



**Danilo Borges Paulino**



**A família e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de transexuais**

**La familia y la dinámica de sus relaciones en el cuidado de la salud de las personas transexuales**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e à Universidad Miguel Hernández de Elche para obtenção de dupla titulação, título de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Machin Barbosa

Programa de Doctorado en Salud Pública, Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Pastor Valero

**São Paulo**

**2020**

**Danilo Borges Paulino**

**A família e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de  
transexuais**

**La familia y la dinámica de sus relaciones en el cuidado de la salud de  
las personas transexuales**

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo e  
à Universidad Miguel Hernández de Elche  
para obtenção de dupla titulação, título de  
Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva  
Orientadora: Profa. Dra. Rosana Machin  
Barbosa

Programa de Doctorado en Salud Pública,  
Ciencias Médicas y Quirúrgicas  
Orientadora: Profa. Dra. Maria Pastor  
Valero

**São Paulo**

**2020**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Paulino, Danilo Borges

A família e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de transexuais = La familia y la dinámica de sus relaciones en el cuidado de la salud de las personas transexuales / Danilo Borges Paulino -- São Paulo, 2020.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Universidad Miguel Hernández de Elche. Programa de Doctorado en Salud Pública, Ciencias Médicas y Quirúrgicas.

Orientadora: Rosana Machin Barbosa.

Orientadora Estrangeira: Maria Pastor Valero.

Descritores: 1.Família 2.Relações familiares 3.Pessoas transgênero 4.Saúde  
5.Saúde pública 6.Pesquisa qualitativa

USP/FM/DBD-122/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista - CRB-8 6755

La tesis “A família e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de transexuais” se presenta en formato convencional y como indicio de calidad se han producido las siguientes participaciones en Congresos:

1. Presentación en el IV CONGRESO SIMPREV, en Brasil, de la comunicación “As famílias e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de travestis e transexuais”, como parte de los resultados de la tesis. El SIMPREV tiene la temática de Salud Pública, donde son presentados los trabajos de investigación tras una evaluación de expertos de los temas.
2. Presentación en el I Congreso Internacional sobre Masculinidades e Igualdad en España, de la comunicación “¿Nuevas Masculinidades? Las concepciones de familia de hombres transexuales y sus reflejos en la equidad de género”, como parte de los resultados de la tesis. Ese fue un Congreso Internacional con el tema de la tesis que ha reunido diversos expertos del tema de diferentes países del mundo y, según la evaluación que recibimos del trabajo, hubo muchas inscripciones, lo que hace con que tener el trabajo aprobado en ello sea un gran evaluador de calidad.

DocuSign Envelope ID: AA6E2790-1C8D-4DB4-BA8B-3E21919186B7



UNIVERSITAS  
Miguel Hernández

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA, CIENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

Dña. María Pastor Valero, directora, y Dña. Rosana Machin, co-directora, de la tesis doctoral titulada “**A família e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de transexuais**”

CERTIFICAN:

Que D. Danilo Borges Paulino ha realizado bajo nuestra supervisión el trabajo titulado “A família e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de transexuais” conforme a los términos y condiciones definidos en su Plan de Investigación y de acuerdo al Código de Buenas Prácticas de la Universidad Miguel Hernández de Elche, cumpliendo los objetivos previstos de forma satisfactoria para su defensa pública como tesis doctoral.

Lo que firmamos en Sant Joan d’Alacant, a tres de marzo de dos mil veinte.

MARIA ASUNCION[PASTOR]VALERO  Firmado digitalmente por MARIA ASUNCION[PASTOR]VALERO  
Fecha: 2020.03.19 11:04:42 +02'00'

Fdo. Dña. María Pastor Valero  
Directora de tesis

DocuSigned by:  
*Rosana Machin Barbosa*

0284F90FF863442...

Fdo. Dña. Rosana Machin  
Co-directora de tesis



PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA, CIENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS  
Campus de Sant Joan d’Alacant. Ctra. de Valencia (N-332), Km. 87 – 03550 Sant Joan d’Alacant  
Telf.: 96 5233755 c.electrónico: [malmarcha@umh.es](mailto:malmarcha@umh.es)

UNIVERSITAS  
Miguel Hernández

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA, CIENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

D. Vicente Francisco Gil Guillén, Coordinador del Programa de Doctorado en Salud Pública, Ciencias Médicas y Quirúrgicas de la Universidad Miguel Hernández de Elche,

AUTORIZA:

La presentación y defensa como tesis doctoral del trabajo “**A família e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de transexuais**” realizado por D. Danilo Borges Paulino bajo la dirección de la Dra. Dña. María Pastor Valero y la co-dirección de la Dra. Dña. Rosana Machin. De acuerdo a la información recibida sobre las evaluaciones previas realizadas en cumplimiento de la normativa general vigente y la propia de la Universidad Miguel Hernández y según lo certificado por las personas que han realizado la tutoría y dirección, la tesis cumple los requisitos para proceder a su defensa pública.

