

Experiências de acesso de mulheres trans/ travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões

Experiences of transgender women/transvestites
with access to health services: progress, limits,
and tensions

Experiencias de acceso de mujeres trans/travestis
a servicios de salud: avances, límites y tensiones

Simone Monteiro ¹

Mauro Brigeiro ¹

doi: 10.1590/0102-311X00111318

Resumo

Frente às mudanças e permanências nos costumes, normas e políticas sexuais no Brasil, o artigo analisa as experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde e discute a discriminação sexual/de gênero e as suas demandas aos serviços de transição de gênero e prevenção da aids. O estudo envolveu entrevistas com nove mulheres trans/travestis, de 23-45 anos, das camadas populares da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil, realizadas em 2016, e observações de contextos de prostituição e sociabilidade. Comparando com as agressões vividas anos atrás, as narrativas das mulheres trans/travestis destacam avanços sociais. Relatam que os profissionais não as discriminam por sua condição, embora haja resistência ao uso do nome social. Esse constrangimento, somado aos problemas estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS), são minimizados devido à agência das trans/travestis para obter atendimento, seja pelo recurso às redes de contatos, seja por sua consciência de direitos de cidadania. As narrativas sobre a busca por mudanças corporais para a transição de gênero revelam uma conjugação, por vezes tensa, entre as tecnologias oferecidas nos serviços de saúde e aquelas manejadas pelas travestis. Embora as políticas de aids focalizem ações para trans/travestis, a prevenção do HIV não está entre as suas principais demandas aos serviços. Há obstáculos de ordem subjetiva para acessar os serviços, decorrentes do estigma internalizado e da associação da infecção pelo HIV com suas condições de vida. A melhoria da atenção em saúde da população trans/travesti requer um debate sobre os problemas estruturais do SUS, a defesa da visão ampliada de cuidado do sistema e investimentos na capacitação profissional.

Acesso aos Serviços de Saúde; Discriminação Social; Travestis;
Mulheres Trans; Procedimentos de Redesignação de Gênero

Correspondência

S. Monteiro

Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Instituto
Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

Av. Brasil 4365, sala 49, Pavilhão Lauro Travassos,
Rio de Janeiro, RJ 21045-900, Brasil.
msimone@ioc.fiocruz.br

¹ Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de de
Janeiro, Brasil.



Introdução

As trajetórias de vida de travestis e da população trans como um todo no Brasil têm sido marcadas pela exclusão, discriminação e violência, como atestado pela literatura ^{1,2,3,4}. Pesquisas nacionais sobre as implicações dos processos de marginalização social no acesso dessa população à atenção integral em saúde apontam situações de discriminação e hostilidade nos serviços. São também referidas ausência de exames físicos, dificuldade de compreensão das orientações médicas e, principalmente, o não respeito ao nome social. Ainda que os serviços especializados sejam percebidos como mais qualificados, não são incomuns os relatos de discriminação nesses espaços. Tem sido salientada a necessidade de capacitação das equipes de saúde, visando à humanização e respeito às diferentes identidades sexuais e de gênero ^{5,6,7,8,9}. Estudos internacionais sobre barreiras no cuidado em saúde da população trans apresentam resultados semelhantes ^{10,11,12,13,14}. As desigualdades no atendimento das necessidades de cuidado dessa população ficam mais evidentes ao se compararem diferentes grupos sociais ¹⁵.

Neste artigo, consideramos que a exclusão social e a discriminação sexual dizem respeito às hierarquias e às diferenciações fomentadas entre os grupos sociais. Suas expressões são variáveis historicamente, conforme as dinâmicas estruturais e culturais em curso ^{16,17}. Nessa perspectiva, para compreender o acesso das trans/travestis aos serviços de saúde, é necessário contrastar suas experiências nestes contextos com as transformações no âmbito normativo e das práticas sociais respectivos à tolerância à diversidade sexual e de gênero, nas últimas décadas, e às resistências às mesmas.

A população trans/travesti vem ganhando reconhecimento e visibilidade social no Brasil, fruto de sua afirmação política e construção como sujeito social. A *Constituição Federal* de 1988 e a atuação do movimento LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e travestis, transexuais e transgêneros) têm possibilitado o fortalecimento de debates sociais sobre as suas condições de vida e a proposição de políticas públicas voltadas para sua cidadania.

São vários os exemplos. No âmbito governamental, o programa Brasil sem Homofobia, de 2004, foi um marco político que envolveu uma articulação com a Sociedade Civil Organizada e diferentes secretarias e ministérios na definição de ações de promoção de direitos em áreas como segurança, educação, trabalho e saúde para pessoas LGBT. Em 2009, a partir de demandas do movimento social, foi lançado um novo plano nacional centrado na promoção da cidadania LGBT ¹⁸, com proposições no âmbito da saúde. Paralelamente, a sociedade começava a debater a inclusão da diversidade sexual e de gênero no mercado de trabalho, nas instituições de ensino e na produção cultural. As paradas de orgulho LGBT tornaram-se eventos multitudinários e a circulação destes grupos no espaço público, meios de comunicação e mídias sociais ganhou uma dimensão sem precedentes.

Na área da saúde, ações governamentais para travestis emergiram com as políticas de prevenção do HIV/aids formuladas nos anos 1990, que então as incluía em categorias como “homossexual” e “homens que fazem sexo com homens” (HSH). Em 2007, foi lançado o *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST*, contemplando mulheres trans, e o *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays/HSH e Travestis* ¹⁹. As respostas à aids e o tema da violência policial colaboraram para produzir uma agenda de reivindicações e fomentar a estruturação do movimento social de travestis no país ^{2,3}.

