

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

Camila Guaranha

O Desafio da Equidade e da Integralidade: Travestilidades e Transexualidades no Sistema Único de Saúde

Dissertação de Mestrado apresentada como Requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional sob orientação do Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi e co-orientação da Profa. Dra. Paula Sandrine Machado

Porto Alegre
2014

Camila Guaranha

O Desafio da Equidade e da Integralidade: Travestilidades e Transexualidades no Sistema Único de Saúde

Dissertação de Mestrado apresentada como Requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional sob orientação do Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi e co-orientação da Profa. Dra. Paula Sandrine Machado

Porto Alegre
2014

Camila Guaranha

O Desafio da Equidade e da Integralidade: Travestilidades e Transexualidades no Sistema Único de Saúde

Local e data de Defesa e Aprovação: Porto Alegre, 24 de março de 2014.

Comissão Examinadora:

Prof. Dr. Guilherme Silva de Almeida – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fernando Seffner – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Analice de Lima Palombini – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as histórias e as pessoas que fizeram parte da trajetória de construção desta pesquisa. Ao longo desse percurso, muitos encontros... Encontros produtores de indagações, de paradas no tempo, encontros produtores de novos encontros. Cito aqui algumas pessoas que deixaram marcas na trajetória de materialização dessa pesquisa, contribuindo, cada um à sua maneira, para as reflexões aqui apresentadas.

Primeiramente, agradeço às incansáveis Marcelly Malta, Maga Sperb, Luísa Stern, Clô Ribeiro e Joyce Maria da Silva, que dedicam suas vidas a uma luta legítima e ainda necessária. Pela acolhida, pela disponibilidade e por me ensinarem o valor da persistência, dedico esta escrita a elas e a todas as travestis, pessoas transexuais e militantes que conheci e que fazem de suas vidas experiências de luta e resistência.

Agradeço ao colega e amigo Cristian Fabiano Guimarães que, como bom professor, me fazia perguntas que não tinham respostas prontas. Agradeço também a todos/as os/as alunos/as do curso de Psicologia do IPA que me acompanharam no início dessa empreitada: aprendemos juntos/as a trabalhar com as experiências das travestilidades e das transexualidades a partir da perspectiva dos direitos humanos.

À profa. Stela Nazareth Meneghel e a seu grupo de orientandos, principalmente os queridos Roger Ceccon e Lilian Hesler, pesquisadores/as implicados/as em transformar a dura realidade que, muitas vezes, o campo mostra.

Aos/às queridos/as colegas do NUPSEX e do grupo Trans/Intersex pela qualidade das discussões, pelos “cafés com debate” no Jesus e pelo carinho e afeto que sempre circularam em nossos encontros. Faço um agradecimento especial às queridas Janaína Inversini Freitas e Letícia Zenevich, que me acompanharam durante parte da pesquisa de campo e aos colegas de percurso e amigos queridos Priscila Detoni, Helen Santos, Eduardo Lomando, Raquel Silveira, Daiane Maus e Lucas Goulart pelas tantas coisas boas vividas nesses dois anos. Faço um agradecimento especial também ao colega Eric Seger, que com suas leituras atentas me mostrou a pertinência (ou não) de alguns conceitos, apontando os limites daquilo que eu conseguia perceber.

Ao meu orientador, Henrique Caetano Nardi, que foi um dos primeiros professores do curso de Psicologia da UFRGS a inserir o debate conceitual do SUS no currículo através de

uma disciplina eletiva. Agradeço por ter apostado nesse projeto desde o início e por estar *sempre* disponível para conversas e trocas.

À minha co-orientadora Paula Sandrine Machado, admirável pesquisadora, super atenta nos movimentos do campo e que compartilhou dicas valiosas para a realização dessa pesquisa.

À profa. Analice Palombini, que na qualificação do projeto fez apontamentos que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa e que topou seguir acompanhando o desenrolar desse processo. Aos professores Guilherme Almeida e Fernando Seffner por terem aceitado o convite para compor a banca de avaliação desse trabalho e compartilhar suas experiências e saberes comigo.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, por oportunizar a tantos/as a possibilidade do livre pensamento. Um agradecimento especial para Israel Aquino, que facilita os processos da vida acadêmica no PPGPSI.

À CAPES, por permitir os recursos necessários à realização desta pesquisa.

Aos/às amigos/as que muito me escutaram ao longo desse percurso: Ângela Bisol, Luciana Gomes, Paula Adamy, Ana Elisabeth M. Gomes e Josemara Carvalho de Oliveira.

À minha família, em especial aos meus pais, por terem sempre apoiado minhas escolhas.

Ao meu companheiro de todas as horas, Geraldo, por tudo.

“Nós, os novos, os sem-nome, os difíceis de entender, nós, os nascidos cedo de um futuro ainda indemonstrado - nós precisamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz, mais temerária, mais alegre, do que todas as saúdes que houve até agora. [...] de uma saúde tal, que não somente se tem, mas que também constantemente se conquista ainda, e se tem que conquistar, porque se abre mão dela outra vez, e se tem de abrir mão!...”

(Nietzsche, A Gaia Ciência)

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo compreender como se materializa, no cotidiano, o acesso e o consumo de ações e serviços de saúde para travestis e pessoas transexuais no Sistema Único de Saúde, considerando os programas e as políticas de saúde existentes e os desafios que as travestilidades e transexualidades representam para essas. A partir de uma abordagem etnográfica, e utilizando os conceitos da saúde coletiva e do campo das relações de gênero e sexualidade, articulando-os às questões interseccionais, foram analisados os relatos de travestis e pessoas transexuais em relação ao acesso e à utilização dos serviços de saúde no SUS. Foram analisadas ainda as concepções que embasam a formulação das políticas de saúde direcionadas à população de travestis e transexuais no SUS, bem como as práticas dos/as trabalhadores/as em relação a esse grupo populacional. A partir do estudo, ficou evidente que as trajetórias de travestis e transexuais nos serviços de saúde costumam ser marcadas por situações de preconceito e discriminação, fatos que expressam o elevado grau de transfobia presente nos estabelecimentos de saúde. Além disso, percebeu-se que as ações em saúde destinadas para essa população, contempladas em programas e políticas de saúde – tais como o uso do nome social e a ampliação do Processo Transexualizador – ainda carecem de institucionalidade. Também verificamos que as ações em saúde para esse grupo têm sido priorizadas no âmbito da atenção especializada (nos níveis ambulatorial e hospitalar), sendo poucos os investimentos com relação à atenção básica. Por fim, percebemos que, para a efetivação dos programas e das políticas de saúde – os quais se dão a partir do encontro entre os/as usuários/as e os/as trabalhadores/as – é fundamental investir na formação destes/as últimos/as, para que o acesso às ações em saúde se dê de forma acolhedora e humanizada.

Palavras-chave: Travestilidade. Transexualidade. Saúde Pública. Equidade.

ABSTRACT

The main goal of this article is to have a better understanding on how the policies of health care are being used and how they have been taking place on a daily basis for transsexual, transgender, and transvestite people considering the existing health care policies and the many challenges that transvestism and/or transsexualism/transgenderism represents to them. From an ethnographic approach, and using concepts from the fields of public health and sex and gender relations, articulating those concepts with intersectional issues, portraits of transvestites and transsexual/transgender people were analyzed regarding their access and use of the services provided by SUS (Sistema Único de Saúde), the Brazilian universal health care system. Also, the conceiving ideas that promote health care policies for transvestites and transsexual/transgender people at SUS were analyzed, as well as the practices adopted by the workers of health care providers towards this population. From this study, it became evident that transvestites and transgender/transsexual people's path in the health care system in Brazil (SUS) is marked by discrimination and prejudice, facts that express the high levels of institutionalized transphobia present in the health care service providers. Moreover, it was noticed that the health care action programs intended for the trans population, promoted by health care policies, such as the use of the social name and the expanding of the transsexual procedures, are still in need of institutionalization. It was also verified that the health action programs for the transvestite/transsexual/transgender population have been prioritized only at the specialized care level (clinic and hospital levels), but few investment has been made at primary care level. At last, it was noticed that the accomplishment of the programs and health care policies happen from the encounter between the users and the providers, being of bottom line importance the last group to have training, so that the access to health care be welcoming and humanized.

Key-words: Transvestite. Transsexual. Public Health. Equity.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 AS INSTITUIÇÕES TAMBÉM MUDAM? Breves notas sobre o processo de transição no modelo de atenção à saúde no Brasil	15
1.1 Antecedentes históricos do SUS	15
1.2 Universalidade, integralidade e equidade: o SUS é para quem?	19
2 O ENCONTRO ENTRE AS TRAVESTILIDADES, AS TRANSEXUALIDADES E O SUS	25
2.1 Saúde LGBT: alguns estudos realizados no Brasil	27
2.2 Atenção à saúde para travestis e pessoas transexuais no SUS: alguns estudos brasileiros	31
2.3 Para além da homofobia e da heteronormatividade: operadores conceituais no universo trans	34
3 UMA PESQUISADORA <i>CIS</i> NO UNIVERSO <i>TRANS</i> : notas sobre o encontro com o campo	41
3.1 Aproximação inicial	41
3.2 A pesquisadora entra em campo	42
3.3 Compartilhando relatos e histórias.....	47
3.4 Questões éticas e a implicação com o campo.....	49
4 O COTIDIANO DE DISCRIMINAÇÕES E PRECONCEITOS COMO FATOR DE VULNERABILIDADE PARA O ACESSO NO SUS	53
4.1 “O que mata hoje em dia não é a doença, é a discriminação!”	54
4.2 Mínimos gestos, muitos efeitos	63

4.3 A banalização do preconceito e o lugar da abjeção: efeitos sobre a relação com o SUS ..	64
4.4 A vida como trabalhadora da saúde: algumas questões	66
4.5 Interseccionalidades: que outros marcadores influenciam o acesso à saúde?.....	71
4.6 Por uma saúde afeita aos direitos humanos: desafio atual	78
5 O USO DO NOME SOCIAL NO SUS.....	81
5.1 O Cartão SUS e os sistemas de informação: desafios para a consolidação do uso do nome social no SUS	85
5.2 “Isso aí é só o começo!”: notas sobre os limites do uso do nome social	89
6 TECNOLOGIAS DO CUIDADO EM SAÚDE.....	93
6.1 A emergência de uma política de saúde destinada à população LGBT	95
6.2 Notas sobre o Processo Transexualizador no SUS	99
6.3 Saúde Integral para quais LGBT? Notas sobre o processo inicial de formulação da Política de Saúde LGBT no Rio Grande do Sul.....	104
6.4 “O SUS não é uma maravilha, mas é o que a gente tem”: sobre as potencialidades e os limites de uma política pública de saúde.....	107
6.4.1 A oferta produz a demanda: a institucionalização da saúde trans através da atenção especializada.....	108
6.4.2 Um novo serviço na rede? Breves discussões sobre o “Ambulatório T”	110
6.4.3 Atenção básica	114
6.5 Quando cada caso é um caso	117
7 O CUIDADO EM SAÚDE: o uso das tecnologias leves como fator de promoção de acesso ao SUS.....	118
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124

APRESENTAÇÃO

A dissertação aqui apresentada foi delineada a partir do reconhecimento de um campo de tensão gerado no encontro entre questões suscitadas pelas experiências das travestilidades e das transexualidades com as ações e serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Durante dois anos, trabalhei em uma Organização Não Governamental (ONG) de Travestis e Transexuais em Porto Alegre – a ONG Igualdade-RS¹ – e tive acesso a relatos de trajetórias de vida marcadas por sucessivas cenas de constrangimento, discriminação e preconceito.

A partir dessa experiência, a dimensão das violências cotidianas – muitas vezes sistemáticas – pelas quais travestis e pessoas transexuais passam em diferentes espaços (públicos e privados) foi se descortinando para mim – que até então desconhecia essa realidade – e foram se tornando evidentes as dificuldades de muitas dessas pessoas para circular no espaço social, acessar e usufruir bens e serviços e gozar de direitos.

Após o trabalho desenvolvido na ONG, minha percepção em relação às práticas de cuidado no âmbito do SUS não seria mais a mesma. Vinha de uma trajetória de formação profissional e acadêmica no SUS² que me apresentou um sistema de saúde que, mesmo que reconhecidamente não conseguisse efetivar as promessas da universalidade, integralidade e equidade, era resultado de uma invenção coletiva que, em última instância, buscava promover saúde e garantir melhores condições de vida para todos/as os/as brasileiros/as, sem distinções.

Mesmo que ao longo da prática profissional tivesse me deparado com situações de exclusão e desassistência ocorridas nos serviços de saúde com relação a alguns grupos populacionais e com determinados sujeitos – como usuários/as de álcool e outras drogas, jovens negros/as e traficantes das periferias, profissionais do sexo, adolescentes iniciando as primeiras experimentações de seu corpo e de sua sexualidade, etc. – sempre havia um

¹ A Igualdade-RS é uma associação de travestis e transexuais sediada em Porto Alegre/RS e desde maio de 1999 vem atuando na defesa dos direitos dessa população, desenvolvendo projetos em diferentes áreas, como saúde, DST/HIV/Aids/hepatites virais, segurança pública, educação, dentre outras. De agosto de 2010 até agosto de 2012, coordenei a implantação das ações da Psicologia na ONG, realizando inicialmente, com a participação da equipe da instituição e de um grupo de estagiários de graduação em Psicologia, um mapeamento das demandas da população de travestis e transexuais que era atendida no local.

² De fevereiro de 2007 (logo após a conclusão da graduação em Psicologia) até fevereiro de 2010, realizei dois cursos de especialização em serviço na Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul: Residência Integrada em Saúde (RIS)/Ênfase em Atenção Básica e 3º Ano Opcional da RIS (R3)/Ênfase em Redução de Danos. As Residências Integradas em Saúde representam uma articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e buscam propiciar mudanças nas práticas de formação, atenção e nos processos de trabalho do SUS (BRASIL, 2006).

discurso em defesa do sistema que minimizava e até mesmo invisibilizava as práticas excludentes e preconceituosas presentes na execução da política.

Após iniciar o trabalho na ONG, aos poucos fui percebendo que, em um contexto de violação de direitos tão premente, a saúde se constituía como mais um dos campos em que travestis e pessoas transexuais encontravam dificuldades em terem suas necessidades reconhecidas e plenamente atendidas. Dentre os relatos que acolhíamos na Igualdade-RS em relação às dificuldades de acesso ao SUS, apresento um, que foi particularmente importante para a construção do problema dessa pesquisa.

Fernanda³, moradora de um município da região metropolitana de Porto Alegre, veio até a ONG contando que, certo dia, buscou atendimento na unidade de saúde de referência de seu território, pois havia acordado sentindo um mal-estar, tonturas e dor na região abdominal. Acompanhada de sua sogra, passou pela triagem (não havia acolhimento naquela unidade) e forneceu seus dados para o atendimento, solicitando que fosse tratada pelo seu nome social⁴. Na sala de espera, junto com outros/as usuários/as, ficou aguardando sua vez. Passado algum tempo, uma médica com uma prancheta na mão chamou o próximo paciente, gritando um nome masculino: era o nome do registro civil de Fernanda.

Constrangida, a usuária reconheceu o nome chamado e se dirigiu à médica, explicando que, embora o nome de registro civil que constava em seus documentos fosse masculino, o nome com o qual se identificava era Fernanda e assim gostaria de ser tratada. A médica, após a explanação da usuária, disse: “O nome que está escrito aqui é José Renato e para mim este é o teu nome. Se quiseres que eu te chame por um nome de mulher, terás de morrer e nascer de novo”. Dizendo isto, virou as costas para Fernanda e não realizou o atendimento. A usuária, por sua vez, voltou para casa sem o auxílio médico que precisava para resolver seu problema de saúde. Ao contrário, além da dor abdominal, adiciona-se naquele momento o sofrimento⁵ decorrente da humilhação.

A situação relatada exemplifica os relatos, tantas vezes repetidos na ONG Igualdade-RS, das desigualdades de condições envolvidas no acesso à saúde para travestis e pessoas transexuais no SUS. Essas pessoas representam um de tantos outros grupos sociais que não

³ Os nomes utilizados ao longo de todo o trabalho foram alterados, com objetivo de preservar o sigilo das pessoas envolvidas.

⁴ Nome pelo qual travestis ou pessoas transexuais se identificam e preferem ser identificadas (JESUS, 2012).

⁵ Instigada pela sogra, mais tarde Fernanda buscou a ONG Igualdade-RS, que protocolou uma denúncia junto à Secretaria Municipal de Saúde do município de Fernanda.

conseguem usufruir de um direito constitucional como o de acesso universal e igualitário à saúde.

Como trabalhadora da saúde, passei a indagar de que forma as políticas oferecidas e as práticas institucionalizadas respondiam às demandas de travestis e pessoas transexuais, já que as experiências compartilhadas pelas usuárias da ONG não deixavam dúvidas: o sistema público de saúde no Brasil e os/as operadores/as (gestores/as e trabalhadores/as) dessa política não estavam preparados/as para acolher e tratar dessa demanda, ao menos sob o ponto de vista dos/as usuários/as.

Tomando emprestadas as palavras de Ricardo Ceccim, descrevo o que a experiência do encontro com essa realidade produziu em mim.

Condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido. (...) A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações (CECCIM, 2005, p. 165).

As inquietações se transformaram em perguntas: como os princípios e diretrizes do SUS se relacionam com as demandas em saúde de travestis e pessoas transexuais? Qual(is) espaço(s) é/(são) concedido(s) para travestis e pessoas transexuais nos serviços públicos de saúde? Como se dá o encontro entre travestis e/ou pessoas transexuais com os/as profissionais da saúde? Quais concepções de corpo, sexo e gênero informam as práticas dos/as trabalhadores/as na ponta?

Foi nesse contexto de indagações e incertezas em relação aos modos de operar em saúde que surgiu a proposta desta pesquisa. O objetivo deste trabalho foi compreender a tensão presente no encontro entre as demandas em saúde de travestis e pessoas transexuais e as práticas do campo da saúde. Interessa-nos compreender como se materializa, no cotidiano, o acesso e o consumo de ações e serviços de saúde para travestis e pessoas transexuais, considerando os programas e as políticas de saúde existentes, a formação dos/as trabalhadores/as e os desafios que as travestilidades e transexualidades representam para esses.

Para tanto, no Capítulo I, abordaremos o processo que levou à criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, bem como apresentaremos os conceitos de universalidade,

integralidade e equidade, avaliando-se a efetividade desses na operacionalização da política de saúde. No Capítulo II, iniciaremos as discussões que tratam dos (des)encontros entre as experiências das travestilidades e das transexualidades e o Sistema Único de Saúde, discutindo alguns conceitos que emergem a partir das especificidades do universo trans e que podem auxiliar o setor saúde a refletir sobre suas práticas. No Capítulo III, apresentaremos o percurso metodológico dessa pesquisa, refletindo sobre as questões éticas suscitadas pelo campo. O Capítulo IV trará elementos para que possamos refletir sobre as diferentes formas de preconceito e discriminação presentes no cotidiano de travestis e pessoas transexuais, avaliando-se os efeitos que tais fenômenos produzem no acesso à saúde para esse grupo populacional. No Capítulo V, trataremos da importância do reconhecimento do uso do nome social, avaliando os efeitos que as estratégias governamentais, principalmente as iniciativas tomadas pelo campo da saúde, produzem no cotidiano de travestir e pessoas transexuais. O sexto Capítulo tratará das tecnologias do cuidado em saúde, refletindo-se sobre o histórico da institucionalização dos programas e políticas direcionadas às travestis e transexuais no SUS. Por fim, no último Capítulo trabalharemos as principais concepções dos/as trabalhadores/as em relação ao gênero e à sexualidade, bem como retomaremos a importância da utilização das tecnologias leves como promotoras de acesso ao SUS.

1 AS INSTITUIÇÕES TAMBÉM MUDAM? Breves notas sobre o processo de transição no modelo de atenção à saúde no Brasil

A saúde tem se constituído como um campo normativo por excelência, apesar de novas perspectivas teóricas e novas propostas de práticas tentarem constituir algumas formas de resistência àquilo que está instituído. Habitada por protocolos, diretrizes, dados epidemiológicos, manuais, etc., tal campo inventa e mantém dispositivos de controle populacional e individual que regulam os processos da vida e da morte. Ao mesmo tempo em que restringe, a saúde também é um campo de práticas que produzem vida: aposta na progressiva autonomização dos sujeitos e coletivos, constitui e apoia redes afetivas de colaboração e solidariedade, produz cuidado e garante direitos.

Os discursos sobre a saúde são localizados em determinados tempos históricos e se legitimam ao se ajustarem à ordem econômica, política e social onde são gerados, são sustentados e se reproduzem (CASTIEL, 2012). No Brasil, a instituição saúde vive, há mais de trinta anos, um processo de mudança que vem transformando a forma de gestão, o financiamento e as práticas presentes no campo. A partir da reforma do sistema de saúde brasileiro, novas perspectivas vêm sendo incorporadas e um dos debates que emerge nesse cenário é o de que o eixo do cuidado deve ser centrado no/a usuário/a.

Neste capítulo, trabalharemos os antecedentes históricos da criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, buscando compreender seus principais conceitos operadores e como estes se relacionam com os atuais desafios lançados pelas novas demandas que emergem em um contexto de democratização do país e diversificação e universalização das políticas públicas.

1.1 Antecedentes históricos do SUS

O direito à saúde no Brasil é considerado, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988⁶, um direito fundamental de cada cidadão/ã, sendo dever do Estado criar

⁶ Sergio Carrara (2013) lembra que a Constituição espelhou a configuração das forças presentes no momento político do Brasil na época. Para alguns grupos sociais, as conquistas foram expressivas: a formulação da equidade de gênero como direito constitucional e o reconhecimento das diversas possibilidades de família são reflexos da força do movimento de mulheres e de feministas nos debates da assembleia nacional constituinte. No entanto, esse autor considera que outros grupos não tiveram o mesmo êxito: o movimento homossexual brasileiro (assim chamado na época) não conseguiu incidir da mesma forma que as feministas sobre o texto

condições de garantir a todos/as, independente de gênero, raça/etnia, idade e condição econômica, a concretização deste direito (BRASIL, 2013b). O Sistema Único de Saúde (SUS) é, atualmente, o maior sistema de saúde pública do mundo, atendendo aproximadamente 190 milhões de pessoas, sendo que, dentre estas, 80% dependem exclusivamente do SUS para tratar de seus problemas de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2014).

O surgimento e a institucionalização do SUS foram processos ocorridos ao longo dos últimos trinta anos e a sua consolidação, com sua estruturação jurídico-legal, ainda está em curso. A fim de compreendermos o caminho que levou à criação do SUS, bem como à emergência dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, e a fim de avaliarmos a forma pela qual estes se relacionam com os temas das travestilidades e das transexualidades, é importante retomarmos a trajetória da construção do sistema de saúde vigente em nosso país.

A Constituição Federal de 1988 representou um marco para o desenvolvimento da noção de cidadania no Brasil, trazendo inovações legislativas que garantiram a criação de políticas sociais inclusivas que buscavam reduzir as iniquidades e as desigualdades sociais e regionais (PASCHE & VASCONCELOS, 2013; NUNES, 2013; MATTOS, 2006; PEREIRA, 2002). Mesmo tendo sido promulgada em um contexto em que o discurso neoliberal propunha a diminuição das ações estatais, a Constituição Federal impulsionou a institucionalização da saúde pública⁷, integrando-a de forma inovadora, em conjunto com a assistência e a previdência social, ao Sistema de Seguridade Social brasileiro.

A Seguridade Social, de acordo com Potyara Pereira (2002), era um conceito até então inexistente na legislação de nosso país. A partir de 1988, esta passou a representar um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 2013b). Nesse novo desenho, a seguridade social passou a operar a partir de dois lados: contributivo e

constitucional e, tanto a orientação sexual quanto a identidade de gênero ficaram de fora do texto da nova carta magna. Tal situação evidencia, para Carrara (2013) como era desfavorável o contexto político para esse grupo naquela época.

⁷ Para Joel Birman (2005), a saúde pública se constituiu no final do século XVIII a partir da medicina moderna, que se organizou em torno de práticas como a *polícia médica* e a *medicina social* (FOUCAULT, 1986). De acordo com esse autor, os discursos que constituíram a saúde pública foram fundados no naturalismo médico, que legitimou historicamente, através de práticas de saneamento das cidades e de controle dos corpos, a crescente medicalização do espaço social. A perspectiva universalizante presente nesse discurso silenciou as ordens simbólicas e históricas na leitura das condições de saúde das populações, apagando as diferenças e especificidades dos sujeitos e das comunidades. Assim, na formulação de práticas tradicionais de saúde pública, as dimensões históricas e sociais relativas ao processo saúde-doença não são consideradas. Essa perspectiva, como veremos adiante, foi criticada por uma corrente – a Saúde Coletiva – que instituiu uma nova forma de agir no campo sanitário no Brasil.

distributivo. A *previdência social* passou a representar o caráter *contributivo* do sistema de seguridade, sendo uma forma de proteção social que, para ser acionada, dependia de contribuições financeiras anteriores por parte dos trabalhadores. Por outro lado, a *saúde* e a *assistência social* passaram a representar o lado *distributivo* do sistema de seguridade social, ou seja, o acesso a tais ações não precisaria mais estar atrelado a contribuições financeiras prévias ou ao acesso do/a trabalhador/a ao mercado formal de trabalho.

Vale lembrar que no período anterior à institucionalização do SUS, a assistência à saúde era realizada pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e era direcionada exclusivamente às pessoas que possuíam carteira de trabalho assinada e a seus/suas dependentes. Estes/as, em virtude da contribuição previdenciária, eram considerados/as *segurados/as* ou *beneficiários/as* da previdência social. Por não ser um direito social, como veio a se configurar a partir da promulgação da Carta Magna, o acesso à saúde para os demais membros da população – os *indigentes* – ficava restrito ao campo da filantropia ou da caridade (CARVALHO & SANTOS, 2006; MATTOS, 2006).

Para Potyara Pereira (2002), o novo modelo da Seguridade Social revolucionou o padrão de proteção pública no Brasil, se transitando de um modelo em que somente a pessoa *segurada* tinha direitos para outro em que *todos/as*, de forma *incondicional*, seriam destinatários/as dos mesmos. A noção de cidadania embutida nesse novo modelo produziria tanto a noção de *incondicionalidade* quanto a de *universalidade* de acesso, pois todos os/as brasileiros/as deveriam ter, independentemente de vínculo trabalhista ou contribuição pecuniária, acesso a um direito como a saúde.

Ao instituir a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, ancorada na concepção de Seguridade Social, a Constituição rompeu com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo (VASCONCELOS & PASCHE, 2013, p. 560).

O texto referente à saúde contemplado na Constituição Federal de 1988 é reflexo de discussões que já vinham ocorrendo no Brasil há bastante tempo, com influências dos debates que ocorriam também no cenário internacional, e cujo mote era a concepção de saúde como um direito a ser garantido pelo Estado (NUNES, 2013). O acúmulo teórico-conceitual que vinha operando no campo da saúde pública no Brasil – dentre os quais podemos destacar as propostas do projeto preventivista nos anos de 1950, do planejamento em saúde em meados da década de 1960 e da medicina social em meados dos anos de 1970 – impulsionou, no final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, a formulação das propostas de reforma do

sistema de saúde. Tais propostas foram ganhando força à medida que a luta contra a ditadura (TEIXEIRA, 2009) se expandia e o ideal representado pela democracia se consolidava.

Emergiu, nesse contexto, um movimento que tinha como proposta a reforma sanitária no Brasil, o qual aglutinou diversos segmentos da sociedade (lideranças acadêmicas, estudantes universitários, trabalhadores/as, gestores/as, sindicalistas, parlamentares e lideranças do movimento social) em busca de mudanças no setor saúde (VASCONCELOS & PASCHE, 2013). A concepção de saúde como resultante de seus determinantes e condicionantes, a descentralização político-administrativa, a organização do sistema a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada, o atendimento integral, o financiamento público das ações e a participação da comunidade na construção da política de saúde são importantes contribuições desse movimento para a concepção do sistema.

Nas palavras de Sergio Arouca:

A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual (...) representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998).

O movimento da reforma sanitária incidiu nas deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, que, de acordo com Marcelo Pinheiro (2005), foi convocada para subsidiar a Assembleia Nacional Constituinte, ocorrida em 1987. A Constituinte, por sua vez, serviu de base para a reformulação da Constituição brasileira e esta deu origem às leis que, na sequência, delimitaram o funcionamento do SUS⁸ (VASCONCELOS & PASCHE, 2013; PEREIRA, 2002). Tal trajetória permitiu que se forjassem as bases legais que culminaram na reformulação no sistema de saúde brasileiro, propiciada pela redemocratização das estruturas institucionais do país (NUNES, 2013).

De acordo com Sônia Fleury Teixeira (2009), a reforma sanitária no Brasil se configurou como estratégia política e como processo de transformação institucional cujo projeto de atuação foi fundado “na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde” (TEIXEIRA, 2009, p. 474-475). Isso porque a maior parte da população

⁸ Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990.

brasileira era excluída do acesso aos serviços de assistência à saúde e estes, quando ofertados, eram centralizados na atenção curativa hospitalar.

Buscando transformar essa realidade, o movimento da reforma sanitária colocou em ação novos conceitos, que vieram a constituir um novo campo de saber: a Saúde Coletiva. Para Everardo Nunes (2013), a Saúde Coletiva – cuja originalidade do termo expressa o grau de interseção das diferentes disciplinas que a compõe – se caracteriza como um campo amplo de práticas e de conhecimentos, sendo formada por distintos tipos de disciplinas, abarcando desde as ciências naturais até as ciências sociais e humanas. A Saúde Coletiva é um campo extenso e diversificado que reflete “a própria concepção ampliada de saúde” (NUNES, 2013, p. 27), a qual necessita de diferentes campos de saber para se tornar ato. O encontro entre disciplinas tão diversas possibilita o surgimento de novos saberes, já que, ao se borrar as fronteiras dos conhecimentos tradicionais, podem se criar novas configurações disciplinares capazes de oferecer respostas a problemas específicos.

Até este ponto, vimos como o processo de construção do Sistema Único de Saúde foi marcado pelo momento histórico e político que o Brasil vivia no início da década de 1980 e como emergiu com força, nesse cenário, um movimento que propôs e que de fato colocou em ação mudanças significativas na política nacional de saúde. A Saúde Coletiva surgiu nesse cenário como uma resposta genuinamente brasileira às tensões e aos desafios apresentados pelo campo da saúde pública, propondo um modelo de atenção à saúde contra hegemônico centrado no usuário (MERHY, 2007), com a utilização de ferramentas como a escuta, o acolhimento e o vínculo.

1.2 Universalidade, integralidade e equidade: o SUS é para quem?

Como vimos, a Reforma Sanitária no Brasil conseguiu alcançar a garantia constitucional do direito à saúde, assim como institucionalizar um novo campo de práticas e saberes, a Saúde Coletiva (TEIXEIRA, 2009), a qual definiu os rumos do novo sistema público de saúde. Nesse cenário, os princípios da *universalidade, integralidade e equidade* – resultantes do ideário do movimento da reforma sanitária – emergiram como formulações centrais para o SUS. Como veremos adiante, contudo, esses princípios ainda estão distantes de uma adequada implantação (CARVALHO & SANTOS, 2006; MATTOS, 2007) e carecem

de operacionalidade nos serviços, ainda mais quando tratamos de determinadas populações – como a de travestis e pessoas transexuais – sobre as quais incidem estigmas e preconceitos de diversas ordens.

A *universalidade*, nos termos da lei, é o princípio que assegura a todos/as os brasileiros/as o acesso aos serviços de saúde de forma gratuita, sempre que deles necessitar, sem sofrer nenhum tipo de discriminação por classe, cor, raça, etnia, gênero, orientação sexual, idade, condição de saúde, condição socioeconômica, religião, dentre outros. Esse é um conceito que busca a reversão de uma situação de exclusão característica do período anterior à institucionalização do SUS, na qual o acesso, como já mencionado, era exclusivo às pessoas que contribuíam para o sistema de previdência e assistência social (BRASIL, 2013b; VASCONCELOS & PASCHE, 2013; CARVALHO & SANTOS, 2006).

O princípio da *integralidade*, uma das bandeiras de luta (MATTOS, 2006) do movimento da reforma sanitária, refere-se, conforme Everardo Nunes (2013), à garantia de oferta de ações de promoção, proteção, cura e reabilitação em saúde direcionadas aos sujeitos e aos coletivos. A integralidade leva em conta a dinâmica do processo saúde-doença de forma ampliada, devendo se considerar, além das questões biológicas, as dimensões sociais, relacionais e subjetivas do adoecimento.

Rubens Mattos (2006), ao refletir sobre a integralidade, afirma que esse conceito está carregado de três sentidos básicos. O primeiro estaria relacionado à dimensão das práticas profissionais, englobando o encontro ético entre usuário/a e trabalhador/a. A relação estabelecida na assistência à saúde, mais do que um momento burocrático de prescrição de medicamentos ou condutas, deve levar em conta a subjetividade⁹ do/a usuário/a, buscando-se compreender as forças sociais e culturais presentes nesse encontro.

O segundo conjunto de sentidos da integralidade, de acordo com Rubens Mattos (2006), relaciona-se com a forma de organização dos serviços, sendo uma resposta à fragmentação que dividia, antes da criação do SUS, práticas de saúde pública de práticas assistenciais – quando as ações de saúde pública ficavam a cargo do Ministério da Saúde e as ações curativas ou de assistência médica eram responsabilidade do Ministério da Previdência

⁹ A noção mais comumente empregada no campo da saúde em relação à subjetividade remete à ideia de interioridade, ou seja, àquilo que seria próprio do sujeito. No entanto, a perspectiva que vamos utilizar aqui remete à produção social da subjetividade em uma vertente foucaultiana, considerando-se que os modos de subjetivação são efeitos dos diferentes atravessamentos que operam em determinado contexto histórico (NARDI, 2006).

e Assistência Social – o que produziu um sistema fragmentado, com baixo grau de comunicação e bastante desarticulado.

O terceiro conjunto de sentidos da integralidade diz respeito às respostas governamentais para problemas específicos de saúde ou, dito de outra forma, às respostas direcionadas para determinados grupos populacionais, tais como as *mulheres* e os grupos de *portadores de patologias específicas*. Este último sentido pode ser exemplificado, segundo Mattos (2006), pelos efeitos que as articulações do movimento feminista produziram na conformação de uma política de atenção à saúde da mulher mais integradora e que culminou na criação, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) – uma conquista em termos de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil¹⁰.

Antes do PAISM, as feministas teciam duras críticas às ações destinadas à saúde da mulher, considerando que estas eram limitadas à atenção materno-infantil (ANJOS *et al*, 2013) e enfocavam a dimensão reprodutora do corpo feminino. Os problemas de saúde das mulheres eram pensados de forma reducionista, não levando em conta os contextos culturais e as hierarquias relacionadas ao processo saúde-doença presentes na vida destas (MATTOS, 2006).

O termo *assistência integral* presente no PAISM representou importante avanço em termos de políticas públicas, pois o Programa, além de levar em consideração o exercício da sexualidade e a autonomia reprodutiva feminina, garantia assistência à saúde da mulher em todas as fases de sua vida (ANJOS *et al*, 2013; MATTOS, 2006). A integralidade desenvolveu mais um sentido a partir da provocação das feministas ao setor saúde: a resposta governamental não poderia se basear em um corpo reduzido a um útero e/ou a mamas. A saúde deveria atender às amplas necessidades de vida das mulheres, sendo a maternidade mais uma das possibilidades, dentre tantas outras. Assim, a recusa em reduzir a “objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem” (MATTOS, 2006, p. 61) foi uma marca reivindicada pelo movimento feminista e que se materializou no PAISM¹¹.

¹⁰ Vale ressaltar que o PAISM, que é de 1983, foi formulado antes mesmo da institucionalização do SUS, mas é justamente por isso que podemos falar em processo de construção do sistema de saúde, já que este foi agregando ideais provenientes de diversas frentes de luta ao longo de sua montagem.

¹¹ No início de 2011, o Ministério da Saúde lançou um novo programa de assistência à gestação, parto e maternidade no Brasil denominado Rede Cegonha. Tal programa vem recebendo muitas críticas, principalmente por representar um rompimento com o conceito de *assistência integral* presente no PAISM, já que enfoca *determinado* momento da vida (gestação, parto e puerpério) de *determinadas* mulheres (as que desejam/podem engravidar), abrindo precedente para que os direitos sexuais e reprodutivos dessa parcela da população sejam desconsiderados do plano das políticas públicas. Nesse sentido, a Rede Cegonha representa um retrocesso na política de atenção à saúde da mulher.

Cabe lembrar que o conceito de integralidade, além dos sentidos apresentados por Rubens Mattos (2006), também remete às limitações inerentes aos diferentes setores das políticas públicas. No caso da saúde, por mais bem organizado e por mais acolhedor que um serviço seja, “a integralidade nunca será plena” (CECILIO, 2006, p. 119) e realizada de forma completa em um único estabelecimento, pois o cuidado integral só ocorre plenamente com a *intersetorialidade*.

A intersetorialidade refere-se à integração entre os diferentes setores das políticas públicas e tem por objetivo o enfrentamento de problemas sociais complexos (JUNQUEIRA, 2004). A ação intersetorial pressupõe a articulação “de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações (...) visando o desenvolvimento social” (JUNQUEIRA *et al*, 1997, p. 27) e a superação da exclusão social. A atuação em uma perspectiva intersetorial busca suplantiar a fragmentação das políticas públicas, integrando os diferentes setores em torno de ações e responsabilidades comuns.

Nesse sentido, percebemos que é tarefa para outros setores, para além do setor saúde, garantir, por exemplo, melhores condições de vida para uma determinada população, já que uma ação desse tipo extrapola o âmbito exclusivo da esfera sanitária, devendo envolver áreas como educação, moradia/habitação, lazer, emprego/renda, dentre tantas outras que podem estar envolvidas nesse processo.

A partir de um olhar crítico sobre o conceito de integralidade, percebemos a complexidade que este apresenta e o desafio que é colocar em prática ações que sejam, de fato, integrais. No entanto, independentemente do sentido que a integralidade assuma e da complexidade que o termo representa, é importante ressaltar que ela implica, em última instância, uma “recusa ao reducionismo” e à “objetivação dos sujeitos” (MATTOS, 2006, p. 63), argumentando em favor de uma postura de abertura ao diálogo e ao encontro. A integralidade representa justamente essa dimensão relacional (entre serviços, entre trabalhadores/as e usuários/as, entre usuários/as e formuladores/as de políticas, entre setores) que propicia a ampliação da vida e que busca uma visão mais abrangente acerca dos “sujeitos-alvo” de uma política, recusando o corte que delimita quem pode/deve ser atendido e em qual situação.

O último princípio do SUS que trabalharemos neste ponto é o da equidade. A equidade, para muitos/as autores/as (VASCONCELOS & PASCHE, 2013; PAIM, 2006; PINHEIRO *et al*, 2005), aproxima-se do termo *igualdade* presente no texto constitucional e é o princípio que propõe o estabelecimento de políticas que busquem a redução de iniquidades

em saúde, reconhecendo que alguns grupos populacionais são mais vulneráveis que outros com relação a processos de adoecimento e morte, seja em virtude de desigualdades na distribuição de renda, bens e serviços, seja em virtude de condicionantes culturais e subjetivos (VASCONCELOS & PASCHE, 2013; CARNEIRO *et al*, 2006).

Para Sarah Escorel (2014), o princípio da equidade acompanha o âmbito dos direitos humanos de terceira geração¹², que são direitos difusos e coletivos que introduzem princípios como solidariedade, tolerância e confiança no âmbito das relações sociais. Esses direitos “correspondem às formas de pensar os arranjos sociais considerando a *diferença* como *dado da realidade*” (ESCOREL, 2014, p. 4) (grifos meus). Dessa forma, diferença, diversidade e pluralidade da condição humana são estabelecidas como balizadoras das relações sociais e a criação de políticas públicas deve acompanhar esse movimento.

Ainda em relação ao conceito de equidade, Celia Almeida (2000) afirma que o mesmo abarca duas dimensões: as *desigualdades nas condições de vida e de saúde* e as *desigualdades no acesso e consumo dos serviços de saúde*. A primeira dimensão diz respeito à distribuição desigual dos riscos de adoecimento e sofrimento ao longo das diferentes camadas da população, incidindo sobre o processo saúde-doença marcadores sociais como idade, sexo, gênero, renda, raça, escolaridade, orientação sexual, identidade de gênero, dentre outros. A segunda dimensão refere-se às diferentes condições de acesso e utilização dos serviços de saúde (NERI & SOARES, 2002), considerando fatores como a quantidade e a distribuição geográfica/localização dos serviços e a distribuição do perfil social da população que utiliza os mesmos.