En Sant Joan d’Alacant, a tres de marzo de 2020

Firmado: Prof. Vicente Francisco Gil Guillén  
Coordinador del Programa de Doctorado en Salud Pública, Ciencias Médicas y Quirúrgicas

VICENTE  
FRANCISCO  
O|GIL|  
GUILLEN

Firmado digitalmente por  
VICENTE FRANCISCO|GIL|  
GUILLEN  
Fecha: 2020.06.11  
11:41:55 +02'00'



PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA, CIENCIAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS  
Campus de Sant Joan d’Alacant. Ctra. de Valencia (N-332), Km. 87 – 03550 Sant Joan d’Alacant  
Telf.: 96 5233755 [malmarcha@umh.es](mailto:malmarcha@umh.es)

Esta tese foi desenvolvida no âmbito do Convênio de Dupla Titulação de Doutorado Internacional entre o Programa de Doctorado en Salud Pública, Ciencias Médicas y Quirúrgicas da Facultad de Medicina da Universidad Miguel Hernández de Elche na Espanha e o Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no Brasil.

## DEDICATÓRIA

Ao amor e à esperança, que tudo tornam leve, prazeroso e repleto de crescimento.



## AGRADECIMENTOS

Certa vez ouvi de uma pessoa que há apenas dois momentos de alegria durante a realização de um Doutorado. Segundo ela, o primeiro deles é quando somos aprovados no processo seletivo para iniciar o Doutorado e o segundo quando concluímos essa jornada. Hoje, ao finalizar essa experiência concordo com essa pessoa que, de fato, essas são duas ocasiões muito felizes. Porém acrescento que há mais momentos de alegrias e realizações entre esses dois extremos. Esses momentos se tornam felizes graças a alguns seres que nos acompanham durante essa longa e, por vezes desafiadora, trajetória e é por isso que agradeço...

À Deus, pela oportunidade de uma nova existência terrena, pela paciência com os tropeços da jornada e por me fornecer todas as ferramentas necessárias para realizar a minha reforma íntima, e para aprender e crescer diante de cada desafio.

Aos(às) amigos(as) da Espiritualidade, por estarem sempre presentes, amparando-me nas dificuldades, inspirando-me bons pensamentos e vibrações, acolhendo meu sofrimento e guiando-me por aquilo que necessito para meu aprimoramento e aperfeiçoamento espiritual.

À minha mãe, Nisia, pelo amor e pela acolhida sempre presentes, mesmo nos momentos de intensa dificuldade da vida. Obrigado por sempre me ouvir, torcer por mim, me ajudar e me amar. Sei que a senhora sempre teve medo de não conseguir romper os limites de uma cidade pequena do interior de Minas Gerais e de não conseguir estudar ou não conseguir que seus filhos estudassem. Graças a seu esforço e apoio, esse medo hoje pode ser superado. Que alegria poder dividir essa conquista com a senhora e que benção ter podido ser seu filho nessa existência. Seu otimismo e sua fé são referências diante de cada dificuldade que eu enfrente. Fico feliz que essa trajetória também lhe ensinou sobre a importância de cuidar e amar a si mesma. A sua felicidade é sempre o meu maior desejo.

Ao meu pai, Gaspar, pela torcida silenciosa, porém sempre presente. Nunca me esquecerei do seu olhar entristecido ao me ver partir para a Espanha. Sei que muitas vezes é difícil para o senhor expressar seus sentimentos, mas sei que nos ama e quer sempre o melhor para nós, ainda que por vezes tenhamos formas diferentes de ver e lidar com as situações que a vida nos apresenta. Durante o doutorado pude conhecê-lo melhor e encontrar similaridades na

nossa trajetória. O desejo de deixar de ser um servente de pedreiro e estudar e a luta pelo reconhecimento do curso de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) durante sua gestão no Diretório Acadêmico são inspirações no exercício diário de minha profissão docente. Obrigado pelo exemplo de honestidade, seriedade e compromisso. Agradeço a Deus por ser seu filho nessa existência e por poder dividir com o senhor essa conquista.