Mais recentemente, outra importante conquista foi a regulamentação das diretrizes técnicas e éticas do processo transexualizador no SUS, que engloba a cirurgia de redesignação sexual, a assistência e o cuidado para transexuais. Em 2013, a regulamentação foi redefinida e essa cirurgia deixou de ser uma meta terapêutica, favorecendo as demandas das travestis interessadas somente em hormônios e próteses ²⁰.

A *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*, de 2011, trouxe avanços no cuidado da população trans/travestis, como o uso excessivo de medicamentos e a garantia do uso do nome social. Em 2016, essas preocupações foram retomadas em novas ações governamentais voltadas à saúde integral, atendimento humanizado e respeito às travestis, mulheres e homens trans, reforçando as atribuições do Estado frente às suas necessidades. Considerando que essas regulamentações tornam os serviços públicos contextos legítimos para as transformações corporais almejadas por trans/travestis, cabe refletir sobre como esta dimensão medicalizada da transição de gênero é consolidada na experiência concreta destas pessoas.

Essas proposições no plano das normas e das políticas públicas indicam avanços no reconhecimento da população LGBT como sujeitos sociais e de direitos. Todavia, a efetivação de conquistas jurídicas, políticas e sociais no país enfrenta obstáculos em função do estigma da travestilidade, da resistência de segmentos sociais e de problemas macroestruturais. A implantação de proposições de grupos minoritários demanda tempo, negociações e disputas entre forças, instituições e atores sociais diversos ²¹. Ademais, há tensões e especificidades de demandas no interior do universo LGBT e entre os diferentes segmentos designados pela letra T, tornando complexa a efetivação dos direitos conquistados ².

Frente ao processo histórico e social de mudanças e permanências nos planos cultural, normativo e político no Brasil, este artigo analisa as experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde. Nessa direção, discute a discriminação sexual/de gênero e as demandas dessa população aos serviços de transição de gênero e prevenção de HIV/aids. O estudo, de caráter qualitativo, envolveu grupos sociais pertencentes às camadas populares do Rio de Janeiro.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, informado pelas contribuições das ciências sociais no entendimento das relações entre práticas, estruturas sociais e sistemas culturais ²². O trabalho integra uma pesquisa maior sobre políticas de prevenção do HIV e testagem em três municípios da Baixada Fluminense, Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, que indagou grupos sexualmente marginalizados sobre suas demandas em saúde e experiências de discriminação nos serviços ²³.

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com nove mulheres trans/travestis sobre relações familiares, trajetória escolar e profissional, interações afetivo-sexuais, redes de sociabilidade, trânsitos e acesso aos serviços de saúde. O estudo incluiu entrevistas com gestores e profissionais de programas de aids, de outras unidades de saúde e assistência social, e grupos focais com profissionais de saúde e lideranças LGBT sobre programas e atividades locais de prevenção e cuidado para minorias sexuais. O trabalho de campo, desenvolvido de janeiro a outubro de 2016, contemplou ainda observações de contextos de prostituição (posto de combustível na Rodovia Presidente Dutra), de espaços de sociabilidade (bares, praças) e atividades do Dia do Orgulho LGBT. Os dados foram categorizados e interpretados com base na análise de conteúdo temática ²⁴. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (nº 45267315.9.0000.5248) e seguiu os procedimentos éticos previstos.

No presente artigo, iremos privilegiar os depoimentos das nove travestis e observações de campo. O acesso às entrevistadas, doravante identificadas com nomes fictícios seguidos da idade, resultou de indicações de profissionais do Centro de Referência LGBT da Baixada, de lideranças comunitárias e da estratégia de bola de neve. A idade das entrevistadas contemplou as faixas etárias de 20 (23-25 anos), 30 (31-38 anos) e 40 (41-45 anos). Encontramos variações nas experiências de transição de gênero e de discriminação entre as diferentes gerações e momentos de vida, haja vista as mudanças nas normas e costumes sexuais e nas políticas de saúde para pessoas LGBT no Brasil, assinaladas na Introdução.

Traços característicos do universo travesti reiterados na produção acadêmica ^{3,4,25} foram verificados nas trajetórias das entrevistadas, como: pertencimento às camadas populares, afastamento da família de origem na adolescência e atuação na prostituição. A entrada no mercado de trabalho, em ocupações de baixa remuneração ou na prostituição, foi justificada pela necessidade do autossustento ou complemento da renda familiar, sendo concomitante ao processo de transformação corporal/de gênero. Algumas concluíram o Ensino Médio, como Andressa (35 anos), Bárbara (25 anos), Gracy (45 anos) e Hillary (31 anos); outras retomaram os estudos para concluir o Ensino Médio, como Crislene (38 anos) e Ellen (41 anos) e um cursava nível Superior (enfermagem), Ivan (43 anos). As mais novas, Dayanne (23 anos) e Jeniffer (25 anos), não completaram o Ensino Médio. Três entrevistadas são soropositivas (Barbara, Gracy e Ellen), o que permitiu uma análise mais diversificada sobre a relação desse universo social com os serviços de saúde, os profissionais e as tecnologias sociais e biomédicas disponíveis.

