

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DE AQUIDAUANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS CULTURAIS (PPGCult)

GISELE PAQUER CAMARGO

**ESCUTA PROFUNDA SOBRE A DIFERENÇA A PARTIR DO SERVIÇO DE SAÚDE
DESTINADO ÀS PESSOAS TRANS EM ANASTÁCIO-MS**

AQUIDAUANA, MS
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CAMPUS DE AQUIDAUANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS CULTURAIS (PPGCult)

GISELE PAQUER CAMARGO

**ESCUITA PROFUNDA SOBRE A DIFERENÇA A PARTIR DO SERVIÇO DE SAÚDE
DESTINADO ÀS PESSOAS TRANS EM ANASTÁCIO-MS**

Dissertação apresentada como exigência para obtenção do título de mestre no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Estudos Culturais do Campus de Aquidauana da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação do professor Dr. Aguinaldo Rodrigues Gomes.

Aquidauana, MS
2021

CAMARGO, Gisele Paquer. **Escuta profunda sobre a diferença a partir do serviço de saúde destinado às pessoas trans em Anastácio-MS**. Dissertação (Mestrado em Estudos Culturais) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Culturais, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Aquidauana, 2021.

BANCA EXAMINADORA

Aguinaldo Rodrigues Gomes
Presidente/Orientador/PPGCult

Miguel Rodrigues de Sousa Neto
Arguidor/PPGCult

Regiane Corrêa de Oliveira Ramos
Arguidora/UEMS

*Não sou um homem que não deu certo, nem uma
mulher que se acertou. Sou apenas uma pessoa
que se encontrou.*

Leticia Lanz

Dedico esta dissertação ao Evando, à Juliana e ao Pedro, pessoas fundamentais na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu companheiro de vida e projetos Evando Nantes Camargo, pelo incentivo, apoio e motivação durante todo o processo do mestrado. Aos meus filhos Juliana (14 anos) e Pedro (12 anos), que me inspiram a ser uma pessoa melhor todos os dias, que aprenderam muito com nossos diálogos em família e que se tornaram ativistas das causas LGBTQIA+, o que me dá muito muito orgulho. A minha querida mãe que foi e é meu maior modelo de vida e sempre me apoiou incondicionalmente.

Ao Prof. e orientador Aguinaldo Rodrigues Gomes, pelos momentos de debates e diálogos que instigaram a minha curiosidade sobre a temática LGBTQIA+ e que motivaram a buscar mais conhecimentos sobre o assunto. Pela confiança, compreensão, empatia, incentivo, apoio, orientações e subsídios que permitiram encontrar os caminhos da pesquisa e do estudo. Pelo carinho e cuidado nos momentos de angústia e insegurança vivenciados durante esse período. Minha eterna gratidão.

Ao Prof. Miguel Rodrigues de Sousa Neto, pela amizade e referência teórica que foram fundamentais e que deram base à minha formação e amadurecimento na área de pesquisa. Pelo apoio e orientações, principalmente na qualificação. Minha admiração e apreço.

À Prof^a. Regiane Corrêa de Oliveira Ramos, pelas valiosas orientações na qualificação, que foram importantes para nortear o andamento do trabalho.

À minha querida amiga colega de turma de Psicologia Cristiane Pinheiro Duarte, que sempre esteve ao meu lado, auxiliando, incentivando e motivando, e que hoje é companheira de luta em muitas causas sociais.

Ao amigo, incentivador e colega de trabalho Flavio Arce, pelo apoio no projeto, pelas horas de conversa sobre a pesquisa e apoio emocional nos períodos difíceis com problemas pessoais pelos quais passei ao longo do mestrado.

Ao também amigo e colega de trabalho e atualmente Subsecretário de Saúde de Anastácio Everton Villazante Constantino, pelo apoio à pesquisa, pela autorização e pelo envolvimento nas atividades desenvolvidas com a população trans no município, e pelo engajamento nas causas LGBTQIA+.

Ao amigo e colega de trabalho Kaique Ferreira, pela disposição, pelos diálogos e pelo apoio em todos os momentos, por todas as vezes em que me acompanhou nas atividades desenvolvidas com a população trans e nas capacitações com os profissionais da prefeitura de Anastácio. Sem ele isso não seria possível.

Aos colegas de trabalho do Centro de Especialidades Médicas pela motivação, palavras de incentivo, disponibilidade de escuta e trocas de experiências.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Estudos Culturais (PPGCult), pelas importantes contribuições teóricas para o desenvolvimento do trabalho, pelos diálogos e vivências durante as aulas, que muito me acrescentaram.

Ao amigo e colega de turma do Mestrado Diego Aparecida Cafola, que sempre me incentivou, auxiliou e dispôs do seu tempo para ouvir minhas angústias e inseguranças, diálogos estes que foram fundamentais para que pudesse prosseguir no trabalho.

À Secretária de Saúde Aline Cauneto, pelo apoio a todos os trabalhos desenvolvidos com a população trans no município.

Aos profissionais da saúde que participaram das atividades desenvolvidas desde o início na implantação das políticas públicas de saúde para população LGBTQIA+.

À Veronica Artur Pereira, mulher trans, ativista da causa LGBTQIA+, sempre preocupada em fazer valer os direitos da população trans em todas as áreas no município e engajada nas causas em busca de melhorias para essa população. Veronica foi minha inspiração e motivação para esta pesquisa; foi a partir da relação com ela que me mobilizei para me juntar a lutar pelos direitos das pessoas trans.

E, finalmente, a todas as pessoas trans que contribuíram com suas histórias e relatos para que essa pesquisa acontecesse. A elas minha gratidão, luta e resistência.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ABGLT - Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

APA - Associação de Psiquiatria Americana

CEM - Centro de Especialidades Médicas

CFM - Conselho Federal de Medicina

CID - Código Internacional de Doenças

CLAM - Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humano

CNCD - Conselho Nacional de Combate à Discriminação

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNT - Coletivo Nacional de Transexuais

CT GLTB - Comitê Técnico para Gays, Lésbicas, Travestis/Transexuais e Bissexuais

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

ESF - Estratégia de Saúde da família

GLTB - Gays, Lésbicas, Travestis/Transexuais e Bissexuais

GLBTT - Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IST Infecção Sexualmente Transmissível

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

LGBTQI+ - lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queers, intersexuais

LGBTQIA+ - lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queers, intersexuais e assexuais

MeSH - Medical Subject Headings

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PL - Projeto de Lei

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

SUBSLGBT/MS - Subsecretaria de Políticas Públicas LGBT do Estado do Mato Grosso do Sul

STJDF - Supremo Tribunal de Justiça do Distrito Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids

CNCD LGBTQ+ - Conselho Nacional de Combate à Discriminação LGBTQ+

CAMARGO, Gisele Paquer. **Escuta profunda sobre a diferença a partir do serviço de saúde destinado às pessoas trans em Anastácio-MS**. Dissertação (Mestrado em Estudos Culturais) – Programa de Pós-Graduação em Estudos Culturais, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Aquidauana, 2021.

RESUMO

Tenho por objetivo investigar os desafios da assistência em saúde de pessoas trans e promover uma escuta profunda das experiências de atendimento nos serviços de saúde destinados a elas no município de Anastácio-MS. Essa proposta se justifica pelo fato de que “a primeira coisa é que esses cientistas têm que saber escutar, e não apenas falar” (SANTOS, 2014, 332). Nesse contexto, urge pensar como esses corpos que transgridem a heterocisnormatividade participam ou não dos regimes de visibilidade e exercem seu direito à cidadania, incluindo a saúde, nessa cidade interiorana. A partir do aporte teórico dos estudos sobre gênero (BUTLER, 2003; PRECIADO, 2015), transexualidade (BENTO, 2006; JESUS, 2012) e saúde (LIONÇO, 2009), busco compreender as experiências de atendimento à população trans por meio de uma escuta profunda (SANTOS, 2019) dos profissionais de saúde e das pessoas trans que recorrem a ele para pensar as potencialidades e limites de um projeto de saúde pública inclusivo e sensível aos corpos e experiências da população trans. O estudo insere-se, então, nas reflexões que buscam historicizar a construção de um sistema de atenção básica em saúde e a luta do movimento LGBTQIA+, a população mais vulnerável do grupo, para a inclusão de suas demandas nessa esfera que se consolida posteriormente na Política de Atenção Integral à Saúde LGBT e na Política Nacional de Humanização. Nessa esteira, busco apresentar e analisar como a Política Nacional de Saúde foi aos poucos incorporando as pautas dos marcadores das diferenças em nível nacional para, finalmente, pensar a organização desse sistema em Anastácio, interior de Mato Grosso do Sul, bem como as experiências dos profissionais de saúde junto à população trans e as próprias experiências dessas pessoas nos atendimentos médicos da rede pública municipal. A pesquisa foi realizada a partir de minha atuação numa unidade especializada de atendimento em saúde em Anastácio, em que pude promover tanto ações de divulgação da Política Nacional de Atenção à População LGBTQIA+, como capacitações de equipes multidisciplinares para o atendimento, e ainda promover a escuta de profissionais e pessoas trans usuárias dos serviços com vistas a compreender como a alteridade, a empatia e o respeito à diferença aparecem nesse espaço. Foram realizadas 8 atividades educativas (Educação em Saúde), aplicados 21 questionários (Google Forms) e analisados 5 prontuários que permitiram promover uma escuta profunda das experiências de atendimento à população trans.

Palavras-chave: Saúde Pública; Transexualidade; Diferenças; Estudos Culturais.

CAMARGO, GISELE PAQUER . **Deep listening about the difference from the health service for trans people in Anastácio-MS**. 157f. Dissertation (Masters) – Graduate Program in Cultural Studies. Federal University of Mato Grosso do Sul, 2021.

ABSTRACT

I aim to investigate the challenges of health care for trans people and aims to promote a deep listening to the experiences of caring for the trans population in the health services aimed at them in the city of Anastácio-MS. This proposal is justified by the fact that: “the first thing is that these scientists have to know is to listen, not just talk” (SANTOS, 2014, 332). In this context, it is urgent to think about how these bodies that transgress heterocisnormativity participate in visibility regimes and exercise their right to citizenship, including health, in this inner city. Based on the theoretical contribution of studies on gender (BUTLER, 2003, PRECIADO, 2015), transsexuality (BENTO, 2006; JESUS, 2012) and health (LIONÇO, 2009) I seek to understand the experiences of caring for the trans population through listening (SANTOS, 2019) of health professionals and trans people who use it to think about the potential and limits of an inclusive public health project that is sensitive to the bodies and experiences of the trans population. The Study is then part of the reflections that seek to historicize the construction of a primary health care system and the struggle of the LGBTQIA+ movement, the most vulnerable population of the group for the inclusion of their demands in this sphere, which is later consolidated in the Policy of Comprehensive LGBT Health Care and the National Humanization Policy. In this way, I seek to present and analyze how the national health policy was gradually incorporating the guidelines of the markers of differences at the national level to finally think about the organization of this system in Anastácio, in the interior of Mato Grosso do Sul, as well as the experiences of health professionals with the trans population and the own experiences of trans people in medical care in the municipal public network. The research was carried out from my work in a specialized health care unit in the municipality of Anastácio, where I can both promote actions to publicize the national policy of care for the LGBTQIA+ population, as well as training of multidisciplinary teams to care for this population and also promote listening to professionals and trans people who use the services in order to understand otherness, empathy and respect for difference appear in this space. Eight educational activities were carried out (Health Education), 21 questionnaires (Google Forms) were applied, and five medical records were analyzed, which allowed for a deep listening to the experiences of caring for the trans population.

Keywords: Public Health; Transexuality; Differences; Cultural Studies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – Pressupostos teóricos e revisão da literatura	24
1.1 Os corpos, suas construções sociais, processos de classificação social e médica	24
1.2 O gênero como categoria de análise	28
1.3 Debates-embates em torno das Sexualidades	32
1.4 Disputas entre heterocisnormatividade, homossexualidade e homofobia	34
1.5 Violências, processos de estigmatização e transfobia	37
CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBTQIA+	45
2.1 A construção de políticas públicas em saúde para pessoas trans	47
2.2 Programas de combate à homofobia e promoção do respeito à diversidade	50
2.3 As políticas públicas de assistência em saúde à população LGBTQIA+ e as singularidades	51
2.4 Pessoas transgêneras, patologização e a interface com a saúde	61
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÕES	71
3.1 O acesso aos serviços de saúde na atenção básica pelas pessoas trans	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	97

INTRODUÇÃO

*Não me venha falar na malícia de toda mulher
Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é
Não me olhe como se a polícia andasse atrás de mim
Cale a boca, não cale na boca notícia ruim (...)
Você diz a verdade, e a verdade é o seu dom de iludir
Como pode querer que a mulher vá viver sem mentir.
(Caetano Veloso)*

Magô Tonhon, mestra em filosofia e integrante da ANTRA, abre o *Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020* afirmando que “o pensamento colonial não é uma exceção ou um erro, mas própria regra”. Em seguida analisa as características da colonização brasileira que acionaram não apenas o preconceito étnico-racial, mas também a transfobia e as “concepções cis centradas”, que permitem a manipulação de um discurso que culpabiliza os próprios corpos trans pelas violências que sofrem, e finaliza: “É preciso riscar a navalha no chão. É daqui pra diante. Não estamos dispostas a negociar nossas vidas. Já ultrapassamos o limite do intolerável” (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2021 p. 6).

Retomando a epígrafe, urge pensar qual a dor e a delícia de ser uma pessoa trans no país em que a ciência eurocentrada, o epistemicídio colonial e o machismo produzem verdades, esquadriham, qualificam e condenam a partir de olhares e práticas de abjeção os corpos trans, que são todos os dias invisibilizados e eliminados fisicamente em todas as regiões deste país. Portanto, pensar como esses sujeitos que transgridem a heterocisnormatividade participam dos regimes de visibilidade, enfrentam as violências e exercem seu direito à cidadania, incluindo o acesso à saúde em cidades interioranas, é um desafio.

Pioneira nos estudos de transexualidade, Bento (2017) afirma que as pesquisas na área têm sido realizados pelas ciências psi (psiquiatria e psicologia), reforçando o caráter patologizante das identidades que se constroem fora do referencial biológico. Aparentemente, são os estudos *queer* que irão habilitar as travestis, *drag queens*, *drag kings*, transexuais, lésbicas, gays e bissexuais como sujeitos que constituem suas identidades mediante os mesmos processos que os considerados “normais”, e não como sujeitos transtornados, enfermos, psicóticos ou desviados, como a literatura médica propunha. No entanto, outros trabalhos, como o de Miguel Rodrigues de Sousa Neto (2018), João Silverio Trevisan (2000) e Leila Miccolis (1986), apontam para o fato de que os estudos gays e lésbicos no Brasil já tratavam dessas

questões e inspiraram a luta pelo reconhecimento dos direitos de expressão das sexualidades antes da nomeação pela teoria *queer* norte-americana.

Guacira Lopes Louro, em acordo com Judith Butler (1993), argumenta que o processo de fazer o corpo masculino ou feminino é baseado nas características físicas de diferença, às quais se atribuem significados culturais, que o ato de nomear o corpo a partir do sexo biológico atribui um caráter imutável e binário e que, dentro dessa lógica, o sujeito se vê obrigado a obedecer a regras pré-estabelecidas culturalmente. Mesmo assim, alguns desviam dessas normas da heterossexualidade e da cisgeneridade naturalizadas e encontram novas formas de vivenciar seus corpos e sexualidades.

Os sujeitos cruzam as fronteiras de gênero e de sexualidade por diversos motivos, podendo-se atribuir a esse deslocamento distintos significados. Alguns sentem-se à vontade nessa travessia, outros, porém, podem ver seu percurso restringido, marcado por classe, raça ou por outras circunstâncias de sua existência. Ou seja, adentrar no universo das experiências sociais e corporais das pessoas trans implica uma abordagem interseccional. Os sujeitos que transgridem as normas do gênero e da sexualidade recusam a fixidez da norma e buscam outras posições, sentem-se à vontade para se movimentar nas suas experiências, nas performances que criam ao longo do caminho para dar significado a outras formas de identidades, cujo caráter inventado, cultural e instável dá visibilidade e materialidade, sugere uma ampliação nas possibilidades de proliferação e multiplicação das formas de gênero e sexualidade e nas formas de ser e de viver.

Assim, faz-se relevante refletir sobre as muitas dificuldades enfrentadas por essas pessoas, sendo que a garantia do cuidado integral à saúde pode ser considerado um dos maiores percalços. Os serviços públicos de saúde, assim como os serviços especializados, possibilitam a transformação corporal como uma transição, não apenas no sentido estético e de saúde, como também nas relações sociais, econômicas e culturais, uma vez que esse conjunto tem efeito direto sobre o processo e, consequentemente, influi na saúde dessas pessoas.

A transexualidade refere-se à condição em que a identidade de gênero difere daquela designada no nascimento.

Nesse aspecto, o termo transexual pode se referir tanto à mulher quanto ao homem. De acordo com a cartilha do Ministério da Saúde que trata da atenção integral à saúde da população trans, mulheres e homens transexuais são definidos como pessoas que não se identificam com

seus genitais biológicos nem com suas atribuições socioculturais. No entanto, sua orientação sexual pode ser hétero, homo ou bissexual (BRASIL, 2016)¹.

Dessa maneira, vale ressaltar a importância de se compreender todo o processo histórico de vida desses sujeitos que, em sua maioria, sofrem maus-tratos, violência física e psicológica, no ambiente escolar, familiar e em espaços públicos, constituindo violação de direitos. Somam-se a isso o despreparo pessoal e técnico dos profissionais de saúde, o que leva à criação de barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde, tanto da atenção básica quanto das especialidades. Portanto, evidencia-se a contradição entre o direito à saúde, assegurado na Constituição Federal de 1988, e a efetividade de sua garantia.

A Política Nacional de Saúde LGBT (2016)² é uma iniciativa para a construção de mais equidade no Sistema Único de Saúde, um conjunto de diretrizes que requer empenho das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as instâncias do governo. Com isso, o Ministério da Saúde firmou um compromisso de redução da desigualdade com base no programa Mais Saúde – Direitos de Todos (2008), que busca promover ações e serviços de qualidade para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, com destaque, entre outros grupos, à população LGBT.

Fruto de importantes movimentos sociais vinculados aos direitos civis da população LGBT, a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (BRASIL, 2013) vem atender a essa demanda a partir do reconhecimento da identidade de gênero como determinante social no processo saúde/doença, propondo, assim, estratégias de melhoria nas condições de saúde desse grupo, assim como a redução das desigualdades e iniquidades no acesso às condições de moradia, trabalho, educação, lazer e saúde.

Segundo Sousa Neto (2018, p. 40), a violência, a exclusão, a condição de miséria psíquica e social e a morte daquelas e daqueles que trilham outras rotas do desejo e dos gêneros assumem uma posição central na maneira como observamos o mundo. Nesse sentido, faz-se necessária a busca efetiva da cidadania desses sujeitos que, por vezes, são marginalizados e invisibilizados nas suas amplas necessidades de ser e de viver a sexualidade, o corpo, o desejo, a identidade e a cidadania, de modo mais geral. Jaqueline Gomes de Jesus (2016) trata da dualidade que envolve o atendimento de pessoas trans no país e fora dele. Para ela, os profissionais de saúde, além de não saberem se dirigir a esse público, tendem a generalizar

¹ Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidar_bem_saude_populacao_trans.pdf. Acesso em 10 out. 2020.

² Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em 10 out. 2020.

tratamentos, desconsiderando as particularidades e incorrendo em acontecimentos pontuais, que chegam a ferir as pessoas, tais como atendimentos rudes, erros de diagnóstico e visões biologizantes e reducionistas do corpo trans:

Para muitas de nós, pessoas trans, a Medicina é vista como uma ciência maligna e essa premissa tem lá suas razões de ser, considerando o histórico de violências simbólicas e físicas perpetrado contra os corpos da população trans, pelo poder biomédico, o qual só é superado pelo poder policial (DE JESUS, 2016, p. 199).

O ponto contestado pela autora é instigante, na medida em que coloca em xeque e superlativa o poder biopolítico do médico que, na maioria das vezes, recebe uma formação racista, sexista e só consegue olhar o corpo a partir do binarismo de gênero. Nesse contexto, a autora afirma que “a despatologização das identidades trans dialoga com a abolição do gênero como categoria diagnóstica. Essa premissa é praticamente inegociável e sinaliza para a sua própria complexidade interna” (DE JESUS, 2016, p. 200). Somente a partir de um olhar e um serviço que busque atender as pessoas a partir de suas diferenças identitárias e corporais será possível um atendimento mais humanizado.

Assim, o estudo insere-se nas reflexões que buscam historicizar a construção de um sistema de atenção básica em saúde e a luta do movimento LGBTQIA+, especificamente da população trans, grupo mais vulnerável, para a inclusão de suas demandas nessa esfera que se consolida, posteriormente, na Política de Atenção Integral à Saúde LGBT e na Política Nacional de Humanização. Nessa esteira, busco apresentar e analisar como a política de saúde foi aos poucos incorporando as pautas dos marcadores das diferenças em nível nacional para, finalmente, pensar a organização em Anastácio-MS, bem como as experiências dos profissionais de saúde que atuam no atendimento à população trans e as próprias experiências dos usuários na rede pública municipal.

A pesquisa foi realizada a partir de minha atuação como psicóloga em uma unidade especializada de atendimento em saúde do município de Anastácio, em que tomei contato com pessoas trans e suas experiências e histórias, que me despertaram o interesse investigativo sobre a invisibilidade e o silenciamento dessa população, que precisa, a partir da margem, se relacionar com o olhar policialesco da cidade e da sociedade, que ao mesmo tempo estranha, condena e consome esses corpos nas cercanias das BRs que cortam essa região do Pantanal.

A partir dos primeiros contatos no setor de atendimento psicológico do CEM/Anastácio, comecei a indagar: quem são essas mulheres e homens trans? Quais são suas estratégias de sobrevivência? Como enfrentam as desconfianças em relação a seus corpos e a produção de

verdades sobre elas, principalmente no serviço de saúde? A questão que me coloco, como mulher cis, cidadã e pesquisadora, é abrir uma escuta e profunda para essas experiências que eu e “os outros” dessa sociedade patriarcal e machista não conhecemos. Como indagou Spivak, o subalterno pode falar? E, quando fala, é ouvido? Para a autora, “a tarefa do intelectual pós-colonial deve ser a de criar espaços por meio dos quais o sujeito subalterno possa falar para que, quando ele ou ela o faça, possa ser ouvido(a)” (SPIVAK, 2015, p. 16).

Portanto, se não podemos nem devemos falar pelos grupos subalternizados, como as pessoas trans, tentemos abrir espaços contrários à subalternização, em que elas possam se articular e ser ouvidas. O acesso ao SUS e a outras políticas públicas talvez possa se configurar esse espaço dialógico no qual, após muitos gritos e protestos, elas consigam ser, de fato, escutadas. Considero isso importante, pois, como já indicou Spivak (2014), o discurso subalterno é obliterado, e o das mulheres ainda mais, como no caso da imolação das viúvas. O que poderíamos pensar, então, em relação ao discurso narrativo/corporal das pessoas trans?

Esses sujeitos vivem e se articulam a partir das margens e coincidem, em certa medida, com as experiências de mulheres negras afro-americanas analisadas por Collins (2016) no texto *Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro*. Num diálogo com bell hooks, ela reflete sobre a potencialidade de se viver nesse entrelugar incômodo: “Ao viver como vivíamos, na margem, acabamos desenvolvendo uma forma particular de ver a realidade. Olhávamos tanto de fora para dentro quanto de dentro para fora... compreendíamos ambos” (hooks, 1984: vii, apud COLLINS, 2016).

Em sua abordagem, a autora argumenta que a experiência das mulheres negras de viverem como “estrangeiras/forasteiras de dentro” lhes permitiu uma vantagem de conhecer tanto o lado e o pensamento do opressor como dos oprimidos, articulando uma resistência a partir dos processos de marginalização/subalternização. Essa experiência pode ensinar outros grupos historicamente menos favorecidos, como as minorias sexuais, as pessoas trans, a articular estratégias de sobrevivência e agenciamento.

Existem maneiras de nos abirmos para a escuta dessas sujeitas que habitam à margem. O contato como o livro do ator e dramaturgo Silveiro Pereira (2016), *BR-Trans*, me possibilitou compreender como um exercício de autoficção propõe uma reflexão sobre a transfobia, que pode ocorrer de maneira sutil ou extremamente violenta. Na obra, que em verdade nos apresenta a peça criada e encenada por ele, descobri que a cena inicial refere-se à apresentação de Gisele, mulher trans, que o autor afirma, em uma passagem, que nasce como personagem e passa a fazer parte de sua vida, não sabendo mais onde começa um e termina o outro. Uma frase dita por ela, que, por coincidência, tem meu próprio nome, me chamou a atenção: “Me gusta muito

ser autêntica, porque uma mulher é mais autêntica quanto mais se parece com o sonhado de si mesma” (PEREIRA, 2016, p. 23, apud LIMA, 2017). Gisele, cujo sobrenome é Almodóvar, seria fruto de um relacionamento hipotético da modelo Gisele Bündchen e o diretor Pedro Almodóvar. Genealogias à parte, quero pensar como essa frase pode ser dirigida para pensar a condição da mulher trans que constrói sua “mulheridade” por meio das tecnologias fármaco-medicinais disponíveis em seus contextos de vivência e busca superar a falácia do feminismo hegemônico de que mulher/homem de verdade é aquele/a que tem vagina e útero ou testículos e pênis (DE JESUS; ALVES, 2010). A obra de Silverio é uma inspiração, na medida em que traz relatos colhidos por ele de travestis, transexuais e seus companheiros, reportando o cotidiano difícil vivido por elas. Nas histórias podemos conhecer um pouco de suas questões familiares, suas atividades de sobrevivência, suas querelas amorosas, sonhos e desejos. Partindo dessa inspiração, me deterei mais nas experiências vivenciadas no serviço público de saúde, colocando em diálogo suas percepções sobre esses sujeitos e serviços e as visões dos profissionais de saúde.

