004). Da transexualidade oficial às transexualidades. In B. Bento (Org.), *Sexualidade e saberes: Convenções e fronteiras* (pp. 143-172). Rio de Janeiro: Garamond.
- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: Sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Bento, B. (2014). Nome social para pessoas trans: Cidadania precária e gambiarra legal. *Revista de Sociologia da UFSCar*, 4(1), 165-182.
- Bento, B., & Pelúcio, L. (2012). Despatologização do gênero: A politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas*, 20(2), 559-568. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>
- Berger, P., & Luckmann, T. (1985). *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.
- Borillo, D. (2010). *Homofobia: História e crítica de um pensamento*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

- Bosse, J. D., Nesteby, J. A., & Randall, C. E. (2015). Integrating sexual minority health issues into a health assessment class. *J Prof Nurs*, 31(6), 498-507. <http://doi.org/10.1016/j.profnurs.2015.04.007>
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2016). Corpos que ainda importam. In L. Colling (Org.), *Dissidências sexuais e de gênero* (pp. 19-42). Salvador: EDUFBA.
- Connel, R., & Pearse, R. (2015). *Gênero: uma perspectiva global* (3a ed.). São Paulo: Versos.
- Costa, C. G., Pereira, M., Oliveira, J. M., & Nogueira, C. (2010). Imagens sociais das pessoas LGBT. In C. Nogueira, & J. M. Oliveira (Orgs.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de gênero* (pp. 93-148). Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências* (pp. 39-53). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Davis, A. (2017). *Mulheres, cultura e política*. São Paulo. Boitempo.
- Direitos Brasil. (2017). *Como funciona o plano de saúde nos Estados Unidos?* Recuperado de <http://direitosbrasil.com/como-funciona-o-plano-de-saude-nos-estados-unidos>
- Duarte, A. de M., & César, M. R. de A. (2014). Michel Foucault e as lutas políticas do presente: Para além do sujeito identitário de direitos. *Psicologia em Estudo*, 19, 401-414.
- Euro dicas (2017). *Portugal*. Recuperado de <https://www.eurodicas.com.br/portugal/>
- Facchini, R. (2005). *Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Faro, A., & Pereira, M. E. (2011). Raça, racismo e saúde: A desigualdade social da distribuição do estresse. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 16(3), 271-278.
- Filho, E. M. A. M., & Nery, J. W. (2015). Trans-homens: A distopia nos tecno-homens. In Ministério da Saúde (MS), *Transexualidade e travestilidade na saúde* (pp. 25-35). Brasília, DF: MS.
- Fischer, R. M. B. (2001). Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, (114), 197-223.
- Fleury, A. R. D., & Torres, A. R. R. (2007). Análise psicossocial do preconceito contra homossexuais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24, 475-486.
- Foucault, M. (1984). *História da sexualidade 2: O uso dos prazeres* (13a ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

- Foucault, M. (2012). *A ordem do discurso: Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970* (22a ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Garcia, M. R. V. (2009). Alguns aspectos da construção do gênero entre travestis de baixa renda. *Psicologia USP*, 20(4), 597-618. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642009000400007>
- Gibson, B. A., Brown, S. E., Rutledge, R., Wickersham, J. A., Kamarulzaman, A., & Altice, F. L. (2016). Gender identity, healthcare access, and risk reduction among Malaysia's mak nyah community. *Glob Public Health*, 11(7-8), 1010-1025. <http://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134614>
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Gruskin, S., & Tarantola, D. (2012). Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Eds.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde: Da doença à cidadania - Livro I* (pp. 23-41). Curitiba: Juruá.
- Guaranha, C., & Nardi, H. C. (2015). Travestilidades, transexualidades e o SUS: Trajetórias de encontros e desencontros. In H. V. Martins, M. R. V. Garcia, M. A. Torres, & D. K. Santos (Orgs.), *Intersecções em psicologia social: Raça/etnia, gênero, sexualidades* (pp. 259-283). Florianópolis: ABRAPSO Editora.
- Hall, S. (2015). *A identidade cultura na pós-modernidade* (10a ed.). São Paulo: DP&A Editora.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2015). *Pesquisa nacional de saúde 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S., & Maness, K. (2013). Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts. *Med Care*, 51(9), 819-822. <http://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31829fa90d>
- Laqueur, T. W. (2001). *Inventando o sexo: Corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Lauretis, T. (1987). *A tecnologia do gênero*. Indiana: Indiana University Press.
- Lima, A. M. (2017). *Política sexual: Os direitos humanos LGBT entre o universal e o particular*. Belo Horizonte: Relicário Edições.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/2678626>
- Madureira, A. F. do A., & Branco, A. M. C. U. de A. (2007). Identidades sexuais não-hegemônicas: Processos identitários e estratégias para lidar com o preconceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(1), 81-90.
- Mello, L., Perilo, M., Braz, C. A. de, & 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 (Rio de Janeiro)*, (9), 7-28.

Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002&nrm=iso

Minayo, M. C. de S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. (14a ed.). São Paulo: Hucitec Editora.

Ministério da Justiça (MJ). Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. *Programa nacional de direitos humanos: PNDH II*. Brasília, DF: MJ. Recuperado em <http://www.observatoriodesegurança.org/files/pndh2.pdf>

Ministério da Saúde (MS). (2004). *Brasil sem homofobia*. Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual. Brasília, DF: SEDH.

Ministério da Saúde (MS). (2006a). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília, DF: MS.

Ministério da Saúde (MS). (2006b). *Carta dos direitos aos usuários da saúde*. Brasília, DF: MS.

Ministério da Saúde (MS). (2008). Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008 (2008, 20 de agosto). *Diário Oficial da União*.

Ministério da Saúde (MS). (2009). Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 (2009, 13 de agosto). Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. *Diário Oficial da União*.

Ministério da Saúde (MS). (2011). Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (2011, 2 de dezembro). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União*.

Ministério da Saúde (MS). (2013). Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 (2013, 20 de novembro). Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*.

Ministério da Saúde (MS). (2013). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília, DF: MS.

Miskolci, R. (2016). *Teoria queer: Um aprendizado pelas diferenças* (2a ed. rev. e ampl., 3a reimp.). Belo Horizonte: Autêntica Editora: UFOP.

Monteiro, S., & Villela, W. V. (2013). Desafios teóricos, epistemológicos e políticos da pesquisa sobre estigma e discriminação no campo da saúde (p. 207). In S. Monteiro, & W. Villela (Orgs.), *Estigma e saúde* (p. 207). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Motta, J. I. J. (2016). Sexualidades e políticas públicas: Uma abordagem queer para tempos de crise democrática. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 40, n. especial, 73-86. doi: 10.1590/0103-11042016S07

- Moscheta, M. (2011). *Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Nogueira, C. (1997). *Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero: Perspectiva feminista crítica na psicologia social* (Tese de doutorado). Universidade do Minho, Braga.
- Nogueira, C. (2001). Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do gênero. *Cadernos de Pesquisa*, 137-153.
- Nogueira, C. (2017). *Interseccionalidade e psicologia feminista*. Salvador: Editora Devires.
- Oliveira, C. L., Rodrigues, E. A. S., Souza, G. A., Silva, J. S., Dias, J. A. S., Gonçalves, L., & Kind, L. (2011). Uma experiência de empoderamento de mulheres na Atenção Primária à Saúde. *Rev bras med fam comunidade*, Florianópolis, 6(21), 283-287.
- Oliveira, J. M. (2010). Orientação sexual e identidade de género na psicologia: Notas para uma psicologia lésbica, gay, bissexual, trans e queer. In C. Nogueira, & J. M. Oliveira (Orgs.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp. 19-44). Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*.
- Pacheco, B. G. C., Rasera, E. F., Prado, M. A. M., & Teixeira, F. B. (2017). Psicologias e transexualidades: Escritos e escrituras da psicologia brasileira. In *Democracia participativa, estado e laicidade: Psicologia social e enfrentamentos em tempos de exceção*. Porto Alegre: ABRAPSO.
- Paiva, V. (2013a). A dimensão psicossocial do cuidado. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Eds.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde: Entre indivíduos e comunidade - Livro II* (pp. 41-72). Curitiba: Juruá.
- Paiva, V. (2013b). Psicologia na saúde: Sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. *Temas em Psicologia*, 21(3), 531-549. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300002&nrm=iso
- Paiva, V., & Zucchi, E. (2012). Estigma, discriminação e saúde: Aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/Aids. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Eds.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: Prevenção e promoção da saúde: Da doença à cidadania - Livro I* (pp. 111-143). Curitiba: Juruá.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e Aids*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Pereira, C. F. (2016). Notas sobre a trajetória das políticas públicas de direitos humanos LGBT no Brasil. *RIDH*, Bauru, 4(1), 115-137.
- Poupart, J. (2008). A entrevista de tipo qualitativo: Considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In J. Poupart, J-P. Deslauriers, L-H. Groulx, Na. Laperrière, R. Mayer, &