Ao Gustavo, companheiro de alma, melhor amigo, amor eterno. Obrigado pela sua paciência, amorosidade, competência e cuidado comigo ao longo de toda essa jornada. Obrigado por ouvir meus desabafos, por não me deixar desistir e por me incentivar a sempre aprender com os desafios da vida e a superá-los com fé e otimismo. Obrigado por compartilhar as leituras, as sugestões e por me incentivar a ir além em minha formação. O seu exemplo ao buscar um doutorado em outra cidade brasileira e no exterior me inspiraram e me deram força e coragem para lutar pelo mesmo fim. Sei que esses momentos distantes não foram fáceis, mas apenas fortaleceram nossos laços e nos motivaram a querer sempre o melhor um para o outro. Muito obrigado por tudo!

Às minhas irmãs Heloisa e Ana Flávia, pelo amor fraternal e pela disposição em nos reinventar diante das diferenças. Obrigado por torcerem por mim, por me apoiarem na trajetória acadêmica e pessoal e por dividirem tantos momentos, mesmo à distância. À Ana Flávia, em especial, obrigado pelas conversas quando eu estava na Espanha e que me fizeram ressignificar as relações familiares, as vivências da infância e me encheram de esperanças para o futuro. À Heloisa, em especial, obrigado por me levar um pouquinho do Brasil durante a sua visita na Espanha e por acompanhar minha trajetória de forma integral.

Aos meus sobrinhos, Camila e Pedro, pelos momentos de alegria divididos, pelo sorriso sincero e pelos laços de amor que se fortalecem a cada ano. Diante do não entendimento de porque o Tio Danilo moraria por um ano em outro país, a metáfora do touro me ensinou muito. Vocês me fizeram perceber que muitas vezes na vida enfrentamos muitos touros, mas o apoio daqueles(as) que nos cercam constrói a base para não matarmos, não violentarmos, nem machucarmos, mas, sim, para lidarmos e até mesmo nos aproximarmos desses diferentes touros, aprendendo e crescendo com eles. Nunca me esquecerei da frase *“Tio Danilo, era essa saudade que sentíamos de você quando você estava na Espanha...”*, pronunciada enquanto brincávamos de pique-esconde logo após o meu retorno ao Brasil.

À Rosana, minha orientadora, por todo o apoio ao longo dessa jornada. Agradeço inicialmente pela acolhida, quando ainda não nos conhecíamos pessoalmente e tudo isso era apenas uma ideia de um jovem mestrando. Obrigado por me indicar as melhores referências, por ampliar minha formação crítica, por ler meus textos com muita atenção e apontar os melhores caminhos para a correção e aperfeiçoamento deles. Obrigado por me permitir amadurecer com meus erros, pela paciência com a minha jornada e por se preocupar comigo para além do doutorado. Obrigado pelo apoio para buscar a Dupla Titulação, para concretizá-la e durante todo o período em que eu estive fora no país. Sempre levarei comigo os aprendizados com a sua postura profissional e pessoal. Obrigado por acreditar e torcer por mim. Hoje colhemos os frutos de um trabalho construído pouco a pouco, em uma interação acolhedora e competente. Muito obrigado!

À Maria Pastor, minha coorientadora, por todo o apoio ao longo dessa jornada. Sei que os esforços para a concretização da Dupla Titulação antecedem o momento em que nos conhecemos, então te agradeço por toda a luta que permitiu que ela se concretizasse. Obrigado por acreditar no projeto, por acolher a proposta e pelos ensinamentos partilhados em cada momento da escrita e da divulgação do trabalho. Obrigado por me acolher tão bem na Espanha e por me fornecer todas as ferramentas necessárias para que eu pudesse viver um ano inesquecível do ponto de vista profissional e pessoal. Obrigado pela oportunidade de trabalho docente na *Universidad Miguel Hernández* (UMH) e por sempre me lembrar o real significado de sermos docentes, o ensino-aprendizagem dos(as) discentes, e o motivo primordial pela escolha da Saúde Coletiva, a responsabilidade social com a população. Muito obrigado!

À equipe do ambulatório que nos acolheu e viabilizou a realização desta tese. Obrigado por nos ajudarem na concretização do campo e por facilitarem a condução da pesquisa em todo o período em que estive em contato com o serviço de saúde.

Às pessoas *trans* e familiares que participaram desta pesquisa. Obrigado pela confiança, pelo auxílio e por partilharem as suas histórias conosco. Pude aprender muito com cada um(a) de vocês e espero que a discussão aqui apresentada possa, de alguma forma, significar algo para vocês.