Como afirmei anteriormente, no serviço de atendimento psicológico do Centro de Especialidades Médicas de Anastácio, pude tanto desenvolver ações de divulgação da Política Nacional de Atenção à População LGBTQIA+, como capacitações de equipes multidisciplinares para o atendimento, além de promover a escuta de profissionais e pessoas trans usuárias dos serviços, com vistas a compreender como a alteridade, a empatia e o respeito à diferença aparecem nesse espaço. Foram realizadas 8 atividades educativas (Educação em Saúde), aplicados 21 questionários (Google Forms) e analisados 5 prontuários, que permitiram promover uma escuta profunda das experiências de atendimento.

A análise, para além de permitir compreender as experiências das pessoas trans, possibilitou entender a importância do SUS como bem público de acesso universal, principalmente para essas pessoas estigmatizadas e subalternizadas pela heterocisnormatividade tóxica que ascendeu ao poder a partir do golpe de 2016.

Com foco nessa questão, lançamos algumas preocupações e problematizações, a saber: a) identificar os serviços de saúde pública para a população trans existentes na cidade de Anastácio, em de Mato Grosso do Sul; b) verificar o perfil sociodemográfico da população transexual que acessa os serviços de saúde existentes no município, tais como idade, grau de escolaridade, nível socioeconômico, orientação sexual, profissão, configuração familiar, raça/etnia e estado civil; c) analisar a efetividade do serviço de saúde pública para a população trans a partir da perspectiva desse grupo; e d) contribuir com a reflexão e formulação de estratégias de enfrentamento para a garantia de direitos à saúde da população trans.

Como aporte teórico da investigação, para além das perspectivas da teoria *queer* e dos estudos de gênero, utilizaremos também, para a coleta dos dados, as contribuições da pesquisa qualitativa, usada como metodologia a fim de trazer uma análise sobre como se dá o acesso da população trans aos serviços de saúde do município estudado.

O recorte temporal circunscreve o período de 2018, momento que ingressei no serviço de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Anastácio e pude conhecer as histórias das pessoas trans que recorriam à atenção especializada, a 2021, momento em que pus um ponto final na pesquisa. O estudo teve o projeto aprovado no Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul sob o número do CAAE: 39682320.5.0000.0021, parecer n. 4.746.925.

Do ponto de vista metodológico, para além das contribuições epistêmicas dos estudos de gênero, feminismo e transfeminismo, aceitamos a provocação de Boaventura de Sousa Santos de uma tentativa de uma descolonização cognitiva. Alinho-me com o autor quando afirma que precisamos pensar em como descolonizar o conhecimento e as metodologias através das quais ele é produzido, o que implica despatriarcalizá-lo e desmercantilizá-lo, rompendo com as *etnoteorias* que reproduzem as linhas abissais subalternizantes (SANTOS, 2019). O convite para a compreensão do caráter político da epistemologia propicia *imaginar perspectivas surpreendentes*, como a sociologia das ausências, que permite estudar na *realidade social aquilo que aí não parece existir* e a sociologia das emergências, que se dirige para aquilo que ainda não é uma realidade, mas apenas uma realidade em potência. Essa postura pode nos afastar das metodologias extrativistas, em que o pesquisador controla o processo dentro da lógica racional clássica, e nos aproximar da razão *corazonada*, que possibilita dialogar com o conhecimento coproduzido nascido nas lutas, como no caso das aprendizagens presentes nas experiências das pessoas trans.

Partindo de minha formação como psicóloga e do diálogo com Santos (2019), procuro me apoiar no que ele chama de experiência profunda dos sentidos, que indica que é por meio dela que nos abrimos ao mundo, e partilho sua estranheza em perceber que as ciências do Norte deram atenção a essas dimensões da pesquisa. Para o autor, a ciência moderna privilegiou a visão e a audição, treinando-as para o exercício do extrativismo cognitivo. Já a experiência pós-abissal dos sentidos configura-se a partir da reciprocidade: Ver e ser visto, ouvir e ser ouvido (SANTOS, 2019, p. 238-239). Sob a influência freiriana, os processos de escuta ganham centralidade na educação e vão se transferindo para a pesquisa pós-abissal. Se a educação e a ciência deram ênfase à observação, que requer distanciamento, assim como Santos prefiro dar vazão à escuta, que requer proximidade e intimidade. Escutar as pessoas trans em consultório

exige ao mesmo tempo a construção de intimidade e a dimensão ética de não levar suas experiências de maneira leviana. Escutar é uma tarefa complexa, pois engloba palavras escritas e as que são ditas, murmuradas, interpretadas nos gestos, e ainda as que não chegam a ser ditas (SCHULTZ, 2003, p. 8, apud SANTOS, 2019).

Novamente concordo com Santos que o som inaudível é o principal problema enfrentado pelo pesquisador que busca ouvir e compreender alguns aspectos dos sujeitos subalternizados pelo universo cis-hetero-patriarcal-capitalista. Em minhas primeiras tentativas de conversa com as pessoas trans com as quais tive contato, minhas perguntas eram respondidas pelo silêncio e não soube tirar proveito dele. Para me aproximar, tive que utilizar o silêncio profundo, a fim de captar o silêncio da ação ou da omissão em não querer reviver a dor e exclusão provocadas pela violência das experiências vividas. No trabalho de escuta psicológica, os silêncios e as lacunas são extremamente importantes, pois, como já reconheceu Freud, eles estão relacionados ao recalcado, ao não ter nada a dizer, ao não poder dizer, ou seja, aquilo que estava silenciado por ser a questão central que traz o sofrimento atual do paciente e que, por esse motivo, é imediatamente evitado pelo psíquico: “É por isso que o silêncio é uma das armas de resistência dos corpos subalternos, sendo não raro a única disponível” (SANTOS, 2019, p. 255).

Apoiando-se em Spivak, o autor critica a ideia falaciosa de que é possível dar voz aos subalternos e o princípio de que todo silêncio dos oprimidos é imposto: “Pode tratar-se, na verdade, na verdade, de um silêncio de revolta ou protesto contra o silenciamento imposto. Há direito à voz apenas quando existe também direito ao silêncio” (SANTOS, 2019, p. 256). Em diálogo com essas proposições, procurei exercitar essa escuta profunda³ das experiências de pessoas trans no serviço de saúde de Anastácio, ouvindo os profissionais que

³ A categoria analítico metodológica escuta profunda foi cunhada na prática de pesquisa do Sociólogo Português Boaventura de Sousa Santos que busca descolonizar as pesquisas do campo das ciências humanas e sociais e conforme Maria Paula Meneses Boaventura propõe uma nova racionalidade para as ciências sociais, uma prática analítica que reconheça e credibilize a diversidade das práticas sociais existentes no mundo. A sociologia das emergências propõe usar esse conhecimento para construir um conjunto de alternativas concretas para o futuro presente. Só desta forma argumenta BSS, é possível alcançar o princípio de justiça cognitiva. Esta noção é central à luta pelo alargamento dos direitos, incluindo o direito a apostar na diversidade de saberes, coexistindo numa relação dialógica (Santos: 2014). Conceitos como linha abissal, ecologia de saberes, epistemologias do Sul, tradução intercultural, escuta profunda e a artesanaria das práticas têm vindo a ser trabalhados, para dar conta de uma outra forma de ser e de produzir conhecimento. São estes saberes os geradores de novas cartografias de saberes (Santos: 2014b; 2018), reflexo de outros pensadores e outras racionalidades, que BSS continua a trabalhar com uma frescura apaixonada, a entusiasmar-nos a não desistir de contribuir, desde o Sul, para um pensamento alternativo de alternativas, numa inquietude proficiente que, confesso, admiro... Mais... Invejo. (MENESES, Maria Paula. Boaventura de Sousa Santos: um intelectual inquieto. Utopía y Praxis Latinoamericana, v. 24, n. 86, p. 14-15, 2019.)

atendem a esse grupo e as falas e silêncios dessas sujeitas, nesse espaço dialógico de se falar e ouvir profundamente.

Assim, a experiência desta pesquisa participativa se deu por meio de escuta profunda das experiências de pessoas trans que recorreram ao serviço especializado de atendimento psicológico do CEM – Centro de Especialidades Médicas de Anastácio. As conversas/escutas ocorreram no consultório, mas os contatos extrapolaram esse espaço e se estenderam para as salas de espera, as formações, as orientações e o acompanhamento de procedimentos, criando uma maior proximidade entre nós. Apesar disso, justamente pela dificuldade trazida pela pandemia de continuar os encontros em que suas experiências pudessem ser narradas de maneira mais fluida, optei por discutir apenas as informações que pude recolher a partir das escutas psicológicas registradas nos prontuários. Analisarei também as escutas de outros colegas da saúde em treinamentos e conversas para averiguar quais são as principais queixas médicas que acometem as pessoas trans, visando detectar o que esses profissionais pensam sobre elas e como as tratam nos atendimentos.

Por questão ética, as informações e o registro de narrativas presentes nos prontuários serão reportadas sem identificação do/da participante, para assim garantir todo sigilo. Os sujeitos desta pesquisa são 5 pessoas trans (4 mulheres e 1 homem) e profissionais dos ESFs – Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de conhecer suas experiências e identificar, a partir da relação dialógica entre eles, as diferentes visões sobre os serviços de saúde pública, como uma possibilidade de pensar como o respeito às diferenças pode permitir a construção de um serviço de saúde mais inclusivo, igualitário e equitativo.

Ainda em relação às estratégias metodológicas, optei, na tentativa de lidar com a sensibilidade que o tema requer, por contar essas histórias de mulheres que enfrentaram diversas vicissitudes em suas vidas, homenageando-as com pseudônimos de outras pessoas trans que sofreram as agruras do autoritarismo brasileiro. Assim, elas foram identificadas pelos nomes das personagens do documentário *Divinas divas* (2017), dirigido por Leandra Leal, que trata da primeira geração de travestis do Brasil, mostrando a vivência e a resistência no período que o país vivia durante a ditadura militar, quando eram marginalizadas diante da repressão social, política e de gênero – não muito diferente do cenário de hoje, em pleno 2021.

Assim, a partir dessa estratégia, homenagearei Rogéria, que me dará a possibilidade de contar a história de uma mulher de 35 anos, solteira, transexual, autônoma, parda, que reside com uma amiga, tem ensino superior incompleto e já procurou o serviço de saúde do SUS para consultas e urgências no hospital. Marquesa foi o nome escolhido para contar a história de uma mulher de 31 anos prestes a se formar no ensino superior, solteira, maquiadora, transexual,

parda, que reside com mãe, que é sua dependente e tem vários problemas de saúde. Já acessou os serviços de saúde do município nos ESFs, no hospital e no CEM. Jane di Castro será o nome que permitirá falar sobre as experiências de uma mulher de 22 anos, casada, cabeleireira, transexual, parda, que reside com esposo, mãe e irmãos. A irreverente Eloina dos Leopardos emprestará seu nome a uma transexual de 24 anos, solteira, cabeleireira, branca, com ensino médio completo. Utilizarei o nome de Astolfo para contar a história de um homem de 27 anos, solteiro, autônomo, transexual, pardo, ensino superior incompleto, que procurou serviço de saúde para atendimento psicológico e psiquiátrico.

Também serão analisadas durante esse processo a Política Nacional de saúde LGBT (2016), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais (2013) e a cartilha *Cuidar bem da saúde de cada um: faz bem para todos, faz bem para o Brasil. Atenção integral à saúde da população trans* (2016), para melhor entendimento dos serviços prestados a essa população. O cotejamento dos dados e da documentação coletada será realizado por meio do diálogo com a bibliografia pertinente aos campos dos estudos de gênero e da transexualidade.

No primeiro capítulo, em relação ao campo teórico, trato dos pressupostos teóricos sobre a construção social dos corpos, os estudos de gênero, trazendo para o debate pressupostos filosóficos, antropológicos e sociais. Dialogo com o discurso histórico sobre o estudo da sexualidade, gênero, performatividade e experiência transexual, traçando uma trajetória com o movimento LGBT no Brasil, que luta por visibilidade, igualdade de gênero e direitos, ampliação de políticas públicas como ferramentas de combate à discriminação, garantindo o reconhecimento, tanto na vida privada como nas relações sociais, e combate à homofobia em uma sociedade culturalmente machista, excludente e heteronormativa. Abordam-se conceitos sobre a transexualidade, apoiando-se nos avanços dos estudos interdisciplinares que envolvem gênero e sexualidade, tanto no campo biomédico quanto nas ciências sociais, na tentativa de explicar o fenômeno transexual, fundado na questão binária heterossexual, que se mantém como sistema regulador da sexualidade e da subjetividade.

No segundo capítulo, são analisadas as políticas públicas de saúde LGBT, sua efetividade, avanços, retrocessos e limitações no atendimento a essa população, em especial à população trans, e as dificuldades de acesso em função da normatividade do sistema, que ainda é, por vezes, excludente. A política pública possibilita almejar uma sociedade mais justa e igualitária, na qual todas as comunidades caminhem junto em direitos, respeito e dignidade. A Política Nacional de Saúde LGBT tem o objetivo de promover mais equidade no SUS, levando em consideração os efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença. Suas

diretrizes e seus objetivos estão voltados para mudanças na determinação social da saúde, a fim de reduzir as desigualdades. A conquista de direitos pelo movimento LGBT legitimados pelo Estado representa a visibilidade que possuem socialmente, pois o reconhecimento das diferenças e o respeito devem ser preservados, como preconizam os princípios da dignidade, da equidade e da integralidade, princípios esses que norteiam as leis que visam proteger esse grupo específico.

No terceiro capítulo, com vistas a atingir o objetivo desta pesquisa, são expostas e analisadas as experiências dos profissionais de saúde e da população trans em relação aos serviços do Sistema Único de Saúde do município estudado. Busca-se levantar as experiências vividas pelos pacientes trans, as dificuldades encontradas no acesso à atenção básica e especializada de saúde, preconceito, violência institucional, invisibilidade e desrespeito de seus direitos civis. Trabalha-se com as narrativas, sobretudo com o objetivo de acolhimento dessas sujeitas e de permitir a escuta das vozes trans em relação às dificuldades vividas no contexto do atendimento em saúde. Como já argumentou Spivak,

A tarefa do intelectual pós-colonial deve ser a de criar espaços por meio dos quais o sujeito subalterno possa falar para que, quando ele ou ela o faça, possa ser ouvido(a). Para ela, não se pode falar pelo subalterno, mas pode-se trabalhar "contra" a subalternidade, criando espaços nos quais o subalterno possa se articular e, como consequência, possa também ser ouvido (SPIVAK, 2014, p. 16-17).

Por fim, a conclusão problematiza pontos como diferença, diversidade e invisibilidade e como elas impactam no processo saúde/doença e nas questões sociais e de identidade. Além disso, aborda-se a despatologização das transexualidades no atendimento da atenção básica no SUS, assim como a avaliação dos serviços de saúde pública, e busca-se contribuir para a formação de uma rede de atendimento de políticas públicas que atendam às necessidades das pessoas trans, sem preconceitos, discriminação e exclusão.

Pensar a despatologização das transexualidades é romper com o enfoque biológico/binário dos corpos e refletir sobre as diversas e infinitas formas de vida que se reinventam dia a dia, não só das pessoas trans, mas de toda comunidade LGBTQIA+.

Para Prado,

A palavra despatologizar é um pouco imprecisa... despatologizar aqui é desclassificar e desconstruir pensamento, atos, olhares, escuta e sentimentos. Portanto, é o processo através do qual a classificação, que barra o diagnóstico das expressões de gênero, permite a desconstrução das inteligibilidades...tem

o sentido de desclassificar e desconstruir qualquer fixação associada a uma suposta patologia de gênero (PRADO, 2018, p. 30).

Assim, é necessário que se continue rompendo o preconceito, a discriminação e a consequente violência institucionalizada e que se promova o respeito à singularidade dos sujeitos e o combate a todas as formas de heterocisnormatividade que impliquem a exclusão e a consequente invisibilidade nos espaços de saúde. A prática do cuidado deve ser inclusiva, promovendo o respeito, assim como a educação em saúde precisa ser permanente e orientada pela preocupação com a equidade e pelas necessidades de saúde da população.

CAPÍTULO 1 – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Os corpos, suas construções sociais, processos de classificação social e médica

*Nós somos a mutação natural do que a natureza
falhou em esculpir desde o início.*
(Rafael Menezes)

Em 2011, na cerimônia de abertura da II Conferência Nacional LGBT, a ativista Keila Simpson, da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT, declamou um poema de Rafael Menezes que expressa o controverso e doloroso processo de (re)conhecimento da identidade representada nos corpos transgêneros.

No poema, é nítido o estado de conflito em que vivem as pessoas transgêneras a partir das dicotomias normalidade/anormalidade, mutação da natureza/falha da natureza impostas socialmente, centradas obsessivamente em uma concepção binária de gênero (masculino e feminino) que nega e oprime toda a multidiversidade de gênero existente no mundo. Preciado (2014) traz mais uma vez a discussão da construção social do gênero a partir do sexo biológico e as performances que se constroem a partir dele, e afirma que o exercício da sexualidade se dá de diversas maneiras, com o objetivo de reafirmar a construção social dos gêneros masculino e feminino.

Para o autor, a contrassexualidade é também uma teoria do corpo que se situa fora das oposições homem/mulher, masculino/feminino, heterossexualidade/homossexualidade. Definir a sexualidade como tecnologia é considerar que os diferentes elementos do sistema sexo/gênero denominado “homem”, “mulher”, “homossexual”, “heterossexual”, “transexual”, assim como suas práticas e identidades sexuais, não são senão máquinas, produtos, instrumentos, aparatos, truques, próteses, redes, aplicações, programas, conexões, fluxos de energia e de informação. Interrupções e interruptores, chaves, leis de circulação, fronteiras, constrangimento, dissensos, lógicas, formatos, acidentes, detritos, mecanismos, usos, desvio. A ideia da prótese, do dildo, é um elemento importante para corromper a fidelidade da natureza dos órgãos, pois surge como uma alternativa de prazer que prescinde da dualidade pênis/vagina/ânus – não existe nenhum orifício que lhe seja natural, dinamitando a suposta verdade/naturalidade do sexo.

Nesse jogo das tecnologias sexuais, podemos romper com o binarismo homem/mulher e experimentar outras experiências individuais, em duplas, independente da sexualidade

biológica, e/ou em grupos. A interpelação do discurso binário masculino/feminino é feita pelo autor com um questionamento importante: “Se sou homem ou mulher? Esta pergunta reflete uma obsessão ansiosa do ocidente. Qual? A de querer reduzir a verdade do sexo a um binômio. Eu dedico minha vida a dinamitar esse binômio. Afirmo a multiplicidade infinita do sexo” (PRECIADO, 2014, p. 223). Infelizmente, estamos longe de nos livrarmos dessa obsessão sobre a inteligibilidade dos corpos, que continuam sendo observados, esquadrinhados, classificados e patologizados pela sociedade e a ciência médica.

Este capítulo pretende contribuir para a compreensão histórica dos corpos, gêneros e sexualidades, de modo a corroborar a necessidade de reflexões e proposições no enfrentamento dos obstáculos para que pessoas transgêneras obtenham um atendimento humanizado e acolhedor nos serviços de saúde pública.

A partir de um conceito que superou o racionalismo, o antropólogo francês Marcel Mauss (1974) ao estudar, na década de 1950, os modos como os indivíduos “servem-se de seus corpos”, sem nos valer da visão utilitarista a que o termo possa remeter, afirma que:

“o corpo é o primeiro objeto da pessoa, instrumento humano que guarda consigo as marcas impressas pela socialização, através de seu disciplinamento moldado às necessidades sociais” [...] Do corpo nascem e se propagam as significações que constituem a base da existência individual e coletiva. O autor busca alargar essa percepção a partir da caracterização das dimensões corporais, a saber: a biológica, a psicológica e a social (MAUSS, 1974, p. 7).

Com preocupações semelhantes, Le Breton afirma (2007, p. 10), “o corpo é a marca do indivíduo, a fronteira, o limite que de alguma forma o distingue dos outros”. Ou, para Durkheim (1995), “um fator de individuação”. Nessa perspectiva, Le Breton (2007, p. 32) também afirma: “O corpo não existe no seu estado natural, sempre está compreendido na trama social de sentidos”.

Na visão fenomenológica de Merleau-Ponty, “o corpo é o veículo do ser no mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido” (2006, p. 121-122). A existência é, pois, corporal, contextualizada na perspectiva social, política e jurídica que reconhece o corpo a partir das representações sociais. Nesse sentido, trago uma narrativa de Astolfo de 27 anos: “Pra mim é importante ser reconhecido como homem em todo os lugares que vou, sou um homem, sou um homem e isso para mim é importante, é quem eu sou”.

Segundo Rodrigues (2006), não se pode compreender a natureza do indivíduo apenas em termos biológicos, pois na mesma matéria coexistem um corpo biológico e um corpo social. Como consequência, “a própria concepção de natureza humana torna-se variável culturalmente”. De acordo com o autor, quase todos nós temos dificuldade em admitir que

comportamentos que sempre associamos à “natureza humana” não são absolutamente pertencentes a ela, mas condutas aprendidas.

Foucault (1999, p. 163), afirma, em *Vigiar e punir* que, durante a Idade Clássica, houve “toda uma descoberta do corpo como objeto e alvo do poder”. Nessa análise, o corpo passa a ser uma superfície onde se inscrevem suplícios e penas com intuito de reformá-lo, corrigi-lo e moldá-lo. O autor então passa a descrever duas direções: a anátomo-política, que modela e vigia os indivíduos por meio dos mecanismos do poder; e a biopolítica, que institui projetos de gerência da saúde, da sexualidade e da natalidade, entre outros, que disciplinam não só os indivíduos, mas o conjunto de viventes de uma população. Assim, a biopolítica projeta a “luta pelos corpos que faz com que a sexualidade seja um problema político” (2012, p. 26-38), deste modo, retrata um modo de resistência do corpo ao poder.

Com o advento das tecnologias, os corpos se generificavam cada vez mais em função de normas binárias de gênero, que trazem inteligibilidade aos corpos no campo social (BUTLER, 2000). Nesse cenário, é possível entender o corpo como resultado provisório de diversas pedagogias que o conformam em determinadas épocas e lugares, que adquire diferentes sentidos no momento em que é investido por um poder regulador que o ajusta em seus detalhes, impondo limitações, autorizações e obrigações para além de sua condição fisiológica.

Como afirma Featherstone (1994), os corpos não operam no mundo social como coisas “em si mesmas”, ao contrário, sua capacidade de operar é mediada pela cultura, ou seja, apesar de todos os seres humanos terem corpos, estes são representados, usados, controlados e concebidos de acordo com a cultura (NOVAES, 2006).

Pensar o corpo enquanto construção social, atravessado por discursividades que o tornam material, é uma maneira de problematizar a concepção de natureza dada e como os processos psicossociais possuem efeito de poder sobre modos de subjetivação e construção de corpos que foram considerados dados a priori por uma natureza. Sendo assim,

[...] o fato de um indivíduo ser do sexo masculino ou do sexo feminino não significa apenas que ele possui uma determinada conformação anatômica e fisiológica, significa também que ele possui um status social cujos limites, direitos e obrigações estão devidamente convencionados e em relação aos quais a comunidade mostra determinadas expectativas (RODRIGUES, 2006, p. 69).

A força da normatização se impõe também no cotidiano das pessoas trans que, ao transitarem pelo espaço público, enfrentam a discriminação a partir de múltiplos aspectos: os

olhares, a falta de empatia para com os seus corpos e muitas vezes violências verbais e físicas, como observamos na fala de Jane di Castro, mulher trans de 22 anos, que afirma:

Sou cabeleireira, lido com os olhares de aprovação e reprovação todos os dias, sinto que as transformações que venho passando através do meu corpo às vezes incomoda, e isso (os olhares) me incomoda também⁴.

A visão de dois sexos estáveis e opostos aparece no século XVIII, num modelo que se caracteriza pela divergência biológica e que impera, através do sexo, papéis sociais. Emergiu, com isso, a necessidade de definir, por meio de processos médicos, qual era o sexo natural e biológico de cada indivíduo e, assim, esse corpo passaria a ser juridicamente e socialmente reconhecido (ROHDEN, 2003).

Durante muito tempo, as mulheres foram retratadas como seres de corpos frágeis, puros, e relegadas a um plano moral e metafísico que consistia em ser mãe, dócil e submissa. Assim, estiveram simbolicamente representadas como lugar, espaço e território dos debates históricos, ao invés de serem percebidas como pessoas de ação. Esses debates eram fundamentados em concepções naturalistas que se propunham a ressaltar o caráter de passividade às mulheres e de atividade aos homens, de forma a reduzir os corpos sociais às zonas erógenas e possibilitar, por conseguinte, uma distribuição assimétrica de poder entre os gêneros, conforme atestam os estudos de Del Priore e Pinsky (2006).

Os corpos são forçosamente materializados como sexuados e a constatação de que o sexo está generizado ou que já está construído não argumenta sobre o fato de que não há nenhum “sexo” pré-discursivo que seja o ponto de referência estável sobre o qual se concretiza a construção cultural do gênero (BUTLER, 2003). Entretanto, há corpos que não se submetem e não aderem a essa norma, reinventando-se continuamente (BENTO, 2006). Assim, eles não seriam “uma entidade biológica universal, (...) mas um construto sociocultural e linguístico, produto e efeito das relações de poder” (MEYER, 2003, p. 26).