- A. Pires (Orgs.), *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 215-253). Rio de Janeiro: Vozes.
- Prado, M. A. M. (2017). Prefácio. In A. M. Lima (Org.), *Política sexual: Os direitos humanos LGBT entre o universal e o particular* (pp. 13-16). Belo Horizonte: Relicário Edições.
- Preciado, B. (2011). Multidões queer: Notas para uma política dos “anormais”. *Revista Estudos Feministas*, 19(1), 11-20. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2011000100002>
- Radix, A. E., Lelutiu-Weinberger, C., & Gamarel, K. E. (2014). Satisfaction and healthcare utilization of transgender and gender non-conforming individuals in NYC: A community-based participatory study. *LGBT Health*, 1(4), 302-308. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0042>
- Santos, C. G. (2014). *Visão de um estudante de medicina brasileiro em La Rioja*, Argentina. 13 de outubro de 2014. Recuperado de <http://carlosunlar.blogspot.com.br/2014/10/sistema-de-saude-argentino.html>
- Santos, C. G. P. (2015). Saúde?! Completo bem-estar psicossocial de um indivíduo: Tudo que uma pessoa trans não possui. In Ministério da Saúde (MS), *Transexualidade e travestilidade na saúde* (pp. 17-24). Brasília, DF: MS.
- Sawaia, B. (1999). Introdução: Exclusão ou inclusão perversa. In Sawaia, B. (Org.), *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes.
- Sawaia, B. (2015). Comunidade: A apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In R. H. F. Campos (Org.), *Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes.
- Secretaria da Saúde (Sesa). (2010). Resolução Sesa nº 188/2010 (2010, 8 de março). *Diário Oficial do Estado*.
- Secretaria da Saúde (Sesa). (2015). Resolução Sesa nº 080/2015 (2015, 11 de março). Estabelece a utilização do “nome social” nas unidades próprias da Secretaria de Estado da Saúde e nos estabelecimentos de saúde com vínculo com o Sistema Único de Saúde, no âmbito do Estado Paraná, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*.
- Sehnem, G. D., Rodrigues, R. L., Lipinski, J. M., Vasquez, M. E. D., & Schmidt, A. (2017). Assistência em saúde às travestis na atenção primária: Do acesso ao atendimento. *Ver enferm UFPE online*, 11(4), 1676-1684.
- Silveira, A. F., Cobalchini, C. C. B., Menz, D. M., Valle, G. A., & Barbarini, N. (2007). *Caderno de psicologia e políticas públicas*. Curitiba: Unificado.
- Simpson, K. (2015). Transexualidade e travestilidade na saúde. In Ministério da Saúde (MS), *Transexualidade e travestilidade na saúde* (pp. 9-15). Brasília, DF: MS.
- Socias, M. E., Marshall, B. D., Aristegui, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health*, 13(1), 81. <http://doi.org/10.1186/s12939-014-0081-7>