Todas mantinham relações afetivo-sexuais com homens; quatro estavam solteiras, uma em relacionamento longo sem coabitação, três em união estável e uma casada no cartório. A maioria mora

em casa própria com o parceiro ou família de origem e duas moram sozinhas. Atualmente a inserção profissional é diversificada, incluindo funções de auxiliar administrativa em hospital particular, programas sociais e projetos de cidadania e diversidade sexual. As mais novas conjugam a prostituição com outras atividades (cabeleireira, secretária, merendeira) para complementar a renda. Algumas abandonaram a prostituição, tendo como renda o aluguel de imóveis adquiridos com o dinheiro ganho na Europa nas décadas de 1990/2000. A experiência na França, na Itália e em programas sociais ligados aos direitos LGBT no Brasil confere maior familiaridade das entrevistadas com a linguagem de direitos sociais, conforme notado em seus relatos.

Quanto à autoidentificação, somente Gracy (45 anos) se apresentou como “travesti”; as demais se designaram “mulher trans”, “mulher transexual” ou “trans”. Uma fez a cirurgia de redesignação sexual e três aguardam a realização pelo sistema público de saúde, incluindo Gracy. Ivan (43 anos) se identificava como travesti, chamada Iris, mas, recentemente, parou de tomar hormônios e assumiu uma aparência “neutra” (cabelos curtos, roupas unissex), apresentando-se como homossexual e retomando seu nome masculino. O emprego dessas categorias não supõe uma visão simplificada ou homogênea sobre a experiência dos sujeitos em sua construção de gênero, tampouco ignora a fluidez autotransformatória. Tais modos de identificação estão atrelados ao processo mais amplo de transformações das políticas identitárias no Brasil²², assim como reiteram a consolidação da designação “trans” como categoria englobadora de outras formas identitárias referidas às transições de gênero².

Resultados e discussão

Discriminação e acesso

Segundo diversas pesquisas, a discriminação impede ou dificulta o acesso de pessoas trans/travestis aos serviços de saúde^{5,6,7,8,9}. Todavia, nas narrativas das entrevistadas, a discriminação derivada da condição de mulher trans/travesti parece não impossibilitar o seu acesso aos serviços. Todas são usuárias do SUS e buscam o sistema em situações de emergência e para acompanhamento nas unidades básicas, geralmente na Baixada Fluminense, e serviços especializados na capital. Nenhuma possui plano de saúde, mas recorrem à rede privada excepcionalmente para procedimentos estéticos. A despeito de afirmarem que sua presença em hospitais e centros de saúde suscita reações de estranhamento nos profissionais e demais usuários, para a maioria o preconceito não é explícito e o atendimento dispensado é visto como respeitoso.

“O atendimento era bom. Eu achava normal. Não tinha essa coisa de discriminação, não. Não sei se porque a gente é muito simpática com o povo (...). Às vezes, entre as pessoas que trabalham na área da saúde, assim, não vi essa coisa preconceito. Ou então tá muito bem escondido” (Ellen, 41 anos).

O reconhecimento de modos de tratamento mais tolerantes às pessoas trans/travestis no convívio social atual, inclusive nas instituições, foi bastante mencionado, principalmente pelas mais velhas. Ao citarem as novidades legais e jurídicas de defesa de direitos da população LGBT, argumentaram que mesmo não correspondendo a mudanças profundas nas representações, seus efeitos seriam notados no nível das práticas.

“Antigamente não tinha essa facilidade. Hoje, o povo fala de discriminação e coisa. Sinceramente ainda não vi. E olha que eu rodo muito o Rio de Janeiro inteiro e eu ainda não consegui ver nada. Polícia nos anos 80 me batiam e agora me chamam de senhora, entendeu? Não consigo ver essa discriminação. (...) Sou de uma época que o travesti era visto como delinquente, o povo tinha medo. Continuam tendo medo. Só mudou o medo, né? Agora o medo é de pagar cesta básica. (...) Tipo alguém falar alguma coisa comigo eu denunciar, entendeu? Antigamente tinha medo de tomar uma facada. A situação não mudou muito. Mudaram os nomes” (Gracy, 45 anos).

Na relação com o SUS, várias assinalaram dificuldades de acesso aos cuidados de saúde que não estavam referidas à discriminação sexual/de gênero, mas sim a problemas comumente experimentados pelos demais usuários do sistema. Filas, dificuldade de agendamento, excesso de burocracia, falhas na informação, não acolhimento e ausência de médicos foram situações evocadas para descrever as fragilidades no sistema e as razões para eventualmente desistirem do atendimento.

“Eles não explicam direito as coisas. Que nem nessa menina que eu fui lá em Nova Iguaçu. Ela: ‘Ah, não. Não é aqui, não. Tem que ir lá aonde você mora’. Me tratou mal pra caramba. Aí, eu fui em Caxias, no mesmo

dia fui em Caxias num posto que tem lá. Cheguei lá e não tinha médico. Falei assim “Aí, quer saber de uma coisa? Eu vou voltar pra casa” (Dayanne, 23 anos).

Dependendo do grau de importância e urgência dos problemas e por não terem condições econômicas de acesso à saúde privada, muitas enfrentam os obstáculos e insistem para obter o atendimento: *“eu acordo cedo, eu enfrento a fila”* (Gracy, 45 anos). Para contornar as dificuldades de atendimento, afirmam ainda mobilizar suas redes de contato do setor de saúde e demais instâncias governamentais, especialmente as que trabalham em programas/projetos sociais ou integram organizações/coletivos LGBT. Tais vínculos, somados à amizade com lideranças comunitárias LGBT da Baixada e a prática de clientelismo local na solução de problemas formais, ajudam a entender o modo como elas superam as limitações de acesso aos serviços. Por exemplo, diante da dificuldade de acesso a medicamento, Bárbara (25 anos), soropositiva, recorreu a amigos ativistas LGBT para que a gerência da Secretaria Municipal de Saúde resolvesse o problema.