Jairnilson Paim (2006), em artigo no qual indaga se o SUS é uma política que, de fato, promove equidade, apresenta alguns estudos conduzidos no Brasil (CARDOSO, 2005; CHOR & LIMA, 2005; FAERSTEIN, 2005; NERI & SOARES, 2002; TRAVASSOS *et al*, 2000) que apontam a diversidade de fatores envolvidos na desigualdade de acesso e consumo de serviços de saúde no Brasil.

Há mais de um quarto de século vêm sendo realizados no Brasil estudos epidemiológicos apontando as desigualdades na distribuição espacial de mortes e doenças, bem como suas relações com as condições de vida. Portanto (...), a saúde coletiva brasileira já produzia conhecimentos sobre o tema, capaz de fundamentar a reorientação de políticas públicas, econômicas e sociais. Daí a universalidade, a

¹² Os direitos humanos de primeira geração são identificados como os direitos das liberdades individuais, tais como o direito à privacidade ou à liberdade de ir e vir. Já os de segunda geração são reconhecidos como os direitos sociais e econômicos, como o direito à seguridade social, acesso ao sistema de saúde sem discriminação e de forma integral, ao sistema público ou privado de pensões e aposentadorias, etc. (RIOS, 2006).

igualdade e a equidade representarem grandes desafios para a concretização numa sociedade extremamente desigual como a brasileira (PAIM, p. 39, 2006).

A articulação dos fatores presentes em ambas dimensões apresentadas por Celia Almeida (2000) – desigualdades nas condições de vida e de saúde e desigualdades no acesso e consumo dos serviços de saúde – influencia o padrão de acesso e utilização de serviços de saúde, “resultando em um quadro de desigualdades cumulativas que evidenciam o quão distante encontra-se o sistema de saúde do país dos princípios igualitários enunciados na sua formulação” (TRAVASSOS *et al*, 2000, p.143). Jairnilson Paim (2006) concorda com tal ideia, afirmando que mesmo que o SUS tenha, ao longo dos últimos anos, reduzido as desigualdades de acesso e tornado a atenção menos iníqua, garantindo atendimento em saúde para “contingentes expressivos da população anteriormente excluídos do sistema” (PAIM, 2006, p. 43), ainda estamos distantes do ideário igualitário proposto.

Realizando uma aproximação com os principais conceitos operadores do SUS, fica evidente que a sua implementação envolve uma série de mudanças nos processos de trabalho, na gestão e no planejamento das ações. Ao instituir os princípios da universalidade de acesso, da integralidade e da equidade, transitando para um modelo de atenção centrado nas necessidades do/a usuário/a, é fundamental que se possam ressignificar as práticas existentes, incorporando novos conceitos e adicionando novas e ousadas formas de operar em saúde.

2 O ENCONTRO ENTRE AS TRAVESTILIDADES, AS TRANSEXUALIDADES E O SUS

A Carta Magna brasileira garante que a saúde é um direito de todos/as e dever do Estado (BRASIL, 2013). Além disso, o princípio da universalidade remete à noção de acesso incondicional, a integralidade busca contemplar a complexidade dos sujeitos e coletivos e a equidade trata de garantir atendimento diferenciado para aqueles/as que mais precisam, de acordo com as diferentes marcas que os pertencimentos sociais produzem. Contudo, mesmo com todo aparato legislativo e organizacional que compõe o SUS, o que se observa no cotidiano da atenção em saúde é uma realidade na qual o acesso ocorre de forma desigual, o cuidado é fragmentado e parcial e as ações não contemplam as diversidades das formas de existência.

Estudos que abordam as relações entre o sistema de saúde e grupos populacionais estigmatizados, tais como usuários/as de drogas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012; CRUZ & KIRST, 2001), profissionais do sexo (SALMERON & PESSOAS, 2012; MEIS, 2011; PASSOS & FIGUEIREDO, 2004), pessoas em situação de rua (CARNEIRO *et al*, 2010), evidenciam os desafios que ainda precisam ser enfrentados para que a atenção em saúde não seja excludente. Em meio a tal conjuntura de desassistência, travestis e pessoas transexuais representam mais um dos grupos populacionais que não conseguem usufruir o direito à saúde no cotidiano e serão os aspectos relacionados a essa população que abordaremos neste estudo.

Antes de entrar no debate específico sobre o acesso de travestis e pessoas transexuais ao SUS, é importante sinalizar que os conceitos de travestilidades e transexualidades com os quais trabalharemos nesse texto partem tanto das discussões que vêm sendo feitas no âmbito acadêmico quanto das definições utilizadas pelas pessoas que vivem tais experiências, que são múltiplas e heterogêneas. Marcos Benedetti afirma que “o domínio e a atuação das ciências médicas no campo da sexualidade” (BENEDETTI, 2005, p. 25) nos deixou como herança conceitos como transexualidade, travestismo e homossexualidade. Tais noções, já arraigadas no senso comum e ainda utilizadas por pesquisadores/as e trabalhadores/as das políticas públicas, são invenções recentes e refletem, de forma datada, a maneira como lidamos com a diversidade e com as normas de existência em um determinado tempo histórico. Nesse sentido, Eduardo Lomando e Henrique Nardi (2013), ao tratarem das aproximações e

diferenças entre travestilidades e transexualidades, afirmam que, para o discurso médico-psiquiátrico, travestis são pessoas que se sentem “homem e mulher ao mesmo tempo e não querem ‘cortar’ seu pênis” (LOMANDO & NARDI, 2013, p. 494).

No entanto, para além do discurso médico-psiquiátrico, novas concepções têm surgido no campo e uma definição interessante é apresentada por Marcos Benedetti (2005), o qual, embora não busque definir de forma estanque o que é uma travesti, descreve, a partir da relação estabelecida com essas, que

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

Essa definição parece contemplar o que se observa no cotidiano, uma vez que a maioria das travestis não busca o reconhecimento de uma identidade exclusivamente feminina ou masculina, nem referencia o desejo da realização da cirurgia como forma de corporificação de sua experiência. Com relação à noção de transexualidade, alguns pesquisadores/as, ativistas e pessoas transexuais referem que o desejo de realização da cirurgia de redesignação sexual é o que define essa experiência. No entanto, neste trabalho optamos por ampliar a utilização dessa categoria e considerar que pessoas que não realizaram e/ou que não desejam realizar esta cirurgia, mas que se autodenominam transexuais, também compartilham dessa forma de experiência.

Ainda com relação a essa definição, as pesquisadoras Márcia Arán e Daniela Murta (2009) colocam que o movimento social de pessoas transexuais tem proposto que sejam utilizadas as expressões homens e mulheres que vivenciam a transexualidade, “com objetivo de enfatizar que a transexualidade não é uma identidade, justamente porque as pessoas se definem e se reconhecem como homens e mulheres e não como transexuais” (ARÁN & MURTA, 2009, p. 34). Há também, segundo as autoras, grupos que preferem usar as definições "homens transexuais" e "mulheres transexuais", o que representaria em parte a incorporação da noção de transexualidade como autodefinição. Por fim, há um grupo minoritário que utiliza a noção de transgênero, que expressaria o borramento das fronteiras de gênero. Esse último conceito, no entanto, é pouco utilizado nas produções acadêmicas no Brasil e também pouco referenciado pelas pessoas no campo.

Algumas das pessoas com as quais interagi no campo da pesquisa tentaram definir o que era, em suas palavras, uma travesti ou uma pessoa transexual. Como exemplifica a fala de uma delas, vemos que as concepções ora convergem com o que é definido pelo mundo acadêmico, ora parecem ir em busca de outros sentidos.

Transexual é pré-operatória. Travesti é quem opta por não se operar. Eu sou transexual porque eu sou pré-operatória, porque pós-operatória morreu o passado. (...) Aí [referindo-se ao período após a cirurgia] sou uma mulher 100%. Sou uma mulher que não pode ter filhos... Mas como tem muita mulher que não pode ter filhos... Eu sou uma mulher que não pode ter filhos (VIVIANE)

Mesmo considerando a multiplicidade de sentidos possíveis para a transexualidade, neste estudo será utilizada a noção de homens e mulheres transexuais, uma vez que esta foi a denominação reivindicada pela maioria das pessoas com as quais convivi ao longo da pesquisa. Como se tratam de definições imersas no plano de produções subjetivas, políticas e sociais, provavelmente se recolocarmos a questão da definição das travestilidades e das transexualidades daqui a algum tempo, acessaremos outros sentidos e experiências ainda não explorados.

2.1 Saúde LGBT: alguns estudos realizados no Brasil

A atenção à saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) no SUS é um tema atual (MELLO *et al*, 2011) e sua discussão vem sendo impulsionada nos últimos anos a partir da ampliação e da conquista de direitos por esta parcela da população. Júlio Assis Simões e Regina Facchini (2009) consideram que a atuação do movimento social LGBT brasileiro nas últimas décadas foi fundamental para dar visibilidade social e política para essas pessoas. Tal processo levou à conquista de mais espaço na esfera pública, permitindo a criação de demandas direcionadas ao governo e à sociedade. A criação e a implementação de políticas públicas, dentre elas a saúde, é um dos reflexos da ampliação de direitos para pessoas LGBT no Brasil.

Neste tópico, veremos alguns estudos que exploram as relações entre orientação sexual não heterossexual e acesso e utilização dos serviços de saúde. Alguns destes apontam pistas sobre as especificidades que travestis e pessoas transexuais apresentam para o campo da

saúde, enquanto outros, mesmo que não tratem diretamente do tema trabalhado em nosso estudo, podem contribuir para as reflexões aqui propostas por articularem questões de gênero e sexualidade no bojo de suas análises.

Neste ponto, é importante sinalizar que ao utilizarmos estudos que tratam da discriminação e preconceito dirigidos a orientações não heterossexuais, não estamos considerando que travestis ou pessoas transexuais são homossexuais. Poucas das pessoas com as quais interagi ao longo do campo de pesquisa se identificaram como homossexuais e bissexuais. De fato, a maioria definiu-se como heterossexual, uma vez que são pessoas cuja identidade de gênero é feminina e se relacionam afetiva e sexualmente com pessoas cuja identidade de gênero é masculina¹³ (ou vice-versa).

É importante ressaltar ainda que utilizaremos estudos que tratam da população LGBT (e não só da população “T”¹⁴) não só em função do volume de produções acadêmicas, mas também porque as demandas de travestis e pessoas transexuais por ora contempladas pelo Sistema Único de Saúde estão incluídas na Política Nacional de Saúde Integral LGBT, não havendo uma política exclusiva para o grupo das travestis e pessoas transexuais¹⁵.

Grayce Albuquerque *et al* (2013) realizaram estudo de revisão integrativa acerca das políticas de saúde direcionadas às pessoas homossexuais no Brasil e verificaram que o acesso do grupo LGBT à saúde tem sido marcado por obstáculos como atendimentos discriminatórios por parte dos/as profissionais, situações de constrangimentos para os/as usuários/as, condutas inadequadas e até mesmo ofensas verbais proferidas pelos/as trabalhadores/as da saúde. O estudo aponta que o conhecimento sobre as necessidades em saúde da população homossexual é pouco difundido no Brasil, dificultando a interação trabalhador/a-usuário/a. Os/as autores/as indicam o fato de a população LGBT apresentar resistência em procurar serviços de saúde como um efeito do contexto de discriminação que prevalece nos atendimentos em saúde.

Da mesma forma, Kátia Rocha *et al* (2009) mostram que a homofobia tem um papel muito importante nas questões relacionadas ao processo saúde-doença de pessoas LGBT. Para os/as autores/as, o medo de sofrer discriminação afasta dos serviços de saúde as pessoas com

¹³ Identidade de gênero e orientação sexual são noções distintas: a primeira diz respeito ao gênero pelo qual a pessoa se reconhece, enquanto a segunda refere-se ao gênero pelo qual a pessoa se sente atraída (ANDRADE, 2013; JESUS, 2012).

¹⁴ Travestis e pessoas transexuais.

¹⁵ No item 6.2 desse texto, trataremos do Processo Transexualizador no SUS, que, embora não seja uma política de saúde específica para a população “T”, condensa um conjunto de ações que abarcam algumas das demandas específicas desse grupo.

orientações sexuais não heterossexuais, o que contribui para o agravamento dos problemas de saúde, uma vez que os/as usuários/as tendem a buscar assistência quando já estão com a doença instalada, o que acarreta diminuição na sensação de bem-estar e da qualidade de vida.

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

Da mesma maneira, Elder Cerqueira-Santos *et al* (2010), em estudo que analisa a percepção de usuários/as LGBT com relação aos serviços do SUS, mostram que não ocorre um reconhecimento, por parte dos/as trabalhadores/as da saúde, das especificidades da atenção em saúde para a população LGBT, sendo invisibilizadas as questões de gênero e de orientação sexual nos atendimentos prestados. Os/as participantes do estudo apontam que os/as profissionais não estão preparados/as para lidar com suas necessidades e demandas em saúde, evidenciando que a diversidade, ao não ser reconhecida, pode se tornar desigualdade em termos de tratamento e cuidado em saúde. O estudo aponta ainda que “comportamentos homofóbicos” (CERQUEIRA-SANTOS *et al*, 2010, p. 236) por parte dos trabalhadores da saúde podem dificultar a relação entre a população LGBT e os serviços de saúde, fazendo com que esta não se sinta acolhida e que até mesmo não siga as orientações/prescrições realizadas.

Maria Alix de Araújo *et al* (2006) e Elder Cerqueira-Santos *et al* (2010) apontam a dificuldade que muitos/as usuários/as encontram para conversar com os/as profissionais de saúde acerca de questões que envolvem sua orientação sexual. Ana Cristina Ostermann e Débora da Rosa (2012) também assinalam alguns “assuntos tabus” (OSTERMANN & ROSA, 2012, p. 47) e “momentos delicados” (OSTERMANN & ROSA, 2012, p. 47) que envolvem a interação usuário/a-trabalhador/a durante os atendimentos em saúde, principalmente quando se tratam de temas que envolvem a sexualidade e o desejo.

Em estudo organizado por Ana Cristina Ostermann e Stela Meneghel (2012), foi realizada a análise das conversas ocorridas entre usuárias de uma unidade básica de saúde da região metropolitana de Porto Alegre e profissionais da área da medicina durante consultas

ginecológicas e obstétricas¹⁶. As autoras verificaram que a interação costuma ser assimétrica e marcada por relações de poder rígidas. As interrupções na fala do outro, o controle dos assuntos a serem abordados e a centralidade do direito à pergunta na figura do/a profissional¹⁷ são apontados como indícios da hierarquia presente nesse tipo de interação. Além disso, observaram que a prerrogativa do direito à pergunta localizada no/na trabalhador/a coloca o/a paciente na posição de ter sua resposta avaliada pelo/a médico/a como certa ou errada (OSTERMANN & ROSA, 2012; OSTERMANN & RUY, 2012).

Em relação aos/às profissionais da saúde, as autoras afirmam que mesmo estes/as sendo “investidos de autoridade institucional e outorgados do direito de conhecer aspectos privados e detalhados sobre a saúde e vida em geral das pacientes” (OSTERMANN & ROSA, 2012, p. 60), são percebidos/as como pessoas estranhas a elas e não estão preparados/as para manejar situações interacionais que envolvam conteúdos relacionados à sexualidade e ao gênero. Apontam ainda que, durante a interação, quando assuntos potencialmente delicados aparecem, diferentes estratégias podem ser acionadas, tanto por parte do/a profissional quanto do/a usuário/a: omissão de determinados termos/conteúdos, abandono de determinados assuntos, redirecionamento da conversa para tópicos de mais fácil abordagem, camuflagem de determinados conteúdos considerados delicados, etc. Tais estratégias interacionais podem fazer com que não sejam tratados fatos importantes relacionados à saúde da pessoa que busca o atendimento e, com isso, o problema que a levou ao serviço de saúde, não sendo explicitado, dificilmente será resolvido (OSTERMANN & ROSA, 2012).

Além da dificuldade em tratar de determinados assuntos tabus, as autoras mostram que as relações estabelecidas entre usuários/as e trabalhadores/as de saúde são pautadas pelo pressuposto da heteronormatividade, corroborando os estudos citados anteriormente.

A heteronormatividade, ainda que invisível a olho nu, opera de forma insidiosa em situações cotidianas de atendimento à saúde da mulher. Evidencia-se (...) que os médicos operam com o pressuposto identitário heterossexual das mulheres atendidas. (...) A heteronormatividade (...) não apenas naturaliza aquelas pacientes como de identidades afetivo-sexuais heterossexuais. Também contribui para a naturalização da heterossexualidade como princípio organizador e normatizador da sociedade como um todo (OSTERMANN & JAEGGER, 2012. p. 130).

¹⁶ Embora o estudo organizado por Ana Cristina Ostermann e Stela Meneghel (2012) envolva majoritariamente a interação entre mulheres heterossexuais e profissionais da saúde, a riqueza do trabalho está justamente em demonstrar que a interação usuária-trabalhador/a é marcada por relações de poder rígidas, hierarquias, incompreensões mútuas e julgamentos morais, especialmente quando se tratam de assuntos que envolvem o exercício da sexualidade.

¹⁷ Resta ao/à usuário/a da saúde o dever de responder (OSTERMANN & ROSA, 2012).

O pressuposto da heterossexualidade presente na interação usuário/a-trabalhador/a contribui para a constituição de sujeitos, assim como reproduz as normatividades de sexo e gênero presentes no âmbito social. Percebe-se um elevado grau de discriminação e preconceito em relação às orientações sexuais não heterossexuais nos atendimentos de saúde, e os estudos analisados destacam a homofobia e a heteronormatividade como os principais dificultadores do acesso e de atendimentos resolutivos e com qualidade. O que se observa no caso específico dos atendimentos em saúde de travestis e pessoas transexuais, no entanto, é que além dos efeitos da heteronorma e da homofobia, também incidem outras questões, conforme veremos no próximo tópico deste capítulo.

2.2 Atenção à saúde para travestis e pessoas transexuais no SUS: alguns estudos brasileiros

A produção acadêmica relacionando questões específicas das travestilidades e das transexualidades ao Sistema Único de Saúde é bastante recente. Este é um campo de estudos que está em efervescência e diversos grupos de pesquisa têm se debruçado sobre essa temática nos últimos anos. Neste tópico, apresentaremos alguns dos trabalhos conduzidos no Brasil que tratam dessa temática, explorando os pontos principais que vêm sendo problematizados pelos/as pesquisadores/as inseridos/as no campo.

Em 2008, Magnor Muller e Daniela Knauth realizaram um estudo qualitativo no qual analisaram as percepções de travestis em relação ao acesso e aos tratamentos ofertados no âmbito do SUS. Os autores mostram os principais entraves percebidos pelas usuárias quando buscavam o sistema de saúde, tais como o não respeito ao uso do nome social, discriminações, preconceitos e violências institucionais, afirmando a necessidade de qualificação dos/as profissionais de saúde para que possam acolher e atender de forma adequada a população travesti.

Em 2009, Márcia Arán e Daniela Murta publicaram artigo no qual tratam do Processo Transexualizador no SUS, refletindo sobre as relações entre gênero, acesso às tecnologias de transformação corporal e saúde. As autoras destacam a importância dos avanços da tecnologia médica na problematização da suposta imutabilidade do sexo e mostram que a assistência à

saúde de pessoas transexuais no Brasil surge associada ao modelo biomédico¹⁸, que vincula os tratamentos a uma noção de patologia da sexualidade e do gênero.

Ainda em 2009, Márcia Arán, Daniela Murta e Tatiana Lionço propõem a discussão da transexualidade no contexto das políticas de saúde pública no Brasil, questionando o imperativo do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero como condição de acesso ao tratamento na rede pública de saúde. As autoras buscam ainda mapear os processos que constituíram as transexualidades como patologia, apresentando uma reflexão crítica acerca dessa temática. Por fim, discutem a autonomia das pessoas transexuais e sugerem que os atendimentos em saúde para esse grupo não sejam atrelados a um diagnóstico e/ou exclusivamente centrados na cirurgia de redesignação sexual.

Liliana Sampaio e Maria Thereza Coelho, em 2012, apresentam estudo no qual investigam as situações vivenciadas por transexuais na busca pelo acesso às tecnologias de transformação corporal. As autoras evidenciam a importância das intervenções cirúrgicas e hormonais no processo de construção identitária de pessoas trans e discutem a mudança do nome de registro civil como um possível indicador de qualidade de vida para elas. Grazielle Tagliamento (2012) também buscou compreender o acesso à saúde para mulheres transexuais no SUS, enfocando sua pesquisa na cidade de Curitiba. A autora mostra que a maioria dos relatos das pessoas entrevistadas em relação ao SUS remetia a situações de violação de direitos, tais como o desrespeito ao uso do nome social e a dificuldade dos/as profissionais em realizar atendimentos qualificados, o que, para a autora, configura um quadro em que a integralidade não é efetivada.

Em relação aos processos de patologização presentes na assistência à saúde das pessoas trans, Tatiana Lionço (2008) se propõe a analisar os mecanismos de poder e normatização que atravessam os atendimentos destinados a esse grupo, mostrando os processos históricos envolvidos na psiquiatrização da sexualidade e na formulação de políticas de saúde nesse campo. Para a autora, as hierarquias presentes nas práticas sociais definem quais são os corpos que não se enquadram nas regras prescritas das masculinidades e das feminilidades, assim como o acesso (ou não acesso) às tecnologias de transformação corporal refletem os efeitos de tal categorização. Assim, para Tatiana Lionço (2009), enquanto as travestis – que representam uma não conformação à norma de maneira mais

¹⁸ Segundo Roseni Pinheiro (2006), o modelo biomédico refere-se à “racionalidade da medicina ocidental contemporânea” (PINHEIRO, 2006, p. 80), cuja prática busca “objetivar a doença do sujeito” (PINHEIRO, 2006, p. 80), processo em que opera uma separação entre a doença - que assume uma “vida própria” - e a pessoa enferma.

intensa por desejarem manter certa ambiguidade nas características corporais – não conseguem usufruir dos serviços públicos de saúde, precisando recorrer a estratégias como a automedicação e a injeção de silicone industrial através das bombadeiras¹⁹, as transexuais conseguem aceder às tecnologias de transformação corporal, mesmo que de forma restritiva, por aceitarem as determinações do poder biomédico, que padroniza suas condutas e conforma suas vidas²⁰.

Ainda em relação à despatologização, Guilherme Almeida e Daniela Murta (2013) discutem os efeitos que esta poderia trazer para o acesso de pessoas transexuais aos serviços de saúde. Os autores mostram que ainda vigora, na assistência pública à saúde no Brasil, uma interpretação patologizada das experiências trans, ou seja, a transexualidade ainda é majoritariamente considerada um transtorno psiquiátrico, sendo que é a partir de tal referencial que são formuladas as políticas de saúde destinadas a esse segmento. No entanto, apresentam uma visão de que novos sentidos estão sendo disponibilizados, principalmente a partir de gestores/as, trabalhadores/as, acadêmicos/as e militantes que atuam a partir dos referenciais da saúde coletiva e que têm tensionado para que as políticas se desvinculem de noções patologizantes e restritivas.

De forma geral, o que os diferentes trabalhos têm mostrado é que travestis e pessoas transexuais, quando buscam atendimento no SUS, deparam-se com uma série de dificuldades, tais como situações de discriminação, preconceito, violências institucionais, não respeito ao uso do nome social, atendimentos não humanizados, fragmentados, com profissionais pouco qualificados/as para tratar de suas questões, o que acaba tornando o acesso restrito e configurando atendimentos com baixa resolutividade.

Além disso, principalmente nos estudos que abordam as transexualidades no SUS, que são mais abundantes do que os que exploram as questões das travestilidades nesse âmbito, percebe-se uma preocupação em problematizar a centralidade no diagnóstico de transtorno mental como condição de acesso aos serviços do Processo Transexualizador. Este último tem sido exaustivamente pesquisado e seus principais entraves e desafios foram apontados em diversos trabalhos (ALMEIDA & MURTA, 2013; ARÁN & MURTA, 2009; TEIXEIRA,

¹⁹ Pessoa (geralmente uma travesti) que modela os corpos de suas clientes através da aplicação de injeções de silicone industrial líquido nas partes em que se deseja deixar com mais curvas, tais como seios, nádegas e pernas. As bombadeiras costumam ser respeitadas no meio das travestis e mulheres trans e representam a possibilidade da realização de transformações corporais que, de outra forma, não seriam possíveis, principalmente em virtude dos custos de procedimentos como estes no meio médico tradicional.

²⁰ Como afirmou Flávia Teixeira (2013) em discussão no Seminário Internacional Fazendo Gênero 10: “Silicone industrial é, antes de tudo, ausência de serviço público de saúde”.

2009; VENTURA & SCHRAMM, 2009; LIONÇO, 2008). A relação com as novas tecnologias médicas também é explorada em alguns estudos, discutindo-se a noção de autonomia e de poder de decisão de pessoas trans em relação a seus corpos e suas vidas (VENTURA & SCHRAMM, 2009; LIONÇO, 2008). Tal como nos trabalhos que abordam a população LGBT de forma mais ampla, muitos estudos que tratam especificamente da população “T” também utilizam os termos homofobia e heteronormatividade para compreender as situações de discriminação e preconceito vividas nos serviços de saúde. Sobre essa questão, realizaremos no próximo tópico uma discussão que pretende sinalizar outros operadores conceituais, além desses que já vêm sendo utilizados, que podem contribuir para a reflexão que estamos propondo nesse trabalho.

2.3 Para além da homofobia e da heteronormatividade: operadores conceituais no universo trans²¹

Embora ainda não incorporados de forma plena aos estudos que associam os processos envolvidos no acesso e consumo de serviços de saúde pelas travestis e pessoas transexuais no Brasil, existem alguns conceitos que podem auxiliar na compreensão e na análise dos problemas que vêm sendo identificados pelos/as diferentes pesquisadores/as que têm se dedicado a esta temática.

Tanto os estudos já realizados quanto esta pesquisa mostram que a maioria dos/as profissionais da saúde parece reproduzir um estereótipo baseado no senso comum que liga sexo, gênero e orientação sexual de forma linear, algo que Judith Butler (2003) denominou de hegemonia ou matriz heterossexual. Na lógica dos/as profissionais da saúde, é o corpo – através das definições embutidas nas noções biologizantes de sexo anatômico, cromossomos e hormônios – que define o gênero e a sexualidade (NARDI *et al*, 2012; ARÁN & MURTA, 2009). De forma geral, no olhar dos/as trabalhadores/as da saúde, uma travesti seria um “homem que se veste e se porta como mulher” (LOMANDO & NARDI, 2013), enquanto

²¹ Marcos Benedetti (2005) utiliza a expressão *universo trans* e explica que a mesma permite que sejam consideradas as diversas possibilidades de “transformações do gênero” (BENEDETTI, 2005, p. 17) presentes nesse universo social, não reduzindo a multiplicidade das experiências a categorias identitárias fixas.

mulheres transexuais seriam, *na verdade*, uma alma feminina presa em um corpo masculino (BENTO, 2006).

Sobre essa questão, Aline, que é uma mulher transexual e servidora da saúde, conta que nos primeiros dias de trabalho precisou estabelecer diálogos com sua equipe para esclarecer “quem ela era”:

É, elas [as colegas da equipe de saúde] questionam, elas questionam isso mesmo, pra elas fazerem um mapeamento de quem é esse ser que tá aqui dentro, né, ocupando esse espaço enquanto profissional, assistente social, mulher. Quem é essa mulher que tá aí? (Aline).

Várias questões começavam a surgir dos diálogos que a gente tinha, em particular, é claro, sobre o que era transexualidade, o que era travesti... Porque elas conheciam as travestis. O que era travesti lá pra elas? Era o João, que anda de salto alto, de cabelão, de barba mal feita e todo mundo chama de João e ele atende pelo nome de João! E isso é ser travesti (Aline).

Na realidade, elas tentam construir a minha identidade de gênero a partir da visão delas, né. A minha identidade como mulher a partir da visão delas (Aline).

Uma concepção essencialista de sexo e gênero leva a maioria dos/as profissionais a pensar que a população “T” é necessariamente homossexual, uma vez que os relacionamentos afetivo/sexuais estabelecidos entre travestis e/ou mulheres transexuais (que, segundo os/as profissionais, são pessoas cujos corpos são, “em seu cerne”, masculinos) com outros homens representaria, em última instância, uma relação homossexual²². Marcos Benedetti (2005) já apontava que o olhar institucional e o senso comum em torno das travestis – e podemos ampliar essa ideia para as pessoas transexuais – as identifica como homossexuais, o que é demonstrado pelos relatos compartilhados pelas pessoas com as quais convivi ao longo da pesquisa:

E por eles [refere-se aos/as profissionais da saúde] não terem conhecimento sobre transexualismo, eles acabam te tratando como homossexual, te tratam como homossexual. Acho que falta conhecimento deles e estudo, acho que eles tinham que estudar isso, ter, sei lá, uma matéria que falasse sobre isso (Viviane).

Eles nem acham que a gente tem... Que existe uma separação ou uma divisão, acham que todo mundo é gay, né? (Aline).

Só que eu nunca me imaginei gay. Nunca quis ser apontado como gay (Karen).

²² Nessa lógica, no caso de homens transexuais heterossexuais, teríamos “corpos de mulheres” relacionando-se com corpos de outras mulheres, o que caracterizaria também, sob o olhar do senso comum, uma relação homossexual.

Sobre esse ponto, diferentemente do que o senso comum refere, Jaqueline Gomes de Jesus (2012) esclarece que:

Tal qual as demais pessoas, uma pessoa trans pode ser bissexual, heterossexual ou homossexual, dependendo do gênero que adota e do gênero com relação ao qual se atrai afetivossexualmente: mulheres transexuais que se atraem por homens são heterossexuais, tal como seus parceiros; homens transexuais que se atraem por mulheres também o são. Nem todas as pessoas trans são gays ou lésbicas, apesar de serem identificados como membros do mesmo grupo político, o de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT (JESUS, 2012, p. 12).

No entanto, o discurso que circula nos serviços de saúde é o mesmo presente no senso comum: o/a profissional associa travestilidades e transexualidades à homossexualidade. Talvez esse seja um dos fatores que leva tantos estudos, como os que vimos acima, a problematizar a homofobia como dificultadora de acesso e de tratamentos humanizado no âmbito do SUS. O termo homofobia, de acordo com Marco Aurélio Máximo Prado (2010), designa “uma forma de preconceito e aversão às homossexualidades em geral” e tem sido utilizado não só como um conceito com potencial analítico, mas também como uma referência de luta política do movimento social LGBT. Não devemos entender a homofobia, segundo esse autor, somente a partir do âmbito individual e psicológico (“*fobia de homossexuais*”) que está presente nas atitudes negativas em relação a pessoas homossexuais, mas alargar o conceito e considerar também as dimensões sociais e políticas que envolvem a violência, a discriminação e o preconceito contra orientações sexuais não heterocentradas.

Marco Aurélio Máximo Prado considera ainda que, mais recentemente, tem circulado “uma compreensão da homofobia como dispositivo de vigilância das fronteiras de gênero” (PRADO, 2010, p. 8), o qual atingiria todas as pessoas, independente de orientação sexual – mesmo que de formas distintas e em diferentes graus. No entanto, mesmo com essa concepção ampliada de homofobia, o que travestis e pessoas transexuais têm apontado é que este conceito, quando utilizado de forma universal, não exprime as especificidades das experiências do universo trans.

Com objetivo de dar visibilidade às questões dos preconceitos e discriminações vividas pelas pessoas trans, o termo transfobia vem disputando espaço com a noção de homofobia nos últimos anos (CARRARA, 2013). De acordo com Jaqueline Gomes de Jesus (2012), “transfobia é o preconceito e/ou discriminação em função da identidade de gênero de pessoas transexuais ou travestis” (JESUS, 2012, p. 29) e é um conceito que não deve ser confundido com a homofobia.

Em relação às hierarquias presentes no movimento LGBT, e que são explicitadas na tensão homofobia X transfobia, Jaqueline Gomes de Jesus e Hailey Alves (2010) explicam que, embora a sigla LGBT abarque identidades políticas (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) que possuem algumas pautas em comum, as demandas do coletivo formado pela população LGBT não traduzem as pautas específicas das diferentes “letras” que a compõem. As pessoas representadas pela letra “T” – diferentemente da porção “LGB”, que busca estabelecer estratégias para a superação de dificuldades relacionadas à sua *orientação sexual* – enfoca reivindicações em torno da noção de *identidade de gênero* e nos efeitos que o desrespeito a tal categoria produz em seu cotidiano (JESUS & ALVES, 2010). Assim, o termo transfobia parece ser mais adequado para se tratar do universo trans, ao invés do termo homofobia, o qual, se utilizado de forma isolada, pode reiterar as hierarquias presentes na sociedade e no próprio movimento LGBT.

A transfobia – ou seja, o não respeito às identidades de gênero (femininas e/ou masculinas) de travestis e pessoas transexuais – é uma das questões que emerge com mais frequência nos relatos dessas pessoas quando se referem aos atendimentos em saúde. A maioria dos/das profissionais da saúde, a partir de sua visão de mundo, define gênero a partir do dito “sexo biológico”. No entanto, “ao contrário do que se costuma pensar, o que determina a identidade de gênero transexual é a forma como as pessoas se identificam, e não um procedimento cirúrgico” (JESUS, 2012, p. 16), sendo este último o sentido que circula no campo da saúde. Assim, vemos como as concepções essencialistas do sexo induzem à construção de concepções essencializadas de gênero e nesse contexto emerge o que o transfeminismo²³ vem apontando como cissexismo.

Antes de seguir com nossa reflexão, é importante compreendermos o que significam os prefixos “cis” e “trans” que compõem os operadores conceituais com os quais estamos trabalhando neste ponto. “Cis” e “trans” são termos de origem latina e representam, respectivamente, “do mesmo lado” e “em lados opostos/do outro lado”. Na físico-química, os prefixos cis e trans são utilizados para diferenciar compostos que apresentam forma molecular idêntica, porém distribuições espaciais atômicas diferentes. No campo das ciências humanas, os termos cis e trans mantêm a ideia “mesmo lado/lados opostos”, tendo sido apropriados

²³ O transfeminismo ou feminismo transgênero “pode ser compreendido tanto como uma filosofia quanto como uma práxis acerca das identidades transgênero” (JESUS & ALVES, p. 14) e busca empreender uma crítica ao cissexismo, reconhecendo as interseccionalidades, as múltiplas identificações dos sujeitos e a opressão que recai sobre os corpos que não se enquadram nas normas sociais (JESUS & ALVES, 2012).

pelos/as ativistas e acadêmicos/as trans (SERANO, 2013) com objetivo de descrever e marcar as posições que as pessoas ocupam no universo social generificado e sexuado que habitamos.

Utiliza-se o termo “cis” para designar as pessoas que mantêm um alinhamento entre o sexo designado no nascimento e o gênero a ele referenciado. Tal alinhamento garante determinados privilégios das pessoas cis em relação às pessoas trans, já que estas últimas, ao não manterem o alinhamento corpo-gênero, ocupam lugares de menor valor na esfera social. E aí está justamente um dos objetivos de utilizar a marcação cis X trans: evidenciar as desigualdades a que estão submetidas as pessoas trans no mundo cisnormativo em que vivemos.

É importante lembrar que os/as autores/as e ativistas trans utilizam o termo cisgênero para se referir às pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído no nascimento e transgênero para designar aqueles/as que não mantêm tal identificação. No Brasil, como o termo transgênero não é um consenso, acabamos utilizando com mais frequência a categoria transexual ou simplesmente trans (SERANO, 2013; JESUS, 2012). É válido ressaltar ainda que a divisão cis X trans não deve ser entendida como mais um binarismo presente no campo do gênero e da sexualidade – embora possa, em alguns momentos, operar dessa forma. O uso da categoria cis permite marcar os corpos e os sujeitos que não são trans, desnaturalizando a suposta posição de “normalidade” atribuída às pessoas cis. Assim, todos os sujeitos passam a ser marcados, invertendo-se os termos de quem pode marcar quem.

Voltando à discussão dos operadores conceituais, retomamos o conceito de cissexismo que, na visão de Julia Serano (2013), está articulado à noção de transfobia; para ela, a transfobia se expressa em um ambiente cissexista. O cissexismo é uma dentre as várias formas de manifestação do sexismo²⁴. Derivado do sexismo “tradicional”, o cissexismo refere-se a outras formas de experienciar a opressão e evidencia as crenças estereotipadas fundamentadas na noção de que o gênero é um correlato das características biológicas do sexo (JESUS, 2012). Jaqueline Gomes de Jesus e Hailey Alves explicam como o transfeminismo no Brasil vem abordando o cissexismo:

²⁴ De acordo com Daniel Borrillo (2010), sexismo é “a ideologia organizadora das relações entre os sexos” (BORRILLO, 2010, p. 30), sendo que historicamente o sexo masculino vem usufruindo de privilégios em relação ao sexo feminino. A naturalização das diferenças entre os sexos, algo que Thomas Laqueur (2001) mostra ao discutir a transição do modelo do isomorfismo para o dimorfismo sexual, criou a subordinação do universo feminino ao masculino, hierarquizando os corpos de acordo com sua representação genital e as expressões da sexualidade de acordo com sua suposta adequação (ou não) à heterossexualidade. Neste último caso, também podemos falar de heterossexismo, que representa as hierarquias relativas às formas de expressão da sexualidade, sendo a heterossexualidade considerada superior às demais formas (NARDI, 2013).

No que se refere às mulheres transexuais e às travestis, é patente que, em nossa sociedade, elas não recebem o mesmo tratamento dado às mulheres cisgênero, popularmente tidas como mulheres “de verdade”, (...), de modo que as mulheres transexuais e as travestis, além de serem vitimadas pelo machismo, também o são por uma forma de sexismo, de base legal-biologizante, que lhes nega o estatuto da feminilidade ou da “mulheridade” (JESUS & ALVES, 2012, p. 13).

A ordem cissexista invisibiliza e estigmatiza as práticas sociais, políticas e subjetivas das pessoas trans, diminuindo ou impossibilitando o “direito à auto-expressão de gênero” (JESUS & ALVES, 2012, p. 29) dessas pessoas. O cissexismo cria “mecanismos legais e culturais de subordinação das pessoas cisgênero e transgênero ao gênero que lhes foi atribuído ao nascimento” (JESUS & ALVES, 2012, p. 29), de forma que o cissexismo também abarca as vivências de opressão de pessoas “cis”, já que qualquer marca que produza o borramento da ordem binária dos corpos (como uma mulher mastectomizada em função de um câncer) pode ser interpretada como um desvio das normas de gênero e/ou da sexualidade (JESUS & ALVES, 2012).

Outro conceito interessante que vem sendo trabalhado, principalmente por transfeministas, é a cisnormatividade. Em adição à noção de heteronormatividade – que está relacionada à noção de heterossexismo e explícita que a heterossexualidade é tida “como ‘a norma’ a partir da qual se classificam as sexualidades” (NARDI, 2013, p. 20) –, a cisnormatividade se relaciona com o cissexismo e busca evidenciar as imposições colocadas a partir do binarismo masculino/feminino e do necessário alinhamento corpo-gênero (pênis = homem, vagina = mulher). A cisnormatividade opera na construção de narrativas que buscam enquadrar os corpos de forma a serem mantidas as correspondências entre o sexo designado no nascimento e o gênero a ele relacionado, assim como a expressão da feminilidade *ou* da masculinidade, sem espaço para a ambiguidade.

Nos atendimentos prestados nos serviços de saúde, o não reconhecimento das identidades de gênero, ou a consideração de que as identidades de gênero de travestis e/ou pessoas transexuais representam expressões patologizadas e em desacordo com as normas de gênero, fazem com que o campo da saúde reproduza práticas sociais cissexistas e transfóbicas, que despotencializam determinados modos de vida e ratificam o processo de exclusão. Ao agir dessa forma, o/a profissional desconsidera os valores do/a usuário e as formas de aproximação e de abordagem em relação ao/à usuário/a, o tipo de interação estabelecida com este/a, os conteúdos tratados durante o atendimento e a terapêutica escolhida para tratar do

problema apresentado não responderão às necessidades do/a usuário/a em questão, mas à continuidade do padrão cisnormativo presente na sociedade²⁵.

Para finalizar, gostaríamos de ressaltar dois pontos: o primeiro diz respeito à apropriação e utilização dos termos “cis/trans” pelas travestis e pessoas trans no Brasil. As expressões “mulher/homem cis”, “cisgênero”, “cissexismo”, “cisnormatividade”, etc. têm sido usadas no meio acadêmico e nas redes sociais e blogs de (algumas) feministas e transfeministas, não sendo corrente o uso cotidiano de tais termos entre as travestis e mulheres trans que não têm contato próximo com a academia – que são a maioria das pessoas trans no Brasil²⁶. Assim, não podemos ignorar o fato de que esses termos remetem à forma de compreender as hierarquias relativas às identidades/expressões de gênero percebidas por algumas das pessoas trans no Brasil, não sendo adequada a utilização dos mesmos para descrever a forma êmica predominante que define as experiências das travestilidades e das transexualidades. O segundo ponto que gostaríamos de ressaltar é o de que essa discussão é fundamental porque permite lançar luz sobre situações que não conseguem ser visibilizadas a partir dos conceitos de heterossexismo e de heteronormatividade, sendo importante politicamente para que se possam deslocar lugares naturalizados a respeito dos corpos sexuados.