- Souza, E. R. et al. (2015). *Transexualidades e saúde no Brasil: Entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans*. Relatório Técnico - Chamada MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA nº 32/2012. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Spink, M. J. P., & Frezza, R. M. (2013). Práticas discursivas e produção de sentido: A perspectiva da psicologia social. In M. J. P. Spink (Ed.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (p. 278). Rio de Janeiro, Cortez.
- Spink, M. J. P., & Gimenes, M. G. G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: Apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 149-171.
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2013). Produção de sentido no cotidiano: Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Ed.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (p. 278). Rio de Janeiro: Cortez.
- Suit, D., & Pereira, M. E. (2008). Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicologia USP*, 19, 317-340.
- Tagliamento, G. (2012). *(In)Visibilidades caleidoscópicas: A perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Tagliamento, G. (2013). *A arte dos (des)encontros: Mulheres trans e a saúde integral*. Rio de Janeiro: Multifoco.
- Tagliamento, G. (2015). Direitos humanos e a saúde: A efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans. In Ministério da Saúde (MS), *Transexualidade e travestilidade na saúde* (pp. 65-79). Brasília, DF: MS.
- Tagliamento, G., & Paiva, V. (2016). Trans-specific health care: Challenges in the context of new policies for transgender people. *Journal of Homosexuality*, 63(11), 1556-1572. <http://doi.org/10.1080/00918369.2016.1223359>
- United for Human Rights. (2008). Recuperado de <http://www.humanrights.com>
- Vasconcelos, N. A. (2015). Qualidade de vida e habitação. In R. H. F. Campos (Org.), *Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Roberta Cristina Gobbi Baccarim da Universidade Tuiuti do Paraná, estou convidando você a participar de um estudo intitulado “A GARANTIA DOS DIREITOS À SAÚDE DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE CURITIBA/PR: UMA ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE”. Este estudo é importante frente ao levantamento de pesquisas que ressaltam as dificuldades que as pessoas travestis e transexuais se deparam quando buscam atendimento médico nas Unidades de Saúde.

- a) O objetivo desta pesquisa é entrevistar os profissionais da rede de atenção em saúde do SUS.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de uma entrevista com a pesquisadora.
- c) Para tanto você deverá comparecer em uma das unidades de saúde participantes, conforme local de trabalho, para a entrevista, o que levará aproximadamente 45 minutos.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a cansaço, constrangimento ou timidez.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser relacionados à componentes emocionais, como constrangimento ou irritação.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são de que o material obtido nas entrevistas possa viabilizar uma análise para melhorias ao atendimento a pessoas travestis e transexuais nas US. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- g) A pesquisadora Roberta Cristina Gobbi Baccarim, responsável por este estudo poderá ser localizada na Rua Presidente Faria, 51 cj. 801, pelo e-mail roberta.gobbi@gmail.com, ou pelo telefone (41)3023-9413, no horário das 10:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas pela orientadora da pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade e sigilo.**

- j) O material obtido em audiogravação das entrevistas será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.
- k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa com transporte, gravador, material de papelaria, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, ou serão apresentados apenas dados gerais de todos participantes da pesquisa.
- m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo telefone (041) 3331-7668. Rua: Sidnei A. Rangel Santos, 238 Sala 328 Bloco C. Horário de atendimento das 13:30 às 17:30.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e comprehendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local, ____ de _____ de 20 ____.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Roberta Cristina Gobbi Baccarim

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Idade:

Gênero:

Formação:

Função: Tempo que trabalha no SUS/ Unidade:

Conhecimento sobre pessoas trans:

Pergunta geradoras:

- Você, na sua vida pessoal, já teve alguma informação sobre pessoas trans?
- E na profissional?
- Já teve algum vínculo pessoal com transexuais?
- Conhece as políticas de atendimento do SUS?
- Tem algum conhecimento das políticas públicas do SUS específicas para travestis e transexuais?

Experiência no atendimento a pessoas trans:

Pergunta geradoras:

- Você já atendeu uma travesti ou um(a) transexual?
- Se sim, descreva o(s) atendimento(s).
- Você sentiu alguma diferença neste atendimento (incômodo, desconforto, etc.)?
- Se não, o que você considera como fatores para este “não aparecimento” de pessoas trans no SUS?
- Você já conversou com a/o agente de saúde para saber se existem travestis e transexuais no bairro?

Formação de profissionais

Pergunta geradoras:

- Você já passou por alguma formação específica para profissionais da saúde no atendimento a travestis e transexuais?
- Acredita que fez (ou faria) diferença no acolhimento e/ou atendimento?
- De que maneira você acredita que deveria ser realizado um curso de formação sobre o tema? Quais pessoas estariam envolvidas?