À Profa. Márcia Couto, à Profa. Larissa Pelúcio e ao Prof. Gustavo Venturi pelas valiosas contribuições na banca de qualificação do doutorado. Obrigado

por significarem de forma positiva o momento da qualificação em minha existência, por compartilharem de maneira cuidadosa, assertiva e competente todas as orientações necessárias para o aperfeiçoamento deste trabalho. As contribuições de vocês contribuíram muito para que esta tese seja como é hoje. Muito obrigado!

Ao Professor Ildefonso Hernández, coordenador do *Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología* da *Facultad de Medicina* da UMH pela acolhida na Universidade, pelo respeito e consideração, pelos ensinamentos partilhados, pelas oportunidades de trabalho docente e compartilhamento das construções feitas no doutorado e pelos *feedbacks* acerca de minha atuação profissional. Sua sabedoria, paciência e humildade são inspirações para a minha prática docente. Obrigado pelo convite para participação no grupo de pesquisa *Epidemiología Clínica, Políticas de Salud y Salud Global* durante minha estada na UMH e pela oportunidade de partilhar minha pesquisa de doutorado com vocês e enriquecê-la com as valiosas contribuições que fizeram. Obrigado também pelos momentos partilhados para além da Universidade.

Ao Prof. André Mota pelos ensinamentos na disciplina “História da Medicina e da Saúde Pública no Brasil: interfaces com a Profissão Médica” que ampliaram as percepções críticas sobre a Saúde Coletiva e influenciaram na análise do campo desta pesquisa.

A todos(as) os(as) professores(as) dos Departamentos de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e de *Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología* da *Facultad de Medicina* da UMH, pelo apoio e pelos ensinamentos partilhados ao longo dessa trajetória.

À Lilian Santos e à Marlene Goreti de Sales, secretárias do Programa de Pós-Graduação em Ciências - Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), por todo apoio em cada momento, especialmente nos trâmites necessários para o processo seletivo, as matrículas semestrais, as ajudas de custo, a qualificação, a dupla titulação e a defesa da tese. Obrigado por sempre acolherem e esclarecerem as dúvidas de forma competente, rápida e dedicada.

Ao Joaquín Garcia Aldeguer e à María José Ramirez Severa, secretários do *Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología* da

*Facultad de Medicina* da UMH, e à Maria Asuncion Almarcha Asensio (Marisun), secretária do *Programa de Doctorado en Salud Pública, Ciencias Médicas y Quirúrgicas* da UMH, pelo acolhimento, pela presteza e pela disposição em me auxiliar durante meu período de Doutorado na Espanha e também à distância, enquanto eu finalizava o doutorado no Brasil. O apoio de vocês foi fundamental para que eu pudesse trabalhar com tranquilidade, tendo acesso fácil e rápido a todos os recursos necessários para concretizar as análises e a escrita de minha tese e dos artigos dela derivados. Como disse na avaliação ao final do semestre, queria ter vocês comigo no Brasil. Muito obrigado!

Aos(às) amigos(as) da *Villa Universitaria*, Belen, Sasha, Christian, Sofi, Kathy, Iva, Drake, Manex, Nick, Julia, Paula, Leona, Audrane, Paola, Laura, Nahia, Simone, Heather, Matt, Ashley, Patrick, Nan, Axelle, Emma e Bertin, por terem sido minha família durante o ano em que vivi na Espanha. Obrigado por estarem sempre presentes e por me permitirem aprender na troca com uma diversidade cultural riquíssima. Obrigado por cada momento cotidiano compartilhado, cafés, almoços, jantares, dúvidas, alegrias, conflitos, filmes, jogos, aulas de zumba, lavagens de roupas, idas ao supermercado, passeios em Alicante, idas ao Outlet, idas ao cinema, jogos de basquete, momentos na piscina, conversas “à toa”, etc. Obrigado pela surpresa na comemoração dos meus 30 anos de vida, primeiro aniversário longe da família e dos(as) amigos(as) do Brasil. Obrigado pela comemoração surpresa da diplomação como Professor Colaborador Honorífico na UMH, acompanhada da frase “*é algo que a sua família faria se estivesse aqui agora*”. Obrigado por acolherem tão bem o Gustavo e a Heloisa durante os períodos em que eles estiveram na Espanha comigo. Obrigado por cuidarem de mim quando eu machuquei as duas mãos em um jogo de basquete no domingo à noite. Obrigado por trazerem leveza à rotina, por me acolherem em momentos de angústias e incertezas. Obrigado por agora, mesmo à distância, serem tão presentes em minha existência.