Feitas tais observações, ressaltamos nossa concepção de que, para que o sistema de saúde possa responder às demandas da população “T”, é preciso articular as questões que dizem respeito à população de forma geral aos termos e conceitos que emergem a partir das reivindicações específicas de travestis e transexuais. Por isso, é importante que sejam compreendidas, escutadas e reconhecidas as diferentes demandas desse grupo, que também é heterogêneo e diverso, colocando-se nas mesas de negociação e de pactuação de políticas as questões que impactam diretamente na melhora das condições de vida e de saúde dessas pessoas.

²⁵ O pressuposto, por parte dos/as profissionais da saúde, de que travestis e pessoas transexuais são necessariamente homossexuais é o mesmo que atribui o estereótipo de “gay” a todos os homens que fazem sexo com outros homens (HSH) ou de “lésbica” a todas as mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), o que não é necessariamente uma verdade. A política de HIV/Aids brasileira já conseguiu avançar com relação a isto, considerando que as práticas sexuais não têm relação direta com as formas pelas quais as pessoas se reconhecem e se apresentam.

²⁶ No ENTLAIDS, cujo relato de minha participação será feito no Capítulo 3, a expressão “mulher cis” foi apresentada por uma pesquisadora em uma mesa sobre identidades e o termo ficou reverberando durante todo o evento. “Que diabos é isso?”, perguntavam-se as participantes. “*Cismada?*” As derivações não paravam: “eu sou um homem *cisne*”, dizia uma travesti durante um momento cultural promovido pelos homens trans. Aparentemente poucas conheciam a expressão e muitas pareciam não entender o porquê da utilização de tal termo.

3 UMA PESQUISADORA *CIS* NO UNIVERSO *TRANS*: notas sobre o encontro com o campo

3.1 Aproximação inicial

Meu processo de inserção no campo de pesquisa foi se construindo desde o primeiro dia de trabalho com as travestis e mulheres transexuais na ONG Igualdade, embora isso não estivesse no horizonte ainda naquele momento. Inicialmente, minha entrada na ONG se deu através de um vínculo de trabalho, e, desenvolvendo minhas atividades, surgiu o interesse em explorar as questões que relacionavam o universo trans à política pública de saúde.

A aproximação com o campo se deu aos poucos: cada olhar lançado e cada palavra trocada mostravam que os processos de encontro e de (re)conhecimento eram mútuos. No início, além das muitas dúvidas que eu tinha, percebia que elas também se perguntavam sobre o que eu queria naquele espaço. Quem é essa *amapoa*²⁷? O que ela quer com a gente? O que pode uma mulher *cis* saber de nós? E para que ela quer saber? Como Marcos Benedetti (2005) mostra, “elas também me ‘etnografavam’” (BENEDETTI, 2005, p. 45): observavam a forma como eu me vestia, se as unhas estavam bem feitas, o tamanho do meu salto, o tom do meu cabelo, etc. Perguntavam-me, sempre com discrição, se eu era casada, se tinha ou se desejava ter filhos/as, por que eu escolhera estudar psicologia, o que eu achava do trabalho da ONG etc. Eu notava um estranhamento causado pela minha presença naquele espaço, mas, ao mesmo tempo, percebia que estávamos construindo uma relação de confiança que permitia a desconstrução de alguns pré-conceitos e a abertura para a produção de novos sentidos.

Não era somente o fato de eu ser uma mulher *cis* e heterossexual que produzia incômodos naquele espaço, havendo outros atravessamentos na relação que estávamos estabelecendo. Como eu coordenava um grupo de estagiários/as do curso de Psicologia, pairava uma questão crucial no ar, que remetia inclusive à impossibilidade de dar seguimento ao trabalho iniciado: vocês estão aqui para nos fazer de “cobaias” [*sic*] de projetos universitários?

²⁷ *Amapoa* é o mesmo que mulher *cis*, só que no *bate-bate*, *bajubá* ou *pajubá*, linguagem com origem na língua ioruba-nagô que é muito utilizada entre travestis e mulheres transexuais, inclusive como forma de se expressar sem que as pessoas ao redor entendam o que está sendo dito.

Era explícita a preocupação com o fato de que o grupo da ONG havia sido submetido inúmeras vezes, por diferentes universidades (públicas e privadas) e grupos de pesquisa, a protocolos e procedimentos de coletas de dados que não haviam deixado “nada em troca” [*sic*]. Creio que essa tenha sido a desconstrução mais difícil, e talvez não tenha se processado por completo²⁸: mostrar que não estávamos ali com um olhar meramente curioso, e sim com uma proposta de construção coletiva que levasse em conta o que era problema para *elas*.

3.2 A pesquisadora entra em campo

A inserção no campo da pesquisa foi facilitada pela experiência prévia de trabalho na ONG Igualdade-RS. Como pesquisadora, e não mais como supervisora de estágio, voltei a frequentar os grupos quinzenais que ocorrem nas dependências da ONG nas quartas-feiras à tarde. Os grupos tratam de temas diversos (saúde, DSTs, HIV/Aids, educação, segurança pública, acesso a bens e serviços, etc.) e de forma geral problematizam a relação entre travestis e transexuais e o campo das políticas públicas. Durante o período em que participei dos grupos, temas diversos relacionados à saúde foram tratados: discriminação e preconceito por parte dos/as trabalhadores/as e instituições, não reconhecimento do nome social, desconhecimento e descaso com as especificidades de pessoas trans nos serviços de saúde, dentre outros.

Além da participação nos grupos, acompanhei as atividades de um projeto desenvolvido pela ONG Igualdade-RS no Presídio Central de Porto Alegre (PCPA) com as travestis²⁹ em situação de privação de liberdade. O projeto contemplava a realização de oficinas quinzenais de geração de renda e promoção de cidadania com as travestis e seus companheiros presos na galeria “3º do H”³⁰.

²⁸ Ao longo do trabalho de campo, percebi que essa questão estava presente em diferentes espaços de discussão do movimento social e esta se configurou como uma importante ferramenta de análise da minha implicação com o campo.

²⁹ Refiro-me aqui somente às travestis porque no período em que acompanhei o projeto, nenhuma mulher transexual esteve cumprindo pena no PCPA e não havia relato por parte da ONG de mulheres trans que estivessem nessa situação.

³⁰ O Presídio Central de Porto Alegre é considerado um dos piores da América Latina e é internacionalmente conhecido por não garantir a integridade e os direitos das pessoas que cumprem pena no local. Após receber graves denúncias de violações de direitos de travestis no âmbito do sistema prisional, a ONG Igualdade-RS criou um projeto destinado a acompanhar a situação das travestis presas no PCPA (local em que se concentrava a maior parte da população carcerária travesti no Estado do Rio Grande do Sul). A primeira ação realizada foi a

Embora a saúde das travestis no sistema prisional não seja o foco dessa pesquisa, é importante assinalar que as visitas realizadas ao PCPA evidenciaram a dificuldade de efetivação da intersetorialidade entre as políticas públicas de saúde e segurança³¹, uma vez que as travestis presas (e não só elas, mas de forma geral todos os presos) não conseguiam acessar o serviço de saúde ofertado no presídio. As travestis nos relatavam que solicitavam aos “brigadianos”³² o atendimento de seus problemas de saúde (que não eram poucos nem simples de serem resolvidos). No entanto, os pedidos de atendimento raramente chegavam até a equipe de saúde do estabelecimento prisional. Por isso, uma das primeiras ações realizadas pela ONG Igualdade-RS foi a criação de uma rotina de comunicação entre a ala das travestis e a equipe de saúde, que, mesmo de forma precária, passou a atender os casos mais graves (como câncer, tuberculose e Aids) das travestis e de seus companheiros presos.

A dinâmica presente na atenção à saúde das travestis presas não pareceu ser muito diferente da situação vivenciada na rua, com o agravante de que, naquele contexto, além da discriminação e preconceito associados à identidade de gênero e orientação sexual, estavam presentes o estigma associado à criminalidade e os preconceitos de raça, classe social e escolaridade³³. A vivência nesse espaço mostrou que a gestão de uma política intersetorial, como a saúde prisional, necessariamente precisa articular diferentes marcadores sociais, incorporando a discussão das interseccionalidades em sua formulação e execução³⁴.

criação de uma “ala especial” para travestis e seus companheiros, que fica localizada no terceiro andar do prédio H (conhecida como “3º do H”). A cerimônia de inauguração, na qual estive presente, reuniu representantes institucionais do alto escalão do governo e entidades de defesa dos direitos humanos de atuação regional, nacional e internacional, e foi muito noticiada na época (a inauguração ocorreu no dia 23 de abril de 2012). Com a criação da galeria, o PCPA recebeu o título de “segundo presídio brasileiro” a criar uma ala específica para travestis e transexuais. Após a criação desse espaço, a ONG passou a desenvolver, de forma voluntária, oficinas quinzenais com as travestis, momento em que eram trabalhadas questões de cidadania e de direitos. No entanto, apesar de toda a mobilização e de toda a mídia que envolveu a criação da ala específica, o dia-a-dia das travestis e de seus companheiros presos não deixou de ser marcado por violências institucionais de diversas ordens.

³¹ A Política de Saúde Prisional no Estado do Rio Grande do Sul é uma articulação entre a Secretaria Estadual da Saúde e a Secretaria Estadual de Segurança Pública e suas prioridades são o controle e/ou a redução dos agravos mais frequentes no sistema prisional (como tuberculose, HIV/Aids), a atenção ao uso do crack, álcool e/ou outras drogas e o cuidado das gestantes/mães/bebês (no caso dos presídios femininos).

³² No Estado do Rio Grande do Sul, a polícia militar é denominada Brigada Militar (BM) e o/a policial militar é o/a brigadiano/a. O PCPA, diferentemente dos demais presídios do Estado, é administrado pela BM, e não pela SUSEPE (Superintendência de Serviços Penitenciários), que é o órgão do Estado responsável pela administração dos presídios. Por isso, no PCPA, a interação dos/as detentos/as se dá diretamente com os/as brigadianos/as, e não com os/as agentes penitenciários/as.

³³ Como essas constatações são bastante iniciais, é interessante que sejam desenvolvidos estudos que tratem de forma mais aprofundada sobre este tema.

³⁴ Sobre a experiência da criação da ala de travestis no PCPA, ver a dissertação de Guilherme Gomes Ferreira (2014) intitulada “Travestis e prisões: a experiência social e a materialidade do sexo e do gênero sob o lusco-fusco do cárcere”.

Além das visitas ao presídio, outra frente de trabalho empreendida durante o campo da pesquisa foi a atuação no projeto “Direito à Identidade: Viva seu Nome!”, organizado pelo G8-Generalizando, grupo vinculado ao Serviço de Assistência e Assessoria Jurídica Universitária (SAJU) da UFRGS que atua na defesa dos direitos sexuais e de gênero. O projeto vem sendo desenvolvido desde janeiro de 2012 em parceria com a ONG Igualdade-RS e com o Centro de Referência em Direitos Humanos, Relações de Gênero e Sexualidade (CRDH)/NUPSEX/UFRGS³⁵, e a partir deste já foram ajuizadas mais de 35 ações de retificação de registro civil de travestis e transexuais no Rio Grande do Sul, sendo em torno de 15 as pessoas que já tiveram seus nomes reconhecidos e alterados pelo Estado.

No modelo de trabalho que formatamos para o desenvolvimento deste projeto, os pareceres psicológicos elaborados pelos/as profissionais da Psicologia são anexados ao processo judicial e ajudam a compor a peça jurídica. Após longos debates e uma consulta realizada junto ao Conselho Regional de Psicologia do RS, optamos, enquanto equipe da psicologia que compunha o projeto, por utilizar o modelo de Parecer Psicológico (CFP, 2003). Tal escolha se deveu ao fato de que nesse tipo de documento se realiza uma manifestação técnica a respeito da situação que o sujeito apresenta sem a necessidade de atribuir diagnósticos e/ou prognósticos. No caso do projeto em questão, redigíamos os pareceres psicológicos sem utilizar um discurso patologizante para justificar a indicação da retificação do nome de registro civil, argumentando a necessidade da troca do nome a partir do direito à autonomia dos sujeitos.

No período em que acompanhei o projeto, realizei cinco pareceres psicológicos e entrevistei individualmente duas mulheres transexuais que entraram com processo para retificação do registro civil. Nos encontros que estabelecíamos com as assistidas³⁶ para a redação dos pareceres, a questão que mais aparecia era a violência institucional vivenciada nos diferentes espaços sociais com relação ao uso do nome social. Muitas estavam no limite e não toleravam mais o fato de ter de justificar e explicar (quase que diariamente) sua identidade perante órgãos públicos, serviços privados e na relação com pessoas distantes de seu convívio social.

³⁵ O CRDH é um projeto de extensão vinculado ao Núcleo de Pesquisa em Relações de Gênero e Sexualidade (NUPSEX) da UFRGS e tem por objetivo proporcionar acolhimento e orientação à população LGBT vítima de discriminação e preconceito relacionados à identidade de gênero e orientação sexual. O CRDH realiza também formação e assessoria para profissionais das políticas públicas de educação, saúde, segurança pública e assistência social, assim como projetos de formação para escolas de ensino fundamental e médio.

³⁶ Forma que o G-8/SAJU utiliza para chamar as pessoas atendidas na Assistência Jurídica oferecida na universidade.

Uma das assistidas, uma mulher transexual que tinha uma aparência bastante feminina – o que a fazia passar por uma “mulher de verdade”, ou, como têm dito os/as acadêmicos/as e ativistas trans, alguém que vivencia os privilégios da “passabilidade cis” – relatou que causava surpresa nos/as atendentes, recepcionistas e prestadores/as de serviço de forma geral quando apresentava sua carteira de identidade, pois lá constava um nome masculino e a pessoa que a apresentava era uma mulher. Inúmeras vezes ela precisou explicar que aquela era a sua identidade, que aquele não era um documento roubado ou que ela não estava querendo se fazer passar por outra pessoa: ela sofria constrangimentos porque sua aparência feminina não era condizente com o nome pelo qual o Estado a reconhecia.

Nas conversas realizadas com as assistidas, também eram frequentes os relatos dos constrangimentos que atingiam as pessoas que as acompanhavam nos espaços públicos: seus amigos/as, familiares, companheiros/as, namorados/as também ficavam expostos/as nas situações em que o nome de registro precisava entrar em cena. Guilherme Almeida e Daniela Murta (2013) tratam dessa questão em artigo em que abordam a despatologização da transexualidade:

É importante frisar que as famílias frequentemente representam não apenas um espaço de trocas emocionais, mas um espaço de cuidados recíprocos e de auxílio mútuo também do ponto de vista econômico. (...) Eles(as) também são afetados(as) pelas marcas do cotidiano de pessoas transexuais e podem sofrer discriminações em função da sua proximidade. Fazer compras com um cartão de crédito no mercado, emitir um passaporte, fazer o *check-in* de uma passagem aérea ou terrestre, pagar um ingresso de cinema ou teatro com carteira de estudante, adquirir um imóvel ou um automóvel, reclamar um direito como consumidor ou trabalhador, ir a uma academia de ginástica ou ao dentista, ser sepultado, deixar (ou herdar) um bem ou uma pensão são exemplos de atividades cotidianas para muitas pessoas, mas que se revestem de extrema complexidade para as pessoas transexuais e seus familiares, sobretudo por envolverem documentos (ALMEIDA & MURTA, 2013, p. 394).

Outro fato importante de ressaltar é que, sem exceção, todas as pessoas com as quais tive contato para a redação dos pareceres relataram pelo menos uma cena de constrangimento em estabelecimentos de saúde (públicos e privados) em função de suas aparências e/ou de seus nomes, sendo que a maioria das situações relatadas havia ocorrido em serviços públicos, uma vez que a maioria das assistidas não possuíam planos de saúde e eram usuárias exclusivamente do SUS.

Somando-se às intervenções no projeto “Direito à Identidade”, outra fonte de elementos que constituiu o *corpus* da pesquisa foram eventos, seminários, congressos,

reuniões, etc., em que as temáticas das travestilidade e das transexualidades eram pauta, não só com relação à saúde, mas que tratavam das questões cotidianas da população em questão – tais como os encontros promovidos pela rede da justiça e direitos humanos (que levaram à instituição do Comitê Estadual de Enfrentamento a Homofobia no RS) e o Seminário Internacional Fazendo Gênero 10, cujos debates sobre transfeminismo, tecnologias de gênero (LIMA & LIONÇO, 2013) e transformações corporais apresentaram importantes subsídios para nossas reflexões.

Nesse quesito, um dos espaços mais ricos dos quais participei e no qual pude estabelecer muitas trocas com a militância travesti e trans do Brasil foi o XX ENTLAIDS, que ocorreu entre os dias 25 e 30 de setembro de 2013 na cidade de Curitiba, no Paraná. O ENTLAIDS (Encontro Nacional de Travestis e Transexuais que Atuam na Luta contra a Aids) é um evento anual financiado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde que tem por objetivo proporcionar debates em torno de temáticas relativas à saúde e aos direitos da população de travestis e transexuais do Brasil. O XX ENTLAIDS teve como tema “Da formação à prevenção: estratégias para o fortalecimento do exercício da cidadania da população trans brasileira” e as principais discussões dessa edição giraram em torno de temas como: formação da militância para atuação no campo das políticas públicas, Processo Transexualizador no SUS, identidade, transformações corporais, vulnerabilidades com relação às DST/HIV/Aids/hepatites virais e segurança pública.

Além da qualidade dos debates promovidos no encontro e da possibilidade de trocas com travestis e pessoas trans de diferentes regiões do Brasil, com diferentes trajetórias de vida, inclusive a convivência mais direta com homens transexuais, a participação no XX ENTLAIDS foi fundamental para produzir um ponto de inflexão na pesquisa: a problematização que eu estava propondo não dizia respeito às travestilidades e/ou às transexualidades, mas às relações que o sistema de saúde estabelece com essas pessoas. Esse foco já estava estabelecido desde a escrita do projeto, no entanto a experiência no XX ENTLAIDS reacendeu de forma aguda as dúvidas iniciais que me levaram ao campo³⁷.

Por fim, o trabalho de campo também incluiu a participação nas reuniões mensais do Comitê Técnico da Política de Saúde LGBT do Rio Grande do Sul³⁸. Os encontros vêm

³⁷ A reflexão sobre as implicações da pesquisadora com o campo, que dão seguimento a este parágrafo, será retomada no próximo item deste capítulo.

³⁸ Tais Comitês vêm sendo instituídos a partir da criação do Comitê Técnico Nacional de Saúde Integral LGBT, sendo este o sexto Comitê brasileiro. Os estados da Paraíba, Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Goiás e Paraná já haviam criado seus Comitês Técnicos antes do RS.

ocorrendo desde meados do ano de 2013, estando em pauta a formulação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde LGBT no estado, processo que vem sendo conduzido pela Coordenação Estadual da referida política, que integra a equipe do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria Estadual da Saúde (SES) do RS.

Tenho participado desse processo desde o primeiro encontro, ocorrido em 20 de maio de 2013, e represento o Centro de Referência em Direitos Humanos, Relações de Gênero e Sexualidade/NUPSEX/UFRGS. As discussões têm sido realizadas com a participação de trabalhadores/as das diferentes políticas de saúde que integram o DAS (Atenção Básica, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde da População Negra, DST/Aids), de outros departamentos da SES (Vigilância em Saúde, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Assistência Farmacêutica e Escola de Saúde Pública), além do movimento social LGBT do RS³⁹. Observa-se que, na medida do possível, as demandas apresentadas pelos diferentes grupos que compõem o Comitê têm sido levadas em conta. Algumas reivindicações, no entanto, têm enfrentado maiores dificuldades em serem acolhidas, principalmente aquelas que dizem respeito às mulheres e homens transexuais e às travestis, conforme exploraremos no Capítulo 6.

3.3 Compartilhando relatos e histórias

As pessoas com as quais interagi ao longo da pesquisa e que concordaram em compartilhar suas trajetórias de vida, incluindo conversas em torno do acesso e da utilização de serviços de saúde no SUS, foram travestis e mulheres transexuais, a maioria delas moradoras do estado do Rio Grande do Sul, embora tenha tido a oportunidade de conviver e entrevistar algumas lideranças do movimento nacional de travestis e transexuais do Brasil. Ao final do processo de constituição do *corpus* da pesquisa, também tive a oportunidade de conviver com alguns homens trans (principalmente em seminários e eventos que reuniram pesquisadores e militantes), porém estes representaram um número pequeno diante das tantas travestis e mulheres trans com as quais convivi.

³⁹ As entidades e representações do Comitê Técnico de Saúde da População LGBT no RS foram formalmente instituídas no final de 2013, com a publicação da Portaria Estadual 592/2013.

As entrevistas, em número de oito, foram realizadas com travestis e mulheres transexuais. Os preceitos éticos e as diretrizes e normas de pesquisa definidos pelo Conselho Nacional de Saúde foram respeitados e todas as pessoas entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram informadas dos procedimentos éticos e metodológicos que envolveram a realização da investigação⁴⁰. As entrevistadas foram selecionadas a partir de três frentes de trabalho: indicações realizadas pelas trabalhadoras da ONG Igualdade-RS; indicações realizadas a partir do trabalho desenvolvido junto ao projeto “Direito à identidade: viva seu nome” e pessoas com as quais convivi no campo e se disponibilizaram a compartilhar suas experiências.

As entrevistas possuíam um roteiro pré-estabelecido, porém as participantes falavam livremente sobre suas trajetórias de vida e de acesso aos serviços de saúde. Não estávamos, com as entrevistas, buscando a linearidade dos fatos narrados, e sim escutar os percursos percorridos pelos sujeitos em seus encontros/desencontros com o campo da saúde.

É importante ressaltar que a maior parte das pessoas entrevistadas estava ligada, de forma mais ou menos ativa, ao movimento social. Assim, os relatos de muitas estão atravessados por questões políticas e institucionais associados à militância. Provavelmente existem outras formas de experienciar as travestilidades e transexualidades entre sujeitos que não pertençam a grupos politizados ou que não frequentam espaços do movimento social.

As pessoas que compartilharam suas trajetórias de vida apresentavam idades bastante variadas, tendo entrevistado desde jovens adultas até pessoas idosas. A maior parte delas residia sozinha e em grandes centros urbanos. Algumas moravam com outras amigas, uma delas era casada e residia com o marido e uma morava com a família em uma cidade de porte médio do interior do RS. Com relação à escolaridade, a maioria possuía, no máximo, Ensino Médio completo, sendo que havia uma estudante de um curso técnico, uma que havia concluído duas graduações e uma que estava cursando mestrado em sua área de atuação. No que tange à ocupação, duas pessoas eram profissionais do sexo, havendo, dentre as demais, três pessoas aposentadas, duas funcionárias públicas e uma pessoa sem atividades profissionais no momento da realização da entrevista. No quesito religiosidade, a maior parte das informantes relatou ser praticante da religião afro-brasileira, sendo duas agnósticas e uma atea.

⁴⁰ O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo sido por ele aprovado.

A análise dos relatos consistiu em descrever e analisar as categorias mais recorrentes, avaliando o conteúdo e o contexto em que apareceram, assim como aspectos particulares que pudessem apontar para as especificidades das trajetórias de travestis e transexuais no seu encontro com o SUS. Ressaltamos que foram utilizados, para a realização das análises aqui empreendidas, não apenas os materiais oriundos das entrevistas, mas também aqueles obtidos através das observações cotidianas e do processo de interação com o campo. Nesse sentido, o diário de campo se configurou como uma ferramenta metodológica importante, pois nele eram anotadas as impressões, percepções e reflexões suscitadas pelo campo, servindo também como fonte dos elementos que constituíram o *corpus* da pesquisa.

Os relatos foram organizados a partir de três categorias, que sinalizam aquilo que apareceu de forma mais frequente ao longo do processo da pesquisa: preconceito e discriminação (englobando os relatos que se referem ao SUS, mas não somente a esse) com relação às identidades de gênero, sexualidade e outros marcadores sociais da diferença; reconhecimento das identidades de gênero e o uso do nome social no SUS, incluindo relatos que apontam tanto as potencialidades quanto os limites de tal estratégia adotada pelo campo da saúde; e as tecnologias do cuidado, abarcando as relações entre as travestilidades e as transexualidades com os diferentes níveis de atenção à saúde (atenção hospitalar, ambulatorial e atenção básica), bem como relatos que remetiam à importância da formação dos/as trabalhadores/as da saúde.

3.4 Questões éticas e a implicação com o campo

Como tratado no item 3.3, os debates do XX ENTLAIDS – somados aos tensionamentos provocados pelo transfeminismo no Fazendo Gênero 10 – reatualizaram as dúvidas iniciais que levaram à realização desta investigação: por que mesmo eu estava fazendo esta pesquisa? Para que(m) interessava esse conhecimento?

Provavelmente essas afetações foram provocadas pelo reencontro com uma questão que havia sido colocada desde as primeiras idas à ONG Igualdade-RS, ainda como supervisora de estágio: quem tem legitimidade para falar sobre as experiências trans?

O alerta sobre essa questão foi feito por militantes e pesquisadores/as em diferentes espaços. Já nos primeiros dias do ENTLAIDS, por exemplo, discutiu-se que a academia,

embora parceira em muitos momentos, também usava o grupo “T” como “ratos de laboratório” [*sic*] para suas pesquisas. “Se a gente for relatar o que viveu, tem material para uns dez grupos de pesquisa nos analisar” (trecho de diário de campo), afirmou uma militante em determinado momento. Na mesma situação, outra militante disse:

A diferença, doutora [referindo-se a uma pesquisadora cis que abordou o tema do transfeminismo na mesa que debateu a construção de identidades e as transformações corporais], é que rato de laboratório não fala! (Trecho de diário de campo).

Essas declarações geram tensionamentos na relação do universo trans com a academia e, concomitantemente, abrem a possibilidade de produção de novos sentidos e novas configurações no jogo de forças que envolve a produção do conhecimento. A zona de tensão explicitada a partir dessas falas mostra que o estabelecimento de relações éticas no desenvolvimento das pesquisas demanda visibilidade não só dos fenômenos que os/as pesquisadores/as percebem como importantes, mas também àquilo que representa as necessidades reais e concretas da população “T”. Mais do que isto, o movimento trans⁴¹ tem reivindicado que deixem de “ser apenas ouvintes ou objetos de estudo” (CARTA ABERTA TRANSFEMINISMO FAZENDO GÊNERO, 2013), passando a ter seus saberes valorizados e espaço de autoria no processo de construção do conhecimento.

Considerar tais reivindicações na realização do processo de investigação levou a uma reafirmação ética e política com relação ao campo: não pretendia “conhecer” as travestilidades e as transexualidades ou falar sobre/por elas, e sim mapear como a política pública de saúde se materializava (ou não) em seus cotidianos. “É por isso que estou aqui: o dia-a-dia trans nos mostra os limites do SUS” (trecho de diário de campo).

Nesse momento, a face “militante do SUS” que compunha minha trajetória profissional foi reavivada, pois a pesquisa surgiu como uma das possíveis respostas frente à constatação de que o sistema de saúde no Brasil não respondia de forma satisfatória às demandas da população “T”. Foi importante que isso aparecesse, pois questionar o SUS, de dentro, também não se configurou como uma operação simples: por vários meses fiquei “brigada” com o sistema, não acreditando no seu alcance nem em seu potencial de transformação. E aí não parecia fazer sentido uma pesquisa que apontasse as dificuldades do sistema, uma vez que este não seria capaz de absorver as transformações que os conceitos contemporâneos de gênero e sexualidade demandavam.

⁴¹ Não só militantes e/ou pesquisadores/as trans fazem essa reivindicação, há também militantes e pesquisadores/as cis que trabalham a partir dessa perspectiva.

Considerando a importância da construção de um saber situado a partir da realidade do campo, bem como os múltiplos atravessamentos e pertencas institucionais envolvidos no processo dessa pesquisa, a análise de implicação tornou-se uma ferramenta útil para auxiliar na compreensão dos processos que ali estavam atuando. A análise de implicação é um instrumento que permite colocar em evidência o jogo de interesses e de poder encontrado nos campos de investigação, sendo importante que o/a pesquisador/a reconheça suas referências institucionais, o lugar que ocupa nas relações sociais e, ainda, que pondere sobre os efeitos que as relações que estabelece com os sujeitos no campo produzem sobre o processo do pesquisar (PAULON, 2005).

A participação no XX ENTLAIDS foi crucial para evidenciar a defasagem e os limites daquilo que eu, como pesquisadora cis, poderia perceber ao discutir o universo trans. Nesse contexto, eu era a diversidade sexual: muitas vezes tive de esclarecer que eu não era uma mulher trans com “passabilidade cis”, mas uma “amapoa” que estava ali como pesquisadora interessada na temática da saúde “T”. A expressão daquilo que eu representava – uma mulher cis, heterossexual, feminina, branca, psicóloga, profissional da saúde, que já havia trabalhado na ONG Igualdade-RS, estudante de pós-graduação, moradora do sul do país – atribuía a mim determinado lugar que impactava nas relações que eu estabelecia no/com o campo.

As diferentes pertencas institucionais e marcadores sociais ora possibilitavam, ora dificultavam o processo. O fato de eu ter participado do projeto “Direito à Identidade”, por exemplo, facilitava a minha aproximação com dirigentes de ONGs e com pessoas interessadas em saber como havíamos desenvolvido o projeto. Já o fato de eu ser uma mulher cis atrapalhava a participação em determinados espaços, principalmente em debates coletivos da militância, já que nesses momentos pareciam ter direito à voz somente as pessoas trans – e, por vezes, somente algumas delas. No entanto, mesmo que em certos espaços alguns impasses estivessem colocados – muitos dos quais dizem respeito às formas de operar do movimento travesti e transexual no Brasil, que possui um viés identitário acentuado, além, é claro, das questões da autonomia e protagonismo trans – na maior parte das vezes pude circular e estabelecer trocas muito ricas com os sujeitos com os quais convivi no campo.

É preciso lembrar, no entanto, que mesmo um olhar que reconheça seus limites e que pretenda ser situado, parcial e provisório (HARAWAY, 1995), sem intenções universalizantes ou de afirmação de verdades, sempre corre o risco de (re)produzir determinados discursos, objetivando os sujeitos e as relações por eles estabelecidas. Ao lançarmos luz sobre determinado fenômeno, estamos dando vida a ele, pois o que surge, ao pesquisar, não é algo

“natural”, mas sim uma produção que resulta das diferentes relações e atravessamentos que se dão no campo. Foi na tensão entre mapear os processos relacionados à saúde de travestis e pessoas transexuais no SUS, sem recortar os sujeitos de seus contextos, reificando categorias identitárias restritivas, que se buscou conduzir esta pesquisa, buscando abrir espaço para a emergência de novos sentidos e possibilidades de afirmação da vida.

4 O COTIDIANO DE DISCRIMINAÇÕES E PRECONCEITOS COMO FATOR DE VULNERABILIDADE PARA O ACESSO NO SUS

As desigualdades sociais fazem mal à saúde (PARKER, 2013; BASTOS & FAERSTEIN, 2013; MONTEIRO & VILLELA, 2013; BARATA, 2009). No Brasil, as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde estão relacionadas a diversos determinantes, como classe social, raça/cor, renda, ciclo de vida, gênero, orientação sexual, região/local de moradia, dentre outros. Quando falamos em acesso desigual aos serviços de saúde, estamos tratando do conteúdo político e das conotações de injustiça social e de desrespeito aos direitos humanos contidos nessa desigualdade, fatos que põem em evidência as características sociais que colocam alguns grupos em situação de desvantagem, inclusive com relação às oportunidades de serem e de se manterem saudáveis. As concepções legais e morais e as práticas institucionais têm efeitos concretos nas vidas dos sujeitos e, como a saúde é também um produto social, torna-se evidente que algumas formas de organização de sociedade podem ser consideradas mais saudáveis que outras (BARATA, 2009).

Para José Ricardo Ayres, “identificar, compreender e debater estigma e discriminação” (2013, p. 10) significa empreender uma crítica das instituições políticas e sociais contemporâneas⁴². No caso do Brasil, esse empreendimento deve envolver necessariamente os/as atores/atrizes do SUS, uma vez que as aspirações emancipatórias da Reforma Sanitária podem estar ameaçadas no contexto político-cultural brasileiro, que (re)produz tantas exclusões e hierarquias. João Luiz Bastos e Eduardo Faerstein (2012), ao tratarem das relações entre discriminação e saúde, afirmam que a discriminação constitui uma questão relevante para os/as profissionais, gestores/as e acadêmicos/as da área da saúde, embora não costume ser tomada como um problema para estes/as. Os autores apontam que muitos estudos

⁴² Os termos “discriminação” e “preconceito” serão utilizados neste texto conforme definido por João Luiz Bastos e Eduardo Faerstein (2013). O primeiro diz respeito a um conjunto de comportamentos observáveis que incluem ações que resultam em prejuízo ou desvantagem para determinado grupo social, favorecendo injustamente o grupo do perpetrador. Dito de outra forma, discriminação é um tratamento injusto motivado por características identitárias ou pertencimento a grupos específicos. Já o preconceito é considerado uma atitude que condensa crenças e sentimentos sobre determinado indivíduo ou grupo social, predispondo as pessoas a se comportarem positiva ou negativamente em relação a indivíduos ou grupos determinados. Assim, enquanto a discriminação remete a uma *ação* injusta, o preconceito se refere a uma *ideia* preconcebida sobre algo ou alguém; em comum, está o fato de que ambos ajudam a manter as relações hierárquicas entre as diferentes categorias sociais.

internacionais (sendo os Estados Unidos um expoente nesse campo), principalmente nas áreas das ciências sociais e humanas, documentam a influência deletéria dos processos discriminatórios na relação estabelecida entre profissionais da saúde e pacientes e que os temas mais explorados na relação saúde-discriminação tradicionalmente têm sido o racismo, os estigmas associados aos transtornos mentais e os preconceitos direcionados à orientação sexual não heterossexual.

Simone Monteiro e Wilza Villela (2013) afirmam que no Brasil são poucos os estudos que tratam das consequências do estigma e da discriminação nos agravos à saúde. Além disso, apontam que a tradição sanitária brasileira historicamente privilegiou os fatores socioeconômicos nas análises das implicações das hierarquias sociais sobre as iniquidades em saúde, deixando outros marcadores sociais, como gênero, sexualidade e raça em segundo plano. No entanto, como as próprias autoras reconhecem, o movimento negro tem conseguido levar a discussão do quesito raça/cor para o âmbito das políticas públicas, bem como o movimento feminista tem conseguido incidir fortemente sobre a formulação das políticas de saúde. Com relação à sexualidade, apontam o surgimento da epidemia da Aids como disparador das discussões em torno dessa temática no campo da saúde (FACCHINI, 2009), sendo central a participação do movimento social LGBT para a efetivação dessa operação.

É na esteira desses processos que se insere a problematização proposta no presente capítulo, no qual trabalharemos os efeitos da articulação entre a identidade de gênero e a sexualidade no acesso (ou não) ao sistema de saúde. Ressaltamos que, à medida que outros marcadores sociais da diferença forem se evidenciando, pontuaremos sua presença, uma vez que a combinação de diferentes marcadores sociais, para além do gênero e da sexualidade, podem produzir experiências que deixam as pessoas ainda mais distantes do acesso e da utilização de bens e serviços.

4.1 “O que mata hoje em dia não é a doença, é a discriminação!”

A frase do subtítulo acima foi dita por uma militante do movimento nacional de travestis durante o XX ENTLAIDS e mostra que os processos de discriminação, preconceito e estigma com relação à orientação sexual e identidade de gênero podem atingir de forma contundente a população travesti e transexual. Nas falas da militância, percebemos que há

uma forte preocupação com relação ao preconceito no âmbito da saúde. “Tem muito preconceito”, diz uma Conselheira de Saúde de uma capital da Região Sudeste do Brasil durante o XX ENTLAIDS. “Eles me olham como bicho... Eu digo: eu não sou bicho, eu sou bicha” (Trecho de diário de campo).

Os relatos compartilhados ao longo da pesquisa mostraram que as dificuldades encontradas por travestis e pessoas transexuais para se relacionar com as diferentes esferas sociais são muito frequentes. O período da infância e início da adolescência costuma ser pontuado por muitas situações de incompreensão por parte da família e o desejo de habitar o mundo feminino (ou masculino) é, muitas vezes, interpretado como uma manifestação de desvio a ser corrigido, sendo a família um dos primeiros espaços em que a dificuldade de aceitação da expressão do gênero se manifesta.

Não pode, isso não é coisa de menino, isso é pecado, isso é errado, você vai ser castigada, você... Entendeu? Ah, você não vai isso, você não vai mais sair... Então começa em casa essas violências psicológicas e eu passei por isso, (Bianca)

Em função disso, muitas pessoas deixam suas casas e/ou suas cidades ainda muito cedo, como comenta Janaína:

Olha, a minha família... Eu nunca tive acesso à minha família, sabe, porque... Aquela coisa assim. Quando eu comecei a me trocar, sabe, a minha identidade de masculina pra feminina, entendeu, quer dizer que ficaria uma coisa muito chocante pra minha família, sabe. Principalmente pra minha mãe. Então o que eu fiz? Eu resolvi sair da minha cidade (...) e eu fui adquirir a minha nova identidade como eu gostaria de ser em outro lugar (Janaína).

É nesse período, quando as transformações mais visíveis começam a ser realizadas e a experimentação se expande para além dos limites do espaço privado, aparecendo na escola, no trabalho, no grupo de amigos/as e na família de maneira mais ampliada, que as situações de rechaço e discriminação com relação à sexualidade e à identidade de gênero começam a se intensificar. Assim, além de enfrentar situações como essas na família, começa a surgir a dificuldade de circulação por outros espaços. O relato de uma travesti sobre a tentativa de entrar na agência de um banco exemplifica esta questão:

Foi um constrangimento muito horrível. Fui barrada duas vezes, eu nunca mais entrei lá. Até porque não quero me constranger mais, tenho até medo de chegar na porta. O homem me olhou [referia-se ao segurança do banco], quando eu cheguei ele começou a rir e começaram a debochar, todo mundo... E não me deixaram entrar, simplesmente fiquei na porta (Trecho de diário de campo).

Situações como a relatada acima fazem com que as pessoas busquem estratégias para evitar que os constrangimentos se repitam, e uma delas é deixar de circular pelos locais em

que se sabe que tais cenas costumam ocorrer. Outra estratégia, semelhante à primeira, é circular por esses espaços de forma discreta, sem chamar atenção para si. Nesse ponto, cabe resgatar uma discussão que ocorreu durante o XX ENTLAIDS, durante a qual parte da militância afirmava que, para que uma travesti ou uma mulher transexual conseguisse ser respeitada e pudesse circular pelos espaços institucionais – como uma reunião com um/a gestor/a público/a ou com um/a representante do poder judiciário – deveriam ser observadas algumas regras de comportamento: manter uma postura adequada ao ambiente, transmitir calma e falar utilizando um português correto. Além disso, tratou-se da importância da aparência: nada de usar batom vermelho, o ideal seriam maquiagens em tom pastel. Com relação à vestimenta, indicou-se a utilização de vestidos longos, talvez *tailleurs* ou terninhos, evitando que aparecessem muito as pernas, os seios ou o sutiã.

Esse é um discurso que reverbera nas formas de relação das travestis e transexuais com o espaço social. Como colocaram algumas das entrevistadas:

Sei me por no lugar. Então, você tá me vendo hoje assim... Quando eu vou pra balada é uma roupa mais sexy e tal, mas é balada. Hoje a gente tá aqui no congresso, então não precisa tá se expondo, tem que se dar o respeito (Viviane).

Então quando eu me vestia de mulher, eu tinha de ser mulher: educada, sem espalhafato, então era toda uma coisa que não combina com mulher, se bem que a gente sabe que existem mulheres que gostam de barraco, mas tu não vai tentar te modelar com um tipo assim, tu vai tentar te modelar uma coisa diferente, que não constranja, já existe uma situação, tu não é o que a sociedade espera, aí tu causa mais constrangimento, mais situações assim, desse modo. Então tu tem de sempre te modificar quieto, te mantém (Karen).