APÊNDICE 3 – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E AUTORIZAÇÃO PARA O USO DESTA

Ao Comitê de Ética em Pesquisa –CEP
Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

Declaro, conforme a Resolução CNS 466/2012 a fim de viabilizar a execução da pesquisa intitulada: A GARANTIA DOS DIREITOS À SAÚDE DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE CURITIBA/PR: UMA ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) **Roberta Cristina Gobbi Baccarim**, que a área de **Unidades Básicas de Saúde**, conta com toda a infraestrutura necessária para a realização e que o(s) pesquisador(es) acima citado(s) está(ão) autorizado(s) a utilizá-la, tão logo o projeto seja aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tuiuti do Paraná.

De acordo e ciente,

Curitiba, ____ de _____ de 20____.

Responsável pela área onde será realizada a pesquisa (nome, assinatura e CPF)

ANEXO

ANEXO 1 – TABELA 1: TRAJETÓRIA DAS AÇÕES ESTATAIS VOLTADAS PARA A POPULAÇÃO LGBT EM ÂMBITO FEDERAL

AÇÃO	NATUREZA DA AÇÃO	ANO DE IMPLEMENTAÇÃO
Criação do Programa Nacional de Aids no Ministério da Saúde	Embora não seja uma política exclusiva para LGBT e nem vislumbre a garantia transversal da cidadania LGBT, o Programa se configurou como estratégico parceiro do Movimento LGBT no Estado, ainda mais numa época de pouco diálogo entre as duas instâncias. Essa estrutura tem por objetivo diminuir a transmissão de HIV e Doenças Sexualmente Transmissíveis e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com essas doenças. Apoiou bastante o Movimento LGBT financiando projetos, eventos e paradas do orgulho a partir do início da década de 90.	1986
Programa Nacional de Direitos Humanos I	Breve menção dos homossexuais como detentores de direitos humanos.	1996
Criação da Secretaria Nacional de Direitos Humanos	Tendo sido criada na estrutura do Ministério da Justiça, Foi fortalecida em 1999 passando a ser chamada de Secretaria de Estado de Direitos Humanos e o titular da época conquistou status de Ministro. No Governo Lula, em 2003, se torna Secretaria Especial de Direitos Humanos com mais recursos e estrutura. É a partir desse período que a agenda LGBT começa a ser gestada na política de direitos humanos.	1997
Programa Nacional de Direitos Humanos II	Contendo 10 metas específicas para GLTB (sigla à época) o Programa avançou no reconhecimento da diversidade sexual no campo da cidadania.	2002
Programa Brasil Sem Homofobia	Gestado no período Lula, fruto da parceria entre Governo Federal e lideranças LGBT. Prevê um conjunto de ações que visam combater a homofobia.	2004
I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais Travestis e Transexuais (GLBT à época)	Convocada por Decreto Presidencial. Representou um marco na elaboração e construção de políticas públicas em conjunto com a população LGBT fortalecendo a participação social dessa população. É a partir deste evento que a sigla GLBT passa a ser LGBT, conferindo maior visibilidade a pauta lésbica.	2008
Programa Nacional de Direitos Humanos III	O PNDH-3 avança na agenda da população LGBT. Tendo sido construído com mais participação popular que os Programas anteriores.	2009
I Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de	Fruto da I Conferência Nacional GLBT, o Plano contem 51 diretrizes e 180 ações, demonstrando assim diversas demandas históricas da população LGBT.	2009