O conceito de corpo que se busca trabalhar, longe da ideia de matéria orgânica dada pela natureza, é o de produção cultural, fruto de uma série de discursividades (BUTLER, 2000). Dentro dessa perspectiva, todo corpo é, além de um modo de o sujeito se relacionar com seu entorno social e transmitir significados sobre si mesmo, uma constante construção do sujeito produzida pela cultura. Dentro dessa perspectiva, “a corporificação do sujeito não deve ser entendida somente como uma categoria biológica nem como uma categoria sociológica, mas

⁴ Declaração colhida pela autora durante uma escuta ocorrida em 2019.

como um ponto de superposição entre o físico, o subjetivo e o sócio-histórico, repudiando radicalmente o essencialismo” (PERES, 2012, p. 544).

Jane di Castro, que faz uso de terapia hormonal, continua no seu relato: “Meu corpo é minha casa, minha identidade.” Dentro desse contexto do corpo como identidade do sujeito, para a maioria das pessoas cisgêneras há uma congruência entre sexo biológico (nascimento), identidade de gênero e papel de gênero. Contudo, algumas experimentam algum grau de incongruência entre sexo biológico e identidade de gênero. Esses casos são caracterizados pelo CID-10 como Disforia de Gênero, que significa uma identificação forte e persistente com o gênero oposto, associada à ansiedade, depressão, irritabilidade e, muitas vezes, ao desejo de viver com um gênero diferente do sexo do nascimento, levando a um forte anseio por mudar o corpo por meio médico e/ou cirúrgico. A disforia de gênero não é considerada um transtorno mental ou uma doença, como já foi oficializado pela OMS – seu diagnóstico é essencialmente uma questão clínica (importante para quem deseja passar pelo processo transexualizador do SUS).

1.2 O gênero como categoria de análise

O termo gênero é utilizado para fazer referência às construções sociais e culturais de feminilidade e masculinidade, utilizadas também para estabelecer as expectativas dos “papéis sociais” a serem desempenhados por homens e mulheres (BOURDIEU, 1999).

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

Em 1968, Robert Stoller utiliza o termo pela primeira vez e, a partir da publicação do artigo de Gayle Rubin em 1975, os estudos na área iniciam uma nova postura teórica, a perspectiva de gênero (SAFFIOTI, 2015). Joan Scott (1995) defende o uso do termo como uma categoria de análise histórica, portanto passa a ser pensado em um campo relacional, dentro das relações sociais. Ela afirma que:

aquelas que estavam preocupadas pelo fato de que a produção de estudos sobre mulheres se centrava nas mulheres de maneira demasiado estreita e separada utilizaram o termo ‘gênero’ para introduzir uma noção relacional em nosso vocabulário analítico (1995, p. 72).

Ainda de acordo com Scott,

O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder. [...]. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre a mudanças nas representações do poder, mas a direção da mudança não segue necessariamente um único sentido (1995, p. 4).

Nesse sentido, o conceito surgiu pela necessidade de expressar vários fenômenos sociais que, de uma forma ou outra, se encontram interligados. Há uma crítica por parte das feministas à ideia iluminista da existência de um sujeito único universal com características biológicas consideradas a-históricas, que fundamentam os discursos da dominação masculina (SCAVONE, 2008, p. 179).

Sob um olhar mais cuidadoso e menos passivo, gênero passou a ser anunciado como categoria de análise que, elucidando importantes e decisivas reflexões, tornou-se peça central nas discussões e nos estudos que giram em torno da mulher, revelando-se tanto “[...] elemento constitutivo de relações sociais [...]” quanto “[...] uma forma primeira de significar as relações de poder [...]” (SCOTT, 1989, p. 14).

É de suma importância considerar que os conceitos de sexo, gênero e identidade de gênero se relacionam de uma forma muito linear e rígida entre si e com o meio social, sendo extremamente marcados por aquilo que Foucault (1979) denominou de “discurso científico legitimado”, ou simplesmente “normas sociais”.

Importante ressaltar que essas normas atuam como dispositivos de poder. Assim, os processos regulatórios que focam na sexualidade humana possuem como objetivo principal o adestramento e a disciplinarização dos corpos dos indivíduos. Essas normas, que buscam a regulação e o controle da população por meio das condições físicas e biológicas, foram denominadas de “biopoder” pelo próprio Foucault (1976/2003). A partir dessa concepção, o autor defende que as compreensões de sexo e gênero foram “arquitetadas” socialmente com o objetivo de estipular uma hierarquia e, conseqüentemente, a detenção do poder de um indivíduo sobre outro e/ou de um grupo/classe social sobre outra.

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

Com os estudos culturais e de gênero, a categoria mulher, no singular, passa a ser suprimida, de modo a surgir a categoria mulheres, no plural. Com isso, abre-se um universo mais amplo para o estudo do feminino e do masculino, não mais reduzido a um modelo de sujeito universal, mas de diferentes pessoas, construídas no interior da vida cotidiana.

Para Guacira Lopes Louro, a construção do gênero é um processo contínuo:

A construção dos gêneros e das sexualidades dá-se através de inúmeras aprendizagens e práticas, insinua-se nas mais distintas situações, é empreendida de modo explícito ou dissimulado por um conjunto inesgotável de instâncias sociais e culturais. É um processo minucioso, sutil, sempre inacabado. Família, escola, igreja, instituições legais e médicas mantêm-se, por certo, como instâncias importantes nesse processo constitutivo (LOURO, 2008, p. 18).

Em sua definição de gênero, Butler (2000), filósofa feminista *queer* estadunidense, se refere à performance como atos repetitivos e reiterativos que vão se naturalizando no corpo. Ela rompe com o conceito tradicional de que gênero está para a cultura assim como sexo está para a natureza, assim como faz proposições que buscam problematizar esse lugar do sexo enquanto “pré-discursivo” e do gênero como a interpretação cultural desse fenômeno, que é, por si só, considerado natural. Isso possibilita também pensar a própria produção discursiva do sexo enquanto categoria fundante (BUTLER, 2003).

Acerca do entendimento do que venha a ser gênero, a autora expõe:

O gênero não é um substantivo, mas tampouco é um conjunto de atributos flutuantes, pois vimos que o seu efeito substantivo é performativamente produzido e imposto pelas práticas reguladoras da coerência do gênero. Consequentemente, o gênero mostra ser performativo no interior do discurso herdado da metafísica da substância – constituinte da identidade que supostamente é. Nesse sentido, o gênero é sempre um feito, ainda que não seja obra de um sujeito tido como preexistente à obra (BUTLER, 2014, p. 48).

Butler (2016) sugere ser necessário compreender os papéis desenvolvidos por homens e mulheres, feminino e masculino, como uma categoria não fixa, mas mutável. Em relação à desconstrução do conceito de gênero, Culler considera que

desconstruir uma oposição é mostrar que ela não é natural e nem inevitável, mas uma construção, produzida por discursos que se apoiam nela, e mostrar que ela é uma construção num trabalho de desconstrução que busca desmantelá-la e reinscrevê-la - isto é, não destruí-la, mas dar-lhe uma estrutura e funcionamento diferentes (CULLER, 1999 p. 122).

Para Butler, as concepções existentes para macho e fêmea/masculino e feminino nada mais são do que um resultado performático e regulatório. Essa realidade age de forma a excluir as oportunidades de configurações de diferentes expressões de identidades de gênero que não sejam aquelas ancoradas nos princípios da heterossexualidade e da cisgeneridade e contribui para a preservação e repetição das inflexíveis normas culturais:

A matriz cultural por intermédio da qual a identidade de gênero se torna inteligível exige que certos tipos de ‘identidade’ não possam ‘existir’ - isto é, aquelas em que o gênero não decorre do sexo e aquelas em que as práticas do desejo não ‘decorrem’ nem do ‘sexo’ nem do ‘gênero’. Nesse contexto, “decorrer” seria uma relação política de direitos instituídos pelas leis culturais que estabelecem e regulam a forma e o significado da sexualidade. Ora, do ponto de vista desse campo certos tipos de ‘identidade de gênero’ parecem ser meras falhas do desenvolvimento ou impossibilidades lógicas, precisamente porque não se conformaram às normas da inteligibilidade cultural (BUTLER, 2003, p. 39).

A performatividade de gênero, então, entrelaça-se com as diferentes formas pelas quais os sujeitos são passíveis de reconhecimento e, inclusive, com as normas sexuais e de gênero que condicionam antecipadamente quem pode ser considerado sujeito ou não. Questiona-se, a partir disso, quais vidas são passíveis de serem vividas, trazendo a reflexão crítica de que os sujeitos que desconstroem as categorias binárias de gênero passam a não ser reconhecidos ou valorizados, até o ponto mais radical de não serem mais considerados seres humanos (BUTLER, 2009).

Dentro dessa perspectiva, a performatividade de gênero traz uma relação intrínseca com a ideia de vida precária, caracterizada por vidas que não estão, segundo Butler (2009), qualificadas como reconhecidas, legítimas ou dignas de despertar sentimento de piedade ou empatia. A precariedade coloca a vida de pessoas LGBTQI+ (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, *queers*, intersexuais e pessoas não binárias) junto à de mulheres, imigrantes, pobres e negros, como não protegidas e não valorizadas (BUTLER, 2009).

Para Foucault (1999), a prática normativa e heterossexual, ao considerar a relação mulher-homem como natural e perfeita e ao exigir uma identidade de gênero que decorra do ideal do sexo anatômico, exclui, com o auxílio dos saberes médicos e jurídicos, as manifestações das sexualidades dissidentes, visando, sobretudo, manter a hegemonia da heterossexualidade.

1.3 Debates-embates em torno das sexualidades

A construção das diferenças dos sexos, segundo Laqueur (2001), surge no mundo ocidental a partir do século XVIII. Antes disso, havia um discurso – herdado dos gregos – de possibilidade de mistura dos dois sexos que se expressaria, a partir da puberdade, no gênero, em homem e mulher. Tais possibilidades não seriam determinadas meramente por questões biológicas ou intrínsecas da natureza. Assim, a visão de dois sexos estáveis e opostos determina um modelo que se caracteriza pela divergência biológica e que impera, através do sexo, papéis sociais.

O sexo, nas sociedades cristãs, patriarcais e conservadoras, tornou-se algo que era preciso examinar, vigiar, confessar e transformar em discurso. Podia-se falar de sexualidade, mas somente para proibi-la. A partir do século XIX ele passou a ser estudado, tornando-se objeto das ciências médico-biológicas e de outros campos científicos que pretendiam descrever e classificar os comportamentos e os desejos (FOUCAULT, 1999). A reprodução e o sexo se tornam de interesse da psiquiatria, que cria uma série de categorias, conceitos e nomenclaturas específicas para descrever comportamentos sexuais “perversos”. As sociedades ocidentais modernas estariam vendo a emergência de uma *scientia sexualis*, que procura interrogar, classificar, regular as sexualidades (FOUCAULT, 1999).

A rede de poder que perpassa a sexualidade seria baseada, portanto, não em um movimento de repressão, de silêncio, de mutismo e até de invisibilidade. Mas, mais que isso, se articularia numa dinâmica positiva, de produção de discursos, normas, práticas e comportamentos, a que Foucault chama de dispositivo da sexualidade. Este é um modo de compreender a sexualidade, em que, “mais do que uma questão pessoal e privada, ela se constitui num campo político, discutido e disputado” (LOURO, 2000, p. 86). Ela vai ser entendida não como uma força latente intrínseca aos seres humanos, que precise ser encontrada ou contida – mas como uma construção histórica, um conjunto de verdades, valores, normas, práticas, conhecimentos construídos socialmente que influenciam no jeito de agir, viver e pensar dos seres humanos e das sociedades. Por sua vez, Foucault (1999) aponta para o fato de que a sexualidade é um dispositivo histórico que permite a formação de conhecimentos, processos de controle e resistências dentro de uma rede de saber/poder. Para Louro (2008), essa construção social, cultural e histórica começa muito cedo.

A declaração “É uma menina!” ou “É um menino!” também começa uma espécie de “viagem”, ou melhor, instala um processo que, supostamente, deve seguir um determinado rumo ou direção. A afirmativa, mais do que uma descrição, pode ser compreendida como uma definição ou decisão sobre um

corpo. Judith Butler (1993) argumenta que essa asserção desencadeia todo um processo de “fazer” desse um corpo feminino ou masculino. Um processo que é baseado em características físicas que são vistas como diferenças e às quais se atribui significados culturais. Afirma-se e reitera-se uma sequência de muitos modos já consagrada, a sequência sexo-gênero-sexualidade. O ato de nomear o corpo acontece no interior da lógica que supõe o sexo como um “dado” anterior à cultura e lhe atribui um caráter imutável, a-histórico e binário. Tal lógica implica que esse “dado” sexo vai determinar o gênero e induzir a uma única forma de desejo. Supostamente, não há outra possibilidade senão seguir a ordem prevista (LOURO, 2008, p. 15).

Com isso, a compreensão da sexualidade saiu da esfera biológica e passou a ser estudada também sob o aspecto político, social, religioso, cultural. Desse modo, Foucault passou a discutir a sexualidade como dispositivo de poder, defendendo que não existiria uma regra básica, uniforme e única para sua compreensão. Depois de tratar da sexualidade, do ser sexuado e das regulações de poder a que se encontra submetido por força do próprio sexo, prazeres e desejos, ele realça a força que o sexo possui na contemporaneidade, quando escreve:

E devemos pensar que um dia, talvez, numa outra economia de corpos e dos prazeres, já que não se compreenderá muito bem de que maneira os ardis da sexualidade e do poder que sustêm seu dispositivo conseguiram submeter-nos a essa austera monarquia do sexo, a ponto de votar-nos à tarefa infinita de forçar seu segredo e de extorquir a essa sombra as confissões mais verdadeiras (FOUCAULT, 2013, p. 174).

O autor vai além do sexo/natureza, não se prendendo unicamente a uma abordagem biológica; ao contrário, realça, sob outro prisma, como a sexualidade foi relegada a uma existência discursiva na ordem da economia, da pedagogia, da medicina e da justiça. Arrisca dizer que talvez nenhum outro tipo de sociedade jamais tenha acumulado, num período histórico relativamente curto, tal quantidade de discursos sobre sexo.

Com isso, a ampliação de conceitos tem obrigado a sociedade, continuamente, a pensar e repensar a sexualidade. As ciências políticas, a antropologia, a sociologia, a psicologia, a medicina e as vivências sociais têm possibilitado a quebra de paradigmas, trazendo um novo entendimento às questões voltadas à sexualidade, ao gênero e aos processos identitários, impondo ao direito, igualmente, um realinhamento de posição, notadamente por meio de decisões judiciais que têm quebrado paradigmas estruturais heterocisnormativos (DÓRIA, 2017).

Em conjunto com outros pesquisadores e ativistas, Butler desenvolve a teoria *queer* e Miskolci traz à tona o movimento *queer*, criando um pensamento político voltado para a crítica de ordem social, assim como sexual. Um novo vocabulário para a compreensão da sexualidade,

do gênero, do desejo e das relações de poder passa a ser utilizado: “heteronormatividade” e “heterossexismo”, noções de epistemologia do armário e de uma matriz heterossexual alargaram a compreensão da sexualidade, do gênero e de suas articulações, assim como suas relações com outras diferenças e desigualdades (MISKOLCI, 2014).

Por meio da heteronormatividade, a sociedade impõe uma forma de socialização, dita normal e que, aceita como tal, exclui diversos grupos, alcunhando-os de anormais, desprezíveis. (CARRIERI; SOUZA; AGUIAR, 2014). Para tal, se utiliza de uma matriz heterossexual (BUTLER, 2010) que compulsoriamente determina o que é normal, além de definir as identidades e possibilidades de existência que podem ser consideradas anormais.

De acordo com Prado e Machado,

Em nossa sociedade, a não heterossexualidade foi gravemente condenada pelo discurso hegemônico, que influenciado pelo discurso religioso e médico científico, legitimou instituições e práticas sociais baseadas em um conjunto de valores heteronormativos, os quais levaram a discriminação negativa e à punição de diversos comportamentos sexuais, sob a acusação de crime, pecado ou doença (PRADO; MACHADO, 2012, p. 12).

Dessa maneira, são atribuídos privilégios e superioridade aos que se adequam à norma. Todavia, os que não se adequam, como no caso dos homossexuais, ou mesmo heterossexuais que não satisfaçam os padrões de heterossexualidade impostos, sofrem discriminação, opressão e prejuízos.

1.4 Disputas entre heterocisnormatividade, homossexualidade e homofobia

Segundo Débora Vanessa Caús Brandão (2002, p. 15), o termo homossexual foi utilizado pela primeira vez em 1869 pelo médico húngaro Karoly Benkert, que o aplicou em uma carta enviada ao Ministério da Justiça da Alemanha do Norte em defesa de homens homossexuais que estavam sendo perseguidos por questões políticas. Segundo Jeffrey Weeks (1999), a afirmação do termo heterossexualidade foi possível devido à necessidade de definição da homossexualidade, passando a assumir uma descrição médico-moral no século XIX, empreendida pelo alemão Kraft-Ebing como forma de especificar as identidades sexuais justamente no que se referia a seus tipos e formas.

No Brasil, o termo foi utilizado pela primeira vez em 1894, no livro *Atentados ao pudor: estudos sobre as aberrações do instinto sexual*, de Francisco José Viveiros de Castro, professor de Criminologia da Faculdade de Direito do Rio de Janeiro e desembargador da Corte de Apelação do Distrito Federal (GREEN, 2000).

A medicina e a psicanálise durante muito tempo consideraram a homossexualidade como doença, tanto que era tratada por “homossexualismo”, em que o sufixo “ismo” conferia a ideia de patologia, sendo, dessa forma, tratado como tal. Em 1975, foi inserida na Classificação Internacional das Doenças - CID como transtorno sexual.

Segundo Tony Reis (2007), as primeiras tentativas de organização de um movimento homossexual contra as discriminações e pela reivindicação de direitos ocorreram na Europa, entre 1850 e 1993, como reação às legislações que criminalizavam atos sexuais entre pessoas do mesmo sexo. Outro momento se deu na Alemanha, em 1933, com o advento do regime nazista, no qual mais de 200 mil homossexuais foram mortos.

Só nos anos 1960, no contexto de pós-Segunda Guerra, organizou-se o primeiro movimento GLBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transgêneros); a data que ficou como marca na história do moderno movimento gay mundial foi 28 de junho de 1969, quando houve a rebelião de GLBTTs contra as arbitrárias batidas policiais no bar Stonewall, em Nova Iorque. No primeiro aniversário da revolta, 10 mil homossexuais, provenientes de todos os estados norte-americanos, marcharam sobre as ruas da cidade, demonstrando que estavam dispostos a seguir lutando por seus direitos. Desde então, a data é considerada o Dia Internacional do Orgulho GLBTT (REIS, 2007).

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde - OMS publicou uma circular, informando que o “homossexualismo” deixara de ser uma doença, passando a ser considerado um desajustamento comportamental. Mas foi em 1990 que deixou de ser considerado um distúrbio psicossocial e, conseqüentemente, deixou de constar no CID-10, sendo substituído o sufixo “ismo” por “dade”, significando “modo de ser”.

Facchini (2005), em seu trabalho sobre o movimento homossexual na década de 1990, expõe que no ano de 1998, por meio de intercâmbios de militantes do movimento homossexual brasileiro com os internacionais, adotou-se a sigla GLBT, no intuito de abranger gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros:

[...] a especificação de categorias como lésbicas, travestis e transexuais pode ser compreendido como escolhas, feita a partir de um leque de possibilidades – que com o incentivo da globalização e da grande circulação de informações, passam a trazer referências criadas em outros contextos culturais ou no âmbito de iniciativas de outra natureza, como a academia [...] Há um processo de resignificação e um contexto político- cultural local que permitem a demanda por novas categorias ou estilos e que influenciam a apropriação de determinada categoria ou estilo e não de outra (FACCHINI, 2005, p. 181).

Em junho de 2008, na I Conferência Nacional de Políticas Públicas para GLBTs, houve a discussão sobre a mudança da sigla GLBT para LGBT, como já adotado no cenário internacional. Segundo Neil Franco (2015), isso ocorreu no intuito de reconhecer a atuação e privilegiar as identidades lésbicas como uma forma de reparação ou de reconhecimento do processo histórico de invisibilidade ao qual foram submetidas.

Com relação ao conceito de homofobia, utilizo as definições de Borrillo (2001), na medida em que enfatizam a existência de uma relação hierárquica de poder entre homossexualidade e heterossexualidade, que se dá de modo a conferir à segunda o lugar de referência do natural e inferiorizar a primeira, instituindo-a como antinatural, relegando os sujeitos aqui enquadrados a uma posição abjeta, que justifica os problemas que a população LGBT enfrenta no que diz respeito às injustiças sociais:

A homofobia desempenha um papel determinante no que diz respeito a uma forma de inferiorização, consequência direta da hierarquia das sexualidades, assim como confere à heterossexualidade um status superior, situando-a no patamar do que é natural, do evidente (BORRILLO, 2001, p. 15).

Dessa maneira, sexismo e homofobia aparecem como componentes necessários do regime binário das sexualidades. A homofobia acaba por tornar-se a guardiã das fronteiras sexuais (hétero/homo) e de gênero (masculino/feminino). Por isso os homossexuais não são as únicas vítimas da violência homofóbica, que também atinge a todos aqueles que não se enquadram na ordem clássica dos gêneros: travestidos, transexuais, bissexuais, mulheres heterossexuais de personalidade forte, homens heterossexuais delicados ou que manifestem grande sensibilidade (BORRILLO, 2001, p. 16).

Considero, ainda, fundamental a possibilidade que a conceitualização de homofobia abre para considerar que esta não atinge apenas a população LGBTQIA+, mas todo e qualquer sujeito que aparentemente rompa com as normatividades baseadas em gênero e/ou sexualidade.

A LGBTfobia faz notar seus efeitos no universo familiar, nas escolas, nas igrejas, na rua, no posto de saúde, na mídia, nos ambientes de trabalho e em diversos contextos sociais e políticos. Um exemplo disso é o de Duda Salabert, que na eleição de 2020 foi a pessoa mais votada da história e primeira transexual eleita para vereadora em Belo Horizonte. Duda relata uma de suas experiências de transfobia vividas no livro *Sempre foi sobre nós: relatos de violência política de gênero no Brasil* (2021), “[...] fui dar entrevistas aos canais de televisão. Eu juro: a primeira pergunta que o repórter ao vivo me fez foi: ‘Qual banheiro usarei na câmara?’ [...] o interesse do repórter é onde irei fazer xixi [...]. Confesso que foi uma tarde

pesada, respondendo inúmeras perguntas transfóbicas que me exotificavam” (SALABERT, 2021, p. 73).

Nesse mesmo contexto, nos momentos de escuta durante a pesquisa, palavras como mulherzinha, bichinha, mariquinha, sapatão e mulher macho foram relatadas por alguns entrevistados como forma usual de homofobia e transfobia nos espaços de saúde, principalmente pela população trans, causando constrangimento, medo, vergonha e consequente sofrimento, trazendo ainda mais complicações em seus processos de saúde/doença.

1.5 Violências, processos de estigmatização e transfobia

Transfobia é o nome que se dá ao preconceito contra pessoas trans, gerando discriminação e sofrimento nos diferentes momentos e espaços de suas vidas: na família, na escola, nos ambientes sociais e no trabalho. Segundo Romano (2008), a exclusão social causada pela transfobia é evidenciada pela falta ou baixa escolaridade, subemprego e prostituição a que estão sujeitas esta população, principalmente em grandes cidades. Para Beneditti (2005), as travestis ainda sofrem mais do estigma que as outras pessoas do coletivo LGBTQIA+ por serem determinadas a modificar o corpo e manterem-se na ambiguidade entre o feminino e o masculino.

Dessa forma, lidar com isso é um ato de resistência das pessoas trans e das políticas públicas, como pode-se ver representado na frase “**Resistir para existir, existir para reagir**”, usada pela ANTRA em 2019, no mês da visibilidade trans, para chamar a atenção para as violações de direitos que travestis, mulheres trans e homens trans sofrem no Brasil.

Na esfera da comunidade LGBTQIA+, a população trans enfrenta cotidianamente condições de invisibilidade, rejeição e extrema vulnerabilidade social. Carregam o estigma de uma categoria socialmente desacreditada por transgredir os padrões normativos vinculados ao gênero e a sexualidade. Como afirma Goffman,

Acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa (GOFFMAN, 1988, p. 15).

Esse aspecto, inclusive, é revelado no índice de violência. Segundo o mapeamento de assassinatos de pessoas trans e travestis realizado pela ONG Transgender Europe (TGEU), por meio do observatório Trans Murder Monitoring (TMM), de 1º de janeiro de 2008 a 30 de

setembro de 2017 foram notificados 1071 assassinatos de pessoas trans no Brasil, ou seja, três vezes mais do que o México, país com o segundo maior índice.

Em 2019, foram 124 casos, sendo que 80% deles apresentaram requintes de crueldade, ou seja, ocorreram após violência excessiva. Segundo o *Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020*, o Brasil ocupou o 1º lugar no ranking de assassinatos de pessoas trans no mundo, com números que se mantiveram acima da média. Por outro lado, é o país que mais consome pornografia trans⁵.

Segundo o Pornhub Insights⁶, serviço de análise de buscas do maior site pornográfico do mundo, “os brasileiros também têm 89% mais chances de visitar a categoria ‘Travestis’, em comparação com o resto do mundo do Redtube”. Pode-se observar aqui o paradoxo entre o desejo e o ódio em relação às travestis e, principalmente, mulheres transexuais, a partir do qual podemos levantar algumas questões que perpassam um processo histórico de hipersexualização e fetichização em relação aos corpos trans, como fantasia, curiosidade, vontade ou desejo, e ao mesmo tempo repulsa por aqueles que se percebem motivados a buscar um envolvimento que seja afetivo ou sexual.

Com a pandemia da Covid-19 que atualmente estamos vivendo, agravando ainda mais as desigualdades já existentes com uma crescente crise sanitária e econômica, podemos constatar com os dados no site da ANTRA⁷ que os assassinatos aumentaram, fazendo com que suas vidas, principalmente das travestis e mulheres transexuais trabalhadoras sexuais, que seguem exercendo seu trabalho nas ruas, têm sido diretamente afetadas.