As estratégias para contornar as dificuldades no acesso aos serviços públicos incluem ainda a performance *“fazer a fina”*, que mescla intensificação da docilidade feminina e atitude de refinamento dos modos típico de classes médias. Há também reações decorrentes da consciência de direitos de cidadania e conhecimento do funcionamento das regras das instituições públicas.

Quando perguntadas sobre a discriminação experimentada nos serviços de saúde, descrevem não haver tratamento discriminatório de profissionais em função de sua condição de trans/travesti. Comparando com as situações de ofensas, humilhações e agressões experimentadas anos atrás no espaço público, suas narrativas tenderam a privilegiar as conquistas do movimento LGBT brasileiro e seus efeitos no sistema de saúde. Desse modo, o atendimento não seria um locus importante de discriminação.

Não obstante, com relação às dificuldades enfrentadas no contexto das consultas, foram unânimes em relatar experiências de constrangimento pela não utilização do nome social por parte dos profissionais. Como demonstrado na literatura^{6,7,8}, o tratamento no feminino foi um tópico extremamente sensível em seus relatos. A maioria conhece a legislação que lhes garante o reconhecimento do nome social e identidade de gênero na administração pública. A não incorporação desse direito emergiu nas entrevistas como a medida da discriminação nos serviços: *“Eu fui lá, briguei. Briguei, de forma, vamos dizer, amigável, né? Falei: ‘Não, a gente tem direito’. Levei a lei que a gente tem direito no SUS. Eles botaram lá no sistema. Só que embaixo sempre tem o nome de registro, é aquele que é o peso. Mas, graças a Deus, eles sempre me trataram pelo nome social. Que é o que eu me identifico”* (Andressa, 35 anos).

“Até que eu fui bem tratada. (...) Só pelo nome que não, que eles chamam o nome que tá no documento. Aí me senti um pouco constrangida, entendeu? Quando eu vou assim prefiro ir com um amigo meu. Quando sei que vai chamar meu nome, aí eu finjo que é ele. Dou uma de maluca. ‘Vamos embora, chegou tua vez’. Eu fico com vergonha” (Dayanne, 23 anos).

O respaldo legal para exigir o uso do nome social e o direito de requerer a mudança de nome e sexo no registro civil – visto como mais burocrático e demorado – são para elas elementos extremamente significativos na transição de gênero. Ainda que para muitas seja difícil apagar completamente o estigma da travestilidade no convívio social, esses recursos, relativos ao reconhecimento de si no feminino, lhes permitem uma margem de manobra ou controle sobre suas marcas, inclusive no sistema de saúde.

Os horários dos serviços não foram mencionados como um inconveniente que impedisse seu acesso. Tal situação foi referida somente por algumas travestis que se prostituem à noite no Posto de Combustível, mas não pelas entrevistadas (poucas se prostituem regularmente e não o fazem na “pista”). Segundo afirmam, a ampliação do acesso aos serviços poderia ser alcançada por meio de outras estratégias, no marco daquilo que denominam como um incentivo. Isso pode se traduzir por um estímulo de outra travesti ou profissional que as incentive a cuidar da saúde e procurar um serviço, companhia, facilidade de transporte, ajuda econômica ou vantagens adicionais (lanche, socialização com outras travestis). Por meio da rede de sociabilidade elas formam suas visões sobre os serviços e profissionais, reveem seus temores e se apoiam. Espera-se que esse estímulo seja exercido por travestis percebidas como lideranças por serem bem-sucedidas profissionalmente e terem alcançado respeitabilidade na sociedade.

Demandas aos serviços de saúde

Sobre suas demandas aos sistemas público e privado de saúde, destacamos dois tópicos que têm definido as ações de saúde pública a esses grupos no Brasil: transição de gênero e a prevenção das IST/aids. Até recentemente, as políticas de saúde para pessoas trans/travestis priorizavam ações de prevenção e cuidado em HIV/aids, em função das altas taxas de prevalência de HIV²⁶, atribuídas às práticas no trabalho sexual. No entanto, análises críticas apontavam que tais ações não contemplavam suas demandas por mudanças corporais, como hormônios, próteses e cirurgia de redesignação sexual^{3,27}. Em função dos princípios de equidade, universalidade e integridade somados à pressão do movimento social, tais demandas começaram a ser consideradas no SUS.

A despeito da implementação do processo transexualizador no SUS impor diversos desafios – ex. patologização da transexualidade como critério de acesso, predomínio da lógica binária de gênero e tempo de espera^{27,28} – sua oferta representa para as entrevistadas uma importante conquista, dado o valor social que a construção de um corpo feminino belo tem para elas²⁹. Assim, para a transição de gênero, elas contam atualmente tanto com os serviços de saúde disponíveis como com práticas informais, compartilhadas na rede de pares, como a aplicação de silicone industrial assumida pelas bombadeiras³⁰ e a autoadministração de hormônios. Encontramos tensões entre os saberes oficiais e os saberes práticos das entrevistadas quanto aos meios, riscos e tempo de execução dos procedimentos de transformação corporal, aspectos já apontados na literatura^{3,30}.

Informados pela literatura feminista, entendemos que tornar-se travesti ou trans implica a intervenção de diferentes tecnologias de gênero, cujos efeitos se produzem nos corpos, nos comportamentos e nas relações. Assim, a transição de gênero envolve um conjunto de tecnologias sociais, discursos, saberes práticos, conhecimentos científicos, leis, práticas institucionalizadas e da vida cotidiana e artefatos, inclusive os provenientes do universo biomédico³¹.