À equipe de profissionais da *Villa Universitaria*, na pessoa de sua coordenadora Raquel. Obrigado pelo acolhimento, pela gentileza e pela atenção sempre presentes durante o ano em que vivi na Espanha. Obrigado por se preocuparem comigo, por cuidarem de mim nos momentos de adoecimento, pelas dicas e orientações e por partilharem um pouco de suas vidas e angústias comigo. Vocês também foram parte de minha família no período em que estive aí e ainda o são, mesmo eu estando aqui no Brasil.

À Cristina (Cris) e ao Gabriel Marinho (Marinho), alunos que se tornaram companheiros de jornada, irmãos de alma. Obrigado por diariamente me mandarem mensagens no período em que eu estive na Espanha, acolhendome nos momentos iniciais em que tudo era tão difícil e a vontade de desistir era visita frequente. Vivemos momentos difíceis naquele ano. Para além dos desafios cotidianos que eram partilhados em mensagens de texto ou ligações de vídeo, enfrentamos juntos um câncer, uma paralisia progressiva e o redescobrir de nossas jornadas evolutivas. Isso fortaleceu nossos laços e pudemos perceber, que somos todos alunos(as) e professores, ensinando e aprendendo uns com os outros a cada dia que passa. Obrigado pela amizade de vocês, pela torcida sincera, pela acolhida nos momentos de angústias, desesperos e dificuldades. Que sejamos sempre presentes nas vidas uns dos outros, pela eternidade.

Aos pais do Gustavo, Hílioni e Alceo, e ao seu irmão Guilherme e à sua sobrinha Giovana, pela preocupação, pelo cuidado e pela torcida. Obrigado pelo apoio e pela compreensão nos momentos desafiadores dessa jornada. Agradeço também a acolhida no lar de vocês, fortalecendo os laços e ampliando as possibilidades de aprendizado com as diferenças. À sua avó Selvina que, mesmo não estando presente fisicamente ao longo dessa jornada, sempre nos apoiou e amparou a vencer obstáculos, a superar desafios e a viver a vida com leveza e alegria.

Aos(Às) amigos(as) do Centro Espírita Alfredo Júlio Fernandes (CEAJF) em Uberlândia-MG. Obrigado pelas oportunidades de aprender, partilhar e crescer com vocês. Obrigado pelo apoio e pela torcida ao longo de toda essa jornada, especialmente quando estive morando na Espanha. Essa Casa é porto seguro para mim nos momentos de alegrias e dificuldades. Que bom poder contar com vocês! Espero, de alguma forma, poder também contribuir com cada um(a)!

Aos(Às) amigos(as) e companheiros(as) de trabalho do Departamento de Saúde Coletiva (DESCO) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Carlos Henrique, Rosuita, Leila, Flávia, Cristina (Cris), Érica, Maria Tereza (Tetê), Márcia, Julianni, Laerte, Elinausa, Nicole, Natália, Nilton, Maria Angélica, Mariana, Wall e Gustavo. Obrigado pelos ensinamentos que foram base e inspiração para a carreira docente. Obrigado por apoiarem as ideias e por, mesmo nas diferenças, buscarem cuidar uns/umas dos(as) outros(as). Obrigado em especial pelo apoio no afastamento para concluir o doutorado e realizar a Dupla Titulação.

À Coordenação do Curso de Medicina da UFU e à Direção da Faculdade de Medicina da UFU. Obrigado pelo apoio no afastamento para concluir o doutorado e realizar a Dupla Titulação. Agradeço em especial às secretárias da Faculdade de Medicina, na pessoa da Sra. Lorena, pelo apoio nas dúvidas ao longo dos processos de afastamento.

Aos(às) amigos(as) da esperança, Deivid, Wall, Gustavo, Renata (Renatinha) e Patrícia. Obrigado pela partilha dos desafios da carreira docente. Começamos a trabalhar praticamente juntos e, com o apoio uns/umas dos(as) outros(as) temos conseguido nos conhecer melhor e nos ajudar. Temos, pouco a pouco, aprendido a sermos professor(es) na rotina prática da profissão. Obrigado pela torcida, pela acolhida nos momentos de angústias e dificuldades, por partilharem as alegrias da vida e por estarem sempre dispostos a trazer esperança e alegria quando às vezes parece não haver mais saída.