Segundo o artigo *Os impactos da pandemia na população trans*, da vereadora transexual Duda Salabert, publicado no Jornal Nexo⁸,

Para explicar este último número, é necessário evidenciar um aspecto que caracteriza grande parte das vivências trans: a violência de gênero normalmente se inicia dentro das próprias famílias. Uma pesquisa realizada pela UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), divulgada em 2015, revelou que 5,8% das travestis de Belo Horizonte saíram de casa com idade inferior a 12 anos, sendo o preconceito e a violência da família elementos motivadores para ruptura de laços familiares. A pandemia, nesse sentido, ao trazer a necessidade de as pessoas terem que ficar em casa em quarentena, significou para muitas transexuais ter que conviver por mais tempo e dividir

⁵ Disponível em: <https://revistahibrida.com.br/2020/05/11/o-paradoxo-do-brasil-no-consumo-de-pornografia-e-assassinatos-trans/>. Acesso em: 23 jun. 2021.

⁶ Disponível em: <https://www.pornhub.com/insights/redtube-brazil>. Acesso em: 23 jun. 2021.

⁷ Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2021.

⁸ Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/colunistas/tribuna/2021/Os-impactos-da-pandemia-na-popula%C3%A7%C3%A3o-trans>. Acesso em: 01 jun. 2021.

espaço com muitos familiares intolerantes, preconceituosos – fato que resultou no aumento não somente da violência doméstica, mas também dos danos à saúde mental das pessoas trans (SALABERT, 2021).

No *Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020*, temos os dados relacionados à pandemia:

Nesse cenário, dados preliminares do projeto da ANTRA, TransAção, revelam que 94,8% da população trans afirmam terem sofrido algum tipo de violência motivada por discriminação devido à sua identidade de gênero. Quando perguntadas sobre suas principais necessidades, o direito ao emprego e renda aparece com 87,3%, seguido de acesso à saúde (em termos gerais e, também, em questões específicas de transição), educação, segurança e moradia. Além disso, 58,6% declarou pertencer ao grupo de risco para a COVID-19 (ANTRA, 2021, p. 11).

Pensando nos cuidados da saúde das pessoas trans dentro deste contexto da preservação da vida, a ANTRA lançou a cartilha *Dicas para travestis e mulheres trans profissionais do sexo em tempos de COVID-19*⁹, com conteúdo de prevenção e cuidados com a saúde nesse período.

“Muitas não são vistas como gente, e as travestis profissionais do sexo, em sua maioria negras e semianalfabetas que desempenham sua função na rua, enfrentam diversos estigmas no país que mais assassina pessoas trans do mundo” (BENEVIDES, 2020)¹⁰.

Nossas pesquisas estimam que cerca de 70% da população de travestis e mulheres transexuais não conseguiram acesso às políticas emergenciais do Estado, devido à precarização histórica de suas vidas, chegando a terem perda significativa em suas rendas. Assim, não resta outra opção, a não ser continuar o trabalho nas ruas, impondo que tal grupo se exponha ao vírus em todas as fases da pandemia (ANTRA, 2021, p. 8).

Os assassinatos continuam aumentando pela falta de ações do Estado e pela demora em implementar medidas de proteção à população LGBTQIA+, mesmo depois da decisão do Supremo Tribunal Federal que reconheceu a LGBTIfobia como uma forma de crime de racismo, instituída pela Lei n. 7.716/89, em 13 de junho de 2019. A prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível.

No dia 07 de junho de 2021 a Justiça de Alagoas condenou por racismo o segurança que impediu uma travesti de usar o banheiro coletivo feminino de um shopping em Maceió. Essa

⁹ Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/03/dicas-profissionais-do-sexo-antra.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2021.

¹⁰ Nova epidemia, Velhas Mazelas. Disponível em: <https://medium.com/@brunagbenevides/nova-epidemia-velhasmazelas-5a320a622a0c>. Acesso em: 06 jun. 2021.

foi a primeira condenação por racismo transfóbico no país desde que LGBTfobia foi considerada crime. A notícia¹¹ foi divulgada e comemorada pela comunidade LGBTQIA+ em vários canais de comunicação e na internet, por meio de redes sociais.

O Governo do Estado do Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de Governo e Gestão Estratégica, publicou no dia 20 de outubro de 2020 o Decreto n. 15.334, que institui a Comissão Estadual de Enfrentamento à Violência contra a População de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais (CEVLGBT) e regulamenta a composição e o funcionamento da Comissão Especial Processante LGBT (CEPLGBT), que atua na coordenação da Subsecretaria de Estado de Políticas Públicas LGBT e tem o objetivo de unir os órgãos públicos na elaboração de estratégias para prevenir, enfrentar e reduzir as diversas formas de violência praticadas contra a população LGBTQIA+ no Estado.

De acordo com os dados do Disque 100, serviço que recebe, analisa e encaminha denúncias de violações de direitos humanos, em 2018, as denúncias somaram 1.685 casos, que resultaram em 2.879 violações. Destas, 70,56% são referentes à discriminação, seguida por violência psicológica – que consiste em xingamentos, injúria, hostilização, humilhação, entre outros (com 47,95%) – violência física (27,48%) e violência institucional (11,51%) (MATO GROSSO DO SUL, 2020)¹².

Outro dispositivo estadual importante no combate a LGBTfobia é a Lei n. 3.157, de 27 de dezembro de 2005, que dispõe sobre as medidas de combate à discriminação devido à orientação sexual¹³.

Em Anastácio, território desta pesquisa, não existe nenhum registro de ocorrência de transfobia na Delegacia de Polícia Civil no período de 2018 a 2021, fato que chama a atenção e levanta alguns questionamentos: não houve nenhuma violência contra travestis e transexuais no município? Se houve, por que não foi denunciado? Diante disso, podemos observar o medo de denunciar, que é fruto de uma cultura do silêncio e do não reconhecimento como cidadãos de direito, o que traz muitas barreiras que impedem a denúncia das agressões vividas pelas travestis e mulheres trans, que, em sua maioria, precisam manter suas vidas no anonimato da prostituição. Também pode-se levantar a hipótese de a delegacia ser um ambiente composto majoritariamente por homens, reforçando ainda mais o medo do preconceito, fazendo com que

¹¹ Disponível em: <https://g1.globo.com/al/alagoas/noticia/2021/06/07/justica-condena-seguranca-de-shopping-de-maceio-por-impedir-travesti-de-usar-banheiro-feminino.ghtml>. Acesso em: 09 jun. 2021.

¹² Disponível em: <http://www.ms.gov.br/decreto-estadual-amplia-luta-contr-a-homotransfobia/>. Acesso em: 09 jun. 2021.

¹³ Disponível em: https://www.secid.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/Lei-n.-3.157-de-27.12.2005_1-1-3.pdf. Acesso em: 09 jun. 2021.

elas se comportem de maneira arredia, desconfiada e, dessa forma, sejam invisibilizadas na cidade.

Mesmo com leis e decretos que tratam do respeito à vida das pessoas trans, elas enfrentam diariamente violências contra seu direito de existir, de ser e de estar nos espaços e no convívio social. Cotidianamente enfrentam duros obstáculos para existir em uma sociedade conservadora, machista, patriarcal, binária e excludente, que não aceita a pluralidade e que não reconhece as especificidades de cada um como ser único em sua identidade, vivências e experiências. O Brasil ainda é um país em que impera uma forte narrativa extremista de ódio, que coloca essa população como não merecedora de estar em determinados espaços, como de educação, serviços de saúde e empregabilidade.

Esses casos demonstram que os corpos de travestis e transexuais são vítimas de um genocídio autorizado pelo Estado e a sociedade, na medida em que raramente se chega aos culpados pelos crimes. Para além disso, as vítimas são culpabilizadas pelas violências que sofrem ao terem suas condutas reprovadas pela sociedade. No Mato Grosso do Sul não é diferente: encontramos inúmeros casos de violência contra essa população com requintes de crueldade, a exemplo do ocorrido em Rio Brilhante.

Uma travesti de 44 anos foi encontrada morta, com parte da cabeça esmagada e várias facadas pelo corpo em uma estrada vicinal do município de Rio Brilhante, a 150 quilômetros de Campo Grande, na madrugada deste domingo (8).

Segundo o registro policial, o corpo foi encontrado por um funcionário de uma usina sucroenergética que passava de caminhão pela região da estrada da estiva, por volta das 2h (de MS). Ele acionou a Polícia Militar, que por sua vez, comunicou a Polícia Civil.

O corpo estava com parte da cabeça esmagada e apresentava várias perfurações de instrumento perfurocortante no pescoço e nas costas.

No local do crime os policiais encontraram uma pedra de aproximadamente 15 centímetros com vestígios de sangue.

A pedra foi recolhida e a polícia vai investigar se ela teria sido utilizada para golpear a travesti. Também foi encontrada no local uma motocicleta e um capacete.

O corpo vai ser encaminhado para necropsia, na Unidade Regional de Perícia e Identificação (URPI) de Dourados.

O caso vai ser investigado pela Delegacia de Polícia Civil de Rio Brilhante¹⁴.

¹⁴ Disponível em: <https://g1.globo.com/ms/mato-grosso-do-sul/noticia/travesti-e-encontrada-morta-com-a-cabeca-esmagada-e-varias-facadas-pelo-corpo-em-estrada-vicinal-de-rio-brilhante-ms.ghtml>. Acesso em: 27 mai. 2021.

A partir do caso podemos levantar alguns questionamentos: por que tanta crueldade? Quem será punido por essa morte brutal? Sobre a primeira questão, somos levados a pensar na abjeção causada por esse corpo junto à sociedade, inclusive do ponto de vista de sua ambivalência, na medida em que congrega a pulsão de desejo e de morte. Se num primeiro momento esse corpo, pela sua proximidade com o feminino, pode atrair os homens, por outro pode levá-los, como forma de negar essa pulsão, à tentativa de destruir esse corpo considerado abjeto. Há que se considerar ainda que a masculinidade tóxica, que leva os homens a pensar que podem dispor de todos esses corpos femininos, como mulheres e transexuais, e ainda que podem submetê-los pela força. Se pensarmos o machismo e a masculinidade hegemônica como aspectos estruturais, compreendemos que, de certa maneira, a violência contra mulheres e população LGBTQIA+ é visto como coisa de homem, ou seja, o *ethos* da masculinidade é a violência.

Em relação ao segundo aspecto, causa estranheza, ao procurar outras reportagens sobre o crime, que a vítima não é nomeada e que não encontramos nenhuma nova informação que dê conta da descoberta e punição dos assassinos. Sua morte acabou entrando para as estatísticas, que são frias e impessoais.

Segundo Guareschi (2001), nos processos de legitimação da exclusão é necessário que se encontre uma vítima expiatória sobre a qual recai e se descarrega a discriminação. Essa vítima é o próprio excluído, representado como um indivíduo que constrói a si próprio, independentemente das condições materiais de existência.

Apesar de a Constituição Federal de 1998 apresentar o conceito de cidadania ampliada, a população trans ainda é colocada à margem de seus direitos e de uma perspectiva de vida com dignidade, respeito e segurança, o que resulta na marginalização social e na violência psicológica, moral e física.

(...) no mundo real as travestis são assassinadas por que não são gente, e aquele cara que assassina a travesti – e ele não assassina apenas uma vez, mas várias vezes com várias facadas – ele assassina com a autorização que a sociedade lhe dá para dizer: “aquele corpo não tem humanidade suficiente para compartilhar o mesmo espaço que o meu” (BRASIL DE FATO, 2017)¹⁵.

Franco e Cicillini definem a transfobia como

¹⁵ “Dandara foi espancada até a morte em plena luz do dia e seus assassinos riam”, reportagem de Daniela Andrade. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2017/03/10/artigo-dandara-foi-espancada-ate-a-morte-em-plena-luz-do-dia-e-seus-assassinos-riam>. Acesso em ago. 2021.

processo de recusa histórica, social e cultural da forma como pessoas trans constroem seu gênero e vivem suas sexualidades. O aspecto mais marcante seria as diversas dimensões de vulnerabilidade que esses sujeitos são expostos em razão de se constituírem como ‘o/a outro/a’ do gênero e da sexualidade, portanto, ‘o/a outro/a’ na condição de direitos humanos (FRANCO & CICILLINI, 2015, p. 330).

O grau de invisibilidade social das pessoas trans no Brasil é tão grande que não existem censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou estudos do Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA) que possam mapear esse segmento pelo país para poder fomentar políticas de direitos humanos no combate à violência e na criação de políticas públicas de Estado.

A impossibilidade de ser e de existir experienciada por pessoas trans se materializa em diversos âmbitos sociais (BENTO, 2008). A vivência no espaço escolar é marcada pela dor da exclusão e discriminação (JUNQUEIRA, 2009), onde, não raro, elas encontram barreiras para se matricular, participar das atividades pedagógicas, ter suas identidades minimamente respeitadas, fazer uso de sua estrutura (banheiros, por exemplo) e conseguir preservar sua identidade física (JUNQUEIRA, 2009b, p. 25).

O corpo trans é rejeitado e sofre inúmeras violências e humilhações que vão do não reconhecimento do nome social à dificuldade de acesso ao banheiro coletivo. Em decorrência disso, a prostituição acaba sendo a única realidade encontrada para sobreviver, principalmente no que diz respeito às mulheres trans.

A política de inclusão deveria estar embasada nos princípios assegurados na Constituição Federal, que garantem a cidadania e dignidade da pessoa humana, reforçados no objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988). O Estado, porém, vem se mostrando incapaz de proporcionar um ambiente de desenvolvimento completo à população trans. Quanto a isso, observa-se a direta violação à própria democracia.

O padrão heterocisnormativo é fortemente influenciador na construção do imaginário da sociedade em relação às demandas das pessoas transexuais. Estas são entendidas como desnecessárias, sem importância, não relevantes, insignificantes, até chegar no absurdo do discurso de que se trata de uma anormalidade e, portanto, da patologização da orientação sexual e identidade de gênero. São práticas de transfobia que produzem mais preconceito, mais sofrimento psíquico, discriminação.

Conforme reiteram Souza e Pereira,

O padrão heteronormativo é um padrão social presente na sociedade brasileira, em que a heterossexualidade é ensinada, reforçada e aceita pela sociedade como uma única expressão possível da sexualidade. Essa normatização presente na sociabilidade humana está enraizada nas práticas sociais, por influências religiosas ou morais, e vai discriminar os indivíduos porque suas formas de serem homens e mulheres - ou de exprimirem seus desejos e prazeres - não se enquadram no que é tido como normal dentro de uma lógica heteronormativa e sexista (SOUZA e PEREIRA, 2013 p. 105).

Garantir à população trans o direito à vida, à cidadania, à honra, à liberdade e à privacidade é princípio da dignidade humana. A transfobia e suas consequências impedem o desenvolvimento da vida plena. Identificar-se e expressar-se socialmente como “transgressora” do binarismo biológico de gênero homem/mulher coloca essa população em situação de vulnerabilidade, em uma posição inferior em relação aos padrões hegemônicos estabelecidos.

Como afirma Letícia Lanz,

Transfobia está longe de ser apenas uma questão de repulsa e negação em se relacionar de maneira normal no dia-a-dia, fazer sexo ou manter um romance com uma pessoa transgênera. Transfobia está impregnada em todas as áreas de atividade humana: política, econômica, social, cultural e religiosa (LANZ, 2014, p. 256).

As raízes da transfobia estão sedimentadas em uma supremacia cisgênera, heterossexual, de elite e branca. As modalidades instrumentais consistem na aplicação de coerções, ameaças e outras ações para que sua vitória e seus objetivos de humilhar, subalternizar e oprimir as diferenças sejam alcançados. As formas de institucionalização encontram na família, na polícia e no Estado os disseminadores de discursos e outras práticas transfóbicas, homofóbicas e racistas. Por fim, os graus de racionalização encontram-se enraizados ou fincados nos processos de normalização social, diferente dos corpos considerados às margens da sociedade, abjetos e impassíveis de luto.

A transfobia é latente, intrínseca e precisa ser combatida na sociedade em geral. Guarechi (2004) destaca que as políticas públicas deveriam ser ações coletivas, no sentido de serem formuladas e executadas com a participação da sociedade, visando a garantia de direitos.

CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBTQIA+

A Organização Mundial de Saúde (OMS), juntamente com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), compreende que os debates sobre políticas públicas de saúde são necessários e corroboram as reflexões e proposições de políticas acerca do acesso e utilização dos serviços de saúde integral e especializada por parte das pessoas LGBTQ, por considerar que esses indivíduos enfrentam obstáculos, uma vez que seus corpos, sexualidade e relações de gênero não se enquadram em uma normatividade.

Nesse contexto, como destacam Sampaio e Araújo Jr. (2006, p. 341), “a política em si caracteriza-se como o diálogo entre sua formulação e sua implementação, ou seja, a interação entre o que se propõe executar e o que se realmente executa”.

Este capítulo traz uma análise das políticas públicas de saúde destinadas a lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros no Brasil, perscrutando avanços e dificuldades encontradas por esse grupo social que luta por visibilidade e igualdade de direitos em relação a suas necessidades em saúde. A visibilidade e o reconhecimento das políticas de saúde pública LGBT é relevante para combater a discriminação, a violência e o preconceito, garantindo assim direitos constitucionais, conforme o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A reivindicação de políticas públicas é uma das maiores demandas da comunidade LGBT na atualidade e, em especial, da população trans, historicamente estigmatizada e excluída do direito à saúde e que requer uma ação que vise atender às suas especificidades. Muito se fala da saúde das pessoas trans em relação ao processo transexualizador (cirurgia de transgenitalização), instituída pela Portaria n. 2.803, de 19 de novembro de 2013, contudo, o corpo trans adoece como qualquer outro e necessita de um atendimento que satisfaça o princípio da integralidade e da equidade na oferta dos serviços em saúde, assim como o fortalecimento dessas políticas e o enfrentamento da violência institucional sofrida nos espaços públicos de saúde, pois o direito à saúde é universal.

Após muito trabalho e envolvimento do movimento LGBTQIA+ com a sociedade, políticas que tratam de diversas causas e demandas foram criadas, contudo, ainda se exigem

esforços contínuos para que elas sejam conhecidas, reconhecidas e implantadas, como é o caso na área da saúde.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007) garantiu o acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção do SUS – a primária, a secundária e a terciária – para a população LGBT, assegurando políticas públicas eficientes e inclusivas, considerando as vulnerabilidades causadas por estigma e preconceito, como está na Portaria MS/GM 675/2006:

Garantir respeito e atenção à diversidade e às necessidades especiais de grupos populacionais específicos na atenção integral à saúde, propiciando espaços para debates sobre as diferenças, com o objetivo de identificar e superar atitudes discriminatórias e favorecer a inclusão social, considerando o preconceito como atitude que contribui para o agravamento do processo saúde-doença. Assegurar a gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (GLBTT) o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde nas três esferas de governo, inclusive na abordagem da soropositividade ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Reconhecer as temáticas que envolvam a orientação sexual e as suas consequências sobre as concepções e práticas da saúde, da inclusão de item sobre livre expressão sexual nos formulários, da inclusão dos recortes raciais, geracionais, de gênero e livre expressão sexual na política de educação permanente, da sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos deste público e da implantação de grupos de promoção à saúde da população GLBTT nas unidades de saúde e saúde da família, contemplando as especificidades regionais e a efetivação da Portaria MS/GM n 675/2006 (MATO GROSSO DO SUL, 2006, s/p).

2.1 A construção de políticas públicas em saúde para pessoas trans

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2013) tem como marca o reconhecimento de que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide no processo de sofrimento e adoecimento, decorrente do preconceito e do estigma social, e apresenta em uma das diretrizes sua eliminação, com foco ao combate às homofobias, inclusive a institucional.

Goffman (2004, p. 4) referencia estigma social como “a situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena”. Dessa forma, a pessoa trans sofre com estigmas, pois se difere em relação aos atributos considerados naturais, normais e comuns do ser humano, frustrando as expectativas de normalidade impostas pela sociedade.

Mesmo após a exclusão da homossexualidade do CID, em 1990, estudos têm apontado uma tendência da condição ainda relacionada a patologias, considerando como grupo de risco para doenças sexualmente transmissíveis, o que cria barreiras para o acesso à atenção à saúde integral. Estes são alguns dos marcos que potencializam a necessidade de compreender como a patologização e o estigma podem agir nas subjetividades de profissionais da saúde, produzindo obstáculos na atenção à saúde integral dessa população e, assim, contribuindo para a elaboração

de novas estratégias para a educação permanente que mobilizem de forma efetiva tais estruturas subjetivas.

A forma como a transexualidade é percebida pelos profissionais da saúde e a falta de preparo podem influenciar na direção e na qualidade da atenção integral à saúde dessa população, fazendo com que ela se distancie cada vez mais de seus direitos. Cerqueira Santos e De Souza (2010) afirmam que há o estigma da população em relação às minorias sexuais, especialmente às pessoas trans, inclusive por profissionais da saúde que tiveram uma boa formação acadêmica.

A transexualidade não é mais classificada como doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que removeu do CID-11, em maio de 2019, o chamado “transtorno de identidade de gênero” em relação à situação de pessoas trans, indivíduos que não se identificam com o gênero que lhes foi atribuído no nascimento. Foi criado um novo capítulo, em que a transexualidade foi incluída como “incongruência de gênero”, que pode ser descrita como um sentimento de angústia, um conflito interno entre o gênero (corpo físico) que uma pessoa apresenta e aquele com o qual ela se identifica.

A nova classificação colabora para reduzir o estigma e a discriminação, ao mesmo tempo em que garante o acesso a intervenções de saúde necessárias, como o processo transexualizador, serviços de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o acesso integral à saúde.

Os especialistas consideram isso um grande avanço que colabora para eliminação do estigma social associado à diversidade de gênero. Para Marqueza, mulher trans ouvida durante a pesquisa, “foi um avanço, mas ainda não sentimos mudança no tratamento quando procuramos os serviços de saúde”¹⁶.

Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tendo como pilares o processo de descentralização e o controle social da gestão, e como fundamento as diretrizes organizacionais e assistenciais do SUS, focando na reelaboração dos processos de trabalho a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é formada por equipes multiprofissionais, compostas, no mínimo, por um médico generalista ou com especialização em Saúde da Família, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

O trabalho das ESFs promove um vínculo mais estreito da comunidade com a equipe de saúde e tende a valorizar o indivíduo além de sua doença, no sentido de integralidade e

¹⁶ Declaração colhida pela autora durante uma escuta ocorrida em 2020.

continuidade da atenção a partir das necessidades reais de saúde apresentadas. Seu modelo de ação pressupõe estratégias que facilitem a proximidade da população com o profissional de saúde, estabelecendo um atendimento mais humanizado e direcionado às suas necessidades. Contudo, no caso do atendimento direcionado à população trans, foi constatado, durante as narrativas colhidas, que esse atendimento humanizado deixa de existir, abrindo espaço para o preconceito e contribuindo, assim, para o adoecimento e o afastamento do serviço de saúde pública.

A lei orgânica (Lei n. 8.080/90) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, cria a estrutura legal para a construção de um dos maiores sistemas públicos de saúde, o SUS, que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde. Os princípios de igualdade, universalidade, equidade, integralidade, de participação da sociedade no controle da política e da saúde como direito social (cidadania) norteiam as ações de planejamento e execução do SUS.

Para organizar, facilitar e garantir o acesso da população à saúde pública, o Brasil segue as premissas definidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é dividido em 3 níveis de atenção: o primário, o secundário e o terciário. Eles seguem uma ordem crescente de complexidade do tratamento, feita para garantir que cada pessoa seja atendida de modo adequado.

Na atenção primária, o atendimento inicial é para casos mais simples, com foco em agendamento de consultas e em procedimentos e exames básicos. É o tipo de trabalho realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), portas de entrada do sistema – nesse nível são realizadas as campanhas de saúde pública nos espaços comunitários.

Na atenção secundária o atendimento é de média complexidade. Aqui entram as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), bem como ambulatorios e hospitais que oferecem atendimento especializado, onde aparecem os primeiros especialistas em áreas como cardiologia, oftalmologia, endocrinologia etc. Nesse nível também são encontrados equipamentos para exames mais avançados.

No nível terciário, o trabalho se dá num patamar mais complexo, em grandes hospitais, com equipamentos mais avançados e profissionais mais especializados. Nele acontecem as cirurgias e são atendidos os pacientes com enfermidades que apresentam riscos contra suas vidas.

Todo cidadão tem o direito de ser atendido em cada um desses níveis de forma humanizada e sem discriminação e preconceito, tendo em vista a fragilidade em que se encontra o paciente na condição de doença, seja física e/ou emocional.

Segundo Matta (2007), o SUS norteia-se nos seus preceitos constitucionais, sendo três os princípios de atuação: universalidade, equidade e integralidade.

Universalidade é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (“a saúde é direito de todos e dever do Estado” – Art. 196 da Constituição Federal de 1988). A partir desse princípio, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público, independentemente de sexo, orientação sexual, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. A saúde é direito do cidadão e dever dos governos municipais, estaduais e federal.

O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que ela seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Logo, equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, de acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema. O que determinará as ações será a prioridade epidemiológica e não o favorecimento, investindo mais nos pontos em que a carência for maior. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades.

No caso da integralidade, considera-se que a promoção, a proteção e a reabilitação da saúde não podem ser fracionadas. Sendo assim, deve-se reconhecer na prática que, se cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não podem ser compartimentalizadas, assim como as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, devem configurar um sistema capaz de prestar assistência integral. Ao mesmo tempo, a integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. Trata-se de concretizar a prática do SUS, considerando a ideia de seguridade social e relevância pública dos princípios que norteiam todo o processo.

Assim sendo, os espaços de saúde passam a constituir também um campo de pesquisa fundamental para a compreensão de como os usuários e os profissionais lidam com as vulnerabilidades socioculturais, as diversidades, os determinantes sociais e a atenção à saúde, lançando um olhar especial à oferta dos serviços para a população trans.