A transição de gênero

Todas as entrevistadas já recorreram aos serviços de saúde para apoiá-las em sua transição de gênero ao longo da vida. Embora haja elementos comuns em suas histórias, as diferenças geracionais, de recursos financeiros e de pertencimento a redes dão contornos diversos a esse processo. O tipo de procedimento procurado e o modo como combinam as intervenções corporais são igualmente variáveis.

Para todas as entrevistadas, o começo da transição é uma fase difusa, relacionada com o despertar da identificação com o universo feminino ou à consciência do interesse afetivo/erótico por homens. A experimentação e ensaio de expressões femininas iniciam na infância ou adolescência com a imitação de gestualidades e uso de roupas e adereços de mulheres. Embora esse momento gere conflitos, seja pela reação negativa de familiares ou dilemas subjetivos, nenhuma delas foi levada pela família a médicos ou psicólogos.

Para a maioria, a decisão de se transformar ocorreu antes dos 16 anos, concomitantemente à saída de casa e ao começo na prostituição, tendo aprendido com outras travestis o novo ofício e as técnicas para a transição (nenhuma se identificava como trans naquele momento). Ainda que relatem experiências subjetivas únicas, a transição de gênero ocorreu inicialmente no contexto de relações sociais entre seus pares e não nas instituições médicas. A fabricação do corpo feminino ou a fabricação do feminino no corpo⁴ e o apagamento do masculino³ aconteceram com o cultivo das unhas e cabelos longos, a modulação da voz e a incorporação de uma nova linguagem e gestualidade. Simultaneamente, começam o uso de hormônios e, para algumas, a aplicação de silicone. A possibilidade de uma transição medicalizada não estava dada, particularmente para as mais velhas, que iniciaram sua transição na década de 1980, quando o acompanhamento médico para terapia hormonal ou realização de cirurgias plásticas era algo excepcional: *“Botei silicone muito cedo, era o que a gente podia fazer na época. Uma cirurgia plástica nem pensar nos anos 80. Hoje em dia você vai ali com dois, três mil, você consegue fazer uma prótese”* (Gracy, 45 anos).

De fato, a procura pelos serviços de saúde para a transição ocorre posteriormente, em geral, para realizar cirurgias plásticas, sendo a colocação de prótese mamária nos serviços privados a mais comum. Essa tecnologia de gênero concorre com a aplicação de silicone. Crislene (38 anos) e Gracy

(45 anos) moravam na Itália quando buscaram esse procedimento para substituir os seios construídos com silicone. Dayanne (23 anos) e Jennifer (25 anos) realizaram a cirurgia no Brasil, sendo essa a primeira intervenção para “botar peito”. Em todos os casos, a prostituição garantiu as condições econômicas para realizar as intervenções manejadas por profissionais de saúde da rede privada.

Somente Crislene fez a cirurgia de redesignação sexual, em 2005, em serviço privado no Brasil; porém, foram necessárias cirurgias de reparação, uma delas na Espanha e outra no SUS. Outras três entrevistadas procuraram diretamente o SUS para esse procedimento. Segundo seus relatos, devido à precarização dos serviços especializados e às longas filas, sobretudo com a crise econômica no Estado do Rio de Janeiro, a realização de hormonoterapia e cirurgia na rede pública não são uma possibilidade tangível.

“Tô lá [serviço especializado em hormonoterapia] há oito anos. Você acha o quê? Tá programado o quê? Pra 2050? Tem que rir. Crise do estado, meu amor. Não tá dando nem o acetato de ciproterona, que é o inibidor do hormônio masculino. Você acha que vão operar alguém? Ai, me poupe. Não tá tendo nem insulina pro diabético. Então acha que vai ter acetato de ciproterona pra transexual? A crise do estado tá babado” (Hillary, 31 anos).

Embora reconheçam que os procedimentos para a transição de gênero sejam mais seguros quando administrados por profissionais de saúde, algumas relataram problemas graves decorrentes de intervenções realizadas em serviços de saúde.

“Em agosto, refiz a minha cirurgia. Porque o meu canal, ele é fechado, eu não tinha relação. Por isso que eu tô com problema na perna. Fiquei oito horas e meia, acho que com a perna pro alto, e eu não sei se atingiu algum nervo meu. Ai, nisso me ocasionou um monte de coisa, até a depressão que não passa. A minha abdominoplastia ficou horrível. O médico quer que eu volte pra poder consertar e eu não quero voltar enquanto a minha perna não melhorar” (Crislene, 38 anos).

Para entender esses dados é necessário atenção às conjugações das transformações de gênero realizadas nos serviços de saúde e fora destes, bem como os trânsitos e fronteiras entre um e outro universo. Por exemplo, os hormônios – uma tecnologia disponível no contexto biomédico – têm sido frequentemente autoadministrados pelas entrevistadas. Depois da regularização do processo transexualizador no SUS, que possibilita a hormonoterapia, Hillary (31 anos), Gracy (45 anos) e Andressa (35 anos) começaram acompanhamento médico no Instituto Estadual de Diabete e Endocrinologia (IEDE), mas as demais seguem com a autoadministração. Observamos que seu uso é variável em termos do tipo e da dose, existindo períodos de interrupção.