Às “super amigas” Letícia Sanchez, Maíra Prado e Marina Naves. Obrigado pela amizade que, mesmo não tendo mais os encontros diários da época da faculdade, permanece com a mesma intensidade. Obrigado pelas boas energias e vibrações, pelos momentos e histórias partilhadas e por sempre acreditarem e torcerem por mim. Obrigado por enxergarem o melhor em mim e continuamente me incentivarem a superar meus medos e imperfeições. Agradeço especialmente à Marina por, sempre que possível, me acolher nas idas à São Paulo. Muito obrigado!

Aos(às) amigos(as) Letícia Alves, Edinho, Rúbia, Marina, Caio, Eric, Mari, Leandro e Camila pelos momentos partilhados e pela alegria do reencontro sempre que pudemos estar juntos. Sei do amor que sentimos uns pelos outros, dos laços de afeto e irmandade que nos unem, bem como da vibração com cada alegria compartilhada e do acolhimento a cada tristeza vivida. Muito obrigado por fazerem parte de minha vida e por compartilharem comigo dessa jornada.

A todos(as) os(as) amigos(as) e familiares que, de alguma forma, fizeram parte dessa trajetória, obrigado pelo apoio, pelo aprendizado e pela oportunidade de dividir momentos da vida com vocês.

A todos(as) os(as) estudantes dos cursos de Medicina e Gestão em Saúde Ambiental da UFU, pela oportunidade de aprender e ensinar nas diversas

interações que tivemos ao longo dessa jornada. Agradeço em especial às 83<sup>a</sup> e 85<sup>a</sup> Turmas do curso de Medicina da UFU que me deram, ao longo dessa jornada do doutorado, a responsabilidade de exercer, respectivamente, os papéis de patrono e padrinho, ensinando-me que o papel de médico-educador, além de cuidar ao ensinar e ensinar cuidando, é baseado nos princípios de integralidade e longitudinalidade e que o aprendizado ultrapassa os limites de uma sala de aula e, até mesmo, de um semestre letivo.

A todos(as) os(as) estudantes do quinto ano (no curso acadêmico 2018/2019) do curso de Medicina da UMH pela acolhida e pela oportunidade de atuar como professor na disciplina *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Foi um desafio ensinar e aprender em outro idioma que não o português, adaptar metodologias ativas de ensino aprendizagem a outro contexto e a outra realidade sanitária. Essa oportunidade me enriqueceu muito e marcou de uma forma muito significativa meu período na Espanha.

À Ana Thereza Estrela, pela companhia na disciplina de seminários, pela preocupação comigo e por sempre me apoiar e incentivar na concretização desta pesquisa.

A todos(as) os(as) colegas de doutorado da USP e da UMH, pelos momentos divididos e os aprendizados partilhados.

Ao Mário Scheffer, que pude conhecer durante minha estadia na Espanha. Obrigado pelos ensinamentos e por dividir bons e produtivos instantes enquanto estivemos na UMH.

À Cintia Brogio, por me auxiliar com tanto carinho e atenção, especialmente no meu retorno para o Brasil que durou 3 dias, após tantos cancelamentos de voos.

À Flávia Garcez, minha psicóloga, por me auxiliar no processo de autodescobrimento, intensificado durante a jornada do doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que com o Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) edital nº47/2017, processo nº 88881.187710/2018-01, apoiou-me enquanto bolsista



a realizar parte de meus estudos doutorais na *Universidad Miguel Hernández* na Espanha, através do Convênio de Dupla Titulação de Doutorado Internacional entre o *Programa de Doctorado en Salud Pública, Ciencias Médicas y Quirúrgicas* da *Facultad de Medicina* da UMH e o Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no Brasil.

*Ao Colegio Doctoral Tordesillas de Salud Pública e Historia de la Ciencia*, pelo apoio durante meu período na Espanha.

Encerro estes agradecimentos com alguns versos de Miguel Hernandez, poeta que dá nome à Universidade na qual tive muitas oportunidades de aprender e trabalhar durante um ano de meu doutorado, na Espanha. Sua história de vida, que pude conhecer melhor enquanto estive lá, é inspiradora. Sua luta por ideais de solidariedade e pela significação da vida em versos parece nos aproximar. Aqui, presto uma singela homenagem em agradecimento a toda à sua contribuição e luta para seu país e seu povo que, inspirou a criação da Instituição que ali me acolheu e, acredito eu, pode servir de inspiração a outras pessoas em outros lugares para além da Espanha.