2.2 Programas de combate à homofobia e promoção do respeito à diversidade

No que se refere aos programas de combate à homofobia e promoção do respeito à diversidade, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011, pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução n. 2, do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT.

A Portaria n. 2.836 institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, considerando importantes atribuições para garantir o direito à saúde previsto na Constituição Federal, como a necessidade de ampliação das ações e serviços de saúde especialmente destinados às peculiaridades da população LGBT, preconizado no princípio da equidade. A portaria considera, entre outras questões, a necessidade de fomento às ações que visem a superação do preconceito e da discriminação por meio da mudança de valores, baseada no respeito às diferenças, buscando um enfrentamento à violência LGBTfóbica nos espaços de saúde.

A Resolução n. 2, de 6 de dezembro de 2011, estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 1º Esta Resolução institui o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito do SUS, com o objetivo de apresentar estratégias para as gestões federal, estadual, distrital e municipal do SUS no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, com foco na população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Art. 2º O Plano Operativo de que trata o art. 1º é estruturado em 04 (quatro) eixos estratégicos: I - acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; II - ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT; III - educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; e IV - monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

Art. 7º Compete à gestão municipal do SUS: I - definir estratégias e plano de ação para implementação do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito municipal; e II - promover a inclusão do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais (BRASIL, 2011, s/p).

Tendo por base as escutas e observações durante a realização desta pesquisa, foi possível perceber que o Art. 7º da Resolução n. 2 não é obedecido no âmbito dos municípios estudados, assim como outras políticas públicas voltadas à população LGBT. Portanto, há uma falha nas gestões e o princípio da integralidade, que deveria ser garantido nas práticas dos serviços de saúde, não é respeitado. Para Mello e Avelar (2012),

Em particular, no que diz respeito às políticas públicas no campo da sexualidade, convém ainda destacar que elas são permeadas de peculiaridades, já que o ponto de partida para sua formulação e implementação é basicamente a necessidade de mudança de crenças, valores e tradições há muito prevalentes no imaginário coletivo (MELLO; AVELAR, 2012, s/p).

2.3 As políticas públicas de assistência em saúde à população LGBTQIA+ e as singularidades

As políticas públicas voltadas ao cuidado da saúde da população LGBTQIA+ e, nesse contexto, especialmente da população trans, vêm se apresentando de forma ainda vagarosa em suas ações e avanços, apesar da luta travada.

Há a necessidade de se estabelecer políticas de saúde públicas de forma que a sociedade reconheça as demandas específicas dessa população, políticas que se manifestem no discurso e ações de representantes das diversas instituições, seja no âmbito federal, estadual ou municipal, para que, de forma concreta, os direitos sejam legitimados.

Na esfera federal, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2013) é um divisor de águas e um marco histórico de reconhecimento das demandas dessa população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde.

Trata-se um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias. Sua execução demanda desafios e compromissos das instâncias de governo, especialmente das secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde.

Em seu Art. 3º estão relacionadas as seguintes diretrizes:

I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança; III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;

IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;

V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis;

VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social (BRASIL, 2011, s/p).

Assim, trata-se de uma iniciativa para a construção de mais equidade no SUS, reafirmando o compromisso com a universalidade e da integralidade, o respeito, o combate à discriminação e a busca por humanização no atendimento a essa população. Dessa forma, precisa ser não só respeitada, mas efetivamente implantada nos municípios e divulgada, para que a sociedade conheça seus direitos e, conseqüentemente, respeite os direitos de todos.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT traz atribuições e responsabilidades federais, estaduais e municipais para o cuidado dessa população. No Art. 4º consta que compete ao Ministério da Saúde:

I - apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Estados e Municípios;

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

III - distribuir e apoiar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social;

IV - definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT;

V - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio;

- VI - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que ofereçam atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;
 - VII - promover, juntamente com as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS;
 - VIII - elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais;
 - IX - elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS;
 - X - incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS;
 - XI - promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos;
 - XII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;
 - XIII - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial;
 - XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial;
 - XV - apoiar os movimentos sociais organizados da população LGBT para a atuação e a conscientização sobre seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS; e
 - XVI - disseminar o conteúdo desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre os integrantes dos Conselhos de Saúde.
- 4.5.2.2 Secretarias estaduais de saúde (BRASIL, 2011, s/p).

Segundo o Art. 5º, compete aos estados:

- I - definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual;
- II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- III - coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos Municípios;
- IV - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs);
- V - planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;
- VI - incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos Estados e Municípios;

VII - promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

VIII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

IX - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e

X - estimular a representação da população LGBT nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde (BRASIL, 2011, s/p).

No Art. 6º registra-se que é da competência das Secretarias Municipais de Saúde:

I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;

II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município;

III - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

V - articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais;

VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos (BRASIL, 2011, s/p).

Em 2004, com a participação da sociedade civil, o governo instituiu o programa Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB, constituído de amplas recomendações aos distintos setores do governo, no intuito de assegurar políticas, programas e ações contra a discriminação e, sobretudo, promover equidade de acesso a ações qualificadas aos serviços públicos. Trata-se de uma conquista do movimento no processo democrático do SUS, tendo como um dos objetivos centrais a educação e a mudança de comportamento dos gestores públicos, principalmente em relação à discriminação e violência institucional, para consolidar um atendimento e tratamento humanizado.

A promoção da cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transgêneros e transexuais a partir da equiparação de direitos e do combate a todas as formas de discriminação

e violência, respeitando suas especificidades, é de responsabilidade das esferas de governo e da sociedade.

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, a orientação sexual e a identidade de gênero são incluídas na análise da determinação social da saúde, levantando-se as seguintes recomendações:

- O desenvolvimento de ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais.
- A sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBT, com inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS.
- A inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde.
- A ampliação da participação dos movimentos sociais LGBT nos conselhos de saúde.
- O incentivo à produção de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos.
- A garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade.
- O estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis.
- A manutenção e o fortalecimento de ações da prevenção das DST/aids, com especial foco nas populações LGBT.
- O aprimoramento do Processo Transexualizador.
- A implementação do protocolo de atenção contra a violência, considerando a identidade de gênero e a orientação sexual (BRASIL, 2004, s/p).

Novos avanços têm sido evidenciados nas políticas de inclusão da diversidade sexual e de gênero, incluindo as recentes conquistas da luta política de travestis, transexuais e transgêneros no Brasil, que, no entanto, ainda convivem com uma realidade caracterizada pela extrema marginalização e exclusão social.

A vulnerabilidade pode ser evidenciada pelos altos índices de agravos relativos à saúde mental, como ansiedade, depressão, síndrome do pânico, tentativa de suicídio e pela alta prevalência do HIV. Nesse contexto, o estigma e a discriminação sexual têm sido apontados como importantes obstáculos ao acesso aos serviços de prevenção e cuidado, pois o corpo trans é considerado estranho, fora das normas binárias tidas ainda como padrão para a normalidade. Diante disso, a busca por direitos de cidadania inclui demandas por uma atenção integral em saúde e acesso aos serviços sem discriminação e preconceito. Para Louro,

Ao ousarem se construir como sujeitos de gênero e de sexualidade precisamente nesses espaços, na resistência e na subversão das “normas regulatórias”, eles e elas parecem expor, com maior clareza e evidência, como essas normas são feitas e mantidas (LOURO, 2004, p. 18).

Na luta pela efetividade das políticas públicas, existem problemas que dificultam o acesso ao direito à saúde por parte das pessoas trans. Um deles é a vulnerabilidade dessa população, que não encontra nos espaços de saúde um ambiente acolhedor e que garanta que seus direitos sejam assegurados, como o uso do nome social, por exemplo. O preconceito e a discriminação, bastante visíveis na sociedade e que evidenciam a cultura machista e heteronormativa, são obstáculos enfrentados na busca por direitos civis. O movimento trabalha para a quebra de estereótipos e o enfrentamento das violências sofridas, buscando mais visibilidade e reconhecimento das necessidades, que são, na maioria das vezes, ignoradas nas ofertas dos serviços públicos e gerais.

Nos espaços de saúde, o preconceito é vivenciado primeiramente por parte dos profissionais de saúde, que os tratam ainda como invisíveis, não reconhecendo as especificidades do atendimento demandados. Assim, um dos percalços é a forma como a transexualidade é percebida, pois isso pode influenciar no atendimento e na qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, aumenta a resistência em busca dos serviços garantidos constitucionalmente, mesmo sendo a saúde um direito de todos.

A busca pelo reconhecimento é uma das demandas do movimento LGBT, que trabalha para dar visibilidade às políticas públicas existentes, trazendo ao debate o direito à liberdade, igualdade e dignidade, abrindo um espaço para a democratização da sexualidade. Portanto, a prática em saúde deve buscar a melhoria da qualidade de vida das pessoas por meio da superação das desigualdades sociais, visando aperfeiçoar e transformar essa realidade e colaborando para que o princípio da igualdade seja estabelecido.

Outro aspecto importante está ligado à readequação das características sexuais, em detrimento da atenção integral à saúde, como se esta fosse a única necessidade, o que acaba alienando os sujeitos do acesso a direitos e prestações básicas dos serviços de saúde oferecidos pelo Estado.

A patologização da transexualidade tem sido estudada principalmente pelas áreas de saúde coletiva, psicanálise, ciências sociais, antropologia e bioética, assim como as contribuições realizadas pelo debate promovido pelo Coletivo Nacional de Transexuais. Com isso, pretende-se destacar a importância de compreendermos a diversidade de formas de subjetivação e de construção de gênero na experiência da transexualidade. Nesse sentido, se

inicialmente a institucionalização da assistência a transexuais no Brasil foi associada ao modelo estritamente biomédico (diagnóstico-cirurgia), o debate atual, baseado na integralidade, deve incorporar novos significados da vivência trans.

Para Bento,

A transexualidade deve ser observada como um dos mais recentes desdobramentos do dispositivo da sexualidade, passando a constituir-se como dispositivo específico, que se encontra em pleno período de operacionalização, com a organização crescente de comissões ou projetos vinculados a hospitais, visando a “tratar” os disfóricos de gênero (BENTO, 2006, p. 12-13).

O saber médico ainda segue na insistência transfóbica de patologizar as identidades trans, caminhando na direção contrária dos avanços das ciências sociais e humanas, no sentido de reconhecer a pluralidade das expressões da sexualidade e da identidade de gênero para além do limitado esquema binário heteronormativo. A política de atenção integral à saúde de pessoas transexuais e travestis, embora tenha contado com avanços, precisa estar atenta para não atestar como doentes aqueles que simplesmente lutam pelo direito de viver como são e sempre foram.

Observa-se que os serviços que prestam assistência aos transexuais são bem distintos, como é o caso do atendimento voltado ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Segundo o relato de uma mulher trans entrevistada, quando ela foi ao EFS da sua região buscar atendimento porque estava com uma virose, a recepcionista direcionou o atendimento para um exame rápido de DST. Outro relato, também de uma mulher trans, narra que, ao chegar no consultório médico, o clínico geral falou que não poderia atendê-la porque não tinha conhecimento de como proceder com uma pessoa como ela. Casos como esses são comuns no dia a dia das pessoas trans, que são estigmatizadas e excluídas dos seus direitos de cidadania.

Para Bento,

Não há corpos livres, anteriores aos investimentos discursivos. A materialidade do corpo deve ser analisada como efeito de um poder e o sexo é aquilo que alguém tem ou uma descrição estática. O sexo é uma das formas pelas quais o “alguém” simplesmente se torna viável, que qualifica um corpo para a vida no interior do domínio da integralidade. Há uma amarração, uma costura, dita pelas normas, no sentido de que o corpo reflete sexo, e o gênero só pode ser entendido, só adquire vida, quando referido a essa relação. As performatividades de gênero que se articulam fora dessa amarração são postas às margens, pois são analisadas como identidades “transformadas” pelo saber médico (BENTO, 2017, p. 84-85).

A restrita experiência dos serviços e dos atendimentos dos profissionais que lidam com a saúde da população trans colabora com um intenso sofrimento dessas pessoas ao não serem reconhecidas como um corpo biológico que necessita de cuidados, mas somente um processo de readequação sexual.

Como já foi dito, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT garante às transexuais, às travestis e aos homens trans o direito à saúde íntegra no SUS, tanto na rede de atenção básica como nos serviços especializados, tendo seu acesso ampliado e, principalmente, o respeito ao uso do nome social, enfrentando assim a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero.

O Ministério da Saúde criou, em 2016, a cartilha *Cuidar bem da saúde de cada um – faz bem para todos, faz bem para o Brasil* para orientar profissionais e trabalhadores do SUS sobre os cuidados e os direitos da população trans, com o objetivo de reconhecer as necessidades de grupos específicos e atuar para reduzir o impacto das diferenças, informando e conscientizando sobre a importância de garantir que travestis, mulheres transexuais e homens trans tenham atendimento integral, humanizado e livre de discriminação.

Foram distribuídos no Brasil 200 mil exemplares desse material, que destaca o direito de todos à saúde com respeito e sem discriminação. Ele aborda também orientações de acolhimento, como, por exemplo, que travestis e mulheres transexuais têm indicação de realizar exames para prevenção de próstata e que homens trans podem necessitar de atendimento ginecológico. Especificamente no município de Anastácio, os sujeitos entrevistados não realizam exames nessas especialidades por não se sentirem confortáveis com o atendimento médico. Foi constatado, por meio da observação e de treinamento realizado, que falta formação para a equipe de saúde, desde os agentes comunitários aos médicos especialistas, para lidar com essa questão. A falta de conhecimento das especificidades dessa população em relação à saúde dificulta o acesso, o acolhimento e o atendimento.

Contudo, essa cartilha nunca chegou ao município de Anastácio. Os profissionais de ensino superior (médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos e assistentes sociais) tiveram acesso ao seu conteúdo em um treinamento que ministrei em janeiro de 2021. Na ocasião, alguns deles relataram a importância desse conhecimento para auxiliar no atendimento à população trans.

O uso do nome social durante o atendimento é um avanço fundamental, também orientado na cartilha. Trata-se de um direito garantido pelo SUS desde 2009 pela Portaria n. 1.820, de 13 de agosto. Independentemente do registro civil ou adesão judicial, é direito do usuário ser identificado e atendido nas unidades de saúde pelo nome de sua preferência. Em

2012, o Sistema de Cadastramento de Usuários permite a impressão do cartão do SUS somente com o nome social.

Mesmo assim, ouvi relatos como: “Preferi muitos anos ficar sem atendimento médico para não passar por constrangimento na recepção do ESF quando me chamam pelo nome do registro civil, mesmo falando meu nome social para a atendente, é vergonhoso e constrangedor para mim”, falou Eloina dos Leopardos, mulher trans, durante um momento de escuta em 2020.

O uso do nome social é relevante para a autodeterminação da pessoa trans, definir-se tem a ver com o entendimento que ela tem sobre si mesmo e sobre sua vivência. Para Fachin (2014, p. 37), “autodeterminar-se não significa agir irresponsavelmente, mas sim, exercer as liberdades pessoais do modo mais amplo possível, seja produzindo escolhas, seja criando uma identidade própria, ou mesmo tomando decisões quanto ao próprio corpo”.

Em Anastácio, o nome social é identificado no Cartão do SUS como apelido e aparece com letra menor do que o nome de registro para aqueles que não fizeram a mudança nos documentos oficiais, como CPF. Astolfo, um homem trans entrevistado, relatou: “Fiquei feliz com a inclusão do nome social, mas não satisfeito, ainda acho que isso é preconceito. Não gostaria de ter que mencionar meu nome de registro”¹⁷.

Em esfera federal, o Decreto n. 8.727/2016 dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional¹⁸. Em Mato Grosso do Sul, o Decreto n. 13.684/2013 assegura às pessoas travestis e transexuais a identificação pelo nome social em documentos de prestação de serviço quando atendidas nos órgãos da Administração Pública direta e indireta. Ainda no MS, foi criada a Cartilha de Direito das Pessoas Trans¹⁹ pela Subsecretaria de Políticas Públicas LGBT, que aborda orientações para a retificação do nome nos documentos civis e de identificação.

A cartilha *Cuidar bem da saúde de cada um – faz bem para todos, faz bem para o Brasil* (2016) traz as seguintes orientações:

- As práticas de cuidado devem partir do reconhecimento do direito à orientação sexual e à identidade de gênero de todas as pessoas. É preciso construir uma relação de confiança entre profissional de saúde e usuário(a).

¹⁷ Declaração colhida pela autora durante uma escuta ocorrida em 2020.

¹⁸ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/Decreto/D8727.htm. Acesso em: 10 jun. 2021.

¹⁹ Disponível em: <https://www.cidadanialgbt.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/CARTILHA-DIREITOS-TRANS.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

- As diferenças de cada indivíduo no que diz respeito à própria identidade só podem ser percebidas ao longo de um processo de interação entre o profissional de saúde e o(a) usuário(a).
- O atendimento à população trans demanda do profissional de saúde o engajamento em equipes multiprofissionais. A equipe multiprofissional, pela convergência de saberes e práticas que possibilita, pode com maior sucesso atender à complexidade das demandas trazidas por tais sujeitos.
- Tanto para travestis quanto para mulheres transexuais e homens trans, é de extrema importância o atendimento na atenção básica com acolhimento e informação adequados e, quando necessário, o encaminhamento à rede de atenção especializada para procedimentos de sua competência, garantindo, assim, uma atenção integral no SUS.
- Quando se fala da saúde das travestis, das mulheres transexuais e dos homens trans é comum que venham à mente questões relacionadas às práticas sexuais, tais como as doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS/Hepatites Virais. No entanto, a sexualidade é apenas um dos aspectos da vida e da saúde dessa população. É importante lembrar que estas pessoas são também acometidas por outras enfermidades como viroses, diabetes, hipertensão, entre outras.
- Travestis e mulheres transexuais, mesmo quando já realizaram modificações corporais e/ou cirurgias de redesignação sexual, têm indicação de realizar exames para prevenção de câncer de próstata. Já os homens trans podem necessitar de atendimento ginecológico, tanto de caráter preventivo, como para o tratamento de problemas habituais dessa especialidade (BRASIL, 2016, p. 11).

Diante das muitas políticas públicas que tratam dos direitos da população LGBT e políticas específicas para população trans, pode-se perceber que, apesar dos avanços, ainda há que se lutar muito por visibilidade e garantia dos direitos dentro dos diversos sistemas sociais.

Segundo Mello (2012), em seu artigo *Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades*,

No contexto das lutas em torno da definição do que seja uma sexualidade legítima e de quais pessoas estão socialmente autorizadas a exercê-la, mesmo Estados de longa tradição democrática vez ou outra têm sua laicidade explicitamente colocada em xeque, sendo este um fenômeno particularmente preocupante no âmbito de democracias de frágil tradição, como as latino-americanas, onde os debates sobre direitos sexuais e reprodutivos são marcados por fortíssima oposição religiosa (MELLO, 2012, p. 413).

Pretende-se com esta pesquisa contribuir para uma interlocução entre os estudos de gênero e sexualidade e a luta por direitos, cidadania e políticas públicas de saúde que efetivamente atendem às necessidades dessa população dentro do contexto social em que vivem. Tais políticas podem contribuir para a redução das desigualdades, desde que sejam devidamente inseridas e levadas ao conhecimento da sociedade e dos profissionais de saúde.

A partir das escutas realizadas com a população trans e pela observação da atuação dos profissionais da saúde de Anastácio, o que se constata é que as políticas públicas são pouco consistentes ou mesmo inexistentes, embora estejam previstas em programas e planos importantes do governo federal, como o Brasil sem Homofobia e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

2.4 Pessoas transgêneras, patologização e a interface com a saúde

No final do século XIX, o psiquiatra Richard von Krafft-Ebing foi um dos primeiros em sinalizar como doença mental as transições de gênero. Na sua obra *Psychopathia Sexualis*, de 1886, conta histórias de desviantes *cross-dressers*, numa descrição do que hoje podemos chamar de transexualidade. Nesse mesmo período, temos ainda Havelock Ellis, com *Studies in the Psychology of Sex*, em que tratava das mudanças como uma condição anormal e patológica (CONNELL, 2016).

A ideia e a conceituação de síndrome surgem, contudo, na metade do século XX. O médico endocrinologista Harry Benjamin é uma figura importante nesse processo e na possibilidade de legitimar um tratamento. Apoiado em teorias da genética, ele propõe que seria inadequada a determinação do sexo por meio de fenótipo/características anatômicas, entendendo que não haveria uma divisão estática entre o masculino e o feminino. Com a repercussão dessas ideias, que propunham uma etiologia que, além de aspectos psicológicos, estaria relacionada a fatores biológicos, genéticos ou endócrinos, promoveu-se uma dicotomia conceitual entre o sexo, representado pelo biológico, e o gênero, pelo social (CONNELL, 2016).

Segundo Pierre-Henri Castel, o termo transexual psíquico foi utilizado pela primeira vez em 1910 pelo sexólogo Magnus Hirschfeld para se referir a travestis fetichistas (CASTEL, 2001), enquanto o sexólogo alemão, radicado nos Estados Unidos da América, Dr. Harry Benjamin, cunhou na década de 1940 o termo transexualismo, estabelecendo a um só tempo uma distinção entre travestismo e transexualismo. Saliente-se que o sufixo "ismo" sempre foi denotativo de condutas sexuais perversas, como, por exemplo, “homossexualismo” (BENTO, 2017, p. 39).

Na década de 1950, percebe-se uma produção acadêmica voltada para a especificidade do “fenômeno transexual”, buscando diferenciar as pessoas transexuais de gays, lésbicas e travestis, produzindo, assim, uma nova categoria. Porém, no período das décadas de 1950 e 60 a literatura biomédica não promoveu nenhuma mudança de paradigma frente às suas concepções da transexualidade.

Em 1980 foi inserido o transexualismo no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM) da Associação de Psiquiatria Americana (APA), em sua terceira edição. As revisões subsequentes, em resposta aos movimentos sociais LGBTQIA+, mudaram a nomenclatura para Transtorno de Identidade de Gênero, no DSM-IV, e Disforia de Gênero no DSM-V.

Harry Benjamin (1966) definiu o termo transexual e foi o responsável pela sensibilização sobre a necessidade da atenção à saúde das pessoas trans. Enquanto a psiquiatria e a medicina da época os consideravam como homossexuais confusos, invertidos e esquizofrênicos, Benjamin trabalhava na contramão – como médico, acreditava que a origem estava em desordens endócrinas e hormonais, assim, as pessoas transexuais não deveriam ser sujeitas a terapias conversivas.

Segundo Berenice Bento,

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

Para a autora, quando se diz “transexual”, na verdade não se está descrevendo uma situação, mas um efeito sobre os conflitos do sujeito que não encontra no mundo nenhuma categoria classificatória e, a partir de então, busca “comportar-se como transexual” (BENTO, 2006, p. 16.).

A autora arremata do seguinte modo:

Definir a pessoa transexual como doente é aprisioná-la, fixá-la em uma posição existencial que encontra no próprio indivíduo a fonte explicativa para os seus conflitos, perspectiva diferente daqueles que a interpretam como uma experiência identitária, é um desdobramento inevitável de uma ordem de gênero que estabelece a inteligibilidade dos gêneros no corpo (BENTO, 2006, p. 16).

O termo transgênero, segundo o *Dicionário transgênero* (2016), de Leticia Lans, define:

todo tipo de pessoa envolvida em atividades que cruzam as fronteiras socialmente aceitas no que diz respeito à conduta preconizada pelo dispositivo binário de gênero. O termo transgênero busca cobrir um amplo espectro de

comportamentos considerados transgressivos à disciplina e às interdições impostas por esse dispositivo à conduta das pessoas, que vão desde a simples curiosidade de experimentar roupas/calçados/adereços próprios do outro gênero até a firme determinação de realizar mudanças físicas através do uso de hormônios e cirurgias. O termo transgênero vem sendo utilizado para classificar as pessoas que, de alguma forma, não podem ser socialmente reconhecidas nem como “homem”, nem como “mulher”, pois o seu “sexo social” não se enquadra em nenhuma das duas categorias disponíveis, que são masculino e feminino. Assim, o transgênero masculino é alguém cujo comportamento, revelado em suas ações, desejos, palavras, pensamentos e atitudes, transgride regras de conduta que a sociedade fixou para o gênero masculino (LANS, 2016, p. 22).

Assim, este é um termo amplo e refere-se a toda pessoa envolvida em comportamentos e/ou atividades que transgridem as normas de conduta impostas pelo dispositivo binário de gênero homem-mulher, macho-fêmea, masculino-feminino. A partir dessa definição, travestis e transexuais são considerados transgêneros por romperem com a lógica binária de gênero e podem aparecer neste estudo descritas/os como travestis e transexuais, como transgêneros ou pessoas transgêneras e, algumas vezes, como pessoas trans.

Na obra *Um corpo estranho*, de Guacira Lopes Louro (2004), em relação a descrição do corpo segundo Judith Butler (1993), a autora argumenta que o procedimento de fazer o corpo masculino ou feminino desencadeia um processo baseado nas características físicas das diferenças às quais se atribuem significados culturais, assim como o ato de nomear o corpo através do sexo biológico atribui um caráter imutável e binário. Dentro dessa lógica, o sujeito se vê obrigado a obedecer às normas pré-estabelecidas culturalmente. Alguns sujeitos desviam dessas normas da heterossexualidade, da heteronormatividade naturalizada e encontram novas formas de vivenciar esses corpos e suas sexualidades.

As pessoas que transgridem as normas do sexo e da sexualidade são aquelas que recusam a fixidez e buscam outras posições, sentem-se à vontade para se movimentar nas suas experiências, nas performances que criam ao longo do caminho para dar significado a outras formas de identidade. O caráter inventado e cultural dessas identidades dá visibilidade e materialidade, sugere uma ampliação nas possibilidades de proliferação e multiplicação das formas de gênero e sexualidade e das formas de ser e de viver.