Independentemente de tais estratégias, as cenas de constrangimento são constantes. Nesse sentido, é importante apontar que foram muito frequentes também os relatos de discriminação e de violências vividos no ambiente escolar, como vemos nos dois exemplos abaixo:

Como foi na escola? Foi bem difícil, foi bem constrangedor, bem traumático pra mim, porque eu passava por abuso. Porque um professor, por exemplo, achava que por eu ser transexual... É... Eu era uma pobre coitada, eu era louca por sexo, então ele dava em cima de mim. E... Os colegas não entendiam a transexualidade, então eles achavam que eu era um hermafrodita, era uma mulher que tem um pinto (...). Mas com colegas também já sofri abuso (...). Tinha uns colegas que eram repetentes que eles achavam que, por eu ser assim, eu era uma pobre coitada também e tentavam passar a mão em mim e fazer brincadeirinha sabe de... Principalmente aquelas brincadeiras bem de homem machista, sabe? De ficar passando a mão, de ficar alisando o cabelo, de ficar chamando de putinha, principalmente (Viviane).

A escola foi difícil. A escola eu acho que foi a fase mais difícil. Porque tinha muito *bullying*, muita violência física. Eu apanhava muito na escola. (...) me chamavam de puto, viado, boiola e tudo (...). O terceiro ano do Ensino Médio foi muito difícil,

muito difícil (...) passei por situações de agressão verbal, psicológica... E fui eu e mais três colegas negras, três mulheres negras que passavam por essa situação. Eles deixavam desenhos, bilhetes, tipo assim, "eu vou comer esse viado até ele só pedir mulher", textos que deixavam na nossa classe... Mas eu fui, porque eu pensava assim: eu quero fazer um concurso público, então eu tenho que ter diploma de Ensino Médio. Era só o que eu pensava, o meu foco era esse: eu vou fazer concurso público, eu preciso do certificado de Ensino Médio, era só isso. Claro, sofri, sofremos preconceito, tenho lá em casa essas coisas que eu guardei, que eu arqueei desses desenhos, desenhavam pênis e eu chupando esses pênis, fizeram horror, de várias coisas anônimas assim, né (Bianca).

As dificuldades e barreiras para travestis e pessoas transexuais frequentarem o ambiente escolar vêm sendo problematizadas há algum tempo por pesquisadores/as e militantes "T", que apontam que a discriminação e o preconceito vividos nesse espaço afastam muitas dessas pessoas dos locais institucionais de educação (ALMEIDA & MURTA, 2013; BENTO, 2011; PERES & TOLEDO, 2011; PERES, 2009; SEFFNER, 2009). A baixa escolaridade e/ou a não conclusão dos estudos é frequente entre esse grupo, principalmente entre as travestis, que costumam ter a escolaridade mais baixa do grupo "T", provavelmente em virtude de "suas estéticas mais arrojadas e explícitas" (PERES & TOLEDO, 2011, p. 267), que desestabilizam com mais intensidade as regras sociais.

Nos dois relatos trazidos acima, percebemos claramente que os constrangimentos e as violências física e psicológica direcionadas aos corpos e às sexualidades que, aos olhos dos/as colegas e professores/as, parecem não se enquadrar na norma cisheterossexual, são muito intensas. No segundo relato, vemos ainda que o preconceito com relação à sexualidade, além de atingir a aluna transexual, também se direcionava às jovens negras da turma, que, como é comentado mais adiante na conversa, eram consideradas as "vagabundas" [*sic*] do colégio. Aqui vemos como os marcadores sociais de gênero, sexualidade e raça se articulam na produção de experiências de discriminação ainda mais intensas.

No campo do trabalho também encontramos cenas de cissexismo e transfobia, que emergem principalmente quando o corpo e/ou a identidade de gênero parecem não condizer com aquilo que é esperado pela sociedade.

Quando eu me assumi, eu trabalhava num salão de beleza, e no começo a dona foi muito legal comigo. Eu expliquei o que estava acontecendo comigo e ela disse que tudo bem, que eu podia continuar, só pediu que fosse aos poucos, para as clientes se acostumarem. Só que quando eu comecei a tomar hormônio, a transformação foi muito rápida. Daí ela me disse: "olha tu vai me desculpar, tu sabes que não é preconceito meu, mas as clientes estão constrangidas. Tu estás de costas e elas te veem como menina, quando tu viras de frente elas veem que é um menino, então a gente está com um problema" (Trecho de diário de campo).

O estranhamento com relação aos corpos e identidades de gênero é relatado com muita frequência e a ambiguidade que muitos desses corpos apresentam parece provocar uma dissonância cognitiva (ELSTER, 1983) entre aquilo que *se espera ver* e o que *se vê* no encontro com as travestilidades e as transexualidades. Segundo frequentemente afirmado pelas pessoas com as quais convivi ao longo do trabalho de campo, a identidade de gênero de uma travesti ou de uma pessoa transexual dificilmente pode ser “escondida” – diferentemente do que ocorre com relação à orientação sexual no caso de pessoas homo ou bissexuais⁴³. Estas, em muitos casos, podem optar por manter “em segredo” a orientação de seu desejo ou decidir em quais círculos sociais o assunto será tratado de forma pública.

O “dispositivo do armário” (SEDGWICK, 2007, p. 19), mesmo que seja um dispositivo de regulação da vida de todos/as, independentemente de orientação sexual, não é um recurso que pode ser acionado pela maioria das travestis ou pessoas transexuais. Conforme assinalou uma travesti no XX ENTLAIDS: “a nossa militância é desde que a gente acorda! É 24 horas por dia! A gente não pode se esconder, a gente tem que mostrar o que a gente é!” (Trecho de diário de campo). Assim, os processos de transformação corporal que muitas vezes sustentam a construção da identidade de gênero podem gerar manifestações de transfobia e cissexismo – como vimos nos relatos acima – pois é difícil fugir daquilo que as expressões do gênero e a aparência do corpo evidenciam.

Os modos de acolhimento (ou não acolhimento) nos diferentes ambientes sociais podem levar ao distanciamento dos espaços institucionais de forma geral. Martha Helena Souza *et al* (2013), ao tratarem dos itinerários de travestis pelos circuitos cotidianos mostram que:

O início da tomada de hormônios femininos, a utilização de silicone, o cuidado com o crescimento dos cabelos e a retirada dos pelos vai transformando o corpo das travestis e ao mesmo tempo limitando ou não os trajetos por elas percorridos. Há espaços nos quais podem exibir todo seu glamour (boates, bares, desfiles de carnaval) bem como ambientes nos quais é necessário transitar discretamente ou mesmo evitar. (...). No sentido de esquivarem-se de dificuldades nos seus percursos é comum as travestis, além de abandonarem o convívio familiar, evitarem o trânsito nos espaços públicos durante o dia: a rua, a farmácia, o mercado, a padaria e, muitas vezes, os serviços de saúde institucionalizados (SOUZA *et al*, 2013, p. 4).

Como mostram Souza *et al* (2013), os serviços de saúde não ficam imunes aos processos de discriminação. Ao agir de forma preconceituosa e/ou discriminatória, o sistema de saúde informa – de forma explícita ou implícita – quando o/a usuário/a é ou não é bem-

⁴³ A não ser nos casos em que a “passabilidade cis” garante alguns privilégios para quem dela usufrui.

vindo/a, não sendo este/a último/a quem define se vai acessar ou não o sistema: é o/a profissional que decide quando, onde e de que forma se dará o atendimento. Sylvia Amorim *et al* (2013) mostram, em estudo realizado com travestis em uma cidade do interior de São Paulo, que as usuárias procuravam o serviço de saúde somente no período noturno, pois acreditavam que nesse horário seriam menos percebidas pela população, aumentando as possibilidades de receberem atendimento. Em outras situações, como apontam Magnor Muller e Daniela Knauth (2008), a discriminação pode ser tão fortemente percebida que só se procura ajuda quando já não há alternativa possível, o que contribui para o agravamento dos processos de adoecimento e pode levar até mesmo à morte. Este último foi o caso de uma travesti que conheci na ONG Igualdade: ela se negava a buscar tratamento para a Aids, como tantas outras vezes já o fizera, porque sabia que precisaria ser internada em um hospital e acabaria colocada na ala masculina. Em virtude da não adesão ao tratamento, ela acabou falecendo em casa, sem estar utilizando nenhum recurso do sistema de saúde.

Richard Parker (2013), ao tratar dos efeitos do preconceito e da discriminação sobre a saúde, traz à tona a noção de violência estrutural, que representa o modo como as estruturas sociais restringem as possibilidades dos sujeitos/coletivos em satisfazerem suas necessidades humanas fundamentais (sendo a saúde uma delas), colocando-os em situação de maior vulnerabilidade. No caso da travesti que morreu sem acompanhamento médico, percebemos como os processos que sustentam as violências estruturais – que tendem a reproduzir as hierarquias econômicas e sociais – agem. Uma vez que os recursos médicos e farmacológicos para tratar de uma doença como a Aids estão disponíveis para “todos/as”, como se explica que alguém, nos dias de hoje, ainda morra devido a essa doença?

As experiências discriminatórias têm sido apontadas como produtoras de pelo menos três formas de impacto sobre a condição de saúde das pessoas (BASTOS & FAERSTEIN, 2013). A primeira seria a diminuição na sensação de bem-estar dos sujeitos sobre os quais incide a discriminação, podendo ocasionar o surgimento de sintomas de ansiedade e/ou sintomas depressivos⁴⁴. O segundo impacto estaria ligado aos efeitos “psicofisiológicos” (BASTOS & FAERSTEIN, 2013, p. 29) que a experiência da discriminação provoca, tais como a produção crônica de hormônios relacionados ao estresse, o aumento da frequência cardíaca e a elevação da tensão arterial. Por fim, as sucessivas situações de discriminação podem fazer com que o/a paciente não se implique na adoção de comportamentos

⁴⁴ Para aprofundar a questão da saúde mental na população travesti, ver o artigo “Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à Aids”, de Larissa Pelúcio (2011).

considerados “saudáveis”, deixando de se engajar em processos de produção de saúde ou abandonando os tratamentos propostos.

É claro que essas três dimensões não são suficientes para explicar os processos de exclusão social e marginalização associados à discriminação, bem como não explicam, por si só, as situações em que alguém deixa de cuidar de sua saúde ou abandona um tratamento. Contudo, tais dimensões são úteis para se considerar os impactos subjetivos da discriminação e podem auxiliar na compreensão das situações em que (teoricamente) o cuidado está disponível para todos/as, mas nas quais o/a usuário/a não o utiliza.

Existe um discurso de culpabilização individual muito presente no campo da saúde, discurso que atribui ao sujeito o fracasso pela degradação de sua condição de saúde. Isso é identificado também entre os/as usuários/as do sistema, uma vez que todos/as estamos submetidos/as a essa lógica. Janaína, uma transexual que realiza ações de prevenção de DST/HIV junto a travestis e mulheres transexuais que se prostituem conta que:

A gente já perdeu várias meninas por questão do abandono do tratamento, né. Ontem, por exemplo, a gente soube que uma menina veio a óbito em questão do abandono do tratamento, aonde ela tinha sorologia positiva, né. E outras meninas... Não é só questão do HIV. É questão de hepatite, tuberculose... Então o pessoal não tão se cuidando. O pessoal não procura um serviço de saúde... Pra pedir uma informação, sabe, tudo... E eu acho que às vezes é falta de interesse propriamente das pessoas (Janaína).

Será que a não adesão ao tratamento é simplesmente uma irresponsabilidade ou falta de autocuidado? Inúmeras vezes ouvi no campo: “travesti prefere morrer linda e jovem do que velha e feia, por isso não se cuida!”. Será que a resposta é tão simples? Parece que não.

Os processos discriminatórios presentes nos atendimentos de saúde de travestis e pessoas transexuais afastam tanto os/as usuários/as do serviço de saúde quanto os/as profissionais da responsabilidade que têm sobre o cuidado com relação a essas pessoas. No caso da travesti que faleceu sem estar vinculada a nenhum serviço de saúde, seria fácil dizer: “ela preferiu morrer assim” ou “ela não estava bem da cabeça mesmo”⁴⁵. No entanto, se considerarmos somente a dimensão da usuária, responsabilizando-a individualmente pelo fracasso de seu tratamento, estamos desconsiderando as evidentes hierarquias de poder colocadas nessa situação. Por que aquela travesti não quis retomar seu tratamento? É por que estava deprimida? Talvez. Mas não só: ela não queria ser internada em uma unidade masculina, pois isso para ela representava o não reconhecimento de sua identidade de gênero.

⁴⁵ Essa é uma justificativa comum entre as travestis para explicar os rotineiros abandonos de tratamento de saúde.

Provavelmente para o hospital isso era uma questão “menor”, afinal de contas ela estava morrendo. Para ela, no entanto, isso era crucial para a realização de um tratamento a contento. Sobre essa questão, Janaína conta uma situação que vivenciou enquanto militante da ONG em que atua:

Teve uma menina baixada, uma menina que frequentava a ONG e veio a óbito, a falecida Carla. Ela tava baixada na época no [cita o nome do hospital]. Ela já tinha feito a cirurgia de readequação, né, já tinha feito o procedimento cirúrgico na época, e ela veio a ser internada na questão de hepatites. Como eu faço esse trabalho também da militância dentro da ONG, a visita aos hospitais aos travestis e aos homossexuais, é onde eu fui no hospital, sabe... Quando eu cheguei lá, eu me deparei com a Carla numa ala masculina. E ela já tinha feito a cirurgia, só que ainda não tinha trocado o nome civil, né, o nome de identidade, o nome de registro pra feminino. Então ela foi colocada numa ala masculina (...). Aí tá, aí fui fazer a visita e vi aquilo e eu falei, eu chamei a enfermeira chefe e conversei com ela. E falei: “Como ela, a minha colega, tá baixada aqui na ala masculina?” Aí ela “Ah, mas ela é o fulano de tal... Ela ainda é” né, e especificou o nome dela, o nome civil da época, o masculino. Eu digo: “Não, mas ela é uma pessoa que ela já fez a cirurgia, senhora”. E ela disse “Tá, mas qual é a diferença que vai fazer se a pessoa tá mal mesmo?”. Como se dissesse assim: “Ah, se ela vai morrer, qual é o problema de tá baixada numa ala masculina? Qual é a diferença que vai fazer?”, foi o que ela quis passar pra mim. Aí o que que eu fiz? Eu fui e liguei pra P. [coordenadora da ONG]. A P. obviamente logo entrou em contato com o Ministério Público, sabe, aonde na mesma hora entraram em contato com o hospital e disseram pra tirar ela da ala masculina (Janaína).

De acordo com Roseni Pinheiro (2006), são os/as profissionais de saúde que controlam os recursos do acesso aos estabelecimentos de saúde e, por isso, é evidente a condição de desigualdade dos/as usuários/as frente a estes/as. “A desigualdade será tanto maior quanto a insuficiência de informações e mecanismos esclarecedores capazes de prepará-los (usuários) para o exercício do direito à saúde, como um exercício de cidadania” (PINHEIRO, 2006, p. 105-106). O jogo desigual de forças presente nas situações relatadas acima é uma possível resposta para a pergunta deixada em aberto. Face ao poder biomédico, que controla os recursos terapêuticos e detém a prerrogativa de decidir as prioridades de quem, quando, onde e sob quais condições se ingressa no serviço de saúde, a vida de uma travesti que nega a internação em um hospital em virtude de sua identidade de gênero é facilmente descartável. Esta não é uma vida “igual” às outras, mas uma vida discriminável, violável e passível de ser desconsiderada.

Na cena relatada por Janaína, vemos que entra em cena um terceiro elemento que compõe o jogo de forças presentes na situação: o Ministério Público. Este, ao ser acionado pela coordenadora da ONG, constrange o poder biomédico e determina que o hospital respeite a condição daquela usuária. O que esse caso nos mostra é que, mesmo quando conseguem

acessar um serviço de saúde, as travestis e pessoas transexuais seguem sujeitas a violações de diferentes ordens.

Ainda sobre essa questão, vale lembrar o relato de uma das pessoas entrevistadas, que contou que na época em que trabalhava em um grande hospital de Porto Alegre – o qual atende pacientes pelo Sistema Único de Saúde, mas também através do sistema privado e de convênios –, vivenciou um episódio que quase a levou a pedir demissão de seu emprego. Ela trabalhava como instrumentadora cirúrgica nesse hospital e, em um dia normal de trabalho, foi chamada para ajudar a resolver uma situação: uma travesti havia sofrido um acidente de moto e estava na emergência aguardando leito para internação, pois precisaria realizar uma cirurgia em função da gravidade do quadro. Como a equipe técnica do hospital sabia da disponibilidade da entrevistada em atender homossexuais, travestis e transexuais, ela foi chamada⁴⁶.

Ao chegar à emergência, percebeu que o quadro era realmente preocupante e que a cirurgia deveria ocorrer o mais brevemente possível, para evitar complicações futuras. Sob o olhar atento dessa trabalhadora, o hospital tomou os procedimentos necessários para a realização da cirurgia, e ela se candidatou a ser instrumentadora naquele procedimento. No dia seguinte, com tudo pronto para o início do procedimento – paciente na maca, equipe na sala, familiares a postos – o anestesista entrou na sala e começa a conversar com a paciente. Em alguns minutos, ele percebeu que se tratava de uma travesti, e não de um homem (o boletim de entrada no hospital havia sido feito com seu nome de registro). Ao perceber que a anestesia seria feita em uma travesti, o médico recuou e disse que não iria participar daquela cirurgia. A equipe tentou convencê-lo: “veja só, está tudo pronto, estamos preparados para o procedimento, não temos outro anestesista que possa realizar esta tarefa agora...” [sic]. Tudo em vão: o anestesista recusou-se a trabalhar com aquele corpo, para ele tão diferente, dizendo que nunca tinha feito aquilo em sua vida e que não seria naquele dia que iria fazer. Retirou-se da sala e, de fato, não anestesiou a paciente.

A consequência deste ato foi que a cirurgia acabou não acontecendo. No dia seguinte, a instrumentadora foi interpelada pela mãe da paciente e precisou explicar a ela que haviam ocorrido “alguns imprevistos” [sic] no bloco e que assim que tudo fosse resolvido seria

⁴⁶ Essa é uma estratégia utilizada tanto pelos serviços de saúde quanto pelas/os próprias/os usuárias/os: quando há um trabalhador/a gay, lésbica, travesti ou transexual na equipe, geralmente ele/a é acionado/a para acolher, escutar e encaminhar a situação, sendo uma medida que traz conforto para a equipe e para o/a usuário/a. É, além disso, uma estratégia acionada pela liderança dos movimentos para ter acesso a uma situação tão privada quanto é um atendimento de saúde.

agendada nova data para o procedimento, o que levou dois dias para ocorrer. A trabalhadora chegou a pensar em fazer uma denúncia ao diretor do hospital na época, porém refletiu e achou melhor não levar o caso adiante, sob pena de perder seu emprego. Ao finalizar o relato dessa história, ela me pergunta: “qual palavra tu acha que valeria mais: a de um médico anestesista ou a de uma técnica de enfermagem transformista?” [sic]. Bem como disse a militante no XX ENTLAIDS: “O que mata hoje em dia não é a doença, é a discriminação!”.

4.2 Mínimos gestos, muitos efeitos

A expressão do preconceito e da discriminação pode estar presente em pequenos gestos ou comportamentos realizados pelos/as profissionais das equipes de saúde, que muitas vezes nem percebem que estão sendo desrespeitosos/as, tamanha é a invisibilidade da transfobia e do cissexismo nesses contextos. Fernanda Benvenutty, militante do movimento nacional de travestis e transexuais e trabalhadora da saúde, costuma falar sobre uma síndrome que parece acometer os/as trabalhadores/as da saúde quando avistam uma travesti ou uma pessoa transexual entrando em um estabelecimento de saúde: é o que ela chama de “síndrome do cotovelo”. Esta compreende uma série de movimentos realizados com o braço – o “acotovelar-se” – que os/as trabalhadores de saúde, quando acompanhados/as de seus/suas colegas, apresentam quando uma travesti ou pessoa trans chega a um serviço de saúde. O “acotovelar-se” é um movimento utilizado para sinalizar ao/à colega que tem algo ou alguém diferente entrando em cena.

Além da “síndrome do cotovelo”, tão bem descrita por Fernanda Benvenutty, outros comportamentos não verbais, como a troca de olhares entre os/as profissionais, o fato de deixar a porta aberta durante um atendimento ou de não tocar o corpo da travesti ou da pessoa transexual, são percebidos pelos/as usuários/as como formas de expressão do desrespeito ao qual estão submetidos/as nos serviços de saúde. Independentemente da forma como apareçam – seja através de negativas expressas de atendimento, seja pela “sutil” troca de olhares na recepção da unidade de saúde – tais expressões do preconceito e da discriminação apresentam importantes efeitos sobre as condições de saúde de travestis e pessoas transexuais e não podem ser negligenciadas.

4.3 A banalização do preconceito e o lugar da abjeção: efeitos sobre a relação com o SUS

Os relatos de discriminação nos serviços de saúde poderiam ser ainda mais frequentes se travestis e pessoas transexuais reconhecessem as situações que vivem como discriminatórias. Uma travesti que frequentava os grupos de discussão da ONG Igualdade, ao ser questionada pelo grupo se já havia passado por alguma situação de discriminação ao longo de sua vida, disse: “eu não vejo muito preconceito comigo. A gente tem que fingir que não ouve. A gente nasceu diferente, tem que aceitar isso (Trecho de diário de campo).

Embora traga aqui o relato de uma usuária da ONG, ele condensa a percepção de muitos/as com relação à possibilidade (ou impossibilidade) de circular pelos espaços coletivos e de usufruir de bens e de direitos. Na convivência estabelecida durante a pesquisa, percebi que muitas/os militantes apontam a dificuldade de algumas pessoas que compõem o universo trans em se reconhecer como cidadãos/ãs e como sujeitos de direitos, considerando suas vidas como não “dignas” e não merecedoras da atenção governamental. Como afirmou uma militante do movimento nacional de travestis e transexuais: “para exigir que o direito seja garantido, aquele sujeito precisa se reconhecer como cidadão, e esse não é o caso de muitas meninas que a gente conhece” (trecho de diário de campo).

A “internalização de estereótipos” (BASTOS & FAERSTEIN, 2012, p. 66) traz consequências importantes para os indivíduos e para os grupos estigmatizados. Na ocorrência desses processos, os sujeitos que vivem o preconceito ou a discriminação podem interpretar os tratamentos injustos aos quais são submetidos como “situações naturais ou normais” (BASTOS & FAERSTEIN, 2012, p. 66), logo não necessariamente discriminatórias. Para William Peres e Livia Toledo,

Nem sempre a travesti, o/a transexual e o/a transgênero têm a oportunidade de serem preparados(as) para confrontar os processos de normatização e reivindicar seus direitos. Muitas vezes, perdendo a crença em si mesmos(as) (...) passam a acreditar que só podem viver como corpos abjetos, pré-sujeitos, sem direitos de ir e vir e circular pelo mundo como qualquer outra pessoa de direito (PERES & TOLEDO, 2011, p. 266).

A noção de abjeção apresentada pelos autores acima é trabalhada por Judith Butler (2010) e pode nos auxiliar a compreender uma ideia que circula no âmbito das relações sociais de que existem pessoas cujos corpos são desprovidos de humanidade, degradados, excluídos e para os quais os direitos podem ser mais facilmente negados. A partir da abjeção,

Butler (2010) explicita como as pessoas que fogem aos ideais normativos – tais como travestis e transexuais – são relegadas ao status de abjetos, diferenciando-as das pessoas cujos corpos importam e que possuem materialidade e legitimidade social.

Para Butler (2010), o abjeto situa-se no terreno da diferença e representa aquilo que é menos humano ou humanamente inconcebível. Na hierarquia de sujeitos, o abjeto é aquele que permite a legitimidade dos corpos que importam. Nesse sentido, Guacira Lopes Louro (2010) aponta que as instituições e os indivíduos que se nutrem das hierarquias do humano precisam desse outro diferente, dessa identidade subjugada, para se afirmar e se definir, já que sua existência se constrói na medida em que se rejeita a existência do outro⁴⁷.

Nesse contexto, um dos fatos que chamou minha atenção durante o trabalho de campo foi perceber que a maioria das pessoas com as quais convivi, mesmo os/as representantes do movimento social organizado, desconhecia os espaços de controle social do SUS – que tanto se configuram como locais que acolhem denúncias de maus atendimentos quanto respondem pela formulação de estratégias das diferentes políticas de saúde. Talvez o baixo autorreconhecimento das pessoas trans como pessoas que detêm direitos de cidadania, somada à baixa legitimidade social atribuída a essas formas de existência, sejam motivos que fazem com que os espaços de controle social do SUS sejam pouco acionados pelo movimento travesti e trans na busca da garantia do direito à saúde⁴⁸, o que vai de encontro com a aposta que a saúde coletiva tem feito – que é a de considerar que, além dos/as trabalhadores/as, também os/as usuários/as são atores/atrizes importantes na constituição de um sistema universal, equânime e integral. “A mudança radical do modo de produzir saúde (...) será um processo construído por sujeitos-desejantes-revolucionários, e o desafio é tornar os trabalhadores e usuários portadores desse sentido nas suas vidas” (FRANCO & MERHY, 2005, p. 11).

⁴⁷ É importante lembrar que a noção de abjeção não se restringe às questões que articulam gênero e sexualidade, mas relaciona-se a todos os tipos de corpos cujas vidas não são consideradas vidas e cuja materialidade não é tida como importante, trazendo a dimensão da abjeção a todos os sujeitos que não coincidem com as diversas normas e regras sociais. Assim, travestis e/ou pessoas transexuais não são o único grupo a sofrer preconceito e ser discriminado em função de sua aparência ou daquilo que representam, sendo que outros marcadores sociais, como classe social, raça/cor, renda, ciclo de vida também operam desigualdades no acesso e na utilização do sistema de saúde, incidindo sobre outros grupos populacionais além deste que estamos tratando aqui.

⁴⁸ Tatiana Lionço (2012), ao analisar os entraves para a constituição da Política de Saúde LGBT no Brasil, apontou que a baixa articulação do movimento social LGBT no plano do controle social do SUS foi ocasionada por fatores como a dificuldade de encontrar pontos de convergência entre os diferentes grupos que compõem o movimento e as constantes disputas pelos espaços de representação. Apoiados em Silvia Ramos (2010), também podemos atribuir a distância do movimento LGBT dos espaços de controle social do SUS e das discussões da formulação de ações integrais de saúde para essa população em virtude da prioridade dada pelo movimento ao tema da violência e da criminalização da homofobia, pautas direcionadas ao setor da segurança pública.

Assim, para que o SUS se efetive, aposta-se na construção de sujeitos políticos que, ao se reconhecerem como cidadãos, têm a capacidade de reivindicar direitos. Como fazer com que essas existências que ocupam o lugar da abjeção e sobre as quais recaem tantas injustiças sociais consigam dialogar com um sistema que pressupõe sujeitos-cidadãos?

Sem pretender oferecer uma resposta a essa pergunta, mas considerando os movimentos que têm se processado no campo, é importante lembrar que, como uma das ações previstas para a implantação da Política Nacional de Saúde LGBT, em 2013 o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) do Ministério da Saúde lançou um curso para a formação de lideranças dos movimentos sociais LGBT na perspectiva da cidadania e dos direitos humanos⁴⁹. Embora de forma isolada essa iniciativa não dê conta da complexidade que se apresenta a partir da questão colocada acima, acreditamos que o fomento da participação de travestis e pessoas transexuais no controle social no SUS é fundamental para que o sistema de saúde se aproprie das dinâmicas sociais e subjetivas que constituem tais trajetórias de vida.

4.4 A vida como trabalhadora da saúde: algumas questões

Outro elemento importante que emergiu no campo remete à dimensão do preconceito e da discriminação no ambiente de trabalho, e aqui enfocamos os relatos que tratam do trabalho de duas mulheres transexuais no setor saúde. Uma delas é agente comunitária de saúde em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a outra é trabalhadora da rede de saúde mental de um município no interior do RS. Ambas contam que, embora tenham conseguido o reconhecimento do nome social em suas equipes de trabalho (com algumas exceções, como veremos adiante), quando se trata do âmbito da gestão e da formalização do vínculo trabalhista, é preciso utilizar o nome de registro.

Meu vínculo no [cita o nome de seu local de trabalho] está também com meu nome de registro. Mas o que que houve? Como eu já tenho amigos, conhecidos, né, e todo mundo está vivendo, nós estamos vivendo a era do politicamente correto, né, o que aconteceu? Eu ganhei um crachá com nome feminino. Na verdade, o coordenador me deu dois crachás (...), eu tenho um com meu nome de batismo e ele disse: “Esse aqui tu usa nas tuas visitas, pra tu não te constranger”. Então assim, eu tive acolhimento (Bianca).

⁴⁹ Curso de Formação de Ativistas/Lideranças LGBT para o Controle Social no Sistema Único de Saúde.

A secretária foi a primeira. Claro, não me questionou, mas me perguntou como que eu queria ser chamada, né. Daí eu disse que eu queria ser chamada de [cita seu nome social] e nunca mais ela me chamou pelo meu nome em lugar nenhum. Quando eu fui fazer o meu CBO [Cadastro Brasileiro de Ocupações], a secretária, que é do administrativo lá, me chamou: “assim, preciso que tu me dê teus dados todos”. Aí eu disse assim: “coloco meu nome civil ou meu nome social?”. Aí ela disse assim, “não, aqui tu vai ter que colocar teu nome civil porque é uma coisa que vai pro SUS, é burocrático né, vai pra Previdência e depois serve pra criar número no SUS. Então tem que ser o nome civil”. Daí eu coloquei, eu disse: “não, não tem problema”. Mas sempre me chamaram por Aline em todos os lugares (Aline).

Mesmo com o aval da gestão para utilizar o nome social no cotidiano de trabalho, Bianca enfrentou dificuldades com relação a alguns colegas da equipe: “Ele estava me expondo ao ridículo, o coordenador da equipe” [*sic*]. Nesse trecho, ela se refere ao fato de que o responsável pela equipe não respeitava o seu nome social, chamando-a pelo seu nome de registro masculino. Outro colega de trabalho também a chamava pelo nome masculino e, depois de ter solicitado a ele inúmeras vezes que gostaria de ser tratada pelo nome social, ela conta que:

Aí sentei, conversei com ele, ele é muito sarcástico, brincadeiras muito, como é que eu vou te dizer? É... Sarcásticas mesmo (...). Então eu fui me incomodando, né, e ele também me tratava no masculino, aí resolvi, né (...). Aí ele pegou, me chamou pra conversar, o que eu achei ótimo, ele me chamou pra conversar. A gente ficou durante trinta minutos conversando e eu dizendo: “Olha, Pedro, assim, o problema não está em mim, eu sei o que eu sou e eu tô bem-resolvida, o problema está em ti, não sei o quê”. E ele: “ah, tu tá querendo dizer que eu tenho que me tratar?”. “Não, que tu tem que te tratar, não, mas que tem algum problema contigo, tem, porque tu me trata no masculino”. Ficamos 30 minutos conversando, eu falei, respeitei a fala dele, fiquei 30 minutos... Depois que passou os 30 minutos ele me trata no masculino no final da conversa, aí resolvi largar de mão (Bianca).

Em outra situação, ela conta que surgiu a oportunidade de realização de uma capacitação para a equipe de sua ESF. Porém, ela não estava presente no dia da reunião em que o curso foi anunciado pelo coordenador, e ela acabou sendo a “única pessoa” [*sic*] que não foi inscrita. Mais adiante, quando surgiu outra possibilidade de realização de uma capacitação, ela se candidatou e foi aceita. No entanto, novamente ocorreu uma situação de discriminação:

Aí eu me inscrevi no [cita o nome do local de formação] pra fazer essa capacitação, disse que queria, porque metade da equipe fez agora e metade vai fazer em 2014. (...) Qual é a minha surpresa que... Eu já tinha feito minha inscrição, e o enfermeiro Carlos faz a minha inscrição e me inscreve com meu nome masculino? (Bianca).

Percebe-se que a abertura de espaços, mesmo quando ocorre, segue reafirmando o quão indesejada é a presença de determinadas pessoas em alguns ambientes. O preconceito e a

discriminação, por vezes, parecem exercer uma função “pedagógica”, isto é, buscam ensinar quais são as “regras do jogo”. De acordo com Jo Phelan *et al* (2013), a função do preconceito “talvez seja a de obrigar aquele que é diferente a conformar-se (...), ou, então, esclarecer, para outros membros do grupo, as fronteiras entre comportamentos e identidades aceitáveis, bem como as consequências da não conformidade (PHELAN, LINK & DOVIDIO, 2013, p. 194). Em qualquer dos casos, segundo os autores, o objetivo segue sendo a manutenção ou a promoção da conformidade com as normas.

As reiteradas situações de preconceito e discriminação levaram a agente comunitária a refletir sobre seu lugar na equipe de saúde.

Eu percebi que quando eu trabalhava em *call center*, eu trabalhava com o meu cliente e não tinha que socializar com os meus colegas de trabalho, porque *call center* é aquela coisa, era telefone o tempo todo (Bianca).

O trabalho em uma equipe de saúde, diferentemente de um ambiente de *call center*, exige interações corporais e afetivas constantes com os/as colegas, com os/as usuários/as e, com isso, a todo tempo a identidade de gênero e a expressão da sexualidade são colocadas em questão. É interessante ressaltar que a agente comunitária sinaliza que o preconceito e a discriminação estão mais presentes na relação estabelecida com os/as colegas de equipe do que com os/as usuários. Sobre sua inserção na equipe da ESF, ela conta que:

Quando eu comecei a trabalhar lá, por causa da minha transexualidade, a enfermeira me disse: “Ah, a Dra. Isabel é uma senhora de idade, tenta ter mais paciência”. Ela me preveniu com a Dra. Isabel. E aí, claro, é melhor a pessoa te prevenir, a pessoa te expor uma situação, e tu já vai com mais delicadeza, né, e eu tento entender né, de repente a pessoa nunca conviveu, nunca trabalhou, nunca, né... E realmente tu vê a maioria se prostituindo, as coisas mais negativas possíveis... Claro, ela me olhava com desconfiança, tudo, e aí a gente foi construindo a nossa relação, porque ela é a médica referência da minha equipe (Bianca).

Mais adiante, ela fala da percepção de uma colega enfermeira com relação a sua condição, mostrando que, para os/as usuários/as, o fato de ela ser uma mulher transexual não parece ser tão problemática quanto seus/suas colegas pensam.

A enfermeira Silene me disse: “É, tu já está acostumada com esse tipo de situação de preconceito, deve te acontecer, ocorrer isso no dia-a-dia, com os pacientes”... Eu disse: “Não, nenhum paciente teve”... Claro, eu acho que há um impacto para os pacientes, alguns até falam no masculino e eu corrijo, mas eu acho que o paciente está tão desesperado por questões de saúde que eles não estão nem aí se é travesti, se é transexual, se é uma árvore, eles querem é ser socorridos, ser ouvidos (...). Até hoje, desse um ano e pouco que eu trabalho como agente comunitário de saúde, só tive uma situação de parte de uma paciente, que hoje é uma das pacientes que eu tenho mais vínculo (Bianca).

O fato da relação com os/as colegas ser mais difícil do que com os/as usuários também foi comentada por Aline. Com relação ao primeiro dia de trabalho no CAPS ad⁵⁰, ela contou que:

Daí na hora que ela [a coordenadora do CAPS] vai me apresentar assim pra os colegas de serviço, eu já via assim nos olhares do pessoal, assim, sabe aquela coisa? Aquele funcionário que já trabalha há muito tempo, sabe? Principalmente do técnico da enfermagem, a técnica veio e me disse assim ó: “tu não dá entrada pra eles, porque eles gostam muito de dar em cima da gente”. Então automaticamente quando ela veio me falar... Claro, ela veio me falar de um discurso de, de... De postura profissional. Eu sabia que postura profissional que eu ia ter ali, né, mas automaticamente como ela pensou e me viu entrar e viu que eu era uma travesti, ela automaticamente deve ter pensado assim que eu tava muito mais propícia ao sexo que qualquer outro profissional que tava lá dentro (Aline).

Ideias pré-concebidas de que travestis e mulheres transexuais são mais propensas ao sexo costumam ser muito comuns e a associação direta com a sexualidade faz com que este seja um dos primeiros temas a surgir na relação estabelecida com pessoas de fora de seu convívio diário. As especulações sobre a sexualidade de uma travesti ou de uma pessoa transexual são corriqueiras, e no ambiente da saúde isso não é diferente – seja ele/a um/a usuário/a do serviço, seja um/a trabalhador/a do mesmo. Tais situações apontam que, ao se transgredir as normas de gênero, automaticamente se considera que haverá transgressão das normas relativas à sexualidade – o que evidencia a força com que a coerência entre sexo, gênero e desejo (BUTLER, 2003) atua.

Primeiro, as mulheres tinham... Elas como servidoras e como colegas, elas tinham até mais abertura no diálogo de vim me questionar. “Tá, tu é operada ou não operada? Tu sai com meninos que são gays ou com meninas que são gays? Tu é casada? Solteira? Tu não quer se operar?” Porque a primeira coisa quando tu diz que não é operada elas perguntam: “Não quer se operar?” Aí tem um outro discurso de tu dizer que tu não quer se operar, de tu justificar que não quer se operar, né, e que é um mundo privado a questão sexual... Mas quando as pessoas querem saber da tua parte social elas querem saber da tua vida privada também. Aí, elas... Tu tem que se justificar, por isso ou por aquilo e daí elas começam (...). Comigo, elas conversam coisas mais íntimas do sexo. Eu não sei se elas conversam comigo nessa questão mais sexual genérica pra tentar desvendar se eu sou passiva ou se eu sou ativa, entendeu? Porque na realidade todas as estratégias elas têm uma motivação, né. (...) Elas tentam, nesse jogo da brincadeira, da discussão, elas tentam desvendar coisas mais íntimas da minha vida privada, entendeu? Então, elas discutem bastante isso quando tão no cafezinho, as brincadeiras, sempre falam isso e aquilo e sempre surge a questão do sexo (Aline).

A curiosidade e o desconhecimento dos/as profissionais da saúde com relação às práticas afetivas e sexuais de travestis e pessoas transexuais, assim como suas formas de

⁵⁰ Os Centros de Atenção Psicossocial AD são dispositivos da rede de saúde mental do SUS responsáveis por acolher e tratar usuários/as de álcool e outras drogas.

relacionamento com o corpo, são exemplificados a partir do relato acima. Tal curiosidade e/ou desconhecimento acaba sendo utilizada como justificativa para fazer perguntas que constroem as pessoas trans, sejam elas usuárias ou trabalhadoras da saúde. Muitos/as ativistas têm dito que os/as profissionais de saúde utilizam o momento do atendimento para sanar suas dúvidas ou curiosidades com relação à travestilidade e/ou à transexualidade, lançando perguntas que não seriam, em princípio, necessárias para o atendimento em questão. Assim, se a consulta é para dor de ouvido, por exemplo, provavelmente não fará muito sentido que o/a profissional pergunte sobre as práticas sexuais daquele sujeito.

Durante uma atividade realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre em uma unidade básica de saúde, alusiva ao Dia Nacional da Visibilidade Trans, quando essa questão – a de que algumas perguntas aparentemente não precisam ser feitas, por expressarem um conteúdo potencialmente preconceituoso –, dois médicos de família se disseram incomodados com essa recomendação, uma vez que sua especialidade exigia que se conhecesse a história de vida do/a paciente de forma integral. É claro que, quando se trata de um atendimento realizado de forma cuidadosa, tais perguntas podem – e devem – ser feitas, pois fazem parte da avaliação clínica global do/a paciente. No entanto, de forma geral não é dessa forma que os atendimentos são conduzidos e esse tipo de situação evidencia as hierarquias presentes na relação do/a usuário/a com o/a trabalhador/a da saúde, como apontam Ostermann e Meneghel (2012). Cabe ressaltar que, ao mesmo tempo em que fazer perguntas excessivas sobre a intimidade do/a usuário/a pode ser uma forma de expressão do preconceito, deixar de fazê-las também o pode, sendo tênue a linha que separa o que pode ser interpretado como uma forma de controle e o que pode ser considerado como cuidado.

Embora tenham sido apresentadas por poucas pessoas com as quais convivemos no campo, acreditamos que tais reflexões são importantes porque sinalizam dimensões que devem ser levadas em conta em futuras investigações. Tais relatos apontam que não é somente o âmbito da assistência que precisa ser remodelado para acolher travestis e pessoas transexuais no SUS: a gestão do processo de trabalho e o próprio desenho das equipes precisam contemplar as especificidades de trabalhadores/as travestis e transexuais. Além disso, verifica-se a necessidade de que outros aspectos que não estão contemplados na formação dos/as profissionais da saúde, como o sexismo e o preconceito relativos à raça, origem, sexualidade, entre outros, também devem ser considerados em futuras investigações.