Dentre os diversos poemas de Miguel, escolhi um que apresenta uma reflexão sobre (e uma busca por?) as ambiguidades da casa, *lòcus* onde expressa-se muitas das dinâmicas das relações familiares. Entre as paixões e as desgraças, a ruína e os beijos, e a aparente complexidade de uma “garra suave” o pedido (quase (?)) teimoso e em tempos tão difíceis) pela esperança:

*Pintada, no vacía:  
pintada está mi casa  
del color de las grandes  
pasiones y desgracias.*

*Regresará del llanto  
adonde fue llevada  
con su desierta mesa  
con su ruinosa cama.*

*Florecerán los besos  
sobre las almohadas.  
Y en torno de los cuerpos  
elevará la sábana*

*su intensa enredadera  
nocturna, perfumada.*

*El odio se amortigua  
detrás de la ventana.*

*Será la garra suave.*

*Dejadme la esperanza.*

Do poema *Canción Última*, de Miguel Hernandez.

**MUITO OBRIGADO!**

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	viii
AGRADECIMENTOS .....	ix
RESUMO .....	xxiii
ABSTRACT .....	xxiv
RESUMEN .....	xxv
APRESENTAÇÃO.....	1
1.0 INTRODUÇÃO .....	6
1.1 Transexualidade e (im)possibilidades existenciais.....	6
1.2 Transexualidade e identidades.....	12
1.3 Transexualidade e família.....	19
1.4 Transexualidade, cuidado e saúde.....	27
2.0 OBJETIVOS .....	39
2.1 Objetivo Geral.....	39
2.2. Objetivos Específicos .....	39
3.0 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	40
3.1 A Pesquisa Qualitativa como estratégia para alcançar os objetivos do estudo .....	40
3.2 A observação participante e o diário de campo.....	42
3.3 As entrevistas semiestruturadas e os grupos focais .....	44
3.4 Critérios de inclusão e exclusão .....	47
3.5 Caracterização do serviço pesquisado.....	47
3.6 Participantes da pesquisa.....	49
3.7 O trabalho de campo da pesquisa.....	55
3.8 Procedimentos para a análise .....	58

3.9 Aspectos Éticos .....	59
3.10 Limitações e Potencialidades .....	61
3.11 A realização do trabalho de campo .....	61
4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	67
4.1 Concepções de Família .....	68
4.1.1 “ <i>Família é tudo de bom</i> ”: o sentido de “família como proteção ideal” .....	69
4.1.2 “ <i>Eu queria que isso não tivesse acontecido</i> ”: o sentido de “família como decepção e abandono” .....	83
4.1.3 “[ <i>No futuro</i> ] <i>eu me vejo feliz com eles [membros da família]!</i> ”: o sentido de “família como projeto” .....	98
4.2 Concepções de Identidade .....	112
4.2.1 “ <i>Eu não sou gay, não sou travesti, eu sou trans de nascença</i> ”: o sentido de “identidade como proteção ideal” .....	114
4.2.2 “ <i>Eu virar para minha mãe e para o meu pai e falar que eu sou travesti, vão me bater e colocar para fora de casa</i> ”: o sentido de “identidade como decepção e abandono” .....	126
4.2.3 “ <i>Nunca é tarde pra gente consertar, né? Pôr a vida no eixo certo</i> ”: o sentido de “identidade como projeto” .....	134
4.3 Concepções de Saúde .....	145
4.3.1 “ <i>Saúde pra mim é você estar bem</i> ”: o sentido de “saúde como proteção ideal” .....	146
4.3.2 “[ <i>Minha família</i> ] <i>Me adoeceu, né?! Eu tive que quase morrer pra eles me verem!</i> ”: o sentido de “saúde como decepção e abandono” .....	161
4.3.3 “ <i>Espero que [no futuro] eu esteja bem, com saúde</i> ”: o sentido de “saúde como projeto” .....	180
5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	188
5.0 CONCLUSIONS .....	191

5.0 CONCLUSIONES .....	194
6.0 ANEXOS .....	197
ANEXO A – DECLARAÇÃO DUPLA TITULAÇÃO .....	197
ANEXO B – PARECER DO CEP .....	198
ANEXO C – INDICIOS DE CALIDAD .....	202
7.0 REFERÊNCIAS.....	210

#### APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS COM USUÁRIOS(AS)  
DO SERVIÇO

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS COM FAMILIARES  
DOS(AS) USUÁRIOS(AS) DO SERVIÇO

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS COM  
USUÁRIOS(AS) DO SERVIÇO