A normalidade está identificada com a heterossexualidade e a cisgeneridade; qualquer tipo de deslocamento é considerado um dimorfismo, algo que foge aos padrões segundo a norma de gênero biologizante. A transexualidade caracteriza-se justamente por esses deslocamentos entre o corpo e a subjetividade, entre o corpo e as performances de gênero.

Assim, uma pluralidade de experiências é vivida por meio de representações sociais que vão formando as identidades de gênero, segundo Butler (1999).

Para Bento,

A verdade dos gêneros, no entanto, não está nos corpos; estes, inclusive, devem ser observados como efeito de um regime que não só regula, mas cria as diferenças entre os gêneros. A experiência transexual destaca os gestos que dão visibilidade e estabelecem o gênero através de negociações e interpretações, na prática, do que seja um homem e uma mulher (BENTO, 2017, p. 100).

Atendendo aos apelos e anseios históricos dos movimentos sociais LGBTQIA+, em 2003, no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, intensificaram-se as discussões sobre as políticas públicas integrais e inclusivas, a fim de respeitar os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado dos movimentos organizados dessa população no campo dos direitos civis, políticos, sociais e humanos, o que exige atuação articulada e coordenada de todas as áreas do poder executivo. Para o governo da época, isso representava mais um passo na mudança de posição histórica à qual essas pessoas estão submetidas na sociedade.

Nesse panorama, em 2004 é lançado o Brasil sem Homofobia – programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual, com o intuito de garantir a cidadania para esses sujeitos. No mesmo ano também é lançada a Portaria n. 2.227/GM, que estabeleceu um comitê técnico para delinear a Política Nacional de Saúde da População LGBT. O programa foi elaborado com intersecção nas áreas da cultura, educação, saúde, trabalho e segurança pública, sendo coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos. Representou, dessa forma, uma conquista dos movimentos sociais que se mobilizavam há mais de duas décadas por direitos e pela elaboração de uma política nacional.

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

Desde que o SUS consolidou-se, romper o preconceito perante a diversidade sexual passou a ser um grande desafio para os profissionais da saúde, atendendo às necessidades específicas dessa população. Mas fatores relacionados à organização dos serviços, à postura de

profissionais, ao estigma e ao constrangimento vivenciado pela população transexual comprometem a materialização dos princípios e diretrizes do SUS (BORGES, 2012).

Em 2006, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada por meio da Portaria n. 675, ratificou o direito da população LGBTQIA+ de ter um atendimento sem discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero. O documento contempla o direito de a pessoa ser identificada pelo nome que preferir, independente do registro civil.

Outros programas, planos e documentos vinham sendo desenhados com ações voltadas à população LGBTQIA+, entre as quais podemos citar a Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, lançada em 2004 pelo governo federal, que contemplava a necessidade de pensar a equidade no atendimento à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Outro documento foi o relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, que trazia propostas que sinalizavam a importância de garantir o acesso ao SUS, o incentivo à pesquisa e à produção de conhecimentos sobre a temática e, principalmente, a necessidade de pensar e elaborar uma política nacional de saúde integral.

Dentro desse contexto, por meio da Resolução n. 410, de 12 de fevereiro de 2009, do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, houve a criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, com uma exclusão explícita das identidades transexuais em sua nomenclatura.

Em 2004, no governo do presidente Lula, voltado para as questões de inclusão social e igualitárias de direitos, foi criado o Brasil Sem Homofobia, um Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. Foi em 29 de Janeiro de 2004 que tudo começou: nessa data, um grupo de ativistas composto por 27 travestis, mulheres transexuais e homens trans entrou no Congresso Nacional, em Brasília, para lançar a campanha Travesti e Respeito, promovida pelo Ministério da Saúde. O objetivo era ressaltar a importância de respeitar a diversidade e o próprio movimento, tendo sido a primeira campanha nacional idealizada e organizada pelas próprias trans.

Em 2009 foi publicado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com o objetivo de sistematizar as demandas propostas pelo movimento na I Conferência Nacional LGBT, realizada em 2008. Dentre as 166 estratégias de ação do plano, 48 tangem diretamente a saúde, frisando a importância da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída por meio da Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011. O documento traz nove diretrizes que orientam a implementação de políticas e programas no SUS que contemplem a orientação sexual, a identidade de gênero, os ciclos de vida e raça-etnia.

Frente a esse cenário, o movimento social de pessoas trans começou a se articular e teve eco em 2015, quando, em Brasília, foi realizado o I Encontro Nacional de Transexuais, a partir do qual se organizou o Coletivo Nacional de Transexuais. A partir disso, o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT realizou, em 2016, uma reunião sobre o Processo Transsexualizador, a fim de discutir o fornecimento de medicamentos específicos, a inclusão da cirurgia de redesignação sexual na tabela de procedimentos realizados pelo SUS e intervenções como implantação de silicone, mamoplastia e histerectomia, entre outros.

Nesse ponto, busca-se atender aos princípios de equidade, universalidade e integralidade do SUS e compreender a atenção a pessoas transexuais para além da cirurgia de redesignação sexual, porém, ainda sem questionar a necessidade do diagnóstico para acesso ao SUS e, ademais, concebendo a atenção às questões da transexualidade na perspectiva das intervenções corporais, reiterando, portanto, o binarismo sexual e de gênero (ARAN, MURTA LIONÇO, 2009).

O fato de considerar o desejo pela “adequação” da genitália à experiência do gênero para o diagnóstico de transexualismo deslegitima a pluralidade das vivências trans. Alguns estudos etnográficos analisaram as experiências de travestis no Brasil e descreveram sua busca por alterações corporais na experiência do gênero sem a necessidade de cirurgia no órgão genital.

A hipótese que emerge é de que os procedimentos cirúrgicos, após o “diagnóstico de transexualismo”, podem reparar o corpo para que uma determinada normalidade possa ser restituída. As vivências das mulheres trans e travestis subvertem a heteronormatividade e o binarismo de gênero, a ponto de excluir as travestis dos procedimentos médicos para atendimento de suas demandas de transformação corporal. Compreende-se, assim, o “processo transsexualizador”, principalmente através da cirurgia de redesignação sexual e como meio de restabelecer uma suposta normalidade. Dessa forma, ratifica-se a exclusão de pessoas com vivências que questionam os binarismos do sexo e do gênero e não se pensa em cuidados integrais e multiprofissionais para atendimento das demandas (LIONÇO, 2009).

O fato de estabelecer o diagnóstico de transexualismo como critério de acesso aos procedimentos de modificações corporais exclui ainda mais as travestis. Com isso, ficam relegadas à automedicação para hormonioterapia e aos serviços das bombadeiras, que usam silicone industrial injetável, para realizar as transformações corporais desejadas (PELÚCIO, 2005).

Estudo qualitativo, com observação participante e grupo focal, realizado em Porto Alegre, também mostrava as situações de discriminação de travestis no acesso à saúde, como

nos casos de hospitalização em leitos masculinos e o pouco acolhimento que sentiam dos profissionais. A pesquisa também narrava estratégias utilizadas para tentar lidar com o preconceito (MULLER e KNAUTH, 2008).

As vivências de travestis no acesso ao SUS também foram descritas em estudo qualitativo com grupo focal em Teresina-PI. Através dos relatos, evidenciou-se a discriminação, marginalização e estigmatização devido às questões de identidade de gênero. Diante desse contexto, as participantes diziam buscar serviços clandestinos, sujeitando-se a atendimentos de baixa qualidade (FERREIRA, 2017).

Uma revisão sistemática, publicada em 2016, examinou o acesso de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros aos serviços de saúde. Foram utilizados estudos publicados em bases de dados de 2004 a 2014, nos quais foram encontrados 664 artigos, sendo que apenas 14 preencheram os critérios de inclusão – a maioria de caráter quantitativo e produzido nos Estados Unidos da América. Eles revelaram que a população LGBTQIA+ tem dificuldade nesse quesito, principalmente devido a atitudes heterocisnormativas impostas pelos profissionais. Dessa forma, o artigo destacou o preconceito e a discriminação na busca por assistência à saúde (ALBUQUERQUE, 2016).

Outro estudo qualitativo, realizado com pessoas trans na região metropolitana da Grande Vitória - ES, utilizou escuta semiestruturada e posterior análise de conteúdo para questionar o que as pessoas trans esperam do sistema de saúde e de seu acesso para transformar seus corpos. Com base nesses dados, apontou-se que a redesignação sexual não deve ser a única pauta, compreendendo que não existe um desejo universal entre as pessoas trans, corroborando o entendimento da multiplicidade de experiências com o gênero e com o corpo (ROCON, 2018).

Em Florianópolis, a experiência da implantação do Ambulatório de Atenção Primária à Saúde para Pessoas Trans foi descrita em estudo qualitativo a partir de escuta em profundidade com sujeitos atendidos pelo serviço em 2015. Os relatos mostraram que o acesso geralmente é marcado por experiências negativas e de violência, como o não respeito ao nome social (mostrando a imperícia do profissional e a não formação para a diversidade). A inequidade no acesso dessas pessoas é, ainda, pautada pela discriminação e pelo contexto patologizante que norteia os conceitos binários de gênero e sexualidade no discurso biomédico (ROGERS, 2016).

Os resultados obtidos em Florianópolis também foram retratados na Grande Vitória em estudo qualitativo com escuta semiestruturada, em que os autores analisaram as dificuldades enfrentadas por pessoas trans no acesso à saúde. Assim como no estudo anterior, foi observado o desrespeito ao nome social, o discurso biomédico binário e a patologização das vivências trans como entraves ao acesso (ROCON, 2016).

As políticas e experiências anteriormente descritas demonstram e reiteram as interpretações normativas sobre o gênero. Dessa forma, medicalizam-se as condutas desviantes, normatizam-se as experiências de gênero por meio do binarismo sexual e de gênero e, com isso, pressupõem-se supostas “verdades” absolutas, enfraquecendo, desse modo, o que Butler denomina de transautonomia, pois, se a transição é uma decisão que necessita de um diagnóstico, e alcançar essa realização é um modo de autonomia, o diagnóstico normatiza e adapta as vivências contra a vontade das pessoas trans, prejudicando o exercício da autonomia. (BUTLER, 2004.).

Além disso, o processo classificatório – por meio de critérios diagnósticos – de quais são as transexuais aptas a realizar a cirurgia de adequação sexual se pauta por mecanismos de poder e normatização dos corpos. O dispositivo da transexualidade, para Bento (2006), pauta normas rígidas de controle para desenhar, nos corpos trans, os estereótipos de homem e mulher do padrão heterocisnormativo hegemônico.

Pela relevância que as modificações do corpo representam na vida das pessoas transgêneras, são essas modificações que se tornam elemento principal em seus processos de saúde e de adoecimento. Diante das barreiras encontradas, principalmente para conseguir recursos para a transformação do corpo no Sistema Único de Saúde, aliadas às questões financeiras para buscar a medicina privada, surge um quadro maior de adoecimento, levando, por exemplo, ao uso de hormônios sem acompanhamento médico, complicações em aplicações de silicone e até automutilações das genitálias.

A população transgênera frequentemente acaba não buscando atendimento nas instituições de saúde pública, seja para demandas específicas da saúde trans ou outras demandas no campo da saúde, visto que seus direitos básicos de cidadãs/ãos são desrespeitados, já que não possuem um atendimento humanizado e acolhedor, atravessado por preconceitos (CERQUEIRA-SANTOS, 2010; MELLO, 2011).

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

Muitas cidades não possuem serviços voltados para as demandas de alteração corporal de pessoas travestis e transexuais, como atendimento endocrinológico na atenção primária, assim como há um desrespeito ao uso do nome social e à identidade de gênero, garantido pela Portaria n. 1820 do Ministério da Saúde (2009), nos espaços de saúde pública que atendem à população em geral.

Grande parte da produção de dados em saúde sobre travestis ocorre no âmbito de serviços de DST/Aids, como o trabalho de Cerqueira-Santos e colaboradores (2012), ao passo que a produção acerca de homens e mulheres transexuais fica restrita ao atendimento no processo transexualizador, colaborando, de todo modo, com a patologização (ARÁN, ZAHDAFT & MURTA, 2008; ARÁN & MURTA, 2009; ARÁN, MURTA & LIONÇO, 2009; BENTO, 2010; BENTO & PELÚCIO, 2012; TEIXEIRA, 2012).

Desde que SUS consolidou-se, romper o preconceito perante a diversidade sexual passou a ser um grande desafio para os profissionais da saúde, atendendo às necessidades específicas dessa população. Mas fatores relacionados à organização dos serviços, à postura de profissionais, ao estigma e ao constrangimento vivenciado pela população trans comprometem a materialização dos princípios e diretrizes do SUS junto ao grupo (BORGES, 2012).

Durante a pesquisa, por meio de diálogos com profissionais da saúde do município, pude constatar a escassez de conhecimento em relação às políticas públicas de saúde voltadas à população trans e algumas deficiências da academia em relação a essa temática. Diante disso, podemos constatar que o acolhimento e o atendimento ficam prejudicados, resultando muitas vezes no afastamento dessas pessoas dos serviços de saúde.

A implantação da política de saúde LBGT tem sido intensificada no município a partir desta pesquisa, quando começaram a surgir questionamentos a respeito das dificuldades de acesso. Pode-se perceber o envolvimento e o interesse por parte dos profissionais da saúde em obter conhecimento para melhorar os serviços prestados.

A partir de 2018, houve várias mudanças na política brasileira e, em relação à população LGBTQIA+, houve grande retrocesso, visto que foi extinto em abril de 2019 o Conselho Nacional de Combate à Discriminação LGBTQ+ (CNCD LGBTQ+), criado por medida provisória em 2001, que tinha como objetivo formular, propor e monitorar as políticas públicas voltadas para o combate à discriminação e a promoção e defesa dos direitos dessa população historicamente excluída da sociedade.

Em relação às políticas de saúde pública que foram amplamente afetadas, o Ministério da Saúde retirou em 2019 qualquer campanha de prevenção ao HIV/Aids direcionada especificamente para LGBTQs. Porém, antes disso, ao reconfigurar o Ministério de Direitos

Humanos e da Família, já haviam sido retiradas, em janeiro do mesmo ano, as pautas relacionadas à população LGBT das diretrizes gerais do novo Ministério. Tais retrocessos trazem um impacto negativo à atenção, ao cuidado e à visibilidade dessas pessoas em relação as políticas públicas.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Possibilidades de escuta sobre o acesso aos serviços de saúde na atenção básica pelas pessoas trans

Neste capítulo apresento alguns aspectos do que pude perceber na estratégia de escuta profunda que mobilizei na pesquisa sobre percepções dos diferentes sujeitos envolvidos (profissionais e público) no atendimento de saúde das pessoas trans do município de Anastácio-MS. A alteridade e a diferença são problemáticas que impactam em vários níveis a sociedade, e na saúde isso não é incomum. Pensar nosso corpo, identidade e performance sempre leva em conta o outro, que muitas vezes é nominado como diferente num sentido negativo, o que permite positivar as percepções sobre si mesmo. Ou seja, o jogo da identidade e da diferença opera a partir de identificações e não identificação, normatizações e interdições, classificações e discriminações. Busca-se, a partir daquilo que se toma como parâmetro consensuado pela hegemonia, definir e separar o normal do anormal. Mas quem define essas regras? Pensando na dimensão corporal, como definir os parâmetros? Como esses corpos são observados, escrutinados, classificados no meios sociais e nos serviços de saúde? Essas são algumas das problemáticas que discutiremos.

No campo da saúde, a vulnerabilidade das pessoas trans pode ser exemplificada pelos agravos relativos à saúde mental (como, por exemplo, depressão, ansiedade, crises de pânico e tentativas de suicídio) e pela alta prevalência do HIV e doenças sexualmente transmissíveis. O estigma e a discriminação em relação às questões da sexualidade têm sido apontadas como importantes obstáculos ao acesso desse segmento social aos serviços de prevenção e cuidado da saúde integral (atenção básica e especializada).

Diante desse cenário e em função de tais problemas, durante minha atuação profissional no atendimento à saúde mental no município, vi a necessidade de pensar a efetividade das políticas públicas voltadas para essa população, sendo esse um apelo desse público e um esforço conjunto do Sistema Único de Saúde (SUS), abrindo um debate importante no cenário das desigualdades e do cuidado em saúde.

Minha atuação profissional no exercício da psicologia é pautada nas diretrizes do Código de Ética Profissional²⁰, considerando os dois primeiros princípios fundamentais da profissão:

²⁰ Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em 01 mai. 2021.

- I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p. 7).

Nesse mesmo contexto, obedeço às Resoluções do CFP - Conselho Federal de Psicologia que estão vigentes, como a Resolução n. 1, de 22 de março de 1999²¹, que “estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual”, e a Resolução n. 1, de 29 de janeiro de 2018²², que “estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis”. Este segundo documento é a base e diretriz na minha atuação com as pessoas trans, tanto no SUS como no atendimento clínico particular.

Diante disso, a psicologia, enquanto ciência e profissão, conforme preconiza o Código de Ética Profissional, deve atuar para romper com as desigualdades, preconceitos e paradigmas que excluem e patologizam a transgeneridade. Assim, deve-se partir da atuação e propor o acolhimento, o cuidado e o respeito às pessoas trans, reconhecendo-as enquanto sujeitas(os) de direitos.

Tendo em vista esse engajamento da psicologia, é preciso atentar para o sofrimento psíquico por parte dessas pessoas, ocasionado principalmente pelos determinantes sociais, causando muitas vezes a necessidade de acompanhamento psicológico e psiquiátrico, pois os sofrimentos enfrentados por transexuais e travestis não são decorrentes de qualquer patologia inerente, mas de uma trajetória histórica de exclusão social e discriminação. No entanto, essa assistência à saúde mental deve ser compreendida como parte de um direito à saúde.

O acesso a esses serviços é uma importante categoria a ser considerada na formulação e implementação de políticas públicas. Assim, dentro dessa perspectiva, Segundo Assis e Jesus (PEREIRA e CHAZAN, 2019), “o acesso aos serviços de saúde é multidimensional, envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos”. Diante disso, pode-se perceber que há um estranhamento em relação a esse corpo (transgênero) por profissionais culturalmente e tecnicamente despreparados para lidar com a diferença e a diversidade.

²¹ Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf. Acesso em 01 mai. 2021.

²² Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>. Acesso em 01 mai. 2021.

O campo do cuidado com a saúde da população trans não está dissociado das reivindicações e lutas políticas, visto que houve um avanço positivo nesse sentido. Entretanto, pude observar que as barreiras ao acesso estão em todas as áreas, fazendo com que haja resistência em buscar os serviços garantidos por direito. Ainda observei a ausência de equidade, a falta de empatia e acolhimento pelos profissionais não capacitados, o que compromete o vínculo, a assistência e a qualidade dos serviços. Outra barreira importante envolve a subjetividade, a cultura e as crenças, elementos ainda muito presentes no dia a dia dos atendimentos. Também cabe ressaltar aqui que a própria população trans ignora muitas vezes os programas e serviços de saúde existente para eles e, assim, não usufruem deles.

Na saúde mental, a escuta, o acolhimento e o vínculo caracterizam-se como ações preponderantes para as intervenções, sendo estratégicas para o cuidado no sentido de estar aberto à escuta das necessidades de saúde das pessoas.

A investigação inicial foi mobilizada por algumas inquietudes que emergiram durante o atendimento psicológico para pacientes trans, levando-me a buscar conhecimento sobre as condições desses serviços na Atenção Básica do município e buscar entender o porquê da dificuldade de acesso. Assim, as questões de gênero e sexualidade passaram a se apresentar como grande interesse de pesquisa, principalmente quando relacionadas ao direito e ao acesso à saúde da população trans.

Os primeiros contatos estabelecidos com a temática tiveram o seu marco no ano de 2017, quando acompanhei as dificuldades enfrentadas por uma mulher trans em busca de atendimento de serviço de saúde mental do município. Na ocasião, foi possível compreender, por meio da escuta, a realidade relatada, o preconceito, a discriminação e o estigma sofrido por ela. Outra justificativa pessoal e profissional para a escolha desta pesquisa se deu durante a realização de um grupo terapêutico de saúde mental para mulheres trans no Centro de Especialidades Médicas (CEM) de Anastácio em 2018, cujos encontros eram organizados em dois grupos, com duração de uma hora, uma vez por semana. Participaram, na ocasião, 9 mulheres trans.

O grupo tinha como objetivo atender à comunidade de transexuais no âmbito da saúde mental do município, contribuindo para a não discriminação em relação à orientação sexual e identidade de gênero, levando em consideração que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Também tinha como finalidade tratar os transtornos mentais (ansiedade, depressão, estresse e síndrome do pânico) desenvolvidos a partir da condição de desigualdade social e exclusão, além de promover ações que pudessem dissolver preconceitos, discriminações e vulnerabilidades. Contudo, o grupo logo se dispersou pelas dificuldades de

relacionamento entre as participantes. Os motivos foram discordâncias no convívio social e profissional, que dificultavam a união entre elas.

Diante da experiência vivida nos primeiros contatos, percebi uma certa insegurança, desconfiança e um afastamento nas relações comigo (mesmo sempre me colocando acolhedora e à disposição). Esse comportamento, que aos poucos, na convivência, foi quebrado, pode ser justificado pela trajetória de discriminação e violência sofridas, que acabam resultando em resistência e dificuldade para estabelecer vínculos.

Como mulher branca, cisgênera, nunca vivenciei o preconceito e a discriminação em ambientes de saúde como pude ouvir nas queixas das pessoas trans que tive o privilégio de conhecer e acolher nesse período. Apesar da empatia, não posso mensurar emocionalmente o sofrimento vivenciado por elas, mas posso, com meu trabalho, colaborar para que os atendimentos sejam desenvolvidos com equidade e que seus direitos sejam respeitados.

Atualmente atendo no Centro de Especialidades Médicas do município, que é orientado pela Portaria nº 706, de 20 de julho de 2012. O CEM conta com uma equipe de 1 coordenador, 2 auxiliares administrativos, 1 digitador, 3 recepcionistas, 3 estagiários que auxiliam na recepção, 2 agentes de higienização e limpeza, 6 psicólogos divididos por especialidades de atendimento (criança, adolescente, adultos e rede de atenção e prevenção do suicídio), 5 fisioterapeutas também divididos por especialidade de atendimento, 1 nutricionista, 2 odontólogos, 2 auxiliares de serviços odontológicos, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 psiquiatra, 2 neurologistas, 1 ortopedista, 1 cardiologista, 1 cirurgião geral, 4 radiologistas e 1 assistente social. Todos os atendimentos realizados são agendados e encaminhados pelas ESFs (Estratégia Saúde da Família).

A porta de entrada no SUS se dá na ESF de referência do endereço residencial do paciente e tem como uma das diretrizes e fundamentos da atenção básica (campo desta pesquisa) ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2012. O município conta com 7 ESFs urbanos e 1 rural, e cada unidade atende à população com uma equipe de 1 médico da família, 1 dentista, 1 auxiliar de serviços odontológicos, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 profissional de higienização, 1 recepcionista e de 1 a 8 agentes comunitários de saúde, alocados de acordo com o tamanho da área atendida.

Não foi possível levantar quantas travestis e transexuais residem em Anastácio, pois tive dificuldade de acesso a essa população, sobretudo em função do momento de pandemia que estamos vivendo. Além disso, a procura pelos serviços públicos por parte comunidade trans é limitada e o município não apresenta seus dados catalogados nas unidades de saúde, ou seja,

não há como fazer uma busca no sistema cadastral pelo nome social e nem por orientação sexual. Apesar da variação de gênero ser uma realidade, ainda permanece o tratamento binário nos atendimentos em saúde, embora exista uma diversidade de expressões de identidades e de modos de se relacionar e de viver.

Ainda convivemos, de forma evidente, com um modelo heterossexual e cisgênero nos atendimentos, por classificar o gênero em feminino e masculino e por predestinar as pessoas a identidades de gênero fixadas ao seu sexo biológico. Assim, as travestis e transexuais são mantidas na invisibilidade e, logo, silenciadas em seus direitos em relação às políticas públicas e consequente acesso à cidadania e seguridade social. Desse modo, faz-se necessário reestruturar os sistemas, os formulários, os prontuários e capacitar as equipes para desconstruir modelos conservadores e tradicionais institucionalizados nos acolhimentos, visto que essas pessoas não são respeitadas em função de sua identidade de gênero.

Antes do início desta pesquisa, após o primeiro contato com uma paciente trans, como foi mencionado, vi a necessidade de um atendimento humanizado e direcionado especificamente a essa população. Foi então que, em agosto de 2018, realizei um treinamento com os recepcionistas dos ESFs e da farmácia do município de Anastácio, com o propósito de levar conhecimento dos direitos e das políticas públicas de saúde LGBT e de melhorar o atendimento prestado. Durante o trabalho pude constatar a falta de conhecimento sobre o assunto e o despreparo em atender às demandas desse grupo específico, na medida em que esses temas são, infelizmente, interditados nos espaços educacionais e formativos. O tema dedicado à saúde da população trans trouxe curiosidade e uma reflexão sobre o preconceito por parte dos profissionais, mostrando a necessidade de mudanças de conceitos e quebras de paradigmas.

Assim, começou a ser implantada no município a Política Nacional de Saúde Pública LGBT. Isso foi possível porque Anastácio tem uma gestão comprometida com a equidade e a diversidade, graças à Secretária Municipal de Saúde, Aline Cauneto, do hoje Subsecretário de Saúde, Everton Villazante Constantino, que à época era Coordenador do CEM, e do Prefeito Nildo Alves de Albres, que deram todo o apoio necessário para a realização das ações educativas em saúde.

Anastácio está situada no médio curso da Bacia do Rio Miranda, que abrange uma área de aproximadamente 2.949,21 km² na porção centro-oeste do estado de Mato Grosso do Sul, a 126 km da capital, Campo Grande. Segundo dados do IBGE (2020), a população estimada é de 25.237 pessoas.