Os hormônios ocupam um lugar especial entre as tecnologias de gênero apropriadas desde cedo pelas pessoas trans/travestis. Elas citam com familiaridade seus nomes, dosagens e efeitos colaterais (problemas circulatórios, hepáticos e impotência/desinteresse sexual decorrentes do uso continuado). As entrevistadas demonstram ter consciência dos riscos e efeitos do uso sem prescrição e consideram esses fatores em suas decisões. Na experiência prática com os hormônios, elas ponderam inclusive como estes concorrem com outras tecnologias de gênero (cirurgias plásticas) e substâncias biomédicas (antirretrovirais). Seus relatos indicam que o manejo das tecnologias de gênero assumidas pelos profissionais retira-lhes autonomia do processo. A autoprescrição da dosagem ou tipo de hormônio está associada ao maior controle para acelerar o tempo da transição ou interromper quando alcançaram os resultados com outros procedimentos.

“E a gente que tem prótese, tomando muito hormônio, cria pele porque vai crescer, vai inchar mais um pouco meu seio, mas aí é capaz dele arriar. Então tenho medo (...) Tem muito tempo que eu não tomo hormônio. A gente trans sempre descobre um pouco das coisas pra tentar ficar um pouco mais feminina, entendeu? Ai, eu fui descobrir um tal de decadronal [Decadron]. Ele é anti-inflamatório. É antialérgico e faz com que a pessoa inche. É como se fosse um hormônio, ele incha a gente. Mas também deixa a gente feminina, fica com o corpo rolinho. Já o Pelotan é hormônio, a gente fica podre por dentro e bonita por fora. Porque o hormônio acaba com a gente por dentro” (Dayanne, 23 anos).

Cabe salientar que a regulamentação do processo transexualizador no SUS, além de atender interesses das pessoas trans, abriu a possibilidade de que pessoas com trajetória de travestilidade acessem a tecnologias de gênero medicalizadas. Isso tem implicado um conflito entre o sistema de classificação manejado pessoalmente e aquele assumido por profissionais na rotina dos serviços especializados. Os profissionais empregam a concepção de “disforia de gênero” e a categoria transexual para se referir a todos e todas que buscam os serviços. Essa perspectiva, por um lado, é incorporada por algumas entrevistadas às formas de entendimento de sua condição e sua identidade. No entanto,

outras questionam e resistem a essas classificações e afirmam que o desejo de cirurgia e hormonização não altera sua condição de travesti, reafirmada ao longo da vida. A análise da relação da medicalização da transição de gênero nos processos classificatórios é um caminho para a compreensão do dinamismo dos usos das categorias identitárias.

Acesso aos serviços de HIV/aids

Ao investigar como as mulheres trans/travestis se relacionavam com os serviços de HIV/aids, encontramos que as entrevistadas não buscavam espontaneamente estes serviços. Uma exceção foi o caso de Ellen (41 anos), que recorreu a um centro de testagem quando soube do diagnóstico de HIV positivo de seu parceiro. Já Bárbara foi diagnosticada como HIV positiva em uma consulta de rotina na rede básica do SUS. Cabe esclarecer que isso não significa uma baixa percepção de risco e sim um intenso temor do resultado do teste. A infecção pelo HIV é relatada como uma possibilidade latente. Suas explicações apontam para um entrelaçamento da aids com uma avaliação moral de suas práticas (sexo anal, prostituição e relacionar-se com homens). A metáfora da infecção pelo HIV como “*uma sombra que nos acompanha*”, usada por Andressa (35 anos), expressa bem essa associação. Ou seja, foram observados obstáculos de ordem subjetiva para acessar os serviços, decorrentes dos efeitos do estigma internalizado e da associação da infecção pelo HIV com suas condições de vida.

O acesso às tecnologias de gênero oferecidas pelos serviços de saúde foi descrito como uma ocasião para fazer o teste de HIV. A testagem apareceu como parte dos exames pré-operatórios ou rotina no acompanhamento do processo transexualizador do SUS, como no caso de Gracy, diagnosticada em 2008 em Ibiza, Espanha, onde fazia esta intervenção. Crislene conta que nunca havia feito testagem para HIV até sua primeira cirurgia plástica. Andressa (35 anos) e Hilary (31 anos) mencionam testagem periódica, mas por estarem em acompanhamento regular no IEDE.

O conhecimento das recentes políticas de prevenção de HIV é relatado entre aquelas que trabalham em programas sociais ou na área da saúde, como Crislene (38 anos), Andressa (35 anos), Iván (43 anos), Bárbara (25 anos) e Ellen (41 anos), estas duas últimas soropositivas. Mesmo entre elas, não há relatos de procura por prevenção medicamentosa. Apenas Crislene já fez uso de PEP (profilaxia pós-exposição ao HIV), mas interrompeu em função dos efeitos colaterais, apesar de estar bem orientada pela equipe médica.

Um achado importante. Embora as políticas nacionais de respostas ao HIV/aids focalizem ações para mulheres trans/travestis, a prevenção não está entre as suas principais demandas aos serviços de saúde. A exceção são as que fazem acompanhamento devido à soropositividade. As demais descrevem a prevenção e a testagem do HIV como procedimentos subordinados a consultas de saúde para outros fins, relativos à transição de gênero ou intercorrências gerais. Observamos que ações de testagem de HIV itinerante se tornavam uma oportunidade para suas demandas gerais em saúde, como aferição de pressão, curativos e marcação de consulta. Esses dados, somados ao receio da testagem devido à internalização do estigma da aids, reiteram a importância da perspectiva da integralidade em saúde para a atenção e cuidado dessa população.