AÇÃO	NATUREZA DA AÇÃO	ANO DE IMPLEMENTAÇÃO
Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais		
Criação da Coordenação Geral de Promoção dos Direitos de LGBT na estrutura da Secretaria de Direitos Humanos	A Coordenação foi criada com o objetivo de articular as políticas previstas no I Plano Nacional LGBT. Surge também para atender aquilo que o Movimento LGBT chama de “tripé da cidadania” (Plano – Coordenadoria – Conselho).	2009
Instituição do Conselho Nacional de Combate à Discriminação de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT)	Composto por 30 membros/as, representantes do governo e da sociedade civil, o Conselho tem por finalidade primordial formular e propor diretrizes para a ação governamental.	2010
Instituição do Dia Nacional de Combate à Homofobia	Por meio de Decreto, o Presidente Lula instituiu o dia 17 de Maio como o Dia Nacional de Combate à Homofobia. Essa é uma data internacionalmente celebrada em virtude da retirada da homossexualidade do Código Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde.	2010
Disque 100 – Direitos Humanos	O Disque 100 funciona como um canal de denúncia em que segmentos vulneráveis vítimas de violência podem denunciar através de ligação telefônica. Em Fevereiro de 2011, passa a atender a população LGBT.	2011
Lançamento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT	Construído por ativistas e membros do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e prevê um conjunto de ações em distintas áreas da saúde como a produção de conhecimentos, participação social, transversalidade, promoção, atenção e cuidado. É paradigmática porque amplia o foco de atenção do Estado dos problemas relativos ao HIV/Aids para necessidades mais abrangentes da saúde de LGBT.	2011
II Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais	Convocada pela Presidenta Dilma Rousseff, teve como objetivo central avaliar a execução do I Plano Nacional LGBT.	2011
Lançamento dos Anais da II Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais	Documento composto por artigos de ativistas, gestores/as, parlamentares, ministros do STF e outras pessoas ligadas à temática LGBT. Ainda contou com a publicação das diretrizes e moções aprovadas na II Conferência Nacional.	2012
Criação do Comitê Técnico de Cultura LGBT	A Portaria nº 19 de 17 de Maio de 2012 publicada no DOU cria o Comitê Técnico de Cultura LGBT que tem por objetivo formular políticas de valorização da Cultura LGBT para o Ministério da Cultura. O Comitê conta com membros da sociedade civil organizada.	2012

AÇÃO	NATUREZA DA AÇÃO	ANO DE IMPLEMENTAÇÃO
Lançamento do Relatório de Violência Homofóbica no Brasil – o ano de 2011 e o ano de 2012	Fruto da pressão do Grupo Gay da Bahia (GGB) que já contabilizava a violência homofóbica, o Governo Federal lança, no ano de 2012, o balanço da violência contra LGBT em 2011, necessário para o mapeamento da homofobia no Brasil e para implementação de políticas de enfrentamento a ela. No ano seguinte, em 2013, publica os dados de 2012.	2012 e 2013
Lançamento do Sistema Nacional LGBT	Demandado pelo Conselho Nacional LGBT, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República lança o Sistema Nacional de Enfrentamento à Violência LGBT que tem por objetivo a criação de Conselhos e Coordenadorias estaduais e municipais afim de construir e fortalecer uma rede de políticas públicas LGBT no país inteiro.	2013
Instalação do Comitê Nacional de Políticas Públicas LGBT	No âmbito do Sistema Nacional LGBT e em articulação com o Fórum Nacional de Gestores/as LGBT, a Secretaria de Direitos Humanos instalou esse Comitê visando aproximar gestores/as da política LGBT em todo o país e articular um pacto federativo das políticas LGBT atribuindo responsabilidades e funções ao Governo Federal, governos estaduais e municipais.	2014
Lançamento do Pacto Nacional de Enfrentamento às Violações de Direitos Humanos na Internet – Humaniza Redes	Considerando os altos índices de violências e violações de direitos humanos na internet, o Governo Federal lança o Humaniza Redes como um canal de denúncias online que encaminha as ocorrências para setores responsáveis pela apuração e punição dos atos. A política prevê em seus eixos, trabalho preventivo com campanhas online que circulam a internet e em especial as redes sociais populares como Facebook e Twitter.	2015
III Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis e Transexuais	Diferentemente das outras vezes, a III Conferência Nacional LGBT aconteceu em Abril de 2016 conjuntamente com as Conferências da Criança e do Adolescente, da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência bem como da XII Conferência Nacional de Direitos Humanos. Dessa experiência resultou a assinatura de Decreto Nacional que reconhece e utiliza o nome social de pessoas trans e travestis em âmbito Federal, publicado pela Presidenta Dilma Rousseff, em meio ao seu processo de impeachment. O tema deste terceiro processo conferencial foi “Por um Brasil que Criminalize a Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”.	2016

Fonte: Pereira (2016, p. 125-127).