No dia 15 de agosto de 2019 foi realizada a audiência pública Comunidade LGBTQ+ – Políticas Públicas de Inclusão à População LGBTQ+, na Câmara Municipal. Tratava-se de uma

iniciativa de uma ativista trans do município, juntamente com outra de Campo Grande, e teve adesão da Secretária Municipal de Saúde e de 3 vereadores, sendo que a cidade tem 9 no total e todos foram convidados. O objetivo foi levar ao conhecimento das autoridades públicas a existência das políticas LGBT e a importância de elas serem incluídas no plano de gestão do município. O evento contou com a presença de 26 pessoas, entre elas 3 transexuais, que assistiram a uma palestra e discutiram sobre as diversas necessidades dessa população, frequentemente ignorada pelo poder público.

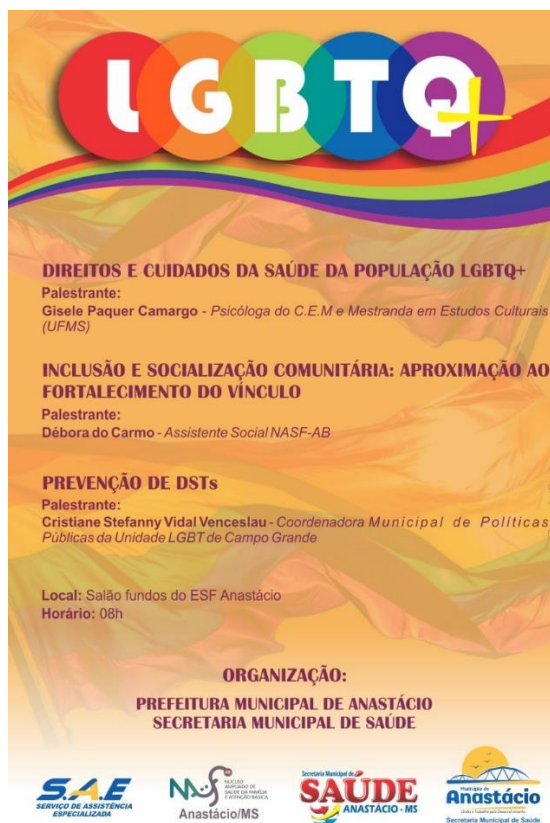


Fonte: Arquivo pessoal.

Aproveitando a ocasião, a Secretaria Municipal de Saúde realizou no dia 16, uma ação voltada para a população LGBTQIA+ com as seguintes palestras: Direitos e Cuidados da Saúde da População LGBTQ+, ministrada por mim; Inclusão e Socialização Comunitária: aproximação ao fortalecimento do vínculo, ministrada pela Assistente Social do Município Débora do Carmo; e Prevenção de ISTs, ministrada por Cristiane Stafanny Vidal Venceslau (mulher trans), coordenadora municipal de políticas públicas da Unidade LGBT de Campo Grande, com o objetivo de atrair o público LGBT, profissionais de saúde e comunidade para tratar do tema e dar visibilidade ao movimento.

Contudo, o evento teve a adesão de 27 pessoas, sendo a maioria profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, com pouca presença da população LGBT. Segundo relato de ativistas, o movimento LGBT e, em especial, as pessoas trans do município, têm dificuldade de

aderir às ações propostas por terem vivenciado situações de preconceito e exclusão nos espaços de saúde. Diante disso, ficou comprovado que há muito a se fazer para que essa realidade mude, para que as pessoas se sintam seguras, acolhidas, incluídas e atendidas nos seus direitos.



Fonte: Secretaria de Saúde de Anastácio



Fonte: Arquivo Pessoal.

Em fevereiro de 2020 realizei um treinamento com médicos, enfermeiros, dentistas, assistente social e psicólogos do município com o tema A In(visibilidade) da População Trans no SUS: acolhimento, atendimento e direito. O objetivo foi levar conhecimento das especificidades e das políticas públicas de saúde existentes para a população LGBTQIA+, a fim de melhorar o atendimento.

O trabalho foi bem aceito pela maioria dos profissionais, contudo pude constatar com a escuta profunda que, além da falta de preparo e de conhecimento, ainda existe resistência por parte de alguns em atender às pessoas trans por preconceito e por achar que isso deve ser feito somente por profissionais especializados, negando, assim, o direito à atenção básica em saúde, que deve ser estendido para toda a população. Nesse sentido, visando a garantia dos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, a Secretaria de Saúde tem como propósito inserir o tema do treinamento como projeto de formação continuada, com o objetivo de superação do estigma associado à condição transexual. O trabalho foi desenvolvido em dois dias, separados por escala, levando em consideração o horário de trabalho dos profissionais para que as unidades de atendimento não ficassem desprovidas de atendimento à população.



Fonte: Matheus Andrade Santos.



Fonte: Matheus Andrade Santos

Em março de 2020, com a pandemia de Covid-19, todas as atividades educativas de grupo previstas pela Secretaria de Saúde foram canceladas, contudo, as orientações individualizadas sobre a melhoria do atendimento à população trans continuaram.

Em 11 de março de 2021, a Secretaria Municipal de Saúde autorizou a realização de uma roda de conversas, com um chá da tarde, com as mulheres trans do município, em comemoração ao Dia Internacional das Mulheres. O evento ocorreu no salão de eventos do ESF Anastácio, com todos os protocolos de biossegurança para a prevenção à Covid-19. O tema Cidadania e Direito foi trabalhado por mim e, na ocasião, compareceram 3 pessoas, sendo que 10 foram convidadas. Esse trabalho foi pensado para comemorar com as mulheres trans do município uma data que geralmente não as inclui nas programações e homenagens, contudo, o fato de somente 3 terem comparecido mostra a dificuldade em aderirem aos programas e aos eventos destinados a elas. Na conversa pude colher, por meio da escuta, relatos das dificuldades no acesso ao serviço e casos de preconceito que as afastam das unidades de saúde. Duas delas não fizeram a retificação do nome social e colocaram essa situação como um dos impedimentos para buscar o serviço, pois relataram não se sentirem confortáveis com o nome masculino no registro civil. Com essa fala, pude orientá-las sobre o direito de ter o nome social no cartão do SUS mesmo sem a mudança nos documentos de identidade. Essa informação foi de extrema importância para elas.

Marquesa²³ relatou: “Queremos ser atendidas com respeito. Os profissionais precisam mudar a forma de nos tratar, somos pessoas com necessidades e não estamos lá para afrontar

²³ Nome fictício.

ninguém”. Ainda concluiu: “Os profissionais precisam ser treinados para nos atender, essa cultura conservadora precisa mudar”.

Rogéria²⁴, outra participante do evento, relatou: “Já quis procurar o posto de saúde, mas senti vergonha porque acho que vão me olhar de forma estranha, não somente quem trabalha lá, mas a própria população que nos olha o tempo todo como se fôssemos de outro mundo”.

Encerramos o encontro após um bom diálogo sobre a importância do fortalecimento e o envolvimento delas enquanto grupo social para buscarem valer seus direitos e sobre as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, como medo, insegurança, vergonha, não reconhecimento do nome social e suas necessidades no cuidado da saúde como um todo.



Fonte: Flavio Fabrício.

No mês de maio de 2021, em alusão ao dia 17, instituído como o Dia Internacional de Combate à Homofobia e também como o Dia Estadual de Combate à Homofobia no Mato Grosso do Sul, pela Lei n. 4.031, de 26 de maio de 2011, a prefeitura de Anastácio realizou, sob a coordenação da Secretaria de Saúde, em parceria com a Subsecretaria de Políticas Públicas LGBT do Estado do Mato Grosso do Sul – SUBSLGBT/MS, ações que visaram o enfrentamento da violência LGBTfóbica no âmbito municipal. Essas ações, desenvolvidas por mim, com a participação dos profissionais da saúde, da educação, da assistência social e da comunidade foram:

²⁴ Nome fictício.

- Gravação de 2 vídeos, com duração média de 2 minutos, postados na página da Prefeitura²⁵ de Anastácio no Facebook. Um deles foi gravado por mim, no qual abordei o mês de maio como importante na luta para a população LGBTQIA+. O material foi postado no dia 17, teve 648 visualizações e 25 compartilhamentos e 4 mil pessoas alcançadas. O outro foi gravado com pessoas da comunidade LGBT do município (1 mulher trans, 1 homem trans, 1 gay e uma lésbica), que prontamente aceitaram o convite com o objetivo de ressaltar a importância de se combater a violência e a homofobia. Esse material foi postado no dia 17 e teve 79 compartilhamentos, engajamento total de um público de 450 pessoas e 10 mil pessoas alcançadas.
- Realização de 4 capacitações para os profissionais da saúde, assistência social, educação e conselho tutelar, com o propósito de oferecer um atendimento humanizado e acolhedor para a população LGBTQIA+ que acessa os serviços do município. As capacitações aconteceram de forma presencial, em grupos, para evitar aglomeração, obedecendo às normas de biossegurança para Covid-19. O tema abordado foi Acolhimento, Atendimento e Direito da População LGBTQIA+ no SUS e SUAS, com foco maior no atendimento da população trans, a que mais sofre com o preconceito e a discriminação nos serviços públicos e a que menos acessa os serviços. Participaram da formação 131 profissionais. Na ocasião, surgiram questionamentos sobre sexualidade, questões de gênero e, principalmente, sobre como usar o nome social, o que foi levantado como uma dificuldade. Com a escuta, pude constatar que isso se dá pelo alto fluxo de atendimento das unidades de saúde, pela dificuldade de aceitação por alguns profissionais, que ainda não reconhecem a transexualidade como identidade de gênero, e pela falta de espaço nos prontuários para colocar o nome social do paciente. Contudo, essa terceira questão pode ser facilmente resolvida se o profissional tiver disposição para perguntar como o paciente quer ser chamado e inseri-lo no sistema, no campo do nome social. Dessa forma, ele sai impresso no formulário (levei um prontuário para mostrar a eles). Mesmo assim, não basta fazer isso se esse nome será ignorado durante o atendimento, por isso é preciso que os profissionais entendam a importância disso.

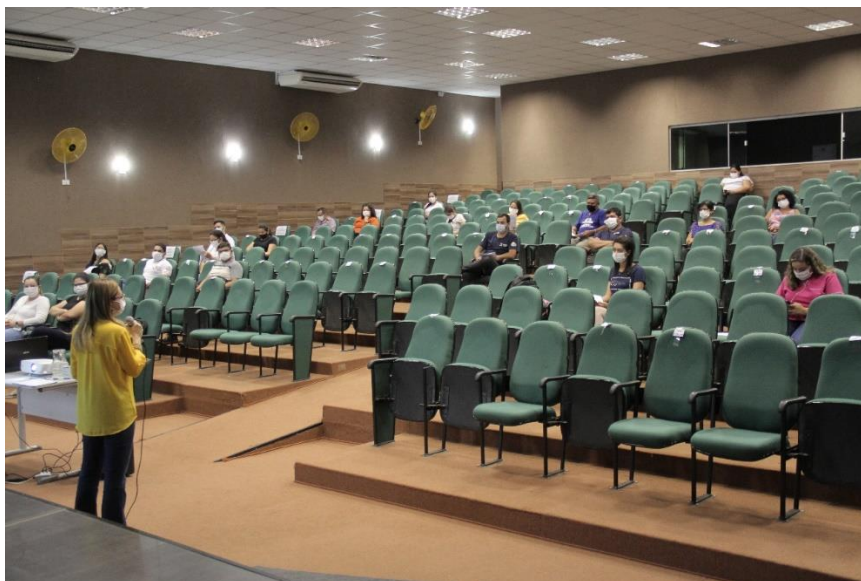
²⁵ Disponível em: <https://www.facebook.com/PrefsAnastacio/>. Acesso em 01 jul. 2021.



Fonte: Flavio Fabrício.



Fonte: Flavio Fabrício.



Fonte: Flavio Fabrício.

- No dia 21 de maio foi ocorreu uma *live* no Facebook²⁶ da Prefeitura, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, com o tema Homofobia no Ambiente Escolar: como lidar com a diversidade. A transmissão teve 45 compartilhamentos e mais de 200 visualizações. Dialogamos sobre o dia 17 de maio, no mês internacional de combate à homofobia, e sobre a Lei n. 4.031, de 26 de maio de 2011, que institui o dia 17 com o dia Estadual no MS de combate à homofobia. Falamos que esse é um problema real nas escolas e que seu enfrentamento requer estratégias específicas voltadas à garantia dos direitos, ao reconhecimento da diversidade sexual e das identidades de gênero, que é necessário confrontar, no ambiente escolar, crenças e valores que alimentam o preconceito e a hostilidade em relação aos alunos e também aos trabalhadores da educação LGBTQIA+, e que respeitar as diferenças e a diversidade é respeitar a individualidade de ser, existir e estar de cada pessoa. O papel da escola é entender que o respeito às diferenças deve estar presente no currículo e estabelecer uma relação direta com pais e alunos para informar e orientar, sendo esse o primeiro passo para a quebra de preconceito. A escola precisa ser um espaço para a promoção da cidadania, um ambiente de respeito, mediação de conflito e incentivo à empatia, conceitos importantes para se criar uma sociedade mais justa, inclusiva para todas as pessoas. Se as pessoas podem aprender a ser preconceituosas, também podem aprender a não ser.

²⁶ Disponível em: <https://www.facebook.com/PrefsAnastacio/>. Acesso em 01 jul. 2021.



Fonte: Everton Villazante Constantino.

Em relação à estratégia de escuta que marcou esse trabalho, inicio por pensar a visão dos profissionais de saúde e identificar como os entraves e vicissitudes apontados por eles, bem como quais as possibilidades de mudança para humanização dos serviços.

Na visão dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogos, agentes comunitário de saúde e recepcionistas) que foram ouvidos durante a pesquisa por meio da escuta profunda nos encontros e capacitações proporcionados pela prefeitura e também nas conversas individuais, as dificuldades encontradas nos atendimentos com a população trans do município, tanto em relação a esses corpos quanto ao tipo de tratamento dispensado, são: falta de conhecimento das políticas públicas específicas, desconforto em relação a um corpo que se apresenta “diferente e estranho” e medo de falar algo que será mal interpretado e serem agredidos. Alguns foram claros em relação ao preconceito e à não aceitação da mudança de sexo (“homem é homem e mulher é mulher”), dizendo que isso dificulta o atendimento. Para alguns profissionais, esse “corpo estranho”, ao mesmo tempo em que levanta curiosidade, também faz com que se afastem por medo de não saber como tratá-los e como se referir a eles pelo nome – não se sentem confortáveis em perguntar o nome social, por exemplo. Contudo, também pude constatar o comprometimento de alguns com a necessidade de acolher e atender de forma humanizada, sem relatos de dificuldades. Outro ponto levantado foi que poucas pessoas trans procuram os serviços de saúde do município e que, por isso, muitos ainda não passaram por essa experiência.

Os profissionais consideram importante o trabalho de capacitação e educação em saúde em relação ao atendimento da população trans. Muitos falaram não ter tido contato com conteúdos direcionados a esse atendimento específico, desse modo, têm algumas dificuldades,

e que consideram isso de extrema relevância para sua atuação profissional. Acreditam que debater, dialogar sobre o tema, sobre a especificidade de cada demanda traz benefícios diretos para a população. Pude constatar ainda que alguns profissionais acreditam que essa população deveria ter um local específico para atendimento, com profissionais capacitados e preparados, pois assim aumentaria a procura pelos serviços. Contudo, talvez o caminho não seja excluí-los, mas treinar e formar os profissionais para o atendimento de suas diversas demandas, sempre levando em consideração os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS.

Os profissionais de saúde muitas vezes se mantêm distantes dos direitos humanos e acreditam que isso é uma competência do Estado, contudo, quando um profissional está a serviço do Estado, ele o representa, logo, seu papel é o de acolher dentro do SUS todas as pessoas.

Diante do exposto, o medo de serem ignoradas, maltratadas e de passarem por inúmeras situações constrangedoras, faz com que as pessoas trans geralmente se afastem dos serviços de saúde, por infelizmente receberem um tratamento diferenciado (negativo e excludente), como se fossem cidadãos com menos direitos que os demais.

Outro aspecto importante levantado durante a pesquisa e no debate com os profissionais foi a necessidade de incluir nas campanhas de saúde do município ações voltadas para a população trans, como por exemplo, nas campanhas federais de prevenção Outubro Rosa e Novembro Azul. Mulheres trans e travestis precisam fazer o exame do câncer de próstata, assim como os homens trans têm a necessidade do exame de prevenção ao câncer do colo do útero e de mama. O acesso as campanhas de saúde e às diversas especialidades ofertadas pelo município precisam ser para toda a população, sem discriminação, exclusão ou diferenciação de identidade de gênero. O corpo trans adoece como qualquer outro e precisa de cuidados. O que ainda se vê são campanhas voltadas à prevenção de ISTs e Aids, como se essa fosse a única necessidade em saúde, violando o direito à saúde integral desses sujeitos, contribuindo ainda mais para ampliar a desigualdade e a discriminação.

Participaram 5 médicos no processo de escuta, que responderam ao questionário pelo Formulário Google em março de 2020, no qual foram levantadas questões sobre se já atenderam algum paciente trans (4 médicos responderam sim e 1 respondeu não); se tiveram dificuldade em realizar o atendimento por ser uma pessoa trans (3 responderam que sim e 1 respondeu que não). Já em relação à necessidade de conhecimento específico para realizar o atendimento, todos foram unânimes em falar que sim, que gostariam de ter conhecimento das políticas públicas e para o atendimento das especificidades dessa população, incluindo terapia hormonal.

Outra dificuldade levantada por dois médicos foi não terem usado o nome social, pois não estava escrito no prontuário do paciente. Um deles contou ter se sentido constrangido após ter usado o nome do registro civil, um descuido que não iria se repetir, segundo ele. Em relação aos 4 técnicos de enfermagem, todos disseram que acham importante ter mais conhecimento, contudo somente duas relataram ter tido dificuldade em realizar um atendimento. Uma delas afirmou que o nome social não estava no prontuário e, na hora de chamar na recepção a paciente, usou o do registro civil. Já em relação aos 5 recepcionistas que responderam ao questionário, todos relataram não ter dificuldade em atender a uma pessoa trans, porém, 3 não solicitaram o nome social por não saber como proceder e como perguntar ao paciente como ele gostaria de ser chamado, apesar de reconhecerem que o nome social existe e é importante. Uma recepcionista foi mais resistente, ao falar que precisaria do nome retificado no documento de identidade para ter validade e que por isso se referia ao nome de registro.

Vemos que existem problemas estruturais a serem superados para que a universalidade dos serviços de saúde de qualidade possa ser assegurada. Da mesma forma, é preciso sensibilizar os profissionais para um atendimento humanizado e livre de interferências subjetivas, menos discriminatório e mais voltado à necessidade do cuidado em saúde. Faz-se necessário trabalhar para melhorar a formação dos profissionais do SUS sobre as políticas públicas existentes. A qualidade dos atendimentos é um fator importante e fundamental para a ação terapêutica e para a relação médico/paciente, assim com sua falta pode ser determinante para o afastamento das pessoas.

Ainda que as políticas públicas para a promoção da saúde de pessoas LGBTQIA+, e especificamente aquelas voltadas a população trans, sejam trabalhadas nos espaços de saúde, percebe-se uma omissão – tanto nos serviços quanto na formação profissional – para sua efetivação, para a produção de espaços e mecanismos que busquem na prática superar abordagens patologizantes e estigmatizantes que inviabilizam o direito e o acesso à saúde estabelecido constitucionalmente.

A falta de qualificação sobre gêneros e sexualidades na formação acadêmica faz com que os profissionais da saúde, nas diversas áreas de atuação, construam seus próprios conceitos e interpretações sobre as travestilidades e transexualidades a partir de ideias construídas subjetivamente ao longo de suas trajetórias pessoais e profissionais.

Quando se reconhece a pluralidade dos sujeitos, a diferença e a diversidade, ampliamos o acesso aos serviços, oferecemos o acolhimento necessário e vencemos o preconceito, que é uma das maiores causas da violação dos direitos. Construir e garantir a efetiva atenção integral à saúde é, portanto, um desafio.

Em relação aos atendimentos individualizados, trago aqui minha experiência com a população trans. Escutar histórias, percebendo os valores, afetos, sentimentos, anseios e relações envolvidas é o primeiro passo para identificar as necessidades em saúde e, assim, oferecer um atendimento humanizado. Ouvir e compreender as especificidades em saúde da população trans faz toda a diferença na ação terapêutica.

As pessoas trans enfrentam agravamentos e iniquidades em saúde (física, mentais e emocionais), decorrentes da história de discriminação, violência e exclusão, que se inicia na família e perpassa pela sociedade, mas também da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Segundo Calazans (et al., 2021 p. 85) “tais indicadores de saúde mental têm sido relacionados à experiência de ‘estresse de minoria’, causado pela vivência cotidiana de constrangimentos sociais e violências relacionados à orientação sexual e à identidade de gênero”.

Ainda segundo a autora,

por conta das experiências de discriminação ou pelo medo de que elas ocorram, algumas pessoas LGBTQIA+ evitam procurar os serviços de saúde. Além disso, orientações e cuidados inadequados ou pouco adequados produzem consequências, como o receio e a demora de nova procura por cuidados da saúde por usuários LGBT (CALAZANS et al., 2021, p. 86).

Como utilizei a metodologia da escuta profunda, trago algumas vivências relacionadas às dificuldades de 4 mulheres e 1 homem trans que contribuíram com a pesquisa. Como foi exposto na metodologia, os participantes foram identificados pelos nomes das personagens do documentário *Divinas Divas*.

No dia 13/11/2019 recebi Astolfo, 27 anos, solteiro, heterossexual, autônomo, pardo, paciente veio encaminhado pela Rede de Atenção e Prevenção do Suicídio, paciente fez uma tentativa de suicídio após uma discussão com sua genitora, também foi encaminhado para atendimento psiquiátrico. Durante os momentos de escuta, Astolfo relatou:

“Tenho uma filha menor de idade, e dificuldade de relacionamento com minha mãe que começou após eu ter revelado minha sexualidade e identidade de gênero, essa briga com ela me fez pensar em desistir a própria vida por isso tomei a medicação. Acho que não quero morrer, só quero ser aceito como sou pela minha família. Faço uso de hormônio sem prescrição médica por iniciativa própria e pretendo dar início ao processo transexualizador no Ambulatório Transexualizador do Hospital Universitário da Capital, desejo fazer a cirurgia de Mastectomia e uso adequado da Hormonioterapia para me sentir melhor com meu corpo. Quando iniciei o atendimento aqui no serviço de saúde mental tinha receio em solicitar o uso do nome social, sentia medo do preconceito e vergonha, mas também me sentia mal em ser

chamado pelo nome feminino que consta no meu cartão do SUS, pois ainda não fiz a mudança nos meus documentos, mas com a doutora eu me sinto à vontade.”

Com o tempo, após algumas sessões, ele fez a solicitação na recepção e a partir daí foi incluído o nome social no seu prontuário.

Em relação às dificuldades de relacionamento familiar pelo não reconhecimento da identidade de gênero, Jaqueline Gomes de Jesus (2012, p. 14) nos traz: “A transexualidade é uma questão de identidade. Não é uma doença mental, não é uma perversão sexual, nem é uma doença debilitante ou contagiosa. (...) Uma parte das pessoas transexuais reconhece essa condição desde pequenas, outras tardiamente, pelas mais diferentes razões, em especial as sociais, como a repressão”. Dessa forma, podemos averiguar que é comum que transexuais e travestis sofram com o não entendimento, reconhecimento e apoio da própria família, trazendo, assim, consequências emocionais negativas ao longo da vida. O corpo passa por modificações, contudo, as relações familiares não precisam mudar negativamente.

Nesse contexto, segundo pesquisa realizada por Silva:

“aceitação da família, mais de 40% delas responderam que não foram bem aceitas pela família. No entanto, 43,15% indicaram que houve uma aceitação parcial, ou seja, alguém da família que reside com ela aceitou a sua sexualidade. Apenas 10,8% responderam que houve aceitação completa em casa sobre a sua identidade.” (Silva, 2020, p. 40)

Para Bento (2012), no seu artigo *As famílias que habitam “a família”*, as travestis, ao longo de suas vidas, inventam novas famílias, criam novos vínculos como estratégia de sobrevivência e resistência.

Zambrano afirma:

Na nossa sociedade contemporânea ocidental, a família é percebida como a mais “natural” das instituições, o núcleo organizador a partir do qual irão estruturar-se e serão transmitidos os valores mais importantes da nossa cultura. Essa “naturalidade” remete, como consequência, à ideia de universalidade. Entretanto, definição de família, assim como a sua universalidade, não é um consenso entre os estudiosos do tema. [...]colocar a família como uma entidade única e constante no tempo pode ser mais um prejulgamento, baseado na nossa experiência pessoal, do que uma realidade (ZAMBRANO, 2006, p. 125).

Em muitos casos, lidar com a frustração ou até mesmo o “luto” da família idealizada, que precisa seguir padrões estabelecidos socialmente, é um desafio diário, assim como quebrar barreiras e paradigmas para manter as relações saudáveis com membros familiares que não

seguem tais padrões conservadores e pré-estabelecidos, sendo essa uma das questões manifestas na clínica psicológica em atendimentos às pessoas trans e/ou aos seus familiares.

Eloina dos Leopardos, de 24 anos, solteira, pansexual, cabeleireira, branca, ensino médio completo, reside com o namorado e com a família dele, procurou o serviço de saúde mental do município no dia 05/10/20 trazendo como anseio a necessidade de iniciar o processo transexualizador para assistência hormonal. Nos momentos de escuta, Eloina trouxe seus anseios:

“Eu já faço uso de hormônios por conta própria e não tenho desejo de realizar cirurgia de redesignação sexual. Minha família sempre me aceitou e respeitou minha homossexualidade e agora também aceita minha transexualidade, saí de casa aos 18 anos para conquistar minha independência financeira e poder fazer o que eu quero. Em relação ao meu nome social, quero estar com a aparência mais feminina para começar a usá-lo, acredito que assim vou passar por menos constrangimento nos lugares públicos, mas, usa meu nome social no trabalho.”