Por fim, compreendemos que a inserção de trabalhadores/as travestis e transexuais nas equipes de saúde pode ser uma estratégia potente para a aproximação de usuários/as que

compõem o universo trans dos serviços de saúde, permitindo maior acolhimento às demandas apresentadas por esse grupo populacional. Tais questões apontam ainda para a importância de que os/as próprios/as trabalhadores/as da saúde que compõem o universo trans coloquem em análise seus processos de trabalho no campo da saúde, indicando, de dentro, as fragilidades e as potencialidades do sistema.

4.5 Interseccionalidades: que outros marcadores influenciam o acesso à saúde?

A proposta de se trabalhar com a categoria das interseccionalidades é uma tentativa de colocar em conexão as múltiplas diferenças e desigualdades sociais que hierarquizam os sujeitos e os coletivos (PISCITELLI, 2009). A partir do uso das interseccionalidades, podemos perceber como a construção das diferenças e a desigual distribuição do poder – aqui entendido a partir da noção foucaultiana, que vê o poder como pulverizado, acêntrico e produtivo (FOUCAULT, 1986) – incidem no posicionamento desigual dos sujeitos na esfera social, sendo uma ferramenta a mais para a pensarmos as relações entre as travestilidades, as transexualidades e o SUS.

De acordo com Larissa Pelúcio (2011), as discussões sobre os marcadores sociais da diferença são bastante recentes e surgiram a partir do “feminismo das diferenças” (PELÚCIO, 2011, p. 79), que emergiu nos Estados Unidos ao longo dos anos 1980. Para essa corrente de pensamento, o sujeito é social e culturalmente constituído a partir de “tramas discursivas nas quais gênero, raça, religião, nacionalidade, sexualidade e geração não são variáveis independentes, mas se enfeixam” (PELÚCIO, 2011, p. 79), de forma que um marcador da diferença se imbrica com o(s) outro(s), constituindo-se a cada instante e em cada situação. Luiz Mello *et. al* consideram que:

Orientação sexual e identidade de gênero não devem ser cogitadas como atributos identitários ou marcadores sociais únicos, já que necessariamente se articulam de formas diversas com outros, a exemplo de idade, raça/cor e classe social, para ficarmos com apenas três exemplos. Isto significa dizer que o sujeito não pode ser pensado apenas como “gay”, “lésbica”, “bissexual”, “travesti” ou “transexual”, já que seu corpo/self também pode ser negro-rico-jovem, entre tantas outras combinações possíveis (MELLO *et al*, 2011, pp. 12-13).

A partir dessas reflexões, podemos pensar que para algumas travestis e pessoas transexuais, talvez o fato de serem pobres, sem escolaridade ou trabalharem como

profissionais do sexo, dentre tantas outras possibilidades de pertencimentos sociais, seja mais problemático do que suas identidades de gênero serem diferentes da regra cissexual. Nesse caso, não cabe valorar qual diferença é mais importante que a outra, ou qual marcador tem primazia sobre outro: o que importa é refletirmos sobre as formas como o poder se atualiza nas relações, em quais circunstâncias e sob quais formas se manifesta.

Na convivência estabelecida com as pessoas ao longo da pesquisa, percebemos que os principais marcadores sociais percebidos como produtores da diferença foram os atributos do corpo, a escolaridade, o estigma associado ao HIV/Aids, o tipo de trabalho realizado e a religião. A questão da raça/cor, que esperávamos encontrar como mais um marcador social das desigualdades, não emergiu nos relatos, o que aponta um ponto a ser explorado em futuras pesquisas.

A cobrança por uma aparência genuinamente feminina é muito forte no universo trans feminino, principalmente entre as travestis mais novas e entre as mulheres transexuais. Podemos considerar que as hierarquias atribuídas à aparência estão imersas em um contexto contemporâneo de “culto ao corpo” (DAMICO & MEYER, 2006, p. 105) que exige que todos/as sejam jovens, belos/as e saudáveis. Os discursos que organizam os corpos de acordo com sua beleza, jovialidade e funcionalidade incidem com grande intensidade sobre os corpos femininos (DAMICO & MEYER, 2006), porém todos/as estamos submetidos/as, de alguma forma, a essa forma de regulação biopolítica. A exigência da conformidade com os padrões de beleza é relatada por uma mulher transexual:

Eu tive de fazer cintura não por uma função de... Como eu tinha um corpo de família, não é, da minha família, sem cintura... Minhas irmãs não têm cintura, não têm culote, não têm nada. É o formato corporal. Mas de mim todo mundo cobrava. Mas ah, é que de nós esse padrão é muito cobrado. Tu tem de ser um exemplo, tem de ser uma coisa estupenda (Karen).

O recurso das transformações é acionado não só por desejo próprio, mas também porque existe um mandato social que atribui inteligibilidade aos sujeitos que mantêm uma linearidade entre o gênero, o sexo designado no nascimento e a orientação sexual (BUTLER, 2003). Observa-se, assim, que quanto mais feminina uma travesti ou uma mulher transexual – ou seja, quanto mais “autêntica” for sua feminilidade – menor será a probabilidade de passar

por situações de discriminação e preconceito. Ao analisarem casos de violência perpetrada contra homossexuais e travestis⁵¹, Sergio Carrara e Adriana Viana (2006) afirmam que:

sujeitos cuja identidade não-heterossexual (suposta ou certa) é mais evidente através da exibição ou incorporação de atributos de gênero não-conformes ao sexo designado no nascimento são proporcionalmente mais atingidos por diferentes modalidades de violência e discriminação. A desestabilização provocada por sua performance de gênero, constantemente associada a um conjunto de estereótipos negativos sobre a homossexualidade em geral, torna as travestis as vítimas preferenciais de violência homofóbica em diferentes contextos (CARRARA & VIANNA, 2006, p. 234).

Rita teceu comentários que evidenciam o quanto a aparência pode ser limitadora em termos de acesso a bens e serviços. Esta, por ser transformista⁵², circula no dia-a-dia com uma identidade de gênero masculina, mantendo a aparência de uma pessoa cisgênera. Como é amiga de muitas travestis, quando saem juntas na rua percebe que os olhares se direcionam para elas, que chamam a atenção por onde passam. Relatando uma situação vivenciada no centro de Porto Alegre, contou que:

A Priscila saiu comigo, foi aqui no [cita o nome de uma loja de sapatos e bolsas] da Rua da Praia. A Priscila entrou na loja, foi ver umas bolsas lá por trás e um segurança não viu que eu estava com ela. E eu fiquei na volta do... Da vitrine. E a Priscila se foi. E eu presenciei quando o guri pegou o walkie-talkie dele e passou pra um outro: “fica de olho na loira que tá indo aí não sei o que”... Mas a Priscila não sabia que ele tava passando e eu no pé do guri. (...) Em cinco minutos ela viu o que queria e voltou. Aí o guri falando com o outro: “não, ela tá saindo aqui, tá vindo aqui, não sei o que”. Aí quando ela passou por mim, ela me viu na vitrine e disse “vamo!”. Aí que o guri se tocou que eu tava com ela... Eles fazem isso. Eles fazem julgamento pela aparência, né (Rita).

Da mesma forma, Luciana afirma que: “É, de repente aparece com uma figura feminina, mas aparecendo barba, né, e, coisas assim, outros jeitos, né. Acho que aí há rejeição, a chacota é maior, né?”. Embora ainda estejamos trabalhando no campo das discriminações motivadas pela identidade de gênero, é importante ressaltar que estas se produzem de forma mais violenta quando as regras da beleza e da perfeição corporal não são plenamente atendidas. Assim, é importante ressaltar que as discriminações relacionadas às

⁵¹ Mesmo que Sergio Carrara e Adriana Vianna (2006) estejam tratando especificamente das travestilidades neste trecho, podemos considerar que esta constatação diz respeito também à experiência das transexualidades e a todas as formas de expressão das diversidades (corporais, de gênero, de sexualidade, etc.) que extrapolam as regras do que é considerado “normal” e/ou “saudável” no mundo contemporâneo.

⁵² Marcos Benedetti (2005) considera que as transformistas costumam realizar intervenções corporais leves, que podem ser facilmente revertidas ou desfeitas, não sendo chegando a assumir durante o dia – como as travestis e as pessoas transexuais – uma identidade de gênero diversa daquela que lhe foi atribuído no nascimento. Nas palavras da entrevistada, transformista é alguém que “vive de dia como homem e de noite como mulher” [sic], sendo a “montagem” planejada de forma cuidadosa e minuciosa, tendo esta um tempo de duração limitado: uma noite, uma festa ou um evento específico.

identidades de gênero têm suas peculiaridades, uma vez que não atingem a todos/as da mesma forma. A questão geracional entra de forma articulada a essa questão, uma vez que travestis e mulheres transexuais mais jovens têm acesso a tecnologias de transformação corporal que não eram disponíveis (ou que eram demasiadamente caras) quando comparadas às gerações anteriores.

No XX ENTLAIDS, ficou evidente que a passabilidade cis é mais frequente entre as pessoas trans mais jovens, havendo alguns/mas meninos/as que intrigavam as próprias militantes mais antigas do movimento, que “ficavam passadas” [*sic*] por não conseguir definir – só pela aparência – se se tratavam de pessoas cis ou se eram pessoas trans com passabilidade cis. Eu, inclusive, fui interpelada diversas vezes, pois muitas pessoas ficavam na dúvida com relação à minha construção identitária. Fica fácil de compreender, a partir do que já trabalhamos até aqui, que a passabilidade cis produz experiências diferenciadas de acesso aos bens e espaços públicos para quem usufrui desse privilégio, sendo um fator que protege a ocorrência de situações de violência – pelo menos enquanto a “verdade do corpo” não vem à tona.

Outro marcador que se articula às experiências das travestilidades e transexualidades é o estigma que associa essas experiências ao HIV/Aids, que se faz presente mesmo naquelas pessoas que não são portadoras do vírus. Ocorre uma associação quase direta entre ser travesti e/ou mulher transexual e ter HIV. Bianca comenta que sua sexualidade era tratada de forma diferenciada pelos/as colegas da escola em que estudava, que sempre se mostravam preocupados/as com a questão do HIV:

E é muito interessante, eu no Ensino Médio ali no [cita o nome do colégio], como a hipocrisia, as coisas da sociedade é... Eu sempre fiquei perplexa, as pessoas sempre me diziam: “ai, Bianca, tu tá usando camisinha?” Por causa da Aids, né? E minhas colegas todas fazendo aborto... (Bianca)

Em estudo em que avalia a percepção da população LGBT com relação à oferta dos serviços de saúde, Elder Cerqueira-Santos *et al* (2009) mostram que nos atendimentos das pessoas LGBT soronegativas, a orientação sexual se apresentou como o principal marcador de preconceito na relação do/a usuário/a com o/a profissional da saúde. Por outro lado, o conjunto de pessoas LGBT soropositivas atribuiu o medo de serem identificadas como pertencentes ao grupo de HIV positivos como o principal precipitador de situações de discriminação no atendimento em saúde, relegando a questão da orientação sexual a um segundo plano.

Ainda com relação a essa questão, outro relato que é frequente diz respeito ao encaminhamento indiscriminado de travestis e pessoas transexuais – por parte dos/as profissionais de saúde da rede básica e da rede hospitalar – para os serviços especializados em HIV/Aids, mesmo para aqueles/as que não são portadores/as do vírus ou que estão buscando o sistema de saúde para tratar de um problema de saúde que não esteja relacionado ao HIV. “Quantas de nós ficam com gripe, com dor de garganta, e os profissionais mandam a gente para o COAS ou um serviço especializado do Aids?”, perguntava-se uma mulher transexual no XX ENTLAIDS⁵³.

Historicamente, a atenção à saúde de travestis e mulheres transexuais esteve centrada nos serviços especializados da Aids, sendo um desafio transpor a atenção à saúde do campo exclusivo da Aids para uma noção de saúde integral alicerçada nos ideais da saúde coletiva. Junto a isso, o despreparo e/ou desinteresse dos/as profissionais da saúde, somados a ideias pré-concebidas de que travestis e mulheres transexuais constituem um “grupo de risco”⁵⁴ (DUQUE, 2011, p. 131) com relação ao HIV, faz com que as ações em saúde sejam realizadas de forma pouco compromissada com a realidade e com o cotidiano dessas pessoas.

Associado ao estigma do HIV, muitas vezes opera o pré-conceito de que todas as travestis e mulheres transexuais são profissionais do sexo (PELÚCIO, 2011; PERES, 2004), o que produz o que Larissa Pelúcio denomina de “duplo estigma” (PELÚCIO, 2011, p. 78), o que gera situações de sofrimentos intensos e que marcam as trajetórias de vida dessas pessoas. De fato, muitas mulheres trans e travestis são profissionais do sexo, porém, independentemente do tipo de trabalho realizado, o sistema de saúde não deveria restringir acesso, não cabendo aos/às trabalhadores/as a realização de julgamentos morais com relação às condições de vida dos/as usuários/as, e sim a oferta de cuidado de acordo com o que o sujeito demanda.

Outro marcador social que se mostrou a partir da interação com o campo foi o de escolaridade, que aparece associado tanto às dificuldades de acessar o mercado formal de trabalho, quanto às questões geracionais e de ciclo de vida.

⁵³ Centro de Orientação e Apoio Sorológico, unidade de saúde que conta com equipe multiprofissional e realiza ações de diagnóstico de DSTs e HIV.

⁵⁴ Utilizamos essa expressão de forma proposital, uma vez que muitos/as profissionais da saúde, principalmente aqueles/as que não estão inseridos/as nos debates atuais do campo do HIV/Aids, ainda a utilizam para descrever as populações mais vulneráveis ao risco de contaminação pelo vírus. Para aprofundar a discussão sobre as relações entre as travestilidades e a Aids, ver o trabalho de Larissa Pelúcio (2009), que realizou uma etnografia com travestis profissionais do sexo no estado de São Paulo.

É inegável que diferentes dimensões da vida são afetadas pela condição transexual. Uma delas é a inserção na divisão sociotécnica do trabalho, a atividade laboral e a possibilidade de geração de renda. Embora (...) em contato com pessoas transexuais através do movimento LGBT tenhamos contato com escolaridades diversas, o que predomina ainda no segmento "T" é uma escolaridade limitada. Especialmente no caso das travestis oriundas de camadas populares são frequentes as histórias de abandono ou expulsão da família ainda na infância ou na adolescência, assim como narrativas de violência institucional no âmbito da escola. A consequência, em geral, é a migração para as capitais em busca de lugares onde a travestilidade seja mais tolerada e a inserção no mercado sexual como profissionais do sexo se transforme na única opção (ALMEIDA & MURTA, 2013, p. 397).

Como apontam Guilherme Almeida e Daniela Murta (2013) no trecho acima, o campo mostra uma heterogeneidade de experiências com relação à escolaridade, desde travestis e pessoas transexuais com pós-graduação (cursando ou completas), até pessoas que não concluíram o Ensino Fundamental. Estas últimas são geralmente as travestis que, como vimos anteriormente, acabam vivendo de forma mais intensa as manifestações de preconceito e violência. No que tange ao tipo de trabalho exercido, também são múltiplas as experiências e, embora haja muitas profissionais do sexo, isso claramente não é uma regra, não sendo possível estabelecer uma relação direta entre travestilidades/transexualidade e prostituição (como se observa no senso comum).

No entanto, não podemos considerar as interseccionalidades somente como um indicador de vulnerabilidades, uma vez que em determinados contextos aqueles marcadores sociais que, em outro ambiente, configuram-se como opressores, podem abrir portas e permitir a circulação por outros espaços. As militantes mais antigas do movimento social de travestis e transexuais, por exemplo, gozam de muito prestígio em alguns espaços governamentais e são tratadas como verdadeiras entidades por políticos/as, técnicos/as e operadores/as das políticas públicas. Por outro lado, em espaços em que são pessoas desconhecidas, vivem situações de preconceito e discriminação flagrantes. Com as militantes mais jovens, também se observa que, por vezes, o mesmo atributo que permite que estabeleçam relações sociais (na escola, no trabalho) de forma tranquila – a passabilidade cis – faz com que no movimento social elas sejam consideradas pelas mais velhas como pouco engajadas politicamente, pois não vivem “na carne” o que elas passaram na sua juventude. Como muitas vezes escutei no campo: “Está muito mais fácil ser travesti (ou mulher trans) hoje. Nós construímos os alicerces para vocês” (Trecho de diário de campo).

Outro quesito que foi apontado como sendo produtor de experiências de opressão⁵⁵ e, ao mesmo tempo e principalmente, de proteção, foi a religião. Muitas das pessoas com as quais convivi são praticantes da “religião afro”, como denominado pela maioria delas, e algumas são mães-de-santo, situações que Marta Helena Souza *et al* (2013) também encontraram em sua pesquisa de campo. Nos espaços dessa religião, relataram encontrar acolhimento e reconhecimento de suas experiências, inclusive porque, de acordo com Marta Helena Souza *et al* (2013), algumas das entidades reverenciadas evocam a ambiguidade (como é o caso do Exu) ou se remetem à prostituição (como é o caso da Pombagira). “No decorrer do trabalho de campo, as nossas interlocutoras argumentaram sistematicamente que a proteção dos orixás, caboclos, pretos velhos, Pombagiras e Exus, é fundamental nas suas vidas” (SOUZA *et al*, 2013) e que estes lhes “trazem saúde, proteção e progresso” (SOUZA *et al*, 2013). Karen, que pratica a “religião afro” [*sic*] desde o início da adolescência, trata disto em seu relato:

Porque felizmente a nossa religião é muito aberta a esse tipo de coisa. Onde tu pode ver que existem muitas pessoas, muitos homossexuais, poucos heteros, que frequentam a religião, pela aceitação, porque, na nossa religião, existem as lendas de orixá que quando, como dizem, passaram por aqui, vivenciaram coisas assim parecidas. Então a gente se sente mais abrigados, porque nós não somos os únicos (Karen).

Mais adiante, ela fala do sentimento de inclusão que a religião afro propicia:

A nossa religião não é uma religião que condena, a nossa religião é uma religião que agrega, que aceita esse tipo de coisas. Às vezes eu até digo assim, a nossa religião ela é muito... Como é que eu vou dizer assim? Ela não exclui. Ela não exclui nenhum tipo de pessoa, seja bandido, drogado, todos, todos. Na hora de fazer o culto ali, não interessa o que é que a pessoa faz (Karen).

Nesse sentido, Marta Helena Souza *et al* (2013) consideram que:

As “casas de santo” (...) tornam-se trajetórias de destaque para as interlocutoras, pois são espaços que possibilitam experiências que escapam dos processos de normalização dos corpos. O cuidado ofertado nos terreiros permite que as travestis escapem do modelo heteronormativo imposto tradicionalmente nos espaços por onde passam, tornando-se um itinerário nos quais podem montar-se no feminino sem serem criminalizadas e julgadas por isto (SOUZA *et al*, 2013).

A escolha de algumas travestis e pessoas transexuais pela circulação por esses espaços, que ofertam cuidado e proteção, mostra que as “soluções curativas” (SOUZA *et al*,

⁵⁵ Principalmente a onda de repressão às religiões afro que vem sendo denunciada pelos/as praticantes dessa, perpetrada inclusive por parte de praticantes de outras religiões, como a evangélica.

2013) para os problemas de saúde não são encontradas somente nos serviços de saúde tradicionais, mas incluem itinerários alternativos.

As possibilidades de marcação dos corpos são múltiplas e certamente não se esgotam nesses quesitos que trabalhamos aqui, devendo estas ser levadas em conta na formulação e na execução da política de saúde. Para Luiz Mello e Eliane Gonçalves (2010), refletir sobre a diferença a partir da perspectiva interseccional pode ajudar a compreender de que forma e por quais motivos os diferentes grupos subalternizados têm reivindicado atenção diferenciada a suas demandas identitárias de acesso a direitos e garantia de cidadania, já que o viés universalista das políticas públicas, dentre elas a saúde, acaba limitando o acesso para aqueles/as que compõem os “grupos dominantes históricos nas sociedades capitalistas: homens, brancos, heterossexuais, cristãos” (MELLO & GONÇALVES, 2010, p. 171), ou seja, aqueles/as que atendem a um ideal de “igualdade fantasmática” (MELLO & GONÇALVES, 2010, p. 171) que não encontra guarida na realidade múltipla e diversa que estrutura o social.

O campo das políticas públicas, em particular, parece ser terreno propício para ilustrar os desafios que se tem pela frente quando se almeja acesso a serviços públicos de qualidade, sem privilégios de classe/escolarização, raça/etnia, orientação sexual/identidade de gênero e nacionalidade/filiação religiosa, entre outros (MELLO & GONÇALVES, 2010, p. 171).

É importante lembrar que a consideração dos diferentes pertencimentos sociais e das marcas que se articulam na produção das condições de vida e de saúde dos sujeitos e dos coletivos – as interseccionalidades – encontram eco na perspectiva conceitual da saúde coletiva, principalmente a partir da noção de integralidade, que, segundo Rubens Mattos (2006), busca trabalhar justamente com as dimensões social e subjetiva do processo saúde-doença.

4.6 Por uma saúde afeita aos direitos humanos: desafio atual

Ao longo deste capítulo, vimos que o acesso e a circulação de travestis e pessoas transexuais pelos serviços de saúde podem ser dificultados de várias maneiras, tais como as vivências de preconceito e situações discriminatórias em outros âmbitos que não só aqueles relacionados à saúde, as violências estruturais que incidem sobre essa população, os limites do

saber biomédico (que pouco tem a dizer sobre as dimensões sociais do processo saúde-doença) e as barreiras humanas (ou seja, profissionais pouco qualificados e que agem a partir de conceitos pré-estabelecidos com relação ao gênero e à sexualidade). Além disso, as articulações interseccionais também produzem o afastamento da população “T” dos serviços de saúde, operando de formas diversas de acordo com o contexto.

Para Simone Monteiro e Wilza Villela (2013), o enfrentamento das situações de preconceito e discriminação no campo da saúde exige “uma melhor aproximação das dinâmicas sociais que tendem a manter determinados grupos sociais à margem dos bens simbólicos e materiais nas sociedades contemporâneas” (MONTEIRO & VILLELA, 2013, p. 17). Dessa forma, é importante que a instituição saúde consiga reconhecer que seu papel não é só o de tratar ou curar corpos doentes, mas também de promover ações que desestabilizem os diferentes processos que contribuem para a manutenção das hierarquias sociais – atuando, assim, de forma integral e como promotora de cidadania e de autonomia dos sujeitos e coletivos.

Nesse sentido, é interessante apontar a discussão de Richard Parker (2013) a respeito das relações entre o campo da saúde e dos direitos humanos⁵⁶, que tem emergido com força no cenário mundial e que pode se configurar como aliada para a consolidação de sistemas de saúde mais acessíveis e equânimes. A noção de saúde como um direito humano – o “direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental” (PARKER, 2013, p. 41) – é um desdobramento importante da articulação entre esses dois campos e tem sido utilizado para incidir sobre a formulação de ações e políticas que reconheçam que a discriminação faz mal à saúde, promovendo seu enfrentamento.

É importante ressaltar, contudo, que o cenário que se apresenta hoje não está afeito a comemorações. Mesmo com os avanços conceituais e com a maior capacidade de compreensão das formas pelas quais a discriminação e o preconceito agem sobre o (não) acesso à saúde, avançou-se muito pouco na transformação das práticas de saúde com relação a esta questão (PARKER, 2013).

⁵⁶ Richard Parker (2013) fala tanto da relação entre saúde e direitos humanos (que se daria em contextos mais fortemente marcados pela tradição biomédica, como nos Estados Unidos), quanto da relação entre saúde e justiça social (que estaria presente nas perspectivas que destacam os determinantes sociais da saúde, como é o caso brasileiro). O autor mostra que - apesar das diferenças que cada uma dessas abordagens tem na forma de avaliar as relações entre discriminação e saúde - tais perspectivas têm convergido, apresentando-se uma perspectiva “mais complexa e multidimensional” (PARKER, 2013, p. 44) para o enfrentamento das consequências do estigma, dos preconceitos e da discriminação na saúde.

Os sistemas, as intervenções, os programas e as práticas de saúde em todo o mundo continuam a negar o acesso, a excluir e a marginalizar, a diferenciar e a oprimir – apesar de todos os esforços que têm sido envidados até agora na tentativa de resistir a esses processos. O grande desafio que todos nós que trabalhamos sobre estas questões enfrentamos está em passar da teoria à prática, dos resultados das pesquisas para as implicações políticas. E em nos engajarmos nas batalhas políticas que acabarão sendo necessárias para transformar as estruturas e processos que produzem e reproduzem o estigma, o preconceito e a discriminação entre os maiores inimigos da saúde e do bem-estar no mundo contemporâneo (PARKER, 2013, p. 44).

As palavras de Richard Parker (2013) vêm ao encontro dos achados dessa pesquisa, que mostram que – mesmo uma política de saúde desenhada de forma a contemplar as necessidades e demandas dos/as usuários/as a que se destina, e cujos princípios atendam a noções de equidade e justiça social –, o produto final da política, o cuidado em si, apresenta-se de forma distante daquilo que consta no papel. Como afirmam Guilherme Almeida e Daniela Murta (2013, p. 401), “do marco normativo ao dia a dia dos serviços (...) há uma considerável distância”.

5 O USO DO NOME SOCIAL NO SUS

O uso do nome social no SUS foi reconhecido de forma institucional pela primeira vez a partir do lançamento, pelo Ministério da Saúde, da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2007). Nesse documento, são estabelecidos os direitos e deveres que todos/as os/as usuários/as do sistema de saúde têm na relação com este. A Carta representou um avanço na busca por atendimentos mais humanizados e livres de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero no SUS, assegurando o uso do nome social para travestis e transexuais em todos os âmbitos do sistema. O terceiro princípio da Carta afirma que:

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes:

I. A identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso (BRASIL, 2007, p. 4).

No entanto, mesmo com o aval institucional do direito ao uso do nome social no SUS, ainda são muito frequentes os relatos de não reconhecimento da identidade de travestis e pessoas transexuais no sistema de saúde (TAGLIAMENTO, 2012; MULLER & KNAUTH, 2008), sendo este mais um dos fatores que delineia um quadro de iniquidades no acesso. Percebe-se que a maioria dos/as profissionais não conhece o conteúdo da Carta dos Direitos dos Usuários, desconhecendo, por conseguinte, a possibilidade do uso do nome social nos atendimentos de saúde. Kátia Rocha *et al* (2009) trazem o relato de uma usuária que evidencia a dificuldade de estabelecer vínculo com um/a trabalhador/a que não reconhece a identidade de gênero do/a usuário/a.

Como o médico vai estabelecer um vínculo com a paciente se, quando esta chega à porta, é tratada por “ele”? Como vou estabelecer um vínculo com uma pessoa que me trata de senhor? Como vou abrir a minha vida, me expor, ter intimidade, se ele já coloca essa barreira me chamando de senhor e negando tudo aquilo que sou e represento? Não existe possibilidade de vínculo! Eu posso precisar de um médico amanhã e não ir! (ROCHA *et al*, 2009, p. 11).

Como esse grupo já sabe que são grandes as chances de ocorrer situações de constrangimento com relação ao nome, são criadas diferentes estratégias para evitar esse tipo

de cena. Questionada sobre situações de desrespeito com relação ao uso do nome social nos estabelecimentos de saúde, Karen contou que não chegou a viver situações de constrangimento antes da retificação do nome de registro, pois se antecipava e já ia “preparada” [sic] para as consultas. Diz ela que: “ou eu ficava perto na hora de me chamarem ou já deixava mais ou menos avisado para as pessoas. Porque seria aquela coisa: gritar um outro nome e eu ter de me apresentar... Então eu sempre tentei ir driblando para evitar os constrangimentos” [sic].

Outra estratégia utilizada é descrita por Grazielle Tagliamento (2013) e consiste em ir acompanhada/o para o atendimento por alguém (familiar, amigo/a) cuja identidade de gênero seja diferente da pessoa que está buscando atendimento. O/a paciente, ao ser chamado/a para atendimento, não passa pela situação constrangedora de ser chamado/a por um nome que não corresponde à sua identidade de gênero, pois ao seu lado está alguém que corporifica o nome daquele/a que está sendo convocado/a para a consulta.

Por vezes, no entanto, por mais estratégias que sejam lançadas, não existe mediação possível com o/a trabalhador/a ou com o contexto institucional, irrompendo cenas explícitas de violação de direitos e discriminação que mostram a face cissexista e transfóbica do setor saúde. Esse tipo de cena evidencia que a figura da abjeção é construída também pelas estruturas institucionais-estatais, já que utilizar um nome masculino para se referir a uma pessoa com aparência e atitude feminina (ou vice-versa) coloca o sujeito em um lugar de não-existência ou de existência precária. O Estado, materializado aqui na prática de servidores/as da saúde, ao não reconhecer tais identidades, acaba por deslegitimar a existência desses sujeitos, colocando em questão a validade daquela vida.

Como vimos em tópico anterior, Bianca, que é agente comunitária de saúde, teve dificuldades com alguns membros da equipe de saúde da família em que atua com relação à aceitação do uso do nome social. Durante o atendimento de uma família de seu território, conta que:

Aí houve uma situação na frente de uma criança da minha área que tem problemas de... A mãe é bem descompensada, a gente tá verificando algumas questões (...) de saúde mental bem sérias ali. Aí ele é da minha área, de uma família que eu acompanho, por todas essas questões. Daí o enfermeiro Carlos está com essa criança, que já tem todos esses problemas... "Olha aqui, ó" e chamou o menino pelo nome, "cumprimenta o teu amigo, a Bianca". Quer dizer que, de que adianta usar o meu nome próprio no feminino, e o artigo, os substantivos, os pronomes, os advérbios, os complementos nominais tudo no masculino? Eu saí de cena, eu saí correndo... (Bianca).

Como afirma Don Kulick (2008), recusar-se a reconhecer o gênero das travestis – e podemos incluir aqui também o das pessoas transexuais – é um meio de rejeitar seu próprio direito de existir. No relato acima, vemos que a aceitação do uso do nome social não diz respeito somente à utilização descompromissada de um nome feminino ou masculino para se referir às travestis ou às pessoas transexuais, mas exige uma operação social e subjetiva mais complexa que envolve o reconhecimento da identidade daquele sujeito.

Ao longo do campo de pesquisa, percebemos que a mobilização do movimento de travestis e transexuais com relação a essa questão tem apresentado efeitos importantes e trabalhadores/as, gestores/as e instituições que compõem o SUS têm conseguido, mesmo com dificuldades, acolher essa demanda. Como relatou a dirigente de uma ONG da Região Sul do Brasil sediada em um município de aproximadamente 100 mil habitantes:

Tudo porque eu fui atrás e briguei e fiz tudo isso porque antigamente não era assim. Tu entra hoje num SUS ou sei lá onde, num hospital e as gurias já pegam, elas já vê que tu é travesti, lógico, elas vêm “ah me vê a sua identidade?”. Daí elas já perguntam “como você gostaria de ser chamada? Qual é seu nome social?”, aí elas pegam e já colocam lá do lado do teu nome civil, elas só colocam um papel assim bem grande em cima escrito, entendeu? E coloca embaixo ainda entre parêntesis “transexual”. O médico na hora que vai te chamar ou a secretária dele, ele já vê ali, ele já sabe que vai chamar pelo nome feminino, então... Isso é uma luta que eu consegui lá, que antigamente anos atrás não tinha, entendeu? Hoje em dia todo mundo sabe. Lógico que eu já fui na mídia várias vezes falar tudo isso na televisão, nas televisões locais lá, entendeu? Mas é uma coisa que a gente vai conquistando (Adriana).

Embora essa não seja uma luta individual, mas coletiva, em alguns locais, principalmente nas cidades menores, é através da militância de alguns/mas que conseguem ter acesso às informações do que ocorre no cenário nacional que os direitos são garantidos. Aline, que é trabalhadora da saúde e coordenadora de uma ONG LGBT em um pequeno município na Região da Fronteira no estado do RS, comentou que vem realizando há alguns anos um trabalho de sensibilização dos/as moradores/as e das instituições de sua cidade, tendo conseguido alguns avanços naquele território.

Hoje eu tava conversando meio-dia com uma menina e ela me disse assim: “ai a gente não muda o bairro onde a gente mora”. Aí eu disse pra ela assim: “eu acho que a gente muda sim, porque quando a gente entra num lugar e, por exemplo, o bairro não nos aceita e não nos reconhecem... Automaticamente com a nossa postura e com a forma que a gente vai se posicionando, as pessoas do bairro vão assimilando a nossa identidade e a gente muda o bairro”. A gente muda a questão social, muda a construção social de como aquilo tá feito... (Aline).

O nome social, como se constituiu em uma bandeira do movimento nacional de travestis e transexuais, foi uma das questões que mais avançou no SUS para essa população

nos últimos anos. Em municípios de maior porte⁵⁷ e/ou nos locais em que existem movimentos organizados de travestis e pessoas transexuais, o uso do nome social costuma ser mais divulgado e aceito pelos/as operadores/as das políticas públicas. Quando o uso do nome social não é respeitado, a militância recorre aos instrumentos legais de regulação das relações sociais, como as portarias nacionais, estaduais e/ou municipais que tratam da questão, sendo que muitas militantes andam, literalmente, com as portarias e as leis embaixo do braço. Assim, sempre que preciso, elas acionam o recurso da legislação, a fim de garantir seus direitos.

Hoje eu conheço meus direitos... Eu tenho minha carteira social, minha identidade social, eu sei que eles têm que me... Bom, o negócio agora é mais em baixo né? Porque, enfim, hoje em dia eu tenho mais conhecimento e eu sei como me defender, sabe? O negócio é mais embaixo. E se eu sofresse algum constrangimento eu acho que eu iria procurar meus direitos também, sabe? (Viviane)

No entanto, sabemos que a diversidade das experiências das travestilidades e das transexualidades não permite que façamos generalizações categóricas. O uso do nome social, embora tão reivindicado pelo movimento social “T”, não é uma unanimidade. Aline conta que ficou espantada ao conhecer algumas travestis, em uma cidade do interior do RS, que não faziam questão de ser chamadas por um nome feminino.

Elas têm uma outra construção que na realidade desconstrói a questão do travesti e do transgênero. Por quê? Por exemplo, a Tiaguinha, que é uma amiga minha, ela é uma travesti, mas as pessoas da cidade conhecem ela por Tiaguinho, e ela reconhece isso. Ela legitima isso. Então, quando chamam de Tiaguinho na rua ela atende. Ela não tem nome específico que diz que ela é do gênero feminino. Por exemplo, na imagem e na construção social dela, ela é feminina. Ela tem peito, ela tem bunda, o cabelo é grande, ela é casada com um menino, tudo, mas ela continua sendo o Tiaguinho (Aline).

Esse exemplo nos lembra da heterogeneidade presente nas experiências compreendidas pelas categorias travesti e transexual, e isso é fundamental para que não se estabeleçam normatizações às avessas, atribuindo a todos/as a experiência que é de alguns/mas. Nos serviços de saúde, para que não se reproduzam discursos arbitrários, segue valendo a máxima: pergunte como a pessoa prefere ser chamada.

⁵⁷ Porto Alegre é um deles, que instituiu a Portaria 1.113 em 13 de setembro de 2013, a qual dispõe sobre o reconhecimento e uso do nome social de pessoas travestis e transexuais em todas as unidades de saúde do município.

5.1 O Cartão SUS e os sistemas de informação: desafios para a consolidação do uso do nome social no SUS

Além da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde contemplar o direito ao uso do nome social em todos os atendimentos prestados no âmbito do SUS, desde janeiro de 2013 o Cartão SUS – cartão magnético que contém todas as informações do/a paciente com relação ao acesso e consumo de ações em saúde no SUS, tais como data e horário de consultas, locais de atendimento, procedimentos realizados, medicamentos utilizados etc. (BRASIL, 2014c) – também permite a inserção de um nome escolhido pelo/a próprio/a usuário/a, não sendo mais obrigatório constar o nome de registro civil.

Rita, ao compartilhar sua experiência com relação ao dia em que foi confeccionar o Cartão SUS, conta que ficou surpresa com a novidade e também com o acolhimento da trabalhadora que a atendeu:

Quando eu fui fazer esse cartão aqui do SUS, também a menina... É... Não perguntou o feminino nem masculino. Ela perguntou assim: posso botar [cita o nome de registro civil masculino] ou quer ou tem outro nome? (...) Agradei pra ela, muito obrigado por tudo, pela atenção, pelo carinho e saí porta afora. Então fiquei feliz, né? (Rita)

Muitas militantes com as quais convivi já confeccionaram o novo Cartão SUS e têm orgulho em apresentá-lo por onde passam. Contudo, é importante lembrar que as estratégias governamentais de aceitação do uso do nome social nos atendimentos em saúde, ao mesmo tempo em que representam um avanço em termos de políticas públicas, podem também gerar confusões e mal-entendidos, e não são poucas as situações em que isso ocorre. Vejamos uma delas:

É, tem uma situação bem engraçada... Eu cheguei lá no hospital pra fazer o meu atendimento e tudo, na emergência, né... Botei, levei meu cartão do SUS, que está ali o meu nome social, Bianca (...). Eu mostrei pra menina na recepção do hospital, ela: "não, tudo bem", ela colocou tudo com o nome social... Só que eu tenho vínculo com o [cita o nome do seu local de trabalho] como Fernando, aí a médica me atende como Bianca e na hora de levar atestado, eu tenho que lembrar... Eu tenho que estar atenta pra médica botar no atestado Fernando... Aí o Sistema de Saúde acolhe como tem de ser, mas ainda gera complicação (Bianca).

Nesse caso, percebemos a contradição pela qual Bianca passa: mesmo tendo o nome social registrado em seu Cartão SUS, utilizando-o com tranquilidade nos atendimentos, o atestado médico que serviria para justificar sua ausência no trabalho – lembremos que ela é

uma trabalhadora da saúde – deve ser redigido com o seu nome de registro. Assim, embora tenha sido acolhida como Bianca, ela precisou solicitar à médica que escrevesse o atestado com seu nome de registro (Fernando), do contrário poderia ser prejudicada no trabalho. Tal situação evidencia a fragilidade de uma ação como essa, que – embora busque garantir acesso humanizado às travestis e pessoas transexuais no SUS através do respeito às suas identidades de gênero – não dialoga com os demais setores das políticas públicas, como os do trabalho e da previdência social, para citar dois exemplos, configurando-se como uma ação pontual e ainda ineficaz em alguns casos.

Além da situação exposta acima, outra circunstância em que o uso do nome social pode ser problemático é quando a travesti ou a pessoa transexual precisa circular por mais de um serviço da rede para tratar de seu problema de saúde.

Tem uma paciente que perdeu uma consulta porque o hospital se negou a aceitar o nome social. A enfermeira do posto colocou tudo com o nome de Luciana e encaminhou para o hospital. A [cita o nome do hospital] mandou de volta para o posto de saúde. Daí eles te justificam que o documento não fecha, que o documento é um, que o pagamento... Que o Ministério da Saúde não vai querer fazer pagamento depois, não sei o quê... (Bianca).

Neste caso, novamente vemos que o uso do nome social é frágil e pouco eficaz, e muitas vezes pode até mesmo atrapalhar o itinerário do/a usuário/a ao longo do sistema. De que adianta ser bem acolhido/a na unidade básica de saúde, tendo sua identidade de gênero e seu nome social respeitados, se isso barra a realização de um procedimento no âmbito hospitalar?

Bianca, que já trabalhou na central de marcação de consultas de seu município, considera que os sistemas de informação do SUS ainda não estão preparados para lidar com questões que ultrapassam os limites binários que ordenam a lógica de programação destes. Nas situações relatadas a seguir, embora não esteja em questão o uso do nome social, observamos um descompasso entre o que a política oferece e o que as pessoas realmente precisam.

Aí tem umas confusões assim, infertilidade feminina é só no [cita o nome do hospital] (...). Se o problema é do homem, tem de se marcar a consulta no nome da mulher, a mulher tem de... A consulta tem de ser marcada no nome da mulher. É pra resolver essas questões, né? Por que o homem não pode consultar com ginecologista. Quem vai fazer o tratamento é o homem, mas... A consulta é no nome da mulher (Bianca).

Eu trabalhava na regulação antes do sistema AGHOS⁵⁸ (...) né? Tem homens que desenvolvem mama, naturalmente, sem querer. O único hospital que fazia era o [cita o nome do hospital] (...) e quem fazia isso era uma consulta ginecológica. E aí um amigo meu uma vez falou "é, demitiram um funcionário lá na empresa porque ele chegou com um atestado de ginecologista". Aí eu disse: "não, espera aí, existem situações específicas" (Bianca).