Considerações finais

A discriminação sexual/de gênero tem sido evocada na literatura para refletir sobre o acesso de mulheres trans/travestis aos serviços e aos cuidados em saúde. Embora os dados deste estudo evidenciem constrangimento por parte dos profissionais, como o desrespeito ao uso do nome social, estas situações não são efetivamente impeditivas para a ida aos serviços. A compreensão desse tema requer ainda considerar a capacidade de agência de trans/travestis e os recursos mobilizados para obter atendimento, incluindo as redes de contatos (movimento social, rede de saúde e assistência social). Para além da discriminação, trans/travestis indicam que o acesso aos cuidados de saúde está atrelado à disponibilidade de serviços que atendam integralmente suas necessidades de saúde – não se restringindo à prevenção do HIV/aids –, bem como a certos incentivos que facilitem sua ida aos serviços.

A regularização do processo transexualizador no SUS implicou para trans/travestis expectativas de que não dependeriam dos serviços de saúde privados para aceder às tecnologias de gênero da

medicina. Todavia, a capacidade dos serviços públicos tem sido insuficiente para atender a demanda. Há quem sequer consiga se inscrever nos serviços especializados e usuários/as com indicação para a cirurgia sem previsão de concretização. Além disso, a promessa de que os procedimentos de transição de gênero nos serviços de saúde seriam menos dolorosos e com menores chances de complicação nem sempre se cumpre.

Historicamente, a afirmação e o reconhecimento da população trans/travestis como sujeitos de direitos no Brasil acontecem paralela e articuladamente à ampliação do SUS e ao entendimento da saúde como um direito de cidadania e uma obrigação do Estado. Os princípios de universalidade, equidade e integridade do SUS têm respaldado a proposição de políticas para as populações sexualmente marginalizadas. Nesse sentido, a melhoria da atenção às suas necessidades de saúde requer uma intensificação do debate sobre os problemas estruturais do SUS e uma defesa de seu projeto de saúde para todos e de sua visão ampliada de cuidado. Análises sobre o acesso a cuidados ginecológicos entre mulheres que fazem sexo com mulheres são afins a essa conclusão ³².

Em suma, não convém analisar a relação de trans/travestis com os serviços de saúde sem considerar o panorama normativo e programático que regula o atendimento desta população no âmbito da saúde e seus direitos como um todo. É nesse marco que um processo de medicalização das experiências de transição de gênero vem se evidenciando na sociedade brasileira nos últimos anos, chancelando os serviços de saúde como instâncias legítimas para tanto. Em termos programáticos, essas novidades são vistas como um avanço para a população trans/travesti, um reconhecimento por parte do Estado e da sociedade em geral. No entanto, na experiência prática, alguns limites e tensões derivam dessa medicalização.

Os achados do estudo sugerem que os serviços de saúde vêm se consolidando como uma instância legítima para o acesso de pessoas trans/travestis aos procedimentos para a transição de gênero. Todavia, sua efetivação depende de melhorias no funcionamento do SUS, capacitação profissional e reconhecimento das especificidades de cada tecnologia de gênero e como concorrem entre si, sem atribuir uma valoração moral diferenciada àquelas manejadas pelas próprias travestis/transsexuais.

Colaboradores

S. Monteiro e M. Brigeiro contribuíram na elaboração do estudo, análise e discussão dos resultados e redação do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Simone Monteiro (0000-0003-2009-1790); Mauro Brigeiro (0000-0002-0791-1670).

Agradecimentos

Agradecemos à equipe de campo e a todos os participantes da pesquisa. À Aids Health Care Foundation pelo financiamento.

Referências

1. Secretaria de Direitos Humanos. Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2012. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Ministério da Justiça; 2012.
2. Carvalho M, Carrara S. Em direito a um futuro trans: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sex Salud Soc (Rio J.)* 2013; 8:319-51.
3. Pelúcio L. Abjeção e desejo uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids. São Paulo: Annablume; 2009.
4. Silva H. Travestis: entre o espelho e a rua. Rio de Janeiro: Editora Rocco; 2007.

5. Santos A, Santos R, Souza M, Boery R, Sena E, Yarid S. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. *Rev Bioética* 2015; 23:400-8.
6. Rocon P, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini M. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:2517-26.
7. Moscheta M, Souza L, Santos M. Health care provision in Brazil: a dialogue between health professionals and lesbian, gay, bisexual and transgender service users. *J Health Psychol* 2016; 21:369-78.
8. Tagliamento G, Paiva V. Trans-specific health care: challenges in the context of new policies for transgender people. *J Homosex* 2016; 63:1556-72.
9. Sousa P, Ferreira LO, Sá J. Descriptive study of homophobia and vulnerability to HIV/Aids of the transvestites in the metropolitan region of Recife, Brazil. *Ciênc Saúde Colet* 2013; 18:2239-51.
10. Socías ME, Marshall BD, Arístegui I, Romero M, Cahn P, Kerr T, et al. Factors Associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health* 2014; 13:81.
11. Bauer G, Zong X, Scheim A, Hammond R, Thind A. Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians: a respondent-driven sampling survey. *PLoS One* 2015; 10:e0145046.
12. McPhail D, Rountree-James M, Whetter I. Addressing gaps in physician knowledge regarding transgender health and healthcare through medical education. *Can Med Educ J* 2016; 7:e70-e8.
13. Lerner J, Robles G. Perceived barriers and facilitators to health care utilization in the United States for transgender people: a review of recent literature. *J Health Care Poor Underserved* 2017; 28:127-52.
14. Newman-Valentine D, Duma S. Injustice to transsexual women in a hetero-normative healthcare system. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2014; 6:1-5.
15. Gonzales G, Henning-Smith C. Barriers to care among transgender and gender nonconforming adults. *Milbank Q* 2017; 95:726-48.
16. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 2003; 57:13-24.
17. Monteiro S, Villela W, organizadores. *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
18. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2009.
19. Mello L, Perilo M, Braz C, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex Salud Soc (Rio J.)* 2011; 9:7-28.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial União* 2013; 20 nov.
21. Facchini R. *Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond Editora; 2005.
22. Becker H. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
23. Monteiro S, Brigeiro M. *Testagem e prevenção do HIV/AIDS na Baixada Fluminense: potencialidades e desafios*. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. (Projeto Teste Perto de Você).
24. Mays N, Pope C. *Qualitative research in health care*. London: BMJ Books; 1996.
25. Souza MHT, Malvasi P, Signorelli MC, Pereira PPG. *Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul*. *Cad Saúde Pública* 2015; 31:767-76.
26. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2013; 13:214-22.
27. Arán M, Murta D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis (Rio J.)* 2009; 19:15-41.
28. Bento B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:2655-64.
29. Sampaio J, Germano MP. "Tudo é sempre de muito!": produção de saúde entre travestis e transexuais. *Estudos Feministas* 2017; 25:453-72.
30. Pinto TP, Teixeira FB, Barros CRS, Martins RB, Saggese GSR, et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00113316.
31. Lauretis T. A tecnologia do gênero. In: Hollanda H, organizador. *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Editora Rocco; 1994. p. 206-42.
32. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 Suppl 2:S291-300.