Para um paciente do interior do Estado iniciar o processo transexualizador, ele precisa ser encaminhado aos serviços do Ambulatório Transexualizador do Hospital Universitário de Campo Grande pelo Sistema de Regulação de Pacientes do SUS, e pode ser encaminhado por um médico ou por um profissional de outra especialidade. Nesse caso, a paciente procurou o atendimento comigo no CEM por ter indicação de outra colega transexual e por saber que eu atendo essa demanda. Não relatou nenhum caso de constrangimento em buscar o serviço de saúde do SUS.

Segundo Pollak,

Aqui o sentido de identidade [...] é o sentido da imagem de si, para si e para os outros. Isto é, a imagem que uma pessoa adquire ao longo da vida referente a ela própria, a imagem que ela constrói e apresenta aos outros e a si própria, para acreditar na sua própria representação, mas também para ser percebida da maneira como quer ser percebida pelos outros (POLLAK, 1992, p. 5).

Uma questão importante a ser levantada aqui em relação ao uso do nome social é a importância desse corpo estar em conformidade com o nome e com a imagem que quer construir para si mesma e para o outro, visto que, independentemente da orientação sexual, as pessoas buscam uma sintonia entre a autoimagem e a materialidade do próprio corpo.

Jane di Castro será o nome que permitirá falar sobre as experiências de uma mulher de 22 anos, casada, heterossexual, cabeleireira, parda, reside com esposo, mãe e irmãos. Participou do grupo terapêutico em agosto de 2018, trazendo a necessidade de lidar melhor com as angústias vivenciadas no dia a dia de uma pessoa transexual que causam ansiedade.

“Tenho ensino médio completo, sempre que preciso vou ao meu posto de saúde e já fiz tratamento no Cem também. Sofri discriminação algumas vezes por atendentes e enfermeiras, uma vez fiquei no posto de saúde sem ser atendida por não ter sido chamada pelo nome social, isso me deixou traumatizada para buscar os serviços quando preciso, até hoje vou com medo e vergonha. Faço uso de terapia hormonal e vou no posto para a enfermeira aplicar e não quero fazer a cirurgia para retirar meu órgão, ele não me incomoda. Hoje sou atendida pelo nome social quando busco os serviços, porém ainda não me sente à vontade de ir a uma unidade de saúde. Uso o banheiro coletivo de acordo com minha identidade de gênero, mas sempre tenho vergonha do que as pessoas que estão ali podem pensar.”

Para Oliveira,

Nos espaços de atuação da(o) enfermeira(o), pessoas das diversas raças, crenças e identidades colocam-se diante do seu mandato social, o que lhes exige uma postura técnica, mas, também, ética e solidária. Desse modo, há de se considerar que o contexto relacional entre enfermeira(o) e travesti não está livre de influências sociais, que podem direcioná-lo. Quer seja no que se refere a condutas profissionais e tomadas de posição no atendimento e dispensa de cuidados, desde a elaboração de imagens, ideias, noções e posicionamentos, até a existência ou não de protocolos assistenciais e itinerários terapêuticos a esse segmento populacional, nos diversos níveis de atenção (OLIVEIRA, 2019, p. 2).

A relação entre profissionais e transexuais produz efeitos e significados para ambos. Dessa forma, podemos pensar que as pessoas trans trazem consigo um conjunto de demandas específicas que requerem cuidado, atenção e empatia. Portanto, para atender a essas singularidades o profissional precisa estar atento para não gerar barreiras além das que já existem naturalmente.

Marquesa, 31 anos, solteira, maquiadora e vendedora, heterossexual, parda, reside com mãe que é dependente dela por ter vários problemas de saúde. Tem o Superior completo. Já acessou os serviços de saúde do município nos ESFs, no hospital e no CEM. Faz tratamento psicológico e psiquiátrico regularmente desde maio de 2018, chegou com crise de ansiedade, luto e questões relacionadas ao preconceito em relação a transexualidade. Marquesa relata:

“Faço uso de terapia hormonal por conta própria, mas vou ao ESF para tomar a medicação com a enfermeira. Acredito que é importante a luta pelos direitos da população trans do município para que tenhamos acesso os serviços públicos igualitários. Já passei por vários constrangimento em atendimentos no ESF e em consulta médica, quando precisei dos serviços da assistência social também, me sento constrangida e discriminada muitas vezes, mas não deixo isso me abater, me imponho, me empodero para conseguir o que preciso e defender

meus direitos por isso já tive muitas vezes reações agressivas e duras que foram necessárias para chegar onde estou hoje, hoje sou respeitada porque me imponho. Faço uso do banheiro coletivo de acordo com minha identidade de gênero.

Rogéria, 35 anos, solteira, heterossexual, autônoma, parda, reside com uma amiga, tem curso superior incompleto, abandonou o curso para mudar de cidade e trabalhar. Já procurou o serviço de saúde do SUS para consultas com médico e urgências no hospital. Tive o primeiro contato com ela em 30/08/2018 no Cem, para tratamento de sintomas de depressão e ansiedade decorrentes de questões relacionadas a infância, abandono da família por ser “diferente” dos irmãos, pais não aceitavam a transexualidade, família conservadora e religiosa. Em momentos de escuta, Rogéria relatou:

“Sou chamada pelo meu nome social mas nem sempre fui bem atendida pela equipe de atendimento do hospital. Vou ao banheiro feminino quando preciso, isso não é constrangedor pra mim, mas já sofri com discriminação durante um atendimento no hospital com olhares tortos e risadinhas após ter sido chamada para a consulta pelo nome social.” Fato que gerou sofrimento e constrangimento. *“Tenho dificuldade de buscar atendimento no posto de saúde (ESF) por não me sentir aceita, tenho medo da discriminação não só da equipe de saúde como também das pessoas que estão lá para serem atendidas. Uso hormônio por conta própria e não quero fazer a cirurgia porque não tenho vontade. Gostaria que essa realidade (atendimento em saúde) mudasse para que todas nós pudéssemos buscar os serviços sem medo aqui ou em qualquer lugar. Meus pais são muito religiosos, sempre falavam que isso, querer ser uma mulher não era coisa de Deus, eles vão a igreja, me levavam pra pedir pra Deus me mudar. Eu sempre achei que Deus me fez assim, mas meus pais não achavam.”*

A menção de Rogéria a religião nos leva a pensar que, apesar do Brasil ser um país que se autodenomina laico, tem uma população de maioria cristã e isso tem grande reflexo na maneira como os corpos de travestis e mulheres trans são vistos com preconceito por muitos religiosos. Assim, como no contexto familiar, na religião busca-se propagar um modelo idealizado de ser homem e mulher, baseado na figura de Eva e Adão e, portanto, que interdita outras experiências corporais e existências como as de pessoas transexuais que muitas vezes se sentem desconfortáveis e ou excluídas nesses espaços.

Para Jaqueline Gomes de Jesus,

Cada um(a) de nós é uma pessoa única, que porém tem características comuns a toda a humanidade. Elas nos identificam com alguns e nos tornam diferentes de outros, como a região em que nascemos e crescemos, nossa raça, classe social, se temos ou não uma religião, idade, nossas habilidades físicas, entre

outras que marcam a diversidade humana. Dentre essas dimensões, este guia se foca na do gênero (DE JESUS, 2012, p. 7).

Diante desses depoimentos, pude observar como a população trans vivencia experiências de estigmatização pela sociedade muito mais graves do que as pessoas que não são desse grupo, fator que agrava a qualidade de vida e a saúde, trazendo consequências muitas vezes difíceis de serem reparadas.

Assim, voltamos aos estudos de Goffman (2008). Segundo o autor, estigma significa marca, ou seja, uma impressão. Para ele, o estigma envolve características fisicamente visíveis, mas também um atributo não visível fisicamente, dependendo de uma revelação. Dessa maneira, a aparência de uma pessoa com determinadas características que fuja da considerada normal pode denotar, dentro da perspectiva da identidade social, que ela pode ter algo considerado negativo, levando-a a um processo de deterioração da identidade.

Para as pessoas travestis e transexuais, a questão da normatividade de gênero atravessa as três dimensões da vulnerabilidade, produzindo estigmatização, falta de garantia dos direitos humanos e, em especial, do acesso aos serviços de saúde. (...) Repensar e adequar as intervenções programáticas de saúde considerando a estigmatização e discriminação das pessoas travestis e transexuais tornaram-se peças fundamentais para o planejamento da proteção da saúde, cuidado e acolhimento aos doentes (BACCARIM, 2017, p. 36, apud PAIVA & ZUCCHI, 2012).

Jaqueline Gomes de Jesus (2015, p. 17), em seu livro *Transfeminismo – teoria e prática*, chama a atenção para a dificuldade das pessoas em se abrirem para o novo, para o diferente: “Pra que eu vou aprender uma palavra nova pra uma coisa que não faz parte da minha realidade?”. Assim, podemos ver o quanto é difícil e desafiador perceber o outro com um olhar de alteridade, de empatia e acolhimento, e assim negar o reconhecimento das suas necessidades. Não reconhecemos o que para nós não existe, e quebrar esse conceito pré-estabelecido requer mudança de padrões internalizados pela cultura, educação e até mesmo religião.

Podemos também averiguar que um dos principais desafios que as políticas públicas enfrentam é o pouco impacto nas vidas dessas pessoas, visto que muitas vezes até a própria população trans não as conhece e, por isso, não as reivindica como direito estabelecido. Assim, permanece ainda hoje um afastamento dos serviços de saúde públicos, o que decorre da falta de estrutura institucional que promova esse conhecimento e acesso.

A partir da percepção dos relatos, compreende-se que alguns profissionais acabam por culpabilizar a própria população por não acessar os serviços, como se elas não tivessem demandas comuns e específicas a serem atendidas. Isso mostra que eles percebem a ausência

das pessoas trans, mas não se mobilizam para que as barreiras sejam quebradas, promovendo a acessibilidade, disponibilidade e qualidade nos serviços. Assim, podemos pensar que toda a responsabilidade fica para a comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As desigualdades de acesso à saúde pela população trans encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS possa funcionar conforme os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Dessa forma, para que ele seja garantido, faz-se necessário ampliar o debate sobre diferença, diversidade sexual e de gênero nos espaços onde ainda é desconfortável falar sobre isso, por envolver quebras de paradigmas e pré-conceitos estabelecidos culturalmente.

Construir uma rede de atendimento com políticas públicas de saúde que atendam às necessidades das pessoas trans sem preconceito e discriminação é importante no sentido de efetivar o direito à saúde garantido na Constituição Federal de 1988, que preconiza saúde como direito de todos e dever do Estado.

As políticas de saúde devem ser capazes de quebrar as barreiras geográficas, econômicas e culturais entre os serviços que são prestados e a comunidade, além de garantir que as pessoas trans permaneçam sob o cuidado integral (atenção básica e especializada) dos profissionais de saúde. A temática da cultura da diferença deve estar presente desde a formação e ser reforçada no dia a dia da atuação dos profissionais, fazendo com que sejam habilidosos no acolhimento e que o cuidado seja centrado na pessoa que está diante deles, oferecendo um atendimento mais humanizado.

Portanto, é indispensável que se continue buscando por ações conjuntas, com o envolvimento de gestores, profissionais, e com a participação da comunidade, a fim de combater a discriminação e a consequente violência institucionalizada, para que se promova o respeito à singularidade dos sujeitos e o enfrentamento a todas as formas de normatização e patologização que impliquem exclusão e discriminação. Promover e incentivar o respeito é um dever de todos e deve ser orientado pelas necessidades de saúde da população a respeito do cuidado.

Um corpo trans não corresponde totalmente à ordem classificatória de gênero heterocisnormativa e binária. Assim, despatologizar é desconstruir olhares, mudar atitudes e ações e pensamentos que produzem preconceito e, conseqüentemente, afastamento das pessoas trans dos ambientes de saúde. O acolhimento por meio do atendimento humanizado é um passo importante para isso e deve ser realizado por todos os profissionais que atuam nas unidades de saúde, visto que a estigmatização e a discriminação estão diretamente relacionadas à patologização dessas vivências e às normas regulatórias de gênero.

O SUS assegura a todas as pessoas os princípios de prevenção, promoção e recuperação da saúde humana, e é um desafio fazer com que tais princípios se estendam às pessoas trans, com tantos problemas enfrentados no dia a dia e com histórico de exclusão, violências e discriminação.

Muito tem que ser discutido e mudado para que as pessoas trans tenham seus direitos de existência e vivência em todos os espaços criados e formatados por um sistema que ainda vê o corpo de forma binária, cisgênera e excludente em relação às diferenças e às diversidades.

A Organização Mundial de Saúde define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidades. Todavia, como uma pessoa que é violentada pelo “simples” fato de existir e que sofre rejeição durante todo seu percurso de construção indenitária consegue usufruir da saúde?

Pôde-se notar nesta pesquisa que a população trans quase não frequenta as unidades de saúde do município. Os motivos levantados foram o medo da discriminação e do não acolhimento por profissionais e pela comunidade, falta de conhecimento das políticas públicas voltadas para elas, resistências geradas por terem vivenciado situações constrangedoras e o desrespeito ao uso do nome social. Em relação aos profissionais da saúde, pôde-se perceber a falta de formação, qualificação e vivência para lidar com as especificidades e falta de envolvimento e engajamento com as políticas públicas, o que muitas vezes leva à dificuldade no atendimento e acolhimento, deixando que, por vezes, valores pessoais interfiram na relação médico/paciente.

Somando-se à incapacidade em manejar questões próprias do universo LGBTQIA+, encontramos o modelo médico hegemônico, paternalista, conservador e binário, que ainda tem dificuldade em lidar com um corpo que passa por transformações performáticas, deixando que isso interfira na ação terapêutica, não priorizando as necessidades de saúde das pessoas trans, fazendo com que o resultado seja o afastamento e até mesmo o abandono dos serviços de saúde.

Acredito que o caminho para a humanização está desenhado nas políticas públicas e no respeito aos direitos humanos, assim, basta colocá-las em prática, reavaliá-las constantemente, levá-las ao debate com profissionais e comunidade e permanecer aberto a uma escuta profunda às necessidades e especificidades do outro que recorre aos serviços de saúde.

Ser transexual ou travesti em uma sociedade historicamente excludente com uma cultura heterocisnormativa e conservadora é sinônimo de resistência, é luta diária. Fazer com que seus direitos sejam respeitados e desconstruir discursos preconceituosos não pode ser responsabilidade somente do movimento LGBTQIA+ e no contexto desta pesquisa da

população trans, mas precisa ser um dever de todos. É preciso a cada dia unir as vozes para essa realidade efetivamente muda. Ainda há muito que fazer.

Keila Simpson, presidente da ANTRA, diz: “Qualquer travesti que supere os 35 anos está se vingando do Cistema. Nossa vingança é envelhecer”.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, D. **Artigo: Dandara foi espancada até a morte em plena luz do dia e seus assassinos riam**. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2017/03/10/artigo-dandara-foi-espancada-ate-a-morte-em-plena-luz-do-dia-e-seus-assassinos-riam/>>. Acesso em: 24 ago. 2021.
- ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.
- ARÁN, M.; ZAHIDHAFT, S.; MURTA, D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 70-79, 2008.
- BACCARIM, R. C. G. **A garantia dos direitos à saúde de travestis e transexuais em serviços de saúde de Curitiba/PR: uma análise das práticas de profissionais da saúde**. 2017.105f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2017.
- BACCARIM, R. C. G.; TAGLIAMENTO, Grazielle. Acesso de Pessoas Trans à Saúde: uma Análise das Práticas de Profissionais. **PsicolArgum**, v. 38, n. 102, p. 604-625, out./dez. 2020.
- BENEDITTI, M. R. **Toda feita: o corpo e o gênero travestis**. Rio de Janeiro: Garamound, 2005.
- BENEVIDES, B. G. **Nova epidemia, velhas mazelas**. Disponível em: <<https://brunabenevidex.medium.com/nova-epidemia-velhas-mazelas-5a320a622a0c>>. Acesso em: 15 nov. 2020.
- BENEVIDES, B. G.; NOGUEIRA, S. N. B. **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021.
- BENJAMIN, Harry. **The transsexual phenomenon**. New York: Julian Press, 1966. Disponível em :<<http://www.symposion.com/ijt/benjamin/index.htm> >. Acesso em: 20 ago. 2006.
- BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas**, v. 20, n. 2, p. 569-581, mai./ago. 2012.
- BENTO, B. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Coleção Sexualidade, Gênero e Sociedade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- _____. **O que é transexualidade?** Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- _____. As famílias que habitam “a família”. **Soc. e Cult.**, v. 15, n. 2, p. 275-283, jul./dez. 2012.
- _____. **Desfazendo Gênero: arte, desejo, processos de submissão**. Natal, RN: EDUFRN, 2015.
- _____. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Salvador, BA: Editora Devires, 2017.

BICCHIERI, C. **The grammar of society: the nature and dynamics of social norms.** Cambridge/ New York: Cambridge University Press, 2006.

BORGES, C. A.; SOUZA, M. Saúde das travestis: um desafio para a enfermagem. In: **Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão: Aprender e empreender na educação e na ciência**, 12, 2012, Santa Maria. Anais. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2012.

BORRILLO, D. **Homofobia.** Ed. Bellaterra, 2001.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. 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. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Cuidar bem da saúde de cada um: faz bem para todos, faz bem para o Brasil.** Atenção Integral à Saúde da população Trans. Conteúdo para profissionais de Saúde/Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério de Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral LGBT, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf Acesso em: 21 abr., 2017.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 16. ed. São Paulo: Editora: Atlas, 2000.

_____. **Lei n. 7.716/89, de 13 de junho de 2019.** Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor.

BUTLER, J. **Bodies that matter: on the discursive limits of “sex”.** Nova York: Routledge, 1993.

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

_____. **Undoing gender.** Nova York: Routledge, 2004.

_____. **Vida precaria: El poder del duelo y la violencia.** Buenos Aires: Paidós, 2006.

_____. Performartividad, precariedad y políticas sexuales. **Revista de Antropología Iberoamericana**, v. 4, n. 3, set./dez. 2009, p. 321- 336.

_____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2014.

_____. *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”*. In: LOURO, Guacira Lopes (orgs.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018, p. 191-219.

CARVALHO, J. V. F. **Corpos (In)desejáveis: O Fenômeno da Transfobia a partir da Perspectiva de Pessoas Trans e Psicólogos/as**. 2018. 96f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, 2018.

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

CIASCA, S. V. et al. **Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar**. Santana de Parnaíba-SP. Editora Manole, 2021

COLLINS, P. H. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, jan./abr 2016, p. 99-127.

CONNELL, R. **Gênero em Termos reais**. Tradução de Marília Moschkovich. São Paulo: nVersos, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.482/1997. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1997. Seção 1, p. 20.944. Autoriza a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários com o tratamento dos casos de transexualismo. REVOGADA pela Resolução CFM n. 1652/2002.

_____. Resolução 1652 de 2002. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 232, 2 dez. 2002. Seção 1, p. 80. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e REVOGA a Resolução CFM n. 1.482/97.

_____. Resolução CFM N. 1955 de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02 (Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília-DF, n. 2002. Seção 1, p. 80/81).

CULLER, J. **Teoria Literária: uma introdução**. São Paulo: Beca Produções Culturais, 1999.

DE JESUS, J. G.; ALVES, H. Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais. **Revista Cronos**, v. 11, n. 2, p. 8-19, 2012.

DE JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião. Brasília: Escritório de Direitos Autorais da Fundação Biblioteca Nacional – EDA/FBN, 2012.

_____. **Transfeminismo: teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Metanoia, 2015.

_____. Medicina: uma ciência maligna? Debate psicopolítico sobre estereótipos e fatos. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 5, p. 195-204, 2016.

DEL PRIORE, M.; PINSKY, C. B. **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2006.

DÓRIA, T. S. **Espelho, espelho meu: quem sou?** a transexualidade e os desafios para o reconhecimento da identidade de gênero no Brasil. 2016. 129f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Universidade Tiradentes, Aracaju, 2016.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

FACCHINI, R. **Sopa de Letrinhas?** O movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos de 1990. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FACHIN, L. E. O corpo do registro no registro do corpo: mudança de nome e sexo sem cirurgia de redesignação. **Revista Brasileira de Direito Civil**, v.1, jul./set., 2014.

FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e imagens do processo de envelhecimento. In: DEBERT, G. (Org.). **Antropologia e velhice**. Campinas: UNICAMP, 1994.

FERRARI, A. Revisando o passado e construindo o presente: o movimento gay como espaço educativo. **Revista Brasileira de Educação**, v. 25, p. 105-115, jan/fev./mar./abr. 2004.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Grall, [1976]2003.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

_____. **Ditos e Escritos - Ética, Sexualidade, Política** v. 5, Edição: 3|2012 Editora: Forense Universitár

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, Petrópolis. 1999.

FRANCO, N.; CICILLINI, G. A. Professoras trans brasileiras em seu processo de escolarização. **Revista Estudos Feministas**, v. 23, n. 2, p. 325-346, ago. 2015.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Ed. UNESP, 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES, A. R.; LION, A. R. de. **Corpos em trânsito: existências, subjetividade e representatividade**. Salvador: Editora Deveres, 2020.

GREEN, J. N. Mais amor e mais tesão: A construção de um movimento de gays, lésbicas e travestis. **Cadernos Pagu**, n. 15, p. 271–295, 2000.

GUARESCHI, P. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In: SAWAIA, B. (org.). **Artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2001.

JUNQUEIRA, R. D. Homofobia nas escolas: um problema de todos. 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.

LANZ, L. **O corpo da roupa**: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. 2014. 342 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

LAQUER, T. W. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LE BRETON, D. **A Sociologia do corpo**. Petrópolis: RJ, Editora Vozes, 2007.

LIMA, R. A. BR-Trans: a ambiguidade metateatral da autoficção. **Revista Entrelaces**, v. 1, n. 9, p. 174-188, jan./jun. 2017.

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

LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **ProPosições**, v. 19, n.2., p. 17-23, Campinas, 2008.

_____. **Um corpo estranho**: ensaios sobre sexualidade e teoria queer. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EDU/EDUSP, 1974.

MATO GROSSO DO SUL. **Lei n. 3.157, de 27 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre as medidas de combate à discriminação devido à orientação sexual no âmbito do estado de Mato Grosso do Sul.

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, p. 7-28, dez. 2011.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MEYER, D. E. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. V. (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MISKOLCI, R. Dossiê – teoria queer. **Revista CULT**, n. 193, p. 33- 35, ago. 2014.

NOVAES, J. V. **O intolerável peso da feiúra**: sobre as mulheres e seus corpos. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

OLIVEIRA E. M. et al. “Corpo de homem com (tre)jeitos de mulher?”: imagem da travesti por enfermeiras. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 23, p. 1-14, 2019.

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

PEREIRA, L. B. C.; CHAZAN A. C.S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 14, n. 41, p.1-16, 2019.

POLLAK, M. Memória e identidade social. **Revista Estudos Históricos**, v. 5, n. 10, p. 200-2015, 1992.

PRADO, M. A. M. **Ambulare**. PPGCOM UFMG, Belo Horizonte, 2018.

PRECIADO, B. **Manifesto contrassexual**. São Paulo: N-1 Edições, 2014.

REIS, T. O movimento homossexual. In: FIGUEIRO, M. N. D. (Org.). **Homossexualidade e educação sexual: construindo o respeito à diversidade**. Londrina: EdUEL, 2007, p. 101-102.

ROCON, P. C. et. al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517-2525, 2016.

ROCON, P. C. et. al. O que esperam as pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 22, n. 64, p. 43-53, 2018.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

ROGERS, J. et. al. Pessoas trans na atenção primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 49-58, 2016.

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

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abreu, 2015.

SAFFIOTI, H.; ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 1995.

SANTOS, B. S. **O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul**. Autêntica, 2019.

SANTOS, P. R. Tensões e desafios: LGBTs e o poder público? **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 2, p. 147-164, 2010.

SCAVONE, Lucila. Estudos de gênero: uma sociologia feminista? **Revista de Estudos Feministas**, v.16, n. 1, p. 173-186, 2008.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SILVA, Francisco Andesson Bezerra da. Fatores associados às violências perpetradas contra travesti no contexto familiar. Santos SP: 2020.

SILVA, T. T. **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

SOUZA, L. A. F. Avanços e dilemas dos direitos humanos no mundo contemporâneo In: BUCCI, D.; SALA, J. B.; CAMPOS, J. R. **Direitos humanos**: proteção e promoção. São Paulo: Saraiva, 2012.

SOUSA, M. G. S.; CABRAL, C. L. O. A narrativa como opção metodológica de pesquisa e formação de professores. **Horizontes**, v. 33, n. 2, p. 149-158, jul./dez. 2015.

SOUSA NETO, M. R.; GOMES, A. R. (Orgs.). **História e teoria queer**. Salvador: Editora Devires, 2018.

SPIVAK, G. C. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2014.

TAGLIAMENTO, G. **A arte dos (des)encontros**: mulheres trans e a saúde integral. Rio de Janeiro: Multifoco, 2013.

TVT RESEARCH PROJECT. **Trans murder monitoring. transrespect versus transphobia worldwide**. (TvT) project website, 2016. Disponível em: www.transrespect.org/en/research/trans-murder-monitoring/. Acesso em 20 ago. 2021.

ZAMBRANO, E. **“Nós também somos família”**: estudos sobre a parentalidade homossexual, travesti e transexual. 2008. 236f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

_____. Parentalidades “impensáveis”: pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 123-147, jul./dez. 2006.