Os trechos acima evidenciam que a lógica que embasa o trabalho em saúde – e que não só direciona a forma como os/as pacientes são tratados/as, mas também é utilizada para formatar os sistemas de informação que atendem a esse setor – opera de forma binária e restritiva, considerando sexo e gênero de forma estanque. Assim, um homem que precise investigar problemas de infertilidade não poderá realizar a consulta sem que uma mulher (provavelmente sua esposa ou companheira) forneça seus dados para o agendamento da consulta, visto que o atendimento é feito na área da ginecologia e o “sistema”⁵⁹ não aceita que um homem faça uma consulta ginecológica. Essa situação, além de mostrar que os pares binários homem (ativo) X mulher (passiva) operam com força no âmbito da saúde, ainda evidencia a heterossexualidade compulsória (RICH, 1980) e a cisheterossexualidade, pois atribui somente a um casal cisheterossexual o acesso a este tipo de tecnologia reprodutiva.

As declarações de Bianca também nos fazem pensar sobre a importância da intersetorialidade, algo que aparece tanto na situação por ela vivenciada com relação ao atestado médico quanto na situação relatada a ela por um amigo, na qual um trabalhador acabou sendo demitido por ter apresentado o atestado de um/a ginecologista. Em ambos os casos, vemos que a saúde conseguiu, mesmo com algumas contradições, oferecer possibilidades para os/as usuários/as em questão. Em contrapartida, os outros setores envolvidos nas situações compartilhadas por Bianca – trabalho e previdência social – ainda têm sérias restrições em dialogar com as inovações propostas no âmbito da saúde, o que em certa medida acaba despotencializando a iniciativa tomada pelo campo sanitário. Como os sujeitos não vivem suas vidas em partes, não adianta somente uma política pública ser inovadora: todas precisam dialogar e garantir os mesmos direitos, sob pena de que uma iniciativa que tem boa intenção gere ainda mais problemas para aqueles/as que dela usufruem.

O relato abaixo, embora não se remeta ao âmbito da saúde, reforça a dificuldade que os sistemas de informação têm para lidar com aquilo que escapa ao lugar comum. Nesta

⁵⁸ Sistema de informação utilizado no estado do Rio Grande do Sul para gerenciamento e regulação do acesso às consultas especializadas e exames oferecidos na rede de serviços do estado.

⁵⁹ Aqui podemos considerar sistema tanto como um programa computacional quanto como o sistema de saúde em si.

situação, Karen conta que foi à Receita Federal para atualizar seu CPF, após ter realizado a cirurgia de redesignação sexual e a retificação do seu nome de registro civil. Ela conta que:

Na Receita Federal também levei um mês porque eles não queriam trocar o número do CPF. Só que na hora de fazer o meu CPF, eram muitas informações de alteração, e o sistema não aceitava (...). Porque não era só trocar um sobrenome: trocava nome, trocava sexo, trocava tudo, e aí o sistema não aceitava todo esse tipo de troca. O sistema não estava preparado para isso (Karen).

Retomando a reflexão da Bianca com relação aos sistemas de informação no SUS, ela comenta que:

Então o computador é programado pra aquela situação, ele não tem pra uma exceção, né, tem de se criar um programa que tenha... Que abra a possibilidade para uma exceção, porque daí acontece isso né, como acontece com a gente também (Bianca).

A partir dos trechos apresentados acima, vemos que uma questão que precisa ser enfrentada, além da necessária articulação intersetorial entre as diferentes políticas públicas, diz respeito aos sistemas de informação e aos tipos de procedimentos autorizados ou glosados pelos sistemas de auditoria do SUS⁶⁰, uma vez que as necessidades das pessoas extrapolam a linearidade imposta pelas regras burocráticas que ordenam o sistema. Como será computado e remunerado o atendimento de uma travesti que tenha realizado a mudança do seu nome de registro civil (utilizando, assim, um nome feminino para se relacionar com o SUS) quando ela buscar um/a urologista para tratar de sua próstata? Os sistemas de informação e de auditoria vão entender que aquele sujeito que tem uma identidade feminina, e que tem uma próstata, está realizando um atendimento válido? Ou vai considerar que é um erro de registro ou uma forma de malversação de recursos? E se um homem trans tiver desejo de engravidar, como será que o sistema vai lidar com esta situação em termos de acolhimento a esta demanda e em termos de financiamento para a realização de determinados procedimentos (como pré-natal e parto)?

Tanto os sistemas de informação quanto os sistemas de auditoria do SUS precisam se reorganizar para contemplar as especificidades que envolvem os atendimentos de travestis e pessoas transexuais na saúde – e não só estes/as, como vimos nos exemplos acima, mas

⁶⁰ O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) define glosa como “a rejeição total ou parcial de recursos financeiros do SUS utilizados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios de forma irregular ou cobrados indevidamente por prestadores de serviços” (BRASIL, 2004c, p. 7), sendo os motivos mais frequentes de não pagamento de procedimentos o preenchimento incompleto de registros e formulários, a falta de documentação comprovatória e a realização de procedimentos em pacientes que não têm indicação para tal (BRASIL, 2004c).

todos/as aqueles/as que, de alguma forma, rompem com as regras que estabelecem uma suposta normalidade dos corpos, gêneros e sexualidades – já que temos homens no Brasil que precisam de assistência para seus úteros, suas mamas, suas vaginas, inclusive para o período de gestação e puerpério; da mesma forma, temos mulheres que precisam de cuidados para seus pênis e suas próstatas. Nenhum dos casos citados, no entanto, é erro de preenchimento de documentos ou motivo de glosa, pois se tratam de demandas legítimas de atendimento.

O uso do nome social no SUS é, sem dúvidas, um avanço importante do movimento “T” e representa, para muitas travestis e pessoas transexuais, a possibilidade de acessar o sistema de forma mais digna. No entanto, enquanto se configurar como uma ação com baixa institucionalidade, sem penetração na esfera das tecnologias duras (MERHY, 2007) e nos diferentes âmbitos do SUS, e, ainda, enquanto não dialogar com os demais setores das políticas públicas, o uso do nome social não responderá de forma plena aos anseios dessa população.

5.2 “Isso aí é só o começo!”: notas sobre os limites do uso do nome social

O reconhecimento da identidade de gênero e do nome social nas diferentes esferas das relações sociais é percebido como uma conquista que abre muitas portas e que promove cidadania para as travestis e pessoas transexuais. No entanto, a tranquilidade de não ser interpelado/a com relação à identidade e ao nome parece ser garantida somente após a concretização da retificação do nome de registro civil.

Janaína, que recém havia garantido judicialmente a mudança de seu nome de registro, conta que quando ainda tinha um nome masculino na identidade ficava apreensiva ao buscar serviços de saúde. Diz ela que: “Tu fica assim, tu fica às vezes torcendo assim psicologicamente, tu contigo mesma, pra te chamarem assim pelo teu nome feminino. Mas isso aí já... Isso aí são coisas que já passaram, né?” [*sic*]. Da mesma forma, uma frequentadora da ONG Igualdade avalia que sua qualidade de vida melhorou depois da retificação do nome de registro.

Eu já tenho os meus documentos adequados. Eu ainda não sou uma mulher readequada cirurgicamente, mas consegui alterar meus documentos, e alterei inclusive o gênero na minha certidão de nascimento. Sou gênero feminino e isso é uma vitória pra mim. Isso melhora minha condição de vida. Se eu comparar com o

que eu tinha antes, que eu tinha um outro nome civil e tentava usar o nome social, eu vejo que isso me facilita muito hoje nas instituições, porque é só apresentar meus documentos (Trecho de diário de campo).

Atualmente no Brasil, a possibilidade de uma pessoa realizar a alteração do nome, sexo e/ou gênero que consta em seu registro civil se dá através de uma ação judicial individual, não havendo uma lei específica que trate do direito das pessoas realizarem tais alterações de forma autônoma (VENTURA & SCHRAMM, 2009). Dessa forma, para mudar o nome, é preciso passar pelo poder judiciário, e este se baseia na chancela de profissionais como psiquiatra ou psicólogo/a para tomar sua decisão.

Bianca, na época da entrevista, ainda estava aguardando a decisão judicial com relação à sua mudança de nome. Ela conta que:

Eu tô na Justiça, meu processo está pra mudança de nome, retificação do nome já está tramitando desde julho. Eu fui sozinha na Defensoria, só que daí infelizmente, eu não sei por que cargas d'água, deu uma embromação, uma enrolação, eu fui sorteada... Para um juiz muito preconceituoso, que está dificultando bastante. Porque daí o que esse juiz pediu? Ele queria um laudo do Hospital de Clínicas que dissesse que eu era assim desde criança, e aí eu disse para que isso não tinha como, que isso era forjar um documento (Bianca).

Mesmo que no âmbito do SUS seja possível que uma pessoa passe pelo processo transexualizador e realize as transformações corporais que julgue necessárias para si, isso não lhe garante o direito de, após a realização desses procedimentos, ter automaticamente seu nome de registro alterado. Uma mulher transexual comentou, em um grupo da ONG Igualdade, o desconforto causado pela longa demora para conseguir alterar seu nome de registro civil após a realização da cirurgia de redesignação sexual: “E o tempo passando e eu com a genitália feminina, né, e com a documentação masculina. Dois anos... Eu já tava assim, os dois anos... Um horror” (Trecho de diário de campo).

Dessa forma, o serviço de saúde depende de outros setores para que possa garantir um cuidado integral. Como não há uma lei específica nem uma política pública intersetorial pensada para esses casos, a pessoa fica à mercê do ritmo imposto pelo aparelho judiciário. Nesse caso, a saúde não consegue garantir, sozinha, uma melhor condição de vida para as pessoas que passaram pelos procedimentos do processo transexualizador e a integralidade, segundo a forma como está definida no campo da saúde, não consegue ser efetivada.

Uma questão imediata vivida pelas pessoas transexuais que passam pelo processo transexualizador, mesmo quando o fazem pelo SUS, é o fato de a política de saúde ter caminhado mais depressa do que o Poder Judiciário. A modificação corporal torna-se integralmente possível, mas os sujeitos podem levar anos até obterem autorização judicial para troca do nome e do sexo nos documentos. Sob o aspecto da

inserção no mundo do trabalho e da geração de renda, esta é uma experiência altamente limitadora para mulheres e homens transexuais, porque, embora possam gozar subjetivamente e nas relações cotidianas da satisfação com a própria identidade (a partir das transformações corporais), sem a adequação dos documentos permanecem na clandestinidade, ou a acentuam, vivendo situações constantes em que são questionados e, eventualmente, discriminados. (ALMEIDA & MURTA, 2013, p. 395).

Sem uma normatização nacional com relação à retificação do registro civil, algumas experiências locais têm tentado enfrentar o desafio do reconhecimento legal das identidades de gênero da população “T”. Em maio de 2012, foi instituída no Estado do Rio Grande do Sul a Carteira de Nome Social para Travestis e Transexuais. A carteira foi lançada pela Secretaria de Segurança Pública como uma ação do Programa “Rio Grande Sem Homofobia”, que é coordenado pela Secretaria da Justiça e Direitos Humanos, e é válida como documento de identidade nos serviços do poder executivo estadual do RS.

Embora muitas travestis e pessoas transexuais tenham recorrido ao uso desse documento, na prática ele não garante que cenas de constrangimento sejam evitadas. Uma das limitações mais importantes deve-se ao fato de que a Carteira de Nome Social só tem validade nos serviços vinculados ao poder executivo do Rio Grande do Sul, o que significa que, ao cruzar a fronteira estadual, ele perde sua legitimidade⁶¹. Além disso, mesmo dentro do Rio Grande do Sul existem dificuldades na utilização da Carteira Social. Escutei diversos relatos e inclusive presenciei algumas cenas em serviços (públicos e privados) nos quais a Carteira Social não foi reconhecida como um documento de identificação válido. A fala de Bianca – que tem uma amiga que confeccionou a Carteira Social, mas que encontra dificuldades em utilizá-la – exemplifica a opinião de muitas pessoas com as quais interagi no campo sobre esse documento: “Eu não concordo, eu discordo dessa carteira de nome social, essa carteira social e nada, pra mim, é a mesma coisa” [*sic*].

De forma semelhante, Janaína considera que a Carteira de Nome Social representou um avanço para as travestis e pessoas transexuais no Rio Grande do Sul, mas afirma que a principal demanda agora é com relação à mudança do nome de registro civil:

Eu sempre lutei, eu corri atrás, sempre lutei pelo meu nome civil, pela minha troca de identidade, né? E o nome social ficou uma coisa meio vaga agora. Porque com a Carteira Social começou... Foi uma porta, uma porta aberta, o início de um processo, entendeu? Aonde o governador Tarso Genro assinou um decreto, né, do nome social lá no Palácio Piratini. Então acho que foi uma porta que se abriu pra gente dar um passo, né, pra conseguir o nome civil num processo judicial, na Justiça (Janaína).

⁶¹ Diferentemente da Carteira de Identidade, que tem validade em todo o território nacional.

O uso da Carteira Social no cotidiano fez com que as restrições de uma ação como essa aparecessem. Somada a isso, a experiência acumulada nos últimos anos com relação aos limites que o uso do nome social no SUS apresenta permitiram que o movimento social fizesse uma avaliação dessas estratégias governamentais, emergindo um debate, no Rio Grande do Sul, com relação à criação de uma política pública que enfrentasse essa questão de forma mais concreta e realista⁶². Não por acaso, o projeto “Direito à Identidade: Viva seu Nome” – que ajuíza ações de retificação de nome de registro civil através de uma parceria entre a ONG Igualdade e o SAJU/UFRGS – surgiu após o lançamento da Carteira de Nome Social, pois se percebeu que esta seria somente uma solução paliativa a ser utilizada enquanto a retificação do nome não se efetivasse.

Nesse processo, como anunciado no início do capítulo, emerge uma nova bandeira de luta para o movimento de travestis e transexuais no Rio Grande do Sul, que não deseja mais somente a aceitação do uso do nome social nos espaços de convivência pública, mas busca a institucionalização da retificação do nome de registro civil como política estatal⁶³. Tal conquista, se efetivada, poderá ampliar a cidadania de travestis e pessoas transexuais, ampliando um direito que reconhece a construção identitária dessas pessoas – hoje restrito à saúde – para todos os campos da vida desses sujeitos. Ainda com relação a essa questão, e sobre a qual o movimento social e o poder público precisarão se debruçar de forma bastante cuidadosa, coloca-se a demanda de mudança do nome de registro civil no caso de menores de idade. Como nas crianças e adolescentes o controle corporal, subjetivo e social costuma operar de forma intensa, será necessária uma força maior para romper com a perspectiva de tutela que ainda se apresenta nessas situações.

⁶² Muitas travestis e mulheres trans se referem à Carteira Social como a carteira do “nome fantasia”.

⁶³ É importante lembrar que essa discussão não está localizada somente no Rio Grande do Sul: há uma movimentação nacional indicando a pertinência dessa pauta. Há inclusive um projeto de lei – chamado de Lei João Nery – que, inspirado na Lei de Identidade de Gênero argentina, busca garantir a retificação do nome de registro para todas as pessoas que assim o desejarem.

6 TECNOLOGIAS DO CUIDADO EM SAÚDE

As práticas do cuidado em saúde se estabelecem no encontro entre as demandas do/a usuário/a e as ferramentas de que dispõe o/a trabalhador/a. Para que o cuidado se efetive, o/a trabalhador/a em saúde deve ser mais do que um mero aplicador de técnicas, sendo importante reconhecer seu papel político enquanto operador/a de uma política pública. Michael Lipsky (2010), ao refletir sobre a forma como as políticas públicas chegam até a ponta – ou seja, como atingem o público-alvo a que são destinadas – mostra que os/as “burocratas do nível da rua”⁶⁴ desempenham papel de extrema importância na entrega do produto final ao/à usuário/a, pois são eles/as que colocam em ação, a partir de seus valores, ideais e experiências, aquilo que está previsto no texto das políticas. Assim, é na dimensão do encontro (ou desencontro) entre trabalhadores/as e usuários/as da saúde que as políticas de saúde expressam sua materialidade.

A relação usuário/a-trabalhador/a é uma zona de grandes investimentos para o campo da saúde coletiva, que advoga pela “construção de um compromisso efetivo dos trabalhadores de saúde com o mundo das necessidades do usuário” (MERHY, 2007, p. 33). A organização dos processos de trabalho também se configura como um campo de interesses e de intervenção da saúde coletiva, pois se considera que os ideais da Reforma Sanitária serão materializados se houver tanto mudanças estruturais no sistema, quanto mudanças das mentalidades daqueles que operam, na ponta, o trabalho em saúde.

Emerson Merhy (2007), ao tratar da micropolítica do processo de trabalho em saúde, propõe uma reflexão em torno das tecnologias que fazem operar o cuidado.

Consideramos que, no encontro entre o médico e o usuário, este profissional de saúde utiliza “caixas de ferramentas tecnológicas” para agir (...). Ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que almeja (MERHY & FEUERWERKER, 2009, p. 5).

A caixa de ferramentas de que o/a profissional da saúde dispõe é composta, para Merhy (2007), de três tipos diferentes de tecnologias: *tecnologias leves*, *leve-duras* e *duras*. As tecnologias leves referem-se ao emprego de ferramentas relacionais como o acolhimento, o vínculo, a escuta e o compromisso com os processos de autonomização dos sujeitos. Essa tecnologia possibilita que a singularidade, o contexto, o universo cultural e os modos

⁶⁴ Burocratas do nível da rua é a expressão utilizada pelo autor para designar o/a trabalhador/a do campo das políticas públicas que atua na assistência direta à população (LIPSKY, 2010).

específicos de viver do/a usuário/a sejam captados pelo/a trabalhador/a da saúde. “É neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar” (MERHY & FEUERWERKER, 2009, p. 6) a relação estabelecida com o/a profissional.

A tecnologia leve-dura representa os *saberes estruturados* que fazem operar o processo de trabalho em saúde, tais como a epidemiologia, a clínica médica, a clínica psicológica, etc. Os *saberes estruturados*, também denominados *saberes tecnológicos*, permitem que o olhar do/a médico/a apreenda, sob determinado ponto de vista⁶⁵, as necessidades do/a usuário/a, transformando tais necessidades em seu objeto de intervenção. As tecnologias leve-duras oferecem sustentação técnica e teórica aos procedimentos e atos em saúde, além de, concomitantemente, atuarem na produção de conhecimentos acerca da realidade sobre a qual intervêm.

Por fim, o autor trabalha com a noção de *tecnologia dura*, que

É a que permite manusear o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas (MERHY & FEUERWERKER, 2009, p. 6).

As tecnologias duras são as forças instituídas representadas pelas máquinas, normas e estruturas organizacionais – conjunto denominado de “equipamentos tecnológicos” (MERHY, 2007, p. 49).

Para Merhy (2007), os diferentes modelos de atenção em saúde configuram-se a partir de arranjos que conjugam certas quantidades de cada uma dessas tecnologias, conformando diferentes tipos de cuidado e de relação entre usuário/a-trabalhador/a. Nesse sentido, para que possamos compreender de que forma têm se configurado a atenção à saúde de travestis e pessoas transexuais no SUS, bem como a composição das diferentes tecnologias presentes nesse cuidado, trataremos neste capítulo, inicialmente, da emergência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2011). Em seguida, trataremos das tensões presentes na institucionalização do Processo Transexualizador no SUS, bem como do processo inicial de formulação da Política de Saúde LGBT no RS, finalizando com uma reflexão sobre a relação entre as diferentes tecnologias do cuidado no campo da atenção à saúde para travestis e transexuais.

⁶⁵ Ponto de vista que se constrói a partir dos valores e saberes que aquele/a profissional detém, tal como também aponta Michael Lipsky (2010).

6.1 A emergência de uma política de saúde destinada à população LGBT

De acordo com Marta Rodrigues (2010), a construção de uma política pública pode ser entendida como um processo pelo qual os diferentes grupos que compõem determinada sociedade – cujos interesses, valores e objetivos podem ser divergentes – tomam decisões coletivas que condicionam o conjunto dessa sociedade (RODRIGUES, 2010). Para Jairnilson Paim e Carmem Teixeira (2006), as políticas públicas são estratégias de governo dos sujeitos, das populações e das instituições e, imersas em um determinado tempo histórico, político e social, refletem os ideais, expectativas e os jogos de poder presentes em cada sociedade.

Regina Facchini (2009) considera que as políticas públicas direcionadas à população LGBT no Brasil refletem o processo de incorporação das pautas do movimento social LGBT pelo Estado, fato impulsionado pelo processo de redemocratização vivido no cenário nacional nas últimas décadas. Para a autora, “a democratização de processos decisórios e a inclusão de novos segmentos populacionais como beneficiários de políticas públicas” (FACCHINI, 2009, p. 135) permitiu que novos atores passassem a compor a arena pública de disputas nos planos político e institucional, incidindo sobre a formulação e a implementação de ações, programas e políticas específicas.

O Brasil vem passando por um processo de importantes redefinições no campo das relações de gênero e da sexualidade, estando na agenda brasileira discussões acerca do que deve ser tolerado ou criminalizado⁶⁶ e o que deve ou não receber amparo legal e atenção das políticas públicas (ASSIS SIMÕES & FACCHINI, 2009). Em relação à população LGBT, em 2004 foi lançado o Programa Brasil Sem Homofobia (Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual), considerado um marco institucional na promoção de direitos e de cidadania para essa população (MELLO *et al.*, 2011). Nesse Programa, foram elencadas ações que deveriam ser desenvolvidas pelos diferentes setores das políticas públicas (segurança, educação, saúde, trabalho e cultura), objetivando a ampliação e a garantia de direitos para as pessoas discriminadas devido à orientação sexual e/ou identidade de gênero. No âmbito da saúde, o programa propôs, dentre outras ações, que o Ministério da Saúde institísse um Comitê Técnico de Saúde da

⁶⁶ A instituição da Lei Maria da Penha, em 2006, é um dos exemplos da materialização de tais redefinições.

População LGBT (BRASIL, 2004a), cuja atribuição seria a criação de uma Política Nacional de Saúde para esse grupo. Através da Portaria GM 2.227/2004, foi instituído pelo Ministério da Saúde, em outubro de 2004, o Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais – GLTB⁶⁷ (BRASIL, 2004d). Embora o Comitê tenha sido criado em 2004, a Política Nacional de Saúde LGBT foi lançada somente em 2011⁶⁸, após passar por consulta pública no ano de 2008 e ser aprovada por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009.

De acordo com Marcelo Perilo *et al* (2014) – que realizaram uma pesquisa avaliativa das políticas públicas para a população LGBT no Brasil, dentre elas a saúde –, a Política Nacional de Saúde LGBT é um marco referencial para o desenvolvimento de ações integrais em saúde para essa população, ressaltando que a referida política busca eliminar o preconceito institucional e a discriminação presentes nos atendimentos de saúde, contribuindo para a consolidação do SUS como um sistema universal, integral e equânime.

Tatiana Lionço, pesquisadora que compôs o grupo de trabalho que redigiu a Política Nacional de Saúde LGBT, em um texto publicado no ano de 2008, já argumentava que a noção de equidade deveria ser a balizadora para a formulação de uma política de saúde específica para esse grupo, uma vez que “os agravos à saúde desses segmentos populacionais estão, em grande parte, determinados socialmente” (LIONÇO, 2008, p. 13). A autora considerava que as necessidades em saúde da população LGBT dizem respeito às “consequências das representações e significações que recaem sobre” (LIONÇO, 2008, p. 13) as práticas sexuais e os modos de vida dessas pessoas, que tendem a ser consideradas “desviantes em relação a um suposto padrão de normalidade ou saúde implicado na heteronormatividade moralmente vigente” (LIONÇO, 2008, p. 13).

De fato, ao lermos o texto da Política Nacional de Saúde LGBT, percebemos que o argumento da equidade foi incorporado e, já na introdução, afirma-se que “a Política LGBT é uma iniciativa para a construção de mais equidade no SUS” (Brasil, 2011, p. 4). A utilização desse princípio como uma das justificativas para a criação da política de saúde LGBT está inserida no processo de reconhecimento das desigualdades sociais como produtoras de impactos sobre o acesso e o consumo de ações e serviços de saúde. No texto da política, considera-se que:

⁶⁷ A sigla utilizada na época, GLTB, foi alterada pela reivindicação do movimento lésbico, e hoje se utiliza a letra “L” em seu início.

⁶⁸ Portaria 2.836, de 1º de dezembro de 2011.

A exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como a dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação como no caso das homofobias (...) devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença (BRASIL, 2011, p. 8).

A Política de Saúde LGBT reconhece que as dinâmicas de preconceito e discriminação vividas cotidianamente produzem efeitos sobre o processo saúde-doença. Tal reconhecimento é um avanço institucional com relação às primeiras intervenções de saúde destinadas às pessoas LGBT no Brasil, que centravam suas ações basicamente em torno da epidemia da Aids⁶⁹ (MELLO *et al*, 2011). No contexto da epidemia, as formas como as pessoas se relacionavam sexualmente e faziam uso de seu corpo e de seus prazeres passaram a ser um problema para o Estado: as sexualidades “desviantes” – homossexuais, prostitutas, travestis, transexuais – deveriam ser acompanhadas de perto, remediadas e normalizadas, pois se considerava que nesses grupos havia grande possibilidade de se encontrar práticas de risco que poderiam produzir danos para o corpo social. A própria ação governamental de enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, que inicialmente localizou em determinados grupos sociais o risco de contaminação pelo vírus do HIV, reforçava o estigma em torno daqueles/as que expressavam sexualidades diversas da heteronorma. Como vimos anteriormente, ainda hoje a associação entre travestilidades, transexualidades e o HIV/Aids é muito forte, principalmente entre as travestis e transexuais profissionais do sexo, que tiveram suas imagens coladas ao adoecimento e à morte em virtude do vírus da Aids⁷⁰.

Por outro lado, é importante lembrar a epidemia de HIV/Aids no Brasil, bem como as ações governamentais dela decorrentes, também serviram para introduzir no espaço público o importante debate sobre os efeitos do preconceito (MELLO *et al*, 2011; FACHHINI, 2009; PARKER, 2009). Richard Parker (2009) considera que a epidemia permitiu trazer à tona uma discussão mais ampliada sobre as diferentes formas de expressão da sexualidade, possibilitando maior visibilidade das práticas atribuídas a grupos minoritários e abrindo um campo fértil para pesquisas que transformaram a maneira de se perceber a sexualidade no Brasil e no mundo.

⁶⁹ Importante lembrar que existiam práticas anteriores, como a internação psiquiátrica e as terapias de conversão da homossexualidade – esta última atualmente proibida no campo da Psicologia, após a criação da Resolução CFP 001/99, que estabelece normas para a atuação de psicólogos/as com relação à orientação sexual.

⁷⁰ De fato, a taxa de infecção por HIV é maior entre travestis e mulheres transexuais, se comparada à população geral, principalmente no grupo das profissionais do sexo. No entanto, esses números não devem ser interpretados a partir da ideia de grupo de risco, mas sim em virtude da vulnerabilização dessa população, incluído aí as questões interseccionais e as dificuldades programáticas/institucionais, dentre elas a de acesso ao SUS.

Atualmente, a Política da Aids, embora ainda seja financiadora de algumas ações e projetos que se destinam às pessoas LGBT, já não é mais o único foco do poder público no que se refere à saúde dessa parcela da população, que agora busca ampliar as ações a partir de uma perspectiva integral. No entanto, é importante apontar o fato de que a destinação orçamentária para a execução das ações da Política de Saúde Integral LGBT é ainda incipiente, o que pode ser um fator dificultador e até mesmo impeditivo para a operacionalização de suas ações (PERILO *et al*, 2014; MELLO *et al*, 2011; LIONÇO, 2008)⁷¹.

Também é importante ressaltar que, conforme Marcelo Perilo *et al* (2014) apontam, há uma coexistência de dois modelos na atenção à saúde LGBT no Brasil no momento atual. Um deles está relacionado às ações mais tradicionais desenvolvidas pelo campo da Aids, que são centradas no combate às DST e na administração dos “riscos” de contrair o vírus HIV, direcionando estratégias para os considerados “sujeitos desviantes” (PERILO *et al*, 2014, p. 227). Por outro lado, a partir da criação da Política de Saúde LGBT, a perspectiva da atenção integral à saúde passa a ofertar ações transversais e ampliadas, considerando as multiplicidades da população LGBT ao integrar os marcadores sociais de raça, gênero, ciclo de vida e classe ao campo de ação da política e utilizando referenciais dos direitos humanos para seu desenvolvimento.

No entanto, mesmo que a Política de Saúde Integral LGBT represente uma inovação no campo da atenção a essa população, incorporando elementos da saúde coletiva e da perspectiva dos direitos humanos em sua composição, ela se insere em contextos institucionais que majoritariamente reproduzem a fragmentação do cuidado e desconsideram as marcas interseccionais que constituem os sujeitos. Dessa forma, é um desafio fazer com que a integralidade do cuidado seja de fato alcançada, assim como o é fazer com que a política seja executada em todos os âmbitos de atenção – desde a atenção básica até o nível hospitalar.

No caso de travestis e pessoas transexuais, como veremos no próximo tópico, há ainda outra peculiaridade: o Processo Transexualizador, hoje integrado à Política de Saúde LGBT e disponível também para travestis e homens transexuais, foi criado antes da Política de Atenção Integral à Saúde LGBT e surgiu de forma pontual e reativa a uma ação perpetrada

⁷¹ A escassez de recursos financeiros não é um privilégio da Política de Saúde LGBT. Porém, como esse é um dos fatores que inviabiliza a implementação das políticas de saúde nos Estados e municípios, é importante assinalarmos este ponto, uma vez que ele evidencia o baixo grau de institucionalidade que essa proposta possui no âmbito do SUS.

pelo Ministério Público Federal contra a União. Assim, a atenção à saúde de travestis e pessoas transexuais no SUS é herdeira de disputas no campo moral, político e econômico em torno da legitimidade social da diversidade das expressões de gênero que, ainda hoje, reverberam no campo.

6.2 Notas sobre o Processo Transexualizador no SUS

Mesmo não havendo uma política de saúde específica para a população “T” no SUS, o Processo Transexualizador (BRASIL, 2013a; 2008) é uma ação integrante da Política de Saúde LGBT que contempla algumas das especificidades de algumas travestis e pessoas trans⁷². Devido à centralidade que essa ação ainda representa em termos de acesso e oferta de procedimentos para travestis e transexuais no SUS, é importante que sejam tecidas algumas considerações a seu respeito no presente trabalho⁷³.

A primeira versão do Processo Transexualizador no SUS foi regulamentada através da Portaria nº 1707/2008, que definiu as normas de acesso e os tratamentos ofertados para transexuais que desejavam realizar transformações corporais utilizando os serviços de saúde vinculados ao sistema público de saúde. As condutas, nessa versão da Portaria, eram destinadas exclusivamente para as mulheres transexuais, impossibilitando o acesso de travestis e homens trans ao Processo Transexualizador. Isso porque a Portaria se apoiava na Resolução nº. 1652/2002 do Conselho Federal de Medicina (CARRARA, 2013), a qual regulamentava somente as cirurgias de redesignação sexual em mulheres transexuais, considerando de caráter experimental os procedimentos destinados aos homens transexuais. As travestis, por sua vez, nem eram citadas como possíveis destinatárias de ações em saúde nesse contexto.

É de suma importância o fato de que essa Portaria só foi editada em função de uma condenação sofrida pela União através de Ação Civil Pública perpetrada pelo Ministério

⁷² A primeira palavra “algumas” presente nessa frase busca destacar que o processo transexualizador não é “a” resposta para as demandas de transformações corporais de travestis e pessoas trans. Já a segunda refere-se ao fato de que nem todas as travestis e pessoas trans desejam acessar esse tipo de tecnologia.

⁷³ A pesquisadora Flávia Teixeira, durante debate ocorrido no XX ENLAIDS, chamou a atenção para o nome desse procedimento – “Processo Transexualizador” – afirmando algo bastante interessante: “esse processo não torna ninguém transexual, esse nome precisa ser repensado”.

Público Federal⁷⁴. A sentença, proferida em 2007, obrigou a União a incluir na lista de procedimentos pagos pelo SUS as cirurgias de redesignação sexual⁷⁵. Em função da maneira como foi criado, esse programa – que envolve procedimentos de alta complexidade tecnológica, sendo realizado exclusivamente em hospitais universitários – configurou-se como uma resposta pontual do SUS às questões trans, não integrando uma rede mais ampliada de cuidados para essa população.

Outra questão a ser considerada com relação ao Processo Transexualizador diz respeito à noção de patologia explicitada no texto da Portaria de 2008: esta definia o “transexualismo” como uma doença mental que requeria um determinado tipo de tratamento médico – a cirurgia de transgenitalização⁷⁶. Não é preciso ser profissional da saúde para perceber que o modelo proposto pelo Conselho Federal de Medicina e adotado pelo Ministério da Saúde – tratar uma “patologia mental” com uma cirurgia – só podia se sustentar em um contexto de valorização do fator biológico como definidor das demais esferas da vida.

Conforme Tatiana Lionço (2009) mostra em artigo em que trata do Processo Transexualizador no SUS, a criação e implantação desse programa, embora tenha representado um avanço na atenção à saúde de algumas mulheres transexuais⁷⁷, condensa uma série de discursos patologizantes. Para a autora, essa é uma ação estatal tomada por conceitos normatizadores da sexualidade e do gênero e que, ao mesmo tempo em que garante direitos, pode também trazer à tona novas formas de exclusão e estigma.

Nesse sentido, Castel (1987) já apontava que as políticas públicas, ao permitirem acesso a determinados equipamentos criados pelo Estado, definem regras de existência para

⁷⁴ Ação Civil Pública nº 2001.71.00.026279-9/RS.

⁷⁵ Até 2002, as cirurgias de redesignação sexual eram realizadas no Brasil em caráter experimental e, como mostram Tatiana Lionço (2009) e Flávia Teixeira (2013), isso facilitava as negativas do Ministério da Saúde em acolher essa demanda. Com a publicação da Resolução CFM nº. 1652/2002, as cirurgias destinadas às mulheres transexuais deixaram de ser consideradas experimentais e, a partir daí, foram se estabelecendo normas e critérios para o “tratamento do transexualismo” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, p. 80) no Brasil. As novas regras previstas na Resolução do CFM levaram, mais tarde, à institucionalização, acertada pela via judicial, do Processo Transexualizador no SUS.

⁷⁶ Novamente reafirmamos que os termos utilizados na redação da Portaria do Processo Transexualizador foram embasados na Resolução 1652/2002 do Conselho Federal de Medicina, que afirma que “a cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários (...) tem o propósito terapêutico específico de *adequar a genitália ao sexo psíquico*” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, p.80, grifos meus), configurando-se como “a *etapa mais importante* no tratamento de pacientes com transexualismo” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, p.80, grifos meus). Atualmente, a Portaria 1652/2002 encontra-se revogada pela Resolução nº 1955/2010 do Conselho Federal de Medicina.

⁷⁷ Aqui frisamos a palavra “algumas” porque nem todas as pessoas transexuais sentem necessidade ou vontade de realizar a cirurgia de redesignação de sexo, sendo que muitas somente reivindicam o direito ao reconhecimento de sua identidade de gênero, demandando do Estado não uma cirurgia, mas o direito de viver sua feminilidade e/ou masculinidade sem ser desrespeitado/a por isso (ZAMBRANO, 2003).

seus destinatários. No caso do Processo Transexualizador, ao definir a transexualidade como uma patologia mental, propondo como terapêutica a adequação cirúrgica do corpo ao “sexo psíquico” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, p. 80) do/a paciente, cria-se uma ação que reitera que a linearidade entre sexo-gênero-desejo (BUTLER, 2003) é a forma adequada de expressão dos corpos e da sexualidade. Além disso, ao centralizar em procedimentos cirúrgicos a “cura” para o “transexualismo”, está se atribuindo ao saber biomédico o papel de definidor das relações do sujeito com seu corpo e sua identidade⁷⁸. As falas de Karen e de Luciana ilustram esta questão:

Se nessa coisa assim... Diziam que foi diagnosticado como doença, né, e o tratamento era a cirurgia, então era um direito que eu tinha. Era um direito que eu tinha. Mesmo apesar de muitas pessoas acharem assim: “não, nós não somos doentes”. Mas se foi tratado, se o caminho era esse... Então, vamos lá! (Karen).

Do lado pessoal assim, do lado do ser humano, do sentimento da gente é uma barreira a mais, né [refere-se à necessidade de autorização de um/a psiquiatra para a realização da cirurgia]. Você tem que passar por toda uma avaliação, tem que depender de laudo psiquiátrico, inclusive, né, porque não é considerado, assim, uma coisa, uma condição da pessoa e, sim um transtorno psiquiátrico. Eu acho que é, assim, uma coisa que prejudica bastante, um empecilho a mais, né, que eu acho que não precisava ter (Luciana).

Passados cinco anos da publicação da primeira versão do Processo Transexualizador, no dia 30 de julho de 2013 – agora podendo se apoiar na Política de Saúde Integral LGBT, isto é, passando a integrar uma política de saúde, não sendo mais uma ação pontual – o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 859, que redefinia e ampliava os procedimentos do Processo Transexualizador no SUS. Nessa proposta, ampliava-se o escopo das ações previstas no programa, possibilitando-se a realização de procedimentos de transformação corporal também para travestis e homens transexuais, garantindo a realização da hormonioterapia para pessoas a partir dos 16 anos de idade e dos procedimentos cirúrgicos a partir dos 18 anos de idade.

Contudo, a publicação dessa Portaria passou por entraves políticos e institucionais importantes. No mesmo dia em que foi publicada, a portaria foi revogada e só veio a ser

⁷⁸ As Resoluções 1482/1997, 1652/2002 e 1955/2010 do CFM apresentam a mesma definição sobre a transexualidade, assim como mantêm a mesma justificativa para a indicação da cirurgia de redesignação sexual. No entanto, os textos apresentam alterações substanciais em relação aos procedimentos que podem ser ofertados pela Medicina para a construção de um “corpo biológico” adequado a um determinado gênero. Tais alterações parecem estar ligadas muito mais ao aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e à preocupação com o desenvolvimento de pesquisas científicas no campo das cirurgias de “transformação” das genitálias do que às demandas apresentadas pela população que busca tal tipo de intervenção. Dessa forma, percebe-se que a noção que fundamenta a ideia da transexualidade como transtorno não passa por alterações; o que muda são as técnicas (cirúrgicas, farmacológicas, psicológicas) de abordagem do mesmo. De acordo com Márcia Arán e Daniela Murta (2009), “isso nos permite pensar como a incorporação de novas tecnologias médicas reitera as normas de gênero através da normatização da masculinidade e da feminilidade” (ARÁN & MURTA, pp. 28-29).

republicada em novembro de 2013⁷⁹, após decisão judicial originada de uma Ação Civil Pública que novamente – assim como ocorrera em 2008 – obrigou o Ministério da Saúde a instituir as ações do Processo Transexualizador no SUS.

A justificativa apresentada pelo Ministério da Saúde para revogação da portaria que ele mesmo havia publicado – após mais de dois anos de trabalho com parte do movimento social trans, acadêmicos/as da área e conselhos profissionais – foi a de que ainda havia a necessidade de melhor definição dos protocolos de atendimento do Processo Transexualizador, em especial aqueles relacionados aos/às adolescentes e jovens que demandam este tipo de atendimento. No entanto, essa justificativa não convenceu o movimento social nem os/as profissionais e acadêmicos/as que participaram do processo de revisão da Portaria.

Algumas hipóteses foram levantadas para tentar compreender o que levou o Ministério da Saúde a voltar atrás em sua decisão, sendo importante destacar ao menos duas delas: as negociações e barganhas com a bancada evangélica do Congresso Nacional⁸⁰, que sistematicamente luta contra o reconhecimento de direitos humanos e sociais de grupos como indígenas, quilombolas, pessoas LGBT, mulheres, dentre outros, e as disputas entre os órgãos e associações de classe da Medicina com as demais profissões do campo da saúde que integram a equipe responsável por realizar as ações do Processo Transexualizador no SUS.

Essa segunda hipótese, conforme Flávia Teixeira (2013b), refere-se às disputas estabelecidas entre o Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde para definir quem teria maior poder na definição dos procedimentos previstos na Portaria, ainda mais em tempos de forte mobilização das diferentes categorias da área da saúde contrárias à chamada Lei do Ato Médico⁸¹ e dos enfrentamentos realizados entre as associações médicas e o

⁷⁹ Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013.

⁸⁰ Cabe lembrar que uma campanha lançada pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/Ministério da Saúde em junho de 2013, cujo mote era a promoção de direitos de profissionais do sexo, foi retirada de circulação logo após seu lançamento, criando uma enxurrada de críticas do movimento social, de acadêmicos/as e de trabalhadores/as do SUS. Tal situação gerou uma crise institucional no Departamento responsável pela campanha, culminando com a exoneração do diretor do Departamento na época. O papel da bancada evangélica e conservadora, que compõe a base aliada do Governo Federal, foi determinante para a revogação dessa campanha.