Abstract

Given both the changes in sexual customs, norms and policies and the persistent patterns in Brazil, the article analyzes the experiences of transgender women/transvestites with access to health services and discusses sexual/gender discrimination and their demands for gender transition and AIDS prevention services. The study involved interviews with nine transgender women/transvestites 23-45 years of age from low-income strata in the Baixada Fluminense region of Greater Metropolitan Rio de Janeiro, Brazil, in 2016 and observation of contexts of prostitution and sociability. Compared to the violence experienced years previously, the narratives of transgender women/transvestites highlight important social strides. They report that health professionals do not discriminate against them based on their condition, although they resist calling them by their social names. This embarrassment and the structural problems of the Brazilian Unified National Health System (SUS) are minimized by the agency of trans women/transvestites in obtaining care, such as recourse to contact networks and awareness of their civil rights. The narratives on their search for body changes for transitioning often reveal a tense combination of the technologies offered by health services and those managed by transvestites themselves. Although AIDS policies focus on measures for trans women/transvestites, HIV prevention is not among their main demands on health services. There are subjective barriers for accessing services, resulting from internalized stigma and the association of HIV infection with their living conditions. Improvement in healthcare for the trans/travestite population requires a debate on structural problems in the SUS, the defense of its expanded view of care, and investments in professional training.

Health Services Accessibility; Social Discrimination; Travestite; Transgender Women; Sex Reassignment Procedures

Resumen

Frente a los cambios y permanencias culturales, normativas y políticas en Brasil, el artículo analiza las experiencias de acceso de mujeres trans/travesti a servicios de salud, y discute la discriminación sexual/de género y sus demandas respecto a los servicios de transición de género y prevención del SIDA. En el estudio se realizaron entrevistas con nueve mujeres trans/travestis, de 23-45 años, procedentes de estratos populares, de la Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil, realizadas en 2016 y observaciones en contextos de prostitución y sociabilidad. Comparando las agresiones vividas en el pasado, los relatos de las mujeres trans/travesti destacan avances sociales. Describen que los profesionales no las discriminan por su condición, aunque haya resistencia al uso del nombre social. Este inconveniente, sumado a los problemas estructurales del Sistema Único de Saúde (SUS), son minimizados debido a la agencia de las trans/travestis para obtener atención, gracias a las redes de contactos y su conciencia sobre sus derechos como ciudadanas. Los relatos sobre la búsqueda de cambios corporales para la transición de género revelan una tensión, entre las tecnologías ofrecidas por los servicios de salud y aquellas que manejan las travestis. Aunque las políticas de SIDA enfatizan acciones orientadas a trans/travestis, la prevención del VIH no está entre sus principales demandas de servicios. Existen obstáculos de carácter subjetivo para acceder a estos servicios, derivados del estigma internalizado y de la asociación de la infección por VIH con sus condiciones de vida. La mejora de la atención en salud de la población trans/travesti requiere un debate sobre los problemas estructurales del SUS, la defensa de su visión amplia de cuidado e inversiones en la capacitación profesional.

Accesibilidad a los Servicios de Salud; Discriminación Social; Travestis; Mujeres Trans; Procedimientos de Reasignación Sexual

Recebido em 07/Jun/2018
Versão final reapresentada em 16/Nov/2018
Aprovado em 24/Jan/2019

Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. Cad Saúde Pública 2019; 35(4):e00111318.

doi: 10.1590/0102-311XER111318

Onde se lê:

Palavras-chave: Pessoas Transgênero; Travestismo; Acesso aos Serviços de Saúde; Discriminação Social

Keywords: Transgender Persons; Transvestism; Health Services Accessibility; Social Discrimination

Palabras-clave: Personas Transgênero; Travestismo; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Discriminación Sexual

Leia-se:

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Discriminação Social; Travestis; Mulheres Trans;

Procedimentos de Redesignação de Gênero

Keywords: Health Services Accessibility; Social Discrimination; Travestite; Transgender Women; Sex Reassignment Procedures

Palabras-clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Discriminación Social; Travestis; Mujeres Trans;

Procedimientos de Reasignación Sexual

Recebido em 02/Abr/2019

Aprovado em 10/Abr/2019