⁸¹ O “Ato Médico” era um projeto de lei que pretendia tornar privativo da classe médica todos os procedimentos de diagnóstico de doenças, indicação de tratamentos e realização de procedimentos invasivos, impossibilitando ainda as demais categorias da saúde de emitir atestados sobre as condições de saúde dos pacientes. Outro ponto polêmico do projeto dizia respeito à chefia e coordenação dos serviços de saúde, que deveriam ficar exclusivamente a cargo de profissionais da Medicina. Tais reivindicações da classe médica, ao buscar uma hierarquia com relação às demais profissões da saúde, iam totalmente de encontro ao processo de trabalho (interdisciplinar, multiprofissional, com valorização das equipes) proposto no SUS (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Ministério da Saúde em relação à criação do Programa Mais Médicos⁸², que, desde seu lançamento, tem sido sistematicamente boicotado pelas entidades que representam a categoria médica no Brasil.

Em meio a tantas disputas, e novamente com a interferência do poder judiciário⁸³, a terceira versão do Processo Transexualizador foi publicada em 19 de novembro de 2013⁸⁴, e o Ministério da Saúde, cedendo a algumas pressões, voltou atrás na alteração que havia proposto com relação às idades mínimas para a realização dos procedimentos de transformação corporal, reestabelecendo a idade de 18 anos para a hormonioterapia e de 21 anos para cirurgia de redesignação sexual (exatamente como constava na primeira versão).

Com relação à rede de serviços – questão que não havia sido contemplada na Portaria de 2008 – a Atenção Básica é apresentada como a porta de entrada preferencial e ordenadora da linha de cuidado aos/às usuários/as com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador (BRASIL, 2013a). Os serviços de Atenção Especializada – pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas constituídos por ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar – também integram a rede de atenção à saúde para essa população, ficando definidos de forma mais clara os papéis de cada estabelecimento na atenção à saúde de travestis e pessoas transexuais no SUS.

⁸² Programa lançado pelo Ministério da Saúde em 2013 que prevê diversas ações: aumento dos investimentos em infraestrutura de hospitais e unidades de saúde; presença de médicos (brasileiros e/ou estrangeiros) em municípios com maior vulnerabilidade social, nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e nas regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais na atenção básica; expansão do número de vagas de graduação em cursos de Medicina; expansão do número de vagas em residências médicas e realização de mudanças na grade curricular da formação médica no Brasil, com a instituição do chamado “2º ciclo de Medicina”, período de dois anos em que os/as alunos/as atuam em unidades básicas de saúde e serviços de urgência e emergência do SUS (BRASIL, 2014b).

⁸³ Flávia Teixeira (2013) apresenta em sua tese de doutorado uma discussão detalhada sobre as relações, por vezes de conluio, por vezes de disputa, travadas entre o poder judiciário e o poder médico no estabelecimento da primeira versão do Processo Transexualizador no SUS, mostrando os diferentes interesses e jogos de poder envolvidos nessa questão.

⁸⁴ Nesta Portaria, encontram-se listados os quatro hospitais universitários habilitados para realização dos procedimentos do Processo Transexualizador, cujas cidades que os sediam são: Porto Alegre, São Paulo, Goiânia e Rio de Janeiro.

6.3 Saúde Integral para quais LGBT? Notas sobre o processo inicial de formulação da Política de Saúde LGBT no Rio Grande do Sul

Desde meados do ano de 2013, está em discussão, na Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Estado do Rio Grande do Sul, a formulação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde LGBT. Como referido anteriormente, os debates têm acontecido com a participação de trabalhadores/as de diferentes setores da SES e do movimento social LGBT do RS. Dentre as diversas discussões realizadas ao longo dos encontros, uma delas refere-se aos entraves colocados para a institucionalização de uma política de saúde que contemple as demandas apresentadas pelo movimento de travestis e pessoas transexuais.

Na reunião do mês de janeiro de 2014, uma das pautas discutidas foi de que forma se daria a distribuição das diferentes categorias identitárias (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) pelas políticas mais consolidadas (como a saúde da mulher e a saúde do homem). As questões referentes à saúde das lésbicas foram de resolução mais tranquila: houve consenso no grupo de que esse grupo deveria integrar a política de saúde da mulher⁸⁵. Os gays também não suscitaram muitas dúvidas: se estávamos tratando de corpos cis, independentemente da orientação sexual dos sujeitos em questão, suas demandas de saúde deveriam ser encaminhadas para a política de saúde do homem.

As maiores dúvidas começaram a aparecer quando se passou a tratar das travestis e homens e mulheres transexuais: qual/quais política(s) deveriam contemplar esses segmentos?

Parte do movimento de travestis que integra o grupo argumentou que não via sentido em serem incluídas na política de saúde da mulher, uma vez que uma de suas especificidades seria a realização de atendimentos com urologistas. Por outro lado, algumas participantes consideraram que suas demandas também poderiam estar colocadas na saúde da mulher, uma vez que sua identidade de gênero é feminina e poderiam se beneficiar de atendimentos realizados em ambientes preparados para acolher esse tipo de demanda. Com relação às mulheres e homens transexuais não foi diferente: ambos deveriam poder se beneficiar tanto dos atendimentos prestados pela linha de cuidado da saúde da mulher quanto da saúde do homem. O que ficou explicitado, naquele momento, foi que para o grupo ali presente não

⁸⁵ O movimento de lésbicas no Rio Grande do Sul já vem pautando há alguns anos a questão do acesso e de atendimentos qualificados na saúde, tendo criado, em parceria com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, um Protocolo de Atendimento para Mulheres Lésbicas, que contempla diretrizes para a assistência à saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres (PORTO ALEGRE, 2011).

importava, *a priori*, em qual das “caixinhas” da saúde as pessoas iriam ser colocadas, mas que se garantisse que o cuidado seria oferecido, independentemente da identidade de gênero e/ou da orientação sexual dos/as usuários/as.

Encerrado esse debate, a coordenação da Política de Saúde LGBT no RS foi conversar com os/as trabalhadores/as das Políticas de Saúde da Mulher e de Saúde do Homem para iniciar as tratativas da inclusão de ações que contemplassem a parcela de lésbicas, gays, travestis e transexuais nas respectivas linhas de cuidado. Não surpresos/as, receberam respostas negativas por parte destes/as, justificadas por colocações como “a saúde da mulher é para quem tem vagina” (trecho de diário de campo), assim como “o indicador da política de saúde do homem é o câncer de próstata” (trecho de diário de campo).

A concepção hegemônica a partir da qual a maioria dos/as trabalhadores/as da saúde opera dificulta a flexibilização de alguns pré-conceitos, assim como diminui a possibilidade da criação de soluções inovadoras para as questões que se apresentam. Luiz Mello *et al* (2011), ao tratarem da formulação de políticas públicas de saúde para a população LGBT no Brasil, mostram que as ações de HIV e DST voltadas para transexuais estão contempladas no documento destinado às mulheres⁸⁶, enquanto as ações destinadas para as travestis integram o conjunto de medidas adotadas para o grupo de homens⁸⁷. Na avaliação dos/as autores/as, tais divisões refletem as disputas identitárias presentes no próprio movimento LGBT e mostram que as políticas públicas ainda estão fortemente marcadas por uma concepção binária de sexo e gênero.

Luiz Mello e Eliane Gonçalves (2010), ao refletirem sobre as interseccionalidades no campo da saúde, afirmam:

se em documentos governamentais (...) já é possível encontrar um número significativo de propostas de ação que se fundam na atenção simultânea a discriminações diversas, no mundo concreto das políticas públicas os sujeitos continuam a ser pensados universalmente (MELLO & GOLÇALVES, 2010, pp. 169).

Novamente, percebemos que somente boas intenções não bastam: mesmo que os textos das políticas de saúde consigam contemplar a pluralidade dos modos de existência (o que não parece ser o caso da situação relatada acima), para que eles saiam do papel e se

⁸⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

⁸⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

materializem na ponta – lá onde o/a usuário/a está, com suas angústias e sofrimentos – é preciso outra postura.

O feminismo fornece uma pista para que possamos pensar sobre as difíceis e intrincadas relações entre sujeitos/coletivos que se constituem a partir de fortes vieses identitários, como é o caso das categorias mulheres, travestis e transexuais – categorias que também são reificadas através das ações das políticas públicas. Tais sujeitos/coletivos, aparentemente tão distantes em suas demandas para o campo da saúde, a partir da “política das coalizões” (BUTLER, 2003, p. 35) podem estabelecer laços de solidariedade contingentes, buscando respostas provisórias e contextuais para suas questões.

Butler (2003), ao apontar os limites da “política da identidade” (BUTLER, 2003, p. 35), afirma que o sujeito é contingente e que as identidades podem ser provisórias e variáveis. As categorias identitárias, ao afirmarem uma suposta unidade, negam a complexidade e excluem parte da clientela que, paradoxalmente, buscam representar. Assim, sempre há um risco de que as políticas, ao responderem a demandas pautadas na estratégia das identidades, não consigam alcançar as singularidades que constituem os diferentes sujeitos.

Nesse sentido, “negar a essência da identidade não implica negar a existência de sujeitos políticos e da prática política, mas sim redefinir sua constituição” (MARIANO, 2005, p. 497). Ao se considerar a política de coalizões, abrindo a possibilidade do surgimento de alianças contingentes e localizadas, se permite a criação de fluxos mais flexíveis e dinâmicos. Conforme coloca Judith Butler (2003):

Se as identidades deixassem de ser fixas como premissas de um silogismo político, e se a política não fosse mais compreendida como um conjunto de práticas derivadas dos supostos interesses de um conjunto de sujeitos prontos, uma nova configuração política surgiria certamente das ruínas da antiga. As configurações culturais do sexo e do gênero poderiam então proliferar ou, melhor dizendo, sua proliferação atual poderia então tornar-se articulável nos discursos que criam a vida cultural inteligível, confundindo o próprio binarismo do sexo e denunciando sua inaturalidade fundamental (BUTLER, 2003, p. 213).

Na constituição de fluxos e de linhas de cuidado destinadas à saúde de travestis e pessoas transexuais, a possibilidade de transversalizar ações junto a outras políticas é essencial para garantir uma atenção integral a essa população. A transversalidade, como afirma Tatiana Lionço (2009), não deve se dar somente com as políticas que tradicionalmente trabalham com as questões de gênero, como a saúde da mulher e a saúde do homem, mas deve incluir também a saúde no sistema penitenciário, a saúde da pessoa idosa, a saúde mental, dentre outras. Para tanto, gestores/as e trabalhadores/as da saúde precisam permitir que as

supostas “verdades” e “certezas” sobre sexo e gênero que sustentam suas práticas sejam progressivamente substituídas por constatações provisórias, parciais e passíveis de mudança.

6.4 “O SUS não é uma maravilha, mas é o que a gente tem”: sobre as potencialidades e os limites de uma política pública de saúde

Ao retomarmos a trajetória da institucionalização da atenção às travestis e pessoas transexuais no SUS, que está em processo, percebemos que as primeiras ações foram pensadas tanto no âmbito da atenção às DST/HIV/Aids – através dos planos e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para conter o avanço da epidemia – quanto no âmbito hospitalar especializado – aqui entrando os procedimentos ofertados no Processo Transexualizador. O resultado desses movimentos foi a conformação de um quadro institucional em que o acesso era restrito a determinados serviços (serviços da Aids e/ou hospitais universitários que realizavam as cirurgias de redesignação sexual) e que contemplavam determinadas formas de expressão do gênero e da sexualidade presentes no universo trans (travestis e mulheres transexuais no caso da política da Aids e mulheres transexuais no caso do Processo Transexualizador), deixando de fora as demandas de homens transexuais, que não eram contemplados em nenhuma dessas ações.

As definições de Emerson Merhy (2007) com relação às tecnologias leves, leve-duras e duras, que se combinam em porções diferentes, produzindo distintas formas de operar o cuidado, podem nos ajudar a refletir sobre o modelo de atenção à saúde para travestis e pessoas transexuais presente hoje no SUS. Esse autor considera que, de forma geral, quanto maior é o nível de especialização do serviço, ou seja, quanto maior for a “dose” de tecnologias duras e leve-duras na composição do cuidado, maior tende a ser a distância entre o que o serviço oferece e o que o/a usuário/a realmente busca. Os procedimentos ofertados tendem a ser padronizados, pressupondo um perfil típico de pacientes a serem atendidos/as. No caso da “medicina tecnológica”, por exemplo,

há um empobrecimento das tecnologias leves, deslocando-se o eixo do arranjo tecnológico para uma articulação especial entre a valise das tecnologias leve-duras com a das tecnologias duras, de um jeito que mostra uma relação cada vez mais focal da competência da ação do médico, ao ponto de ele reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos (MERHY, 2007, p. 99).

Nesse modelo de atenção, o foco da intervenção são os procedimentos, que são realizados de forma pontual e bastante delimitada. Os vínculos do/a profissional são estabelecidos com o próprio saber e com as tecnologias-equipamento, o que acarreta a desimplicação do/a trabalhador/a com as demandas do/a usuário/a (MERHY, 2007; ROLLO & OLIVEIRA, 2007). No terreno da medicina tecnológica, a universalidade, a integralidade e a equidade não chegam a se efetivar, pois o que está em jogo é o saber do/a profissional e o procedimento em si, e não aquilo que o/a usuário/a demanda como cuidado.

Ao considerarmos que, historicamente, a atenção à saúde de travestis e transexuais se constituiu a partir do âmbito especializado, conjugando principalmente as tecnologias leves e duras, verificamos que o tipo de oferta ajudou a construir a demanda por esses tipos de serviços. Não é à toa que o movimento social priorizou a reivindicação pela ampliação do Processo Transexualizador no SUS, criando-se, junto com isso, a figura do ambulatório especializado na saúde “T”. A atenção básica que, por sua vez, tem sido ao longo dos últimos anos a aposta principal da gestão para o reordenamento do modelo de atenção, parece ter sido deixada de lado nas reivindicações do movimento social trans. Assim, mesmo na inovação, segue se (re)atualizando velhas fórmulas de atenção.

6.4.1 A oferta produz a demanda: a institucionalização da saúde trans através da atenção especializada

Historicamente, no Brasil, a atenção à saúde foi construída a partir de uma perspectiva biomédica, a qual atribuiu ao hospital um lugar central na rede de atenção. Em virtude de tal organização, existe uma tendência, por parte dos/as usuários/as, pela preferência da realização de atendimentos no âmbito hospitalar, configurando-se este como a figura central no itinerário de busca de cuidados em saúde para grande parcela da população (PINHEIRO, 2006). Por outro lado, a reorganização do modelo de atenção proposto a partir da implantação do SUS, e com a crescente valorização da atenção básica, observam-se outras variáveis que entram em jogo na hora de escolher a qual serviço de saúde recorrer. Roseni Pinheiro (2006) afirma que “os usuários já fazem uma hierarquização parcial na escolha entre unidades básicas de saúde e de retaguarda (unidades especializadas, incluindo-se aqui o hospital), com base na própria experiência de uso desses serviços” (PINHEIRO, 2006, p. 74).

Kátia Rocha *et al* (2009) realizaram estudo sobre a percepção de travestis e mulheres transexuais com relação ao SUS e verificaram que os serviços especializados, principalmente aqueles vinculados ao tratamento de DST/HIV/Aids, são referidos como de mais fácil acesso, mais acolhedores e cujos/as profissionais parecem mais preparados/as para recebê-las e tratá-las de acordo com suas especificidades. Para os/as autores/as,

Os profissionais responsáveis pela atenção a essas pacientes provavelmente combinam duas ferramentas de grande importância no momento da atenção: os conhecimentos técnico-científicos (...), assim como as ferramentas relacionais, para compreender os problemas dos pacientes e sua maneira de viver. Essa situação provavelmente também influi nas decisões das pacientes referentes ao tratamento (ROCHA *et al*, 2009, p. 12, tradução minha).

O estudo de Kátia Rocha *et al* (2009) verificou que, para as travestis e pessoas transexuais entrevistadas, o atendimento qualificado e humanizado foi atribuído aos espaços que associam tecnologias leve-duras (os saberes técnico-científicos) às tecnologias leves (acolhimento e vínculo). Uma das entrevistadas da nossa pesquisa exemplifica os achados de Kátia Rocha *et al* (2009). Questionada sobre qual serviço procurava quando precisava de atendimento em saúde, referiu que:

Assim, por exemplo, eu procuro... Geralmente a gente procura... Um serviço especializado (...). Meu médico, por exemplo, é uma pessoa maravilhosa. Eu sempre digo pra ele assim ó “o senhor não é meu médico, o senhor é meu amigo”, porque aquela coisa assim: a gente senta, a gente conversa, eu faço o tratamento com a adesão certa, entendeu? (...) Então a gente sempre busca um serviço especializado (Janaína).

O serviço citado nesse relato é o SAE, que é destinado ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids. Mesmo que Janaína tenha algum problema de saúde que não esteja relacionado a essa questão, ela busca o serviço especializado, por lá se sentir mais bem acolhida do que em outros pontos da rede. Além disso, para ela os/as profissionais do SAE estão “mais acostumados” [*sic*] a receber travestis e mulheres transexuais, compreendendo a necessidade do uso do nome social e respeitando sua identidade de gênero. O relato da entrevistada confirma o que Luiz Mello *et al* (2011) e Elder Cerqueira-Santos *et al* (2010) apontam com relação aos serviços de DST/Aids: nestes, em função de seu histórico de atuação, há uma circulação maior de travestis e transexuais se comparados a outros pontos da rede, o que pode torná-los serviços mais bem preparados para acolher essa população.

As preferências de travestis e pessoas transexuais com relação aos diferentes serviços ofertados pelo SUS parecem acompanhar os movimentos pelos quais o sistema de saúde tem passado nos últimos anos. Ao longo do trabalho de campo, conheci muitas travestis e

mulheres transexuais que referiam o acesso a ambulatórios especializados (que oferecem serviços como a hormonioterapia, urologia, ginecologia, psicologia, dentre outros) e aos procedimentos do processo transexualizador como a principal demanda em saúde. Algumas (poucas) relataram a importância de serem acolhidas na atenção básica, especialmente quando se trata de atendimentos que não têm a ver com as especificidades relacionadas à sua identidade de gênero, como uma dor de dente ou uma dor de barriga. No entanto, mesmo com o reconhecimento da necessidade de um atendimento qualificado na atenção básica, a principal reivindicação ainda parece ser em torno dos serviços especializados.

A aparente preferência de travestis e mulheres transexuais por esse tipo de serviço sinaliza dois importantes fatos: o primeiro diz respeito às dimensões da oferta e da demanda das ações e serviços de saúde no SUS para essa população; o segundo fala das fragilidades dos atendimentos promovidos pela atenção básica para travestis e transexuais.

Para analisarmos o primeiro fator que leva à preferência de maior parte da população “T” aos serviços especializados, podemos recorrer às noções de oferta e demanda trabalhadas pela análise institucional. Para essa corrente de pensamento, não existe demanda espontânea, ou seja, toda demanda é, sempre, produzida. “Muitas vezes a produção de demanda de um serviço, por exemplo, um serviço de saúde, é ‘naturalmente’ (...) produzida pelos estabelecimentos de saúde que oferecem seus serviços” (BAREMBLITT, 2002, p. 95). Como já vimos, o que tem sido ofertado em termos de acesso e utilização de serviços para travestis e mulheres transexuais no SUS é, ainda, relacionado aos espaços de atenção especializada, como ambulatórios e hospitais. Além disso, os relatos apontam que há, de forma geral, maior respeito em relação às identidades de gênero nesses locais, algo que não é relatado com tanta frequência na atenção básica (como veremos adiante no texto). Assim, não é de se estranhar que se indiquem os serviços especializados como locais privilegiados de atendimento, uma vez que são estes que abrem as portas (mesmo com limitações) para essa demanda.

6.4.2 Um novo serviço na rede? Breves discussões sobre o “Ambulatório T”

Os atendimentos ambulatoriais destinados especificamente a travestis e transexuais foram incorporados aos procedimentos do SUS a partir da terceira versão da Portaria do Processo Transexualizador, lançada em novembro de 2013. Antes mesmo de o Ministério da

Saúde estabelecer os ambulatórios “T”⁸⁸ como serviços vinculados ao Processo Transexualizador, já havia algumas experiências locais – tais como a do Estado de São Paulo, que desde 2010 oferece atenção integral à saúde de travestis e transexuais através de um ambulatório ligado ao Centro de Referência e Treinamento DST/Aids e a experiência de um projeto de extensão realizado pela Universidade Federal de Uberlândia, que presta atendimentos em saúde para as travestis e transexuais da região – que mostravam a pertinência desse tipo de ação. Esses ambulatórios enfocavam a atenção integral à saúde dessa população, sem fazer uma associação direta com a política de DST/HIV/Aids e sem condicionar o acesso e o tratamento à realização dos procedimentos cirúrgicos previstos no Processo Transexualizador⁸⁹.

Janaína, cujo relato foi compartilhado antes do estabelecimento dos serviços de modalidade ambulatorial por parte do Ministério da Saúde, conta que conheceu o ambulatório de São Paulo e que gostaria muito que aqui no Rio Grande do Sul fosse criado um serviço dessa forma.

Porque a gente gostaria de ter assim um ambulatório específico, no caso, pra fazer um trabalho assim né, o acolhimento, o atendimento às trans, às travestis, esse público assim mais vulnerável (...). A questão do constrangimento, sabe? Tudo... Onde tenha profissionais assim que, sabe, que fossem especializados no caso, né... Sensibilizados também, capacitados... Acho que tinha que ter um serviço assim, pra questão da ginecologia, ginecológico, a questão das trans, né... As trans já readequadas. Enfim, da saúde de forma mais ampla, né? Não só às trans, né, mas as travestis pra ter acesso ao atendimento (Janaína).

No entanto, embora a criação dos “Ambulatórios T” tenha sido reivindicada por muitos/as usuários/as que compõem o universo trans, não existe um posicionamento único com relação a isso. Algumas pessoas defendem a criação desses serviços e o argumento principal é de que nesses locais se contaria com profissionais sensíveis à questão trans, e que, além disso, as especificidades (tais como a hormonioterapia, a saúde mental, a urologia, a endocrinologia, a ginecologia, dentre outras) seriam mais bem cuidadas do que nos espaços que atendem a população em geral (MELLO *et al*, 2011). Há ainda o entendimento de que os ambulatórios poderiam se configurar como disparadores de ações de educação permanente para os diferentes pontos de atenção da rede, tendo como missão, além da assistência à saúde

⁸⁸ Essa é a forma pela qual esses serviços costumam ser nomeados no campo. Na Portaria do Processo Transexualizador, se fala em modalidade ambulatorial (BRASIL, 2013a).

⁸⁹ Inspirada nos serviços pré-existent, a Portaria 2.803 de 2013 do Ministério da Saúde definiu que os procedimentos cobertos pelo SUS na modalidade ambulatorial consistem em: acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório (para aqueles/as que vão realizar procedimentos cirúrgicos) e hormonioterapia (BRASIL, 2013a).

integral da população trans, a formação de trabalhadores/as qualificados/as com relação a essas temáticas.

Outra vertente argumenta, no entanto, que esse tipo de serviço específico contribui ainda mais para a segregação das travestis e transexuais. Para estes/as, a criação de locais específicos vem de encontro ao que o movimento social vem propondo, que são processos de inclusão e de igualdade. Além disso, alegam que tais centros de referência/ambulatorios especializados seriam viáveis somente em grandes centros urbanos, e que a dificuldade de acesso nos serviços da atenção básica em municípios menores – que são a maioria no Brasil – seguiria sem solução. Com relação a tais questões, duas travestis comentaram o seguinte:

A gente quer nossos direitos. E o meu direito é esse: é poder voltar a estudar, é trabalhar, é ter uma casa... Meu direito é ter saúde, e não importa se eu sou travesti ou transexual, eu sou pessoa! Eu não quero uma saúde para travesti ou para transexual, eu quero uma saúde para a pessoa... Saúde integral. No mesmo lugar que você for procurar atendimento, eu quero aquela porta aberta pra mim (Trecho de diário de campo).

Isso não é inserir na sociedade. Você tá tirando ela [a travesti ou pessoa transexual] da sociedade e colocando numa caixinha. Então vai aqui... E aqui e a gente te recebe numa caixinha. E uma dessas pessoas que vai te atender vai estar preparada. Mas aí vocês vão ter que vir todas para cá, e não podem ir para lá... Porque se vocês forem para lá, vocês vão passar por preconceito, por transfobia... Porque essas pessoas não estão preparadas pra atender vocês, então vocês vão ter que vir todas para cá (Trecho de diário de campo).

Esta é uma tensão permanente e que está colocada para todos/as os/as usuários/as do SUS, não só para travestis e transexuais. Como garantir acesso universal à saúde, garantindo direitos iguais para todos/as, sem desconsiderar as especificidades regionais, culturais, sociais e subjetivas? Para Larissa Pelúcio (2011), quando políticas específicas para algumas populações são criadas, encontramos-nos diante de um dos paradoxos da igualdade, pois, ao mesmo tempo em que se busca promover a igualdade através do acesso universal aos serviços de saúde, está também se sublinhando a diferença que se deseja superar.

Também é importante considerar que esse tipo de estratégia corre o risco de reforçar uma lógica de captura e reificação das identidades, prescrevendo modos padronizados de viver as experiências das travestilidades e das transexualidades. Nesse sentido, cabe trazer o relato de uma usuária de um desses serviços, compartilhado em um seminário em que se discutiam questões de gênero e sexualidade. Ela contou que, antes de utilizar os serviços do ambulatorio, já se hormonizava “por conta” [*sic*], ingerindo grandes quantidade de hormônio

“feminino”⁹⁰, o que acabou lhe deixando com dificuldades de ereção. Tal dificuldade estava comprometendo sua atuação como profissional do sexo e, dessa forma, decidiu buscar auxílio no Ambulatório “T”, acreditando que lá teria sua questão resolvida. Contou que explicou ao médico sua situação, pedindo ajuda a ele. Este lhe respondeu: “mas tu quer usar hormônios femininos e ainda ter potência sexual? Tá querendo muito...” (Trecho de diário de campo).

Esse relato reforça o que Michael Lipsky (2010) afirma com relação à operacionalização das políticas públicas na ponta, pois, mesmo que um programa/política tenha sido concebido de forma a contemplar a diversidade das experiências, buscando garantir cuidado de acordo com as necessidades e demandas do/a usuário/a, é na relação do/a trabalhador/a com o/a usuário/a que se dará a efetivação (ou não) dessa política. Assim, entre o que a política pública propõe e o que de fato se oferece, há um longo caminho a se percorrer.

Percebemos, com esse relato, que os ambulatórios de saúde integral para travestis e transexuais, espaços tão desejados por muitos/as, podem se configurar como ambientes que reproduzem lógicas cissexistas e heteronormativas. Em ambientes assim, a pessoa pode até ser acolhida, mas a intervenção em saúde não necessariamente vai escapar de uma matriz que procura incessantemente reinstaurar a binarização do gênero e a heterossexualização das relações. Ao discutir as relações entre direito e saúde, Henrique Nardi *et al* (2012) consideram que:

A consequência inevitável é que aqueles e aquelas que não se encaixam nessas categorias de sexo e de gênero acabam sendo excluídos e excluídas enquanto sujeitos de direito ou incluídos e incluídas enquanto sujeitos a serem corrigidos. (NARDI *et al*, 2012, p. 264)

Como as práticas em saúde não mudam da noite para o dia, não sendo suficiente somente lançar portaria ou uma política para que a atenção à saúde seja prontamente remodelada, as travestis e pessoas transexuais podem se tornar novamente os abjetos objetos de uma política pública. Cabe ressaltar que não se trata de estabelecer argumentos contrários ou a favor da implantação de um ou outro serviço, mas de compreender os benefícios e os possíveis riscos envolvidos na execução destes, inclusive para que se possam reajustar as ações a partir de tais avaliações.

⁹⁰ Para aprofundar as discussões em relação à forma como foram construídas as noções de “hormônio feminino” e “hormônio masculino”, ver o trabalho de Fabíola Rohden (2008).

Para além daquilo que viemos apresentando, é importante ouvir o que o movimento social de travestis e transexuais tem dito. No XX ENTLAIDS, ao discutirmos a questão do acesso à saúde para travestis e transexuais no SUS com a equipe do Ministério da Saúde que lá estava presente, o recado foi dado:

Os ambulatórios previstos na nova portaria não são a resposta definitiva para os problemas do acesso e, após a implantação desses serviços nas capitais brasileiras, a próxima pauta do movimento será a articulação da rede de atenção integral à saúde, conectando a atenção básica aos demais pontos de atenção (Trecho de diário de campo).

6.4.3 Atenção básica

São poucos os estudos que tratam de experiências de atendimentos à saúde de travestis e pessoas transexuais na rede básica do SUS. Um relato interessante é feito por Valéria Romano (2008), que descreve a experiência de trabalho de uma equipe de saúde da família da Lapa, no Rio de Janeiro, junto a um grupo de travestis que vive no território atendido pela ESF. Romano (2008) mostra as aproximações sucessivas realizadas pelos/as trabalhadores/as em relação às travestis. Ao longo do tempo, a equipe percebeu maior vinculação do grupo à unidade de saúde e maior taxa de adesão aos tratamentos propostos. Além disso, por se tratar de uma unidade de saúde-escola, a ação realizada também incidiu sobre a formação de estudantes de graduação da área da saúde.

Outra experiência foi relatada por Antonio Lancetti (2001), e ocorreu em um projeto de saúde mental desenvolvido junto às equipes de saúde da família de uma periferia da cidade de São Paulo. Lancetti (2001) conta como uma agente comunitária de saúde, com apoio de sua equipe, aproximou-se de uma mulher transexual que, em sofrimento psíquico, não estava conseguindo cuidar de si. O relato mostra que a construção do vínculo foi essencial para o reestabelecimento de processos de autonomia da usuária, que aos poucos retomou seus afazeres cotidianos.

Tais iniciativas, no entanto, não representam a realidade cotidiana dos serviços. Na nossa pesquisa, foram escassos os relatos que trataram das unidades básicas de saúde e estas foram citadas de três formas principais: como meio de acesso ao Processo Transexualizador; como local em que ocorrem situações de discriminação e preconceito e como local de dispensação de preservativos e/ou medicamentos.

Com relação à primeira forma – vista como um meio para acessar os procedimentos do Processo Transexualizador –, trazemos dois relatos que exemplificam essa questão:

Quando o Conselho de Medicina autorizou a cirurgia através do SUS, alguma coisa assim, ou pelos hospitais universitários... Aí eu não sabia por onde eu ia me encaminhar. Eu liguei pra PUCRS, aí liguei pro Clínicas... Aí o Clínicas me disse que eu tinha de entrar por um posto de saúde, que um posto de saúde me encaminharia. Aí eu peguei um clínico e esse clínico... Eu só disse pra ele quais as especialidades que eu queria que ele me encaminhasse (Karen).

Eu entrei em... Eu pedi lá no posto de saúde no finalzinho de 2009, e entrei no [cita o nome do hospital em que realizou a cirurgia de redesignação sexual] no começo de 2010, né?

Entrevistadora: Ah, daí o Posto encaminha para o [cita o nome do hospital]? O ingresso, então, é via Posto?!

Entrevistada: É! (Luciana)

Durante o XX ENTLAIDS, também houve um momento em que essa questão emergiu, e a fala da uma militante que tem grande influência no movimento resume esse olhar:

Você não entra no processo Transexualizador se não for encaminhada pela atenção básica, porque essa é a porta de entrada no sistema. O movimento social precisa acordar para essa realidade e começar a bater na porta da atenção básica (Trecho de diário de campo).

O segundo conjunto de relatos trata das situações de preconceito e discriminação na atenção básica, e já foi apresentado no Capítulo 4 deste texto, que trata especificamente de tais situações. O terceiro conjunto de relatos, que provavelmente é um efeito das dificuldades em se vincular aos serviços em função do preconceito e da discriminação, refere-se aos processos que fazem com que as unidades de saúde sejam percebidas como espaço de dispensação de insumos e medicamentos. Nesses relatos, a atenção básica aparece de forma distante da realidade de vida dos/as usuários/as e, por mais que estes/as reconheçam que “o postinho” [sic] está lá, ele não parece um lugar atraente ou de acolhimento às suas demandas.

Janaína, que trabalha com a prevenção de DST/HIV/Aids entre as travestis e mulheres transexuais que são profissionais do sexo em Porto Alegre, comenta que:

Ah, é, dá muito problema. O pessoal abandona os tratamentos, o pessoal não se cuida, né? (...) Então eu acho que é assim ó... Acho que é por isso que no Rio Grande do Sul a questão tá em primeiro lugar com a infecção da HIV. E às vezes não é por questão de informação porque a mídia tá aí, os postos de saúde tão aí, entendeu? Eles têm material informativo, né, que tratam dos problemas que envolve a saúde e tudo. A gente tem esses serviços gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, mas o pessoal não procura (Janaína).

O segundo relato foi feito por Viviane, que na adolescência morava em uma cidade pequena que não contava com muitos recursos de saúde. Com receio de procurar a unidade básica, local em que sabia que encontraria os hormônios femininos que tanto desejava, acabava roubando os anticoncepcionais que a mãe pegava no posto e, para economizar “ia tomando devagarinho” [sic].

Mas nunca procurei posto nenhum pra ver se eles me davam remédio, nunca... Sempre por conta, sabe? Qualquer dinheiro que eu tinha, eu ia na farmácia e comprava, sabe? Por que eles vendem... Não precisa de receita, eles vendem. Não é que nem pro trans homem, pro trans homem tem que ter receita pra tomar testosterona, entendeu? A gente não, a gente vai ali, pede qualquer remédio, eles dão (Viviane).

Mesmo que tenham sido poucos os relatos que tratam das experiências das travestilidades e das transexualidades na atenção básica, percebe-se que há, em muitos casos, um distanciamento com relação a esse ponto de atenção da rede. Uma das questões que chamou atenção durante a pesquisa de campo diz respeito aos processos de trânsito pelos quais travestis e transexuais passam para construir suas identidades, os quais parecem conflitar com pelo menos dois dos princípios ordenadores da atenção básica – o vínculo e a noção de território.

Larissa Pelúcio (2009), ao abordar o conceito de mobilidade, mostra como a subjetividade travesti se constrói alicerçada em situações que evocam o movimento: “mover-se na busca de um corpo, de um lugar habitável, de uma vida longe da abjeção” (PELÚCIO, 2009, p. 47). O trânsito entre os gêneros e o trânsito pelas cidades, às vezes países, constitui a experiência de muitas travestis e transexuais. Muitas dessas pessoas precisam sair de casa e/ou de suas cidades muito jovens, ainda na adolescência, pois a pressão familiar e social é muito intensa. Uma das entrevistadas contou que, em um período de aproximadamente dois anos, mudou cinco vezes de endereço, saindo da casa dos pais e indo para a casa de uma tia, que reside em outro estado.

Assim, uma questão que ficou em aberto – o que sinaliza um campo a ser explorado em próximas investigações – é se as constantes mudanças de cidade, principalmente na época em que as transformações corporais se intensificam, podem exercer influência no acesso aos serviços de saúde. Se há dificuldades com relação ao uso de documentos (em função do nome social), porque não haveria dificuldades em “comprovar” que se reside naquele território⁹¹? A

⁹¹ Muitas unidades básicas de saúde costumam solicitar comprovantes de residência no nome do/a usuário/a ou uma declaração do/a proprietário/a da residência atestando que conhece aquele sujeito para abrir novos cadastros e/ou prontuários.

noção de território, tão cara à atenção básica, pode se configurar como um fator que impede o acesso de travestis e transexuais à “porta de entrada preferencial” (BRASIL, 2011) do SUS.

6.5 Quando cada caso é um caso

É preciso reconhecer a “necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive” (CECILIO, 2006, p. 117) para que se possam definir quais tecnologias – leves, leve-duras, duras – irão compor o processo do cuidado em saúde. Não há como se prever, de antemão, qual ou quais recursos deverão ser acionados: o que o/a usuário/a precisa é ter acesso a “toda tecnologia capaz de melhorar” (CECILIO, 2006, p. 116) sua vida. Se hoje ainda temos recursos clínicos insuficientes para atender a complexidade que vem sendo demandada pelas travestilidades e transexualidades ao setor saúde – e aqui me refiro principalmente à insuficiência colocada no terreno das tecnologias leves, que são relacionais e se materializam no encontro com o/a trabalhador/a da saúde –, é preciso que sigamos produzindo a ampliação da noção de clínica.

A maior parte dos relatos mostrados ao longo deste capítulo sinaliza a utilização prioritária de serviços especializados; porém, ao mesmo tempo, o movimento social já está apontando que, após a institucionalização do cuidado na média e alta complexidade, a luta será direcionada para um melhor acolhimento na atenção básica. Parece-nos que o que está em questão é justamente a busca por um cuidado ampliado. Há que se criar condições para que todos os serviços possam responder de forma acolhedora às demandas da população “T”, e isso, definitivamente, é uma questão para a saúde coletiva.

7 O CUIDADO EM SAÚDE: o uso das tecnologias leves como fator de promoção de acesso ao SUS

A ideia contemporânea de que homens e mulheres são seres biologicamente diferentes e que essa diferença é produto de seus sexos é resultado de um longo processo que levou à instituição da diferença sexual como algo “natural” e praticamente imutável. Segundo Thomas Laqueur (2001), até meados do século XVII, a ciência (e a anatomia) trabalhavam com a noção de *isomorfismo corporal*, isto é, existia apenas um sexo e dois possíveis gêneros. O modelo do isomorfismo não gerava uma oposição entre os corpos (*ou* homem *ou* mulher), já que só havia *um* corpo possível.

De forma diversa, a ideia que vai surgir por volta do século XVIII e intensificar-se ao longo do século XIX – o *dimorfismo* – trará o entendimento de que os corpos de homens e mulheres são biologicamente diferentes (LAQUEUR, 2001), sustentando um discurso essencialista de hierarquias entre o masculino e o feminino. As diferenças entre homens e mulheres passaram a ser atribuídas à natureza e à biologia, legitimando comportamentos e condutas categorizadas de acordo com o sexo genital do indivíduo.

A ciência moderna elegeu os pressupostos da objetividade, da neutralidade e da busca da “verdade” a partir da invenção da ideia de natureza e natural (e de suas leis) como forma de legitimar a produção de conhecimento. Annie Potts (2002) considera que o projeto de ciência ocidental moderno se nutre da lógica dicotômica para operar. Para essa autora, os binarismos e os pares de opostos (tais como presença/ausência, mente/corpo, natureza/cultura, normal/patológico, masculino/feminino) dominam o pensamento ocidental. Há, como consequência disso, uma dificuldade de operar com as diferenças e com a multiplicidade.

Essa forma de produção incidiu na conformação de sujeitos supostamente “estáveis e coerentes” (BUTLER, 2003, p. 23) e cujos destinos estariam atrelados à materialidade biológica dos corpos. Nesse contexto, a diferença entre homens e mulheres emerge como resultado de um processo “natural” que divide os corpos sexuados em somente duas possibilidades: homem *ou* mulher. Assim, a transição do modelo de sexo único para o do dimorfismo sexual foi um processo que se apoiou no discurso científico, o qual, ao objetivar os diferentes fenômenos da vida, permitiu que se atribuíssem às desigualdades presentes nas relações sociais, diferenças biológicas (supostamente naturais) entre homens e mulheres (LAQUEUR, 2001).

A construção social do modelo de dois sexos enfatiza as diferenças e, nessa perspectiva, é a natureza quem determina as regras de existência dos corpos: aqui, sexo é destino. De acordo com Henrique Nardi *et al* (2012), essa é a perspectiva que informa as práticas no campo da saúde, as quais – pautadas pelas definições biomédicas (e mesmo que não exclusivamente por elas) – valem-se do pressuposto do sistema binário de sexo e de gênero para operar. Para esses autores,

A agenda da saúde ainda se estrutura e se legitima a partir dos já tão conhecidos binarismos que a sustentam, como o binário homem/mulher; feminino/masculino; homossexualidade/heterossexualidade; corpo são/corpo doente, só para citar alguns exemplos. Esses binarismos ainda organizam a formação, as práticas e as políticas em saúde e provocam uma série de problemas práticos para a concretização dos princípios da integralidade e da equidade em saúde (NARDI *et al*, 2012, p. 263).

Aline, que é trabalhadora de um CAPS, comenta a percepção dos/as colegas de sua equipe com relação ao fato de se apresentar como uma mulher:

Então quando eu contei que eu fui casada... Que eu fui casado durante cinco anos e daí eu digo assim: “Ah, eu fui casada quando eu era menino”. Aí elas [as colegas de trabalho] ficam assim: “Bom, mas... Se tu não fez a cirurgia, tu é o que agora?” (risos). Eu digo: “Não, eu era menino, agora eu não sou mais menino. Eu fui...” (Aline).

A expressão das diversidades corporal e de gênero (que podem ser explicitadas de diferentes formas, como ocorre no caso das travestilidades e das transexualidades) revela “que o modelo dos dois — e apenas dois — sexos e sua relação específica com dois — e apenas dois — gêneros é um arranjo intranquilo, incômodo e insuficiente” (NARDI *et al*, 2012, p. 264). No entanto, essa é a concepção que, de forma majoritária, direciona as práticas no campo da saúde (NARDI *et al*, 2012). Márcia Arán e Daniela Murta (2009) consideram que o discurso que orienta as práticas dos/as profissionais da saúde – que tendem a patologizar as identidades de gênero, inclusive sendo utilizados diagnósticos como os de “transexualismo”, “transtorno de identidade de gênero” e, mais recentemente, “disforia de gênero”, como forma de garantir acesso aos tratamentos nos serviços de saúde – são originárias de

uma racionalidade que pressupõe que o sexo é algo definido pela natureza, fundamentado no corpo orgânico, biológico e genético, e que o gênero é algo que se adquire através da cultura. Esta compreensão se baseia na percepção de que o sexo – homem ou mulher – é um dado natural, ahistórico, e de que o gênero é uma construção histórica e social (ARÁN & MURTA, 2009, p. 33).

Quando tratamos da atuação dos/as trabalhadores/as da saúde em relação ao campo das relações de gênero e a sexualidade, vemos que, além dos pressupostos restritivos e

patologizantes em relação ao sexo e ao gênero, há ainda o caráter moral que se faz presente em suas práticas⁹². Um exemplo da articulação entre esses três elementos – alegações de que o sexo “biológico” é quem determina o destino dos corpos, patologização das identidades de gênero e práticas profissionais orientadas por discursos morais – é relatado por Viviane, uma jovem transexual que fez um relato contundente sobre sua internação em um hospital psiquiátrico, ocorrida há pouco mais de cinco anos.

Viviane tinha 14 anos de idade quando realizou uma tentativa “caseira” [*sic*] de retirada dos seus testículos, pois acreditava que com isso deixaria de produzir testosterona, diminuindo as possibilidades de masculinização de seu corpo. Durante o procedimento, no entanto, ela acabou desmaiando, pois o corte foi muito profundo e “saiu muito sangue” [*sic*]. Ela conta que:

Eu tentei retirar os testículos, que foi caseiro mesmo. Só que daí acharam que eu tava tentando suicídio, porque daí eu tive um desmaio, né? E nesse desmaio, todo mundo achou que eu tava tentando me matar, mas não era isso. Os médicos, principalmente do [cita o nome do hospital psiquiátrico], diagnosticaram que era um surto psicótico (Viviane).

A tentativa da retirada dos testículos foi interpretada, pelos/as profissionais da saúde, como uma tentativa de suicídio, mesmo que ela afirmasse que “não era isso” [*sic*]. Na avaliação desses/as profissionais, Viviane estava em surto psicótico e a indicação para seu caso foi a internação em um hospital psiquiátrico, local em que ficou por quatro meses. Além da consideração de que o que Viviane estava vivenciando era uma crise psicótica, atravessamentos religiosos se colocaram na conduta dos/as profissionais da saúde. Ela conta que:

Eles [profissionais] não entendiam muito bem a transexualidade, e eles falavam pros meus pais que eu tinha um problema espiritual, que era pra eles me levarem no [cita o nome de uma casa espírita], que era pra eles me levarem em casa de religião. Tanto que meus pais fizeram isso quando eu saí do [hospital psiquiátrico] (...). Eu tava indo na igreja né, eu tinha que ir na igreja... Por orientação dos médicos do hospital... (Viviane).

Durante a internação, Viviane foi impedida de seguir tomando os hormônios que usava com regularidade. Ela contou que: “Eles não me deixavam tomar os hormônios, eles cortaram os hormônios, porque eles achavam que era aquilo ali que tava fazendo eu ter essas paranoias na cabeça. O estrogênio... (risada). Aí eu fiquei quatro meses sem me hormonizar” [*sic*].

⁹² Além do gênero e da sexualidade, existem outros campos em que a saúde costuma operar a partir de discursos patologizantes, restritivos e morais, tais como a loucura e o uso/abuso/dependência de álcool e outras drogas.

Na percepção de Viviane, os/as profissionais que a atenderam no hospital psiquiátrico não compreenderam o que estava se passando com ela.

Era uma psicóloga que me avaliava e tinha um psiquiatra também. E eles não entendiam, eles simplesmente não entendiam. Tanto que eles me davam um monte de remédio pra me doparem, pra mim não ficar querendo tomar os hormônios femininos, não ficar pensando, não ficar, sabe, entrando em conflito comigo mesma.

Com o passar do tempo, Viviane percebeu que não adiantaria seguir insistindo em “provar” que ela não havia feito uma tentativa de suicídio ou que o fato de tomar hormônios “femininos” não estava associado a um transtorno psicótico. Ela, então, “começou a jogar o jogo deles” [sic] e a “fingir” [sic], a fim de ter alta e poder retornar para sua casa.

Eles acreditavam que eu era um menino com problemas. Pronto. Mas pra mim eu era uma mulher num corpo de homem e eles não queriam entender isso. Então comecei a jogar o jogo deles. Eu tava vendo que eu não tava conseguindo ir contra, então comecei a jogar o jogo deles. Isso é o fingir pra mim: era vivenciar a verdade deles, entendeu? (Viviane)

Eu pensava assim: “não, eles tão falando que eu sou uma pessoa doente, eu vou me fingir de uma pessoa normal então... Eu vou falar que eu sou menino e que eu tô curada”. E comecei a fingir pra realmente sair dali, porque ninguém entendia, ninguém tinha conhecimento. Mesmo que fosse os médicos, eles não tinham conhecimento. Então eu comecei a fingir que eu tava melhor, que eu tava bem... E tinha aquelas terapias, terapia ocupacional né? Daí a gente ficava conversando, e eu sempre mentindo sabe: “não, eu tô bem, foi neurose da minha cabeça, já me entendo por gente”. E fui, fui enrolando eles até sair de lá, até realmente sair de lá. Mas se eu não tivesse fingido eu acho que eu teria... eu ficaria mais tempo. Ficaria mais tempo... (Viviane).

Os limites daquilo que se considera normal ou patológico em determinado contexto social são geralmente muito tênues e um dos efeitos da delimitação de uma zona de normalidade/anormalidade é a produção de diferenças e hierarquias entre os sujeitos, permitindo a estes usufruir (ou não) de determinados privilégios estabelecidos socialmente. A possibilidade de usufruir de um direito como a liberdade não se dá de forma igual para todos/as e a internação em um hospital psiquiátrico, como ocorreu com Viviane, é uma das (inúmeras) formas através das quais pode se materializar a desigualdade.

No caso relatado acima, foi através dos/as operadores/as da política de saúde que o cissexismo e a transfobia se expressaram, negando à Viviane a possibilidade de exercitar sua autonomia. As mudanças que vinha experimentando no seu corpo e na expressão de sua identidade de gênero foram barradas pelo discurso biomédico, que atribuiu a tais atitudes uma dimensão patológica e disfuncional. Para ter sua vida de volta, Viviane precisou “fingir que

estava tudo bem” [sic], dizendo aos/às profissionais da internação o que “achava que eles queriam escutar” [sic]: “eu falava a verdade deles, o que eles acreditavam” [sic].

Para Henrique Nardi *et al* (2012), a desconstrução da lógica do binarismo constitui um dos principais desafios contemporâneos no campo que articula gênero, sexualidade e saúde. Tal desafio está estreitamente relacionado à formação dos/as trabalhadores/as da saúde, uma vez que, como vimos, são estes/as que operam essa política pública na ponta.

Na formação do profissional, tinha que... Porque a gente existe, entendeu? Eu tô aqui, eu existo, sabe? Eu quero ser atendida bem. Eu acho que eles têm que saber que a gente existe entendeu? Eles têm que saber. Eu entendo que alguns não tenham conhecimento da transexualidade, sabe? Como tratar a gente: “ah, mas como é que eu vou te tratar: como ele ou como ela?” Eu não consigo me sentir ofendida com essa pergunta, porque às vezes eu acho que a pessoa não tem conhecimento sabe? Daí eu explico: “não, eu sou assim, assim, assado, quero ser tratada assim”. Explico, sabe? E aí a pessoa acaba entendendo e respeitando. Mas eu acho que tem falta de conhecimento... Nossa, isso é muito importante, muito importante mesmo sabe? (Viviane).

Para a Saúde Coletiva, instituir mudanças na lógica do modelo de atenção e de gestão em saúde significa, dentre outras coisas, investir na qualificação e na formação dos/as profissionais (CECCIM, 2005; FEUERWERKER, 2005). Historicamente, de acordo com Gastão Campos (2003), as diferentes disciplinas que compõem o campo da saúde têm formado trabalhadores/as que operam de forma reducionista e que ofertam um cuidado fragmentado, centrado nas técnicas e nos procedimentos. Nesse contexto, o/a usuário/a entra na relação com o/a profissional da saúde oferecendo um corpo – passivo ou paciente – sobre o qual serão aplicados os conhecimentos e as tecnologias de que o/a profissional dispõe. O caráter dessa relação é, muitas vezes, moralizador e impositivo (HECKERT, 2009) e o corpo é concebido a partir de uma matriz universal, desconsiderando-se suas diversas possibilidades culturais e subjetivas.

A gente nunca... A travesti, a transexual, nunca procura um endocrinologista porque provavelmente um endocrinologista não prescreve essa receita, esse hormônio, sabe? Porque ah, de repente, alguns assim, ah... São de repente do preconceito mesmo. Do próprio preconceito, né, da discriminação. Então, você não é mulher porque você vai querer tomar esse tratamento hormonal? (Janaína).

No entanto, as singularidades que as diferentes experiências das travestilidades e das transexualidades evidenciam, apontam para a necessidade de outra forma de relação entre usuários/as e trabalhadores/as da saúde. Sobre esse ponto, Alcindo Ferla (2008) considera que

Se o *outro* da prática clínica não está mais inscrito em um traçado unitário, mas é uma combinação móvel, múltipla e dispersa, também não serão suficientes os

recursos disponíveis atualmente para a clínica, e nem mesmo a racionalidade que produz e dá sentido a esses recursos. A clínica teria que utilizar mecanismos que permitissem *enxergar/escutar* a diversidade que se expressa em cada situação de atendimento (...), reconfigurar-se a partir dessa diversidade para propor ações que se adequassem à situação concreta e única do momento do contato entre o profissional e o sujeito *encarnado* (FERLA, 2008, p. 185).

Dessa forma, é importante lembrar que, como vimos no capítulo anterior, embora a atenção à saúde de travestis e transexuais no SUS tenha avançado de forma significativa ao longo dos últimos anos, há ainda muito por fazer. É preciso ir além da garantia de atenção às questões específicas demandadas por esse grupo – tais como a hormonioterapia e os procedimentos cirúrgicos, que são realizadas em locais especialmente desenhados para isso (hospitais universitários que realizam o Processo Transexualizador e/ou ambulatórios especializados em “saúde T”) – expandindo para *todos* os pontos de atenção da rede de saúde a discussão da saúde trans.

Considerando que a atenção especializada – que depende muito mais de tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2007) para se efetivar – foi a que mais se sobressaiu no campo da atenção à saúde de travestis e transexuais até agora, está na hora de investirmos na aplicação das tecnologias leves (MERHY, 2007) do cuidado, incidindo sobre a produção de bons encontros entre usuários/as e trabalhadores/as. O uso das tecnologias leves (MERHY, 2007) – que são imateriais e que se concretizam através da escuta, do acolhimento e do vínculo – é fundamental para garantir acesso aos diferentes serviços de saúde, incluindo aqueles que não são exclusivos para a população “T”, como as unidades básicas de saúde e as equipes das estratégias de saúde da família. Tal garantia depende da existência de operadores/as da política pública de saúde preparados/as para acolher e lidar com as questões suscitada pelas experiências das travestilidades e das transexualidades, considerando-as formas legítimas de expressão das singularidades e da multiplicidade que compõe o mosaico das relações sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do sistema de saúde brasileiro guarda forte relação com a ideia de que podemos construir novos mundos e novas realidades. A partir do processo de redemocratização e da emergência do movimento da Reforma Sanitária Brasileira – cujos ideais apontavam para uma sociedade mais justa e mais igual para todos/as – se construiu um sistema de saúde que se propõe a ser universal, equânime e integral, direito da cada cidadão/ã brasileiro/a.

O direito à saúde não se resume ao direito à atenção à saúde: saúde é um objeto complexo, multifacetado, negociado em cada território e com cada sujeito. O cuidado em saúde de travestis e pessoas transexuais “transcende as noções de saúde e doença exclusivamente vinculadas ao biológico” (SOUZA *et al*, 2013), demandando mais do que a cura de uma doença ou a possibilidade de realização de mudanças corporais. Saúde para a população “T” é respeito incondicional à sua construção identitária de gênero, é direito ao uso do nome social em todo e qualquer atendimento, é poder acessar um serviço de saúde sem ter sua identidade patologizada ou medicalizada, é poder expressar sua sexualidade e seus modos de vida sem medo. Mais do que isso, saúde é poder circular pela vida “de modo autodeterminado” (MERHY, 2007, p. 59), sem serem necessárias distinções que levem à instituição de diferenças. Ao mesmo tempo, é contar com a segurança de que suas singularidades serão consideradas e suas vozes serão ouvidas.

Quando o projeto que deu origem a esta pesquisa foi estruturado, no segundo semestre de 2011, ainda não havia sido instituída a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, o Cartão SUS ainda não aceitava o uso do nome social e o Processo Transexualizador ainda era restrito às mulheres transexuais. Dessa forma, apesar do quadro de iniquidades no acesso à saúde para travestis e transexuais ser ainda bastante evidente, é importante perceber que o SUS conseguiu avançar, e muito, com relação à atenção à saúde dessas pessoas.

No entanto, percebe-se ainda que a formulação e execução das políticas públicas – em especial aquelas que tocam em questões referentes ao gênero e à sexualidade – têm sido objeto de barganha no cenário político brasileiro e, nesse contexto, o SUS também tem sucumbido a determinados jogos de poder que buscam estabelecer pautas contrárias àquelas presentes na criação do sistema. Nesse sentido, consideramos que o SUS precisa avançar nas

discussões que envolvem gênero e sexualidade, do contrário estaremos reproduzindo ações cujo referencial é o da saúde pública e não da saúde coletiva, tomando aqui a distinção proposta por Joel Birman (2005).

A efetivação de uma política de atenção à saúde que se pretenda integral em relação às demandas de travestis e pessoas transexuais precisa criar ações para além de um corpo reduzido a um sexo genital ou a um determinado gênero, atendendo às amplas necessidades de vida dessas pessoas. Marcadores sociais da diferença tais como classe, raça, ciclo de vida, escolaridade e religião (dentre outros), precisam ser levados em conta na constituição de tais ações de saúde. Essa é uma política que se faz necessariamente no encontro com outros setores das políticas públicas, pois a saúde, de forma isolada, certamente não irá conseguir contemplar a complexidade que se apresenta.

No âmbito da gestão, percebe-se que as discussões ainda estão bastante centradas no acesso a serviços especializados, o que significa que as discussões em torno da atenção à saúde de travestis e transexuais ainda segue a lógica dos procedimentos. As discussões com relação ao acesso aos serviços da atenção básica estão começando, porém são ainda incipientes. Assim, ainda precisamos avançar em termos de cuidado e de ações que levem em conta a micropolítica do trabalho vivo (MERHY, 2002), promovendo encontros entre trabalhadores/as e essa população, uma vez que os programas e as políticas de saúde são materializados no encontro desses/as atores/atrizes.

Difícilmente haverá transformação da lógica do processo de trabalho se as políticas não contemplarem as mudanças nas formas de pensar a diversidade de expressões de gênero e sexualidade dos/as operadores/as das políticas de saúde. A efetivação de um cuidado em saúde acolhedor, para esse e para tantos outros grupos que circulam pelo sistema de saúde, exige a ampliação das ferramentas da clínica, tal como Gastão Campos (2003) aponta, tornando-se necessária a ativação de recursos que permitam encontros produtores de vida. Aos procedimentos e técnicas tão bem manejadas pelos/as profissionais da saúde, devem ser adicionadas as tecnologias leves (MERHY, 2007) – escuta, vínculo e responsabilização – contemplando-se a dimensão relacional entre os/as operadores/as do cuidado e os/as usuários/as.

O trabalho em saúde seria efetivado, assim, como prática intercessora, entendendo com Deleuze intercessor como algo ou alguém que funciona intercedendo a favor do estranho que nos habita, invocando-o e acolhendo-o, não como aquilo que há de monstruoso e perigoso, mas como aquilo que há de mais potente em cada um. Assim concebido, o trabalho em saúde exige *esta mudança em nosso modo de subjetivação*

(...), esta abertura para o estranho-em-nós, que é mais do que o simples respeito democrático pelo outro em seus direitos e deveres, pois é um desejo de se deixar afetar pelo outro, é um amor pela alteridade, pelo devir e a incerteza criadora (AMORIM & DIMENSTEIN, 2009, p. 203, grifos das autoras).

É no encontro com o outro que se podem vislumbrar novas formas de viver e habitar o mundo. Deixar-se afetar pelas incertezas produz desestabilizações e, enquanto trabalhadores/as e formuladores/as de políticas, precisamos estar atentos/as aos processos que têm operado no campo. Uma coisa, ao menos, é certa: em um cenário tão múltiplo, trata-se de acompanhar os movimentos, e não de fechar questão.

A proposta de dar visibilidade às iniquidades no acesso ao sistema de saúde para travestis e transexuais não opera somente no sentido de se criar aparatos técnico-científicos capazes de oferecer resposta às necessidades e demandas em saúde dessas pessoas, mas principalmente tem por objetivo evidenciar que há necessidade de inventar, por dentro do sistema, espaços de acolhimento para o humano, possibilitando que a pluralidade das formas de existência tenha legitimidade nos diferentes territórios da vida. Olhar para essa questão pode nos ajudar a apontar as contradições e os fracassos das promessas emancipatórias presentes na criação do SUS (AYRES, 2013), ou seja, olhar para as necessidades e demandas em saúde apresentadas por travestis e transexuais ao sistema de saúde nos ajuda a compreender os limites deste.

Nesse sentido, faz-se necessário que novas investigações explorem de forma mais aprofundada aquilo que não conseguimos trabalhar ao longo deste estudo. Ao longo do texto, fomos assinalando quais pontos ficaram em aberto na realização desta pesquisa, porém ainda cabe apresentar uma última questão, que diz respeito aos possíveis efeitos de medicalização (CONRAD & BARKER, 2010) e farmacologização (CAMARGO JR., 2013) das experiências trans que emerge a partir da criação de uma política de atenção à saúde de travestis e transexuais financiada pelo SUS.

De acordo com Kenneth de Camargo Jr. (2013), a medicalização é o processo de transformação de problemas anteriormente não considerados “de saúde” (CAMARGO JR., 2013, p. 844) em problemas médicos, usualmente sob a forma da “criação” de transtornos ou de doenças. Assim, seria interessante compreender de que forma os corpos de travestis e transexuais vêm se tornando “objetos” da saúde, isto é, quais processos os tornam passíveis de intervenção médica⁹³. Da mesma forma, seria importante investigar aquilo que Kenneth de

⁹³ Nesse sentido, é interessante lembrar que a emergência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que foi lançada em 2009 no Brasil, tem sido apontada como o resultado da atuação do discurso dos

Camargo Jr. (2013) apresenta como a farmacologização da saúde. Nesse conceito, estão compreendidas as transformações das “condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções farmacológicas” (CAMARGO JR., 2013, p. 845). Para esse autor:

A farmacologização cria identidades em torno do uso de determinados fármacos, além de reforçar a ideia de que "para cada mal há um comprimido", levando à expansão do mercado farmacêutico para além das áreas tradicionais, incluindo o uso por indivíduos saudáveis, ao enfraquecimento da predominância da profissão médica criando relações diretas da indústria com "consumidores" e a colonização da vida humana pelos produtos farmacêuticos (CAMARGO JR., 2013, p. 845).

A maior parte dos procedimentos cobertos pelo SUS em relação às tecnologias de transformação corporal (hormonioterapia e cirurgias, por exemplo) apresenta elevado custo financeiro, pois envolve o acesso a profissionais com altos níveis de especialização (psiquiatras, psicólogos/as, endocrinologistas, cirurgiões/ãs, assistentes sociais, fonoaudiólogos/as, etc.) e a utilização de tecnologias de ponta. Nesse sentido, tais ofertas se transformam em um “filão” para as diferentes categorias da saúde e para a indústria farmacêutica, que tem aí um vasto campo a explorar. Além disso, há de se investigar de que forma os serviços privados e os planos de saúde têm incorporado (ou não) as demandas de travestis e pessoas transexuais, uma vez que o Sistema Único de Saúde também tem o poder de incidir sobre a oferta de ações e procedimentos em saúde no âmbito dos serviços privados.

especialistas (no caso, os médicos urologistas) que, associados ao discurso do movimento social, produziu a medicalização do corpo masculino e a expansão do mercado consumidor de procedimentos pela população masculina (ROHDEN, 2011; CARRARA *et al.*, 2009).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul/set 2013.

ALMEIDA, C. M. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.24, n. 54: 6-21, 2000.

ALMEIDA, G.; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 14, Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872013000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Feb. 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **To the DSM-5 User Community**. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>. Acesso em: 20 de outubro de 2013a.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Gender Dysphoria**. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf>>. Acesso em: 20 de outubro de 2013b.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM IV: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

AMORIM, A. K. & DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jan. 2014.

AMORIM, S. M. G. *et al.* Percepções acerca da condição de vida e vulnerabilidade à saúde de travestis. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 525-535, jul/set 2013.

ANDRADE, D. Conversa com um leigo. Disponível em: <<http://www.alegriafalhada.com.br/conversa-com-um-leigo/>>. Acesso em: 2 de fevereiro de 2014.

ANJOS, K. F. *et al.* Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, jul/set 2013.

ARAN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Feb de 2014.

ARAN, M.; MURTA, D.; LIONCO, T.. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Feb. 2014.

ARAUJO, M. A. L. *et al.* . Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Feb. 2014.

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

AROUCA, S. **Reforma Sanitária**. Disponível em: <<http://bvसारouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 8 de janeiro de 2014.

ASSIS SIMÕES, J. & FACCHINI, R. **Do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.

ÁVILA, S. El género desordenado: críticas em torno a la patologización de la transexualidade. **Cadernos Pagu online**, n. 38, Campinas Jan./June 2012, pp. 441-451. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332012000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2013.

AYRES, J. R. C. M. Prefácio. In: MONTEIRO, S. & VILLELA, W (Orgs.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, pp. 9-12.

BARATA, R. B. **Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional: teoria e prática**. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BASTOS, J. L. & FAERSTEIN, E. Aspectos conceituais e metodológicos das relações entre discriminação e saúde em estudos epidemiológicos. In: MONTEIRO, S. & VILLELA, W (Orgs.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

BASTOS, J. L. & FAERSTEIN, E. **Discriminação e saúde: perspectivas e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

BENEDETTI, M. R. B. **Toda feita: gênero e identidade no corpo travesti**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENTO, B. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, Aug. 2011.

_____. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

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

BAUKJE, P. & COSTERA, I. M. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, pp. 155-167, 2002.

BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Feb. 2014.

BORRILLO, D. **Homofobia: história e crítica de um preconceito**. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2010.

BRASIL. **Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids**. Disponível em: http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hiv aids. Acesso em: 02 de fevereiro de 2014a.

_____. **Mais Médicos para o Brasil**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5953-como-funciona-o-programa>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2014b.

_____. **Cartão SUS**. Disponível em: <http://cartaosus.com.br/>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2014c.

_____. Portaria nº 2803 de 19 de novembro de 2013. Redefine a amplia o Processo Transexualizador no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de novembro de 2013a.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3).** Brasília: SEDH/PR, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2014.

_____. Portaria nº 457/SAS de 19 de agosto de 2008. Regulamenta o Processo Transsexualizador no SUS. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 20 de agosto de 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual.** Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério Da Saúde. Departamento Nacional De Auditoria Do SUS. **Manual De Glosas Do Sistema Nacional De Auditoria.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Portaria nº 2227/GM/MS de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de

gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 de outubro de 2004d.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-2)**. Brasília: SEDH/PR, 2003.

_____. Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez., 1990.

_____. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez., 1990.

BUTLER, J. **Cuerpos que importan: sobre los limites materiales e discursivos del sexo**. Buenos Aires: Paidós, 2010a.

_____. **Corpos que Pesam: sobre os limites discursivos do sexo**. In: LOURO, Guacira Lopes (org.). **O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010b, pp. 151-172.

_____. **Problemas de Gênero**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMARGO JR., K. R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.5, Rio de Janeiro, 2013.

CAMPOS. G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CARDOSO, M. R. & FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia. Ciência e profissão**. Brasília, v. 32, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Feb. 2014.

CARDOSO, A. M. *et al.* Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Feb. 2014.

CARNEIRO, N. C. *et al.* A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

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

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009.

CARRARA, S. & VIANNA, A. R. B.. "Tá lá o corpo estendido no chão...": a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 fev. 2014.

CARTA ABERTA TRANSFEMINISMO FAZENDO GÊNERO. Florianópolis, 20 de setembro de 2013. Disponível em: <http://transfeminismo.com/2013/09/24/carta-aberta-transfeminismo-fazendo-genero/>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2013.

CARVALHO, G. I. & SANTOS, L. **Sistema único de saúde: comentários à lei orgânica da saúde**. Campinas: Editora da Unicamp, 2006.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos: da pós-psiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1987.

CASTIEL, L. D. **Os discursos sobre a saúde**. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 31 de agosto de 2012. Anotações da disciplina Risco e responsabilidade pessoal nas propostas de autocuidado e promoção em saúde: um enfoque crítico.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, n. 16, Fevereiro de 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jan. 2014.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. pp. 114-128.

CERQUEIRA-SANTOS, E. *et al.* Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgênero, transexuais e travestis do sistema único de saúde. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 44, n. 2, pp. 235-245, 2010.

CHOR, D. & LIMA, C. R. de A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Feb. 2014.

CONRAD, P. & BARKER, K. K. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. **Journal of Health and Social Behavior**. V. 51, 2010, pp. 67-79.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n° 1482/1997**. Autoriza a título experimental a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php#>. Acesso em: 7 de novembro de 2013.

_____. **Resolução n° 1652/2002**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e REVOGA a Resolução CFM n° 1.482/97. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/php/pesquisa_resolucoes.php#>. Acesso em: 7 de novembro de 2013.

_____. **Resolução n° 1955/2010**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM 1652/2002. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Legislacao&id=570>>. Acesso em: 21 de outubro de 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e Cidadania: em debate**. Brasília: CFP, 2012.

_____. **Resolução n° 007/2003**. Institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP ° 17/2002.

_____. **Resolução n° 001/99**. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Disponível em: <<http://www.abepsi.org.br/portal/?p=1016>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **O SUS**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html>. Acesso em: 21 de janeiro de 2014.

COSTA, A. B. **Preconceitos contra orientações não heterossexuais no Brasil: critérios para avaliação**. Porto Alegre: UFRGS, 2012. 116f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

CRUZ, W. F. O. & KIRST, P. G. (Orgs.). **Ampliando acessos: ensaios sobre a clínica psicológica e redução de danos com dependentes químicos**. Porto Alegre: Cruz Vermelha Brasileira, 2001.

DAMICO, J. G. S.; MEYER, D. E. O corpo como marcador social: saúde, beleza e valoração de cuidados corporais de jovens mulheres. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.27, n. 3, p. 103-118, 2006.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 Jan. 2014.

DUQUE, T. **Montagens e desmontagens: desejo, estigma e vergonha entre travestis adolescentes**. São Paulo: Annablume, 2011.

ELSTER, J. **Sour grapes: Studies in the subversion of rationality**. Cambridge, 1983.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2014.

FACCHINI, R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. **Bagoas: Revista de Estudos Gays**, v. 1, p. 131-158, 2009.

FAERSTEIN, E. Fórum: raça, racismo e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1584-1585, 2005.

FERLA, A. A. Pacientes, Impacientes e Mestiços: Cartografias do Outro na produção do cuidado. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.

FERREIRA, G. G. **Travestis e prisões: a experiência social e a materialidade do sexo e do gênero sob o lusco-fusco do cárcere**. 2014. 145p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2014.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FONSECA, C. **Quando cada não é um caso: pesquisa etnográfica e educação**. Trabalho apresentado na XXI Reunião da ANPED, Caxambu, setembro de 1998.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. & RABINOW, P. **Michel Foucault: Uma trajetória Filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FRANCO, T. & MERHY, E. E. Produção Imaginária da Demanda. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda**. IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

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

HARAWAY, D. “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos Pagu**, v. 22, pp. 201-246, 2004.

_____. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp, 1995, pp.7-41.

HECKERT, A. L. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.sertao.ufg.br/uploads/16/original_ORIENTA%C3%87%C3%95ES_SOBRE_IDENTIDADE_DE_G%C3%8ANERO_CONCEITOS_E_TERMOS_-_2%C2%AA_Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf?1355331649. Acesso em: 31 de janeiro de 2014.

JESUS, J. G & ALVES, H. Feminismo transgênero e movimento de mulheres transexuais. **Cronos – Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. Dossiê trans-formações em gênero. v. 11, n. 2, 2010.

JÚNIOR, N. C. *et al.* Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, v.15, n. 3, pp. 30-39, 2006.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P. *et al.* Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. **Anais do XI Concurso de Ensayos del Clad "El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones"**. Caracas, 1997. Disponível em:

<<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN003743.pdf>>.
Acesso em: 31 de janeiro de 2014.

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

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. (Org). **Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

LAQUEUR, T. **Inventado o sexo. Corpo e Gênero dos Gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 2001.

LEITE JÚNIOR, J. Transitar para onde? Monstruosidade, (des)patologização, (in)segurança social e identidades transgêneras. **Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 559-568, 2012.

_____. Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico. **São Paulo: Annablume, 2011**.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses e desafios. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, pp. 43-63, 2009.

_____. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, pp. 11-21, 2008.

_____. Bioética e sexualidade: o desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. **Série Anis**, n. 54, 2008.

_____. **Política de Saúde LGBT**. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 08 de novembro de 2012. Anotações da disciplina de Políticas Públicas e Sexualidade.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services**. New York: Russel Sage Foundation, 2010.

LOMANDO, E. & NARDI, H. C. Conjugalidades múltiplas nas travestilidades e transexualidades: uma revisão a partir da abordagem sistêmica e da psicologia social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 493-503, jul/set 2013.

MARIANO, S. A. O sujeito do feminismo e o pós-estruturalismo. **Rev. Estud. Fem. [online]**. 2005, v.13, n.3, pp. 483-505. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2014.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. pp. 41-66.

_____. Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. pp. 47-62.

MEIS, C. Cultura e *empowerment*: promoção à saúde e prevenção da Aids entre prostitutas no Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva** [online], 2011, vol.16, supl.1, pp. 1437-1444. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011000700079&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 de fevereiro de 2014.

MELLO, L. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**, n. 9, pp. 7-28, 2011.

MELLO, L. & GONÇALVES, E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. **Revista do programa de pós-graduação em ciências da UFRN**, v. 11, n. 2, 2010, pp. 163-173.

MERHY, E. & FEUERWERKER, L. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S. & GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana/Editora da UFBA, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2014.

MERHY, E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. & ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MONTEIRO, S. & VILLELA, W (Orgs.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MULLER, M. I. & KNAUTH, D. R. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é babado. **Cadernos Ebape**, v.6, n. 2, pp. 1-14, 2008.

NARDI, H. C. Relações de gênero e diversidade sexual: compreendendo o contexto sociopolítico contemporâneo. In: NARDI, H. C.; SILVEIRA, R. S. & MACHADO, P. S. (Orgs.). **Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

_____. As trajetórias de vida, os processos e os modos de subjetivação. Em: NARDI, H. C. **Ética, Trabalho e Subjetividade: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

NARDI, H. C.; RIOS, R. R.; MACHADO, P. S. Diversidade Sexual: políticas públicas e igualdade de direitos. **Athenea Digital**. v. 12, n. 3, pp. 255-266, 2012.

NERI, M. & SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento), pp. 77-87, 2002.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS, G. W. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 17-37.

OLIVEIRA, G. N. *et al.* Novos possíveis para a militância no campo da saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. V. 13, n. 1, pp. 523-529, 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência e saúde coletiva**, v.10, n.3, Julho/Setembro, pp. 573-583, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2013.

OSTERMANN, A. C. & JAEGER, A. Gênero e sexualidade no consultório ginecológico: pressupostos identitário jamais questionados. In: OSTERMANN, A. C. & MENEGHEL, S. N. (Orgs.) **Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, pp. 119-132.

OSTERMANN, A. C. & ROSA, D. R. Do que não se fala: assuntos tabus e momentos delicados em consultas ginecológicas e obstétricas. In: OSTERMANN, A. C. & MENEGHEL, S. N. (Orgs.) **Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, pp. 47-64.

OSTERMANN, A. C. & RUY, R. As relações de poder nas consultas ginecológicas e obstétricas. In: OSTERMANN, A. C. & MENEGHEL, S. N. (Orgs.) **Humanização, gênero, poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, pp. 65-84.

PAIM, J. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Jan. 2014.

PAIM, J. & TEIXEIRA, C. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, número especial, pp. 73-78, 2006.

PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, S. & VILLELA, W (Orgs.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, pp. 25-46.

_____. Unintended consequences: evaluating the impact of HIV and AIDS on sexuality research and policy debates. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, pp. 251-258, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400007>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2013.

PASSOS, A. D. C. & FIGUEIREDO, J. F. C. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, V. 16, N. 2, 2004, pp. 95-101.

PAULON, S. M. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 fev. 2014.

PELUCIO, L. Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar. 2011.

_____. Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids. São Paulo: Annablume, 2009.

_____. Toda quebrada na plástica – Corporalidade e construção do gênero entre travestis paulistas. **Revista de Antropologia Social**, v. 6, n. 1 e 2, 2005.

PEREIRA, P. A. P. A Saúde no Sistema de Seguridade Social Brasileiro. **Ser Social**, n. 10, 2002, p. 33-57. Disponível em: <http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/93/87>. Acesso em: 21 de dezembro de 2013.

PERES, W. S. & TOLEDO, L. G. Dissidências existenciais de gênero: resistências e enfrentamentos ao biopoder. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 11, n. 22, dez. 2011.

PERES, W. S. Cenas de Exclusões Anunciadas: travestis, transexuais, transgêneros e a escola brasileira. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). **Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009, pp. 235-264.

_____. Violência estrutural e AIDS na comunidade travesti brasileira. **Revista de Psicologia da UNESP**, 3(1), 2004.

PERILO, M. *et al.* **Políticas públicas para população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar**. Disponível em: http://www.sertao.ufg.br/uploads/16/original_politicaslgbt_sa%C3%BAde.pdf?1345091830. Acesso em 02 de fevereiro de 2014.

PHELAN, J.; LINK, B. & DOVIDIO, J. Estigma e preconceito: um animal ou dois? In: MONTEIRO, S. & VILLELA, W (Orgs.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, pp. 183-201.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2014.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. pp. 67-114.

PISCITELLI, A. Gênero: a história de um conceito. Em: ALMEIDA, H. & SZWAKO, J. (Orgs.). **Diferenças, Igualdade**. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009.

_____. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, v. 11, n. 2, pp. 263-274, 2008.

PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Diretrizes para a assistência à saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2011. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_de_atendimento_par_a_mulheres_lesbicas.pdf>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2014.

_____. Portaria 1.113 de 03 de setembro de 2013. Dispõe sobre o reconhecimento e uso do nome social de pessoas travestis e transexuais em todas as unidades municipais de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial de Porto Alegre**, Porto Alegre, 13 de setembro

de 2013. Disponível em: http://dopaonlineupload.proccempa.com.br/dopaonlineupload/926_ce_20130912_executivo.pdf. Acesso em 09 de janeiro de 2014.

POTTS, A. **The science/fiction of sex: Feminist deconstruction and the vocabularies of heterosex**, London, Routledge, 2002.

PRADO, M. A. M. Homofobia – muitos fenômenos sob o mesmo nome. In: BORRILLO, D. **Homofobia: história e crítica de um preconceito**. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2010.
 PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Disponível em: http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf.2007>. Acesso em: 02 de outubro de 2013.

RAMOS, S. Respostas do movimento GLBT à homofobia e a agenda da segurança pública. In: POCAHY, F. (Org.). **Políticas de enfrentamento ao heterossexismo: corpo e prazer**. Porto Alegre: Nuances, 2010, pp. 125-142.

RICH, A. Compulsory heterosexuality and lesbian existence. **Signs**, v. 5, n. 4, pp. 631-660, 1980. Disponível em: <http://links.jstor.org/sici?=0097-9740%28198022%295%3A4%3C631%3ACHALE%E2.0.CO%3B2-2>>. Acesso em: 21 de maio de 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria 592/2013 - Institui o Comitê Técnico de Saúde da População de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) do Rio Grande do Sul para subsidiar o avanço da Equidade na Atenção à Saúde da População LGBT, combate à Homofobia e dar outras providências. **Diário Oficial do Estado**. Porto Alegre, 23 de dezembro de 2013.

_____. Decreto Nº 49.122, de 17 de maio de 2012. Institui a Carteira de Nome Social para Travestis e Transexuais no Estado do Rio Grande do Sul. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, RS, 18 de maio de 2012.

RIOS, R. R. Para um direito democrático da sexualidade. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832006000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Feb. 2014.

ROCHA, K. B. *et al.* La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros. Forum: **Qualitative Social Research**, v. 10, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/9904>>. Acesso em: 2 de fevereiro de 2014.

RODRIGUES, M. M. A. **Políticas públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

ROHDEN, F. “O homem é mesmo a sua testosterona”: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 161-196, jan./jun. 2011.

_____. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.15, pp.133-152, 2008.

ROLLO, A. & OLIVEIRA, L. C. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

ROMANO, V. As Travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.211-219, 2008.

RUBIN, G. **Tráfico de mulheres: notas sobre a economia política do sexo**. Tradução de Christine Rufino Dabat, Edileusa Oliveira da Rocha e Sonia Correa. Recife: SOS Corpo, 1993.

SALIH, S. **Judith Butler e a teoria queer**. Tradução de Guacira Lopes Louro. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

SALMERON, N. A. & PESSOA, T. A. M. Profissionais do sexo: perfil socioepidemiológico e medidas de redução de danos. **Acta paulista de enfermagem**, 2012, vol.25, n.4, pp. 549-554. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002012000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 de fevereiro de 14.

SAMPAIO, L. & COELHO, M. T. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 42, Sept. 2012 .

SEDGWICK, E. K. A epistemologia do armário. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 28, June 2007.

SEFFNER, F. Equívocos e Armadilhas na Articulação entre Diversidade Sexual e Políticas de Inclusão Escolar. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). **Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009, pp. 125-140.

SERANO, J. **Excluded: Making Feminist and Queer Movements More Inclusive**. Berkley: Seal Press/Perseus Books, 2013. Disponível em: <http://womensenews.org/story/books/131004/feminist-and-queer-movements-need-rethink#.UwVfkjaYbIV>. Acesso em: 9 de janeiro de 2014.

SOUZA, M. H. T. S. *et al.* Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2013. No prelo. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=13436>. Acesso em: 27/10/2013.

TAGLIAMENTO, G. **(In)visibilidades caleidoscópicas: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral**. 2012. 166 p. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

TEIXEIRA, F. **Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade**. 2009. 243 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Campinas, 2009.

_____. **Dispositivos de dor: saberes-poderes que (com)formam as transexualidades**. São Paulo: Annablume, 2013.

_____. **"Manda quem pode: Obedece quem tem juízo": Um estudo de caso sobre a subordinação do Ministério da Saúde ao Conselho Federal de Medicina na revisão da Portaria do Processo Transexualizador**. In: *Fazendo Gênero 10 – Desafios Atuais do Feminismo*, 2013b, Florianópolis. (Simpósio Temático: Biotecnologias, corpos, gêneros e sexualidades).

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 49, n. 4, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902009000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2014.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):133-149, 2000.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 4ª REGIÃO. **Apelação cível nº 2001.71.00.026279-9/RS**. Disponível em: <http://www.prsp.mpf.mp.br/prdc/area-de-atuacao/dsexuaisreprod/Acordao%20-%20transgenitalizacao%20transsexuais%20TRF4.pdf/view>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2014.

VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, G. W. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 559-590.

VENTURA, M. & SCHRAMM, F. R. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Feb de 2014.

VICTORA, C; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ZAMBRANO, E. **Trocando os documentos: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 126p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.