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS COM FAMILIARES  
DOS(AS) USUÁRIOS(AS) DO SERVIÇO

## RESUMO

Paulino DB. A família e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de transexuais [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

A transexualidade pode ser considerada uma experiência identitária caracterizada pelo conflito com as normas de gênero. Estudos mostraram que a população *trans* enfrenta taxas significativamente altas de desemprego, discriminação no mundo do trabalho, situações de ausência de moradia e assédio em ambiente de trabalho. Essas experiências são revestidas de maior sofrimento e dificuldade quando são enfrentadas juntas à rejeição familiar, tornando necessário compreender as dinâmicas das relações familiares das pessoas *trans* e de seus familiares, no âmbito do cuidado em saúde. O objetivo desta pesquisa é compreender as construções de sentidos que emergem da dinâmica das relações familiares a partir das performances identitárias de pessoas transexuais em atendimento em um ambulatório direcionado exclusivamente para o cuidado em saúde integral de transexuais e travestis. Realizou-se uma etnografia com triangulação das fontes de dados (entrevistas semiestruturadas, grupo focal e observação participante) em um ambulatório especializado no cuidado trans-específico no Sistema Único de Saúde (SUS), entre dezembro/2017 a julho/2018. Conduziu-se 21 entrevistas, sendo 8 com homens *trans*, 8 com mulheres *trans* e 5 com familiares de pessoas *trans* atendidas nesse serviço; 1 grupo focal com 8 homens *trans* e aproximadamente 100h de observação participante. Apresentam-se os resultados e discussão a partir de 3 categorias temáticas denominadas (1) Concepções de Família; (2) Concepções de Identidade e (3) Concepções de Saúde. A análise levou em consideração como a diversidade de idade, a renda e a etnia, em cada contexto de vida *trans*, estabelecem diferenciais nos temas em estudo. Os significados de família, identidade e saúde estão interconectados, o que poderia justificar as relações já estabelecidas em outros estudos entre família e adoecimento das pessoas transexuais. O desafio para os serviços e profissionais de saúde está na legitimação desses significados como fundamentais para a clínica, a saúde e o bem-estar das pessoas das quais se almeja cuidar, para com isso alcançar um cuidado em saúde integral e equânime.

**Palavras-chave:** Família; Relações Familiares; Pessoas Transgênero; Saúde; Saúde Pública; Pesquisa Qualitativa.

## ABSTRACT

Paulino DB. The family and the dynamics of its relationships in the health care of transgender persons. [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2020.

Transsexuality can be considered an identity experience characterized by conflict with gender norms. Studies have shown that the trans population faces significantly higher rates of unemployment, discrimination in the workplace, homelessness and workplace harassment. These experiences are lived with greater suffering and difficulty when they are faced together with family rejection, making it necessary to understand the dynamics of family relationships of trans people and their families in the context of health care. The aim of this research is to understand the construction of meanings that emerge from the dynamics of family relationships from the identity performances of transsexual people that are being taken care of in a health service devoted exclusively to the comprehensive health care of transsexuals and transvestites. An ethnography was performed with the triangulation of the sources (semi-structured interviews, focus group and participant observation) in a health service specialized in trans-specific care in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), between December/2017 and July/2018. Twenty-one interviews were conducted, 8 with trans men, 8 with trans women and 5 with family members of trans people attended in this service; 1 focus group with 8 trans men and approximately 100h of participant observation. The results and discussion are presented in 3 thematic categories named (1) Conceptions of Family; (2) Conceptions of Identity and (3) Conceptions of Health. The analysis considered how the diversity of age, income and ethnicity, in each context of trans life, establish differences in the themes under study. The meanings of family, identity and health are interconnected, which could justify the relationships already established in other studies between family and illness of transsexual people. The challenge for health services and professionals is to legitimize these meanings as fundamental to the clinic, health and well-being of the people they aim to care for, in order to achieve comprehensive and equitable health care.

**Key Words:** Family; Family Relations; Transgender Persons; Health; Public Health; Qualitative Research.



## RESUMEN

Paulino DB. La familia y la dinámica de sus relaciones en el cuidado de la salud de las personas transexuales. [tesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2020.

La transexualidad puede considerarse una experiencia de identidad caracterizada por un conflicto con las normas de género. Estudios han demostrado que la población trans enfrenta tasas de desempleo significativamente altas, discriminación en el ámbito laboral, la falta de vivienda y el acoso laboral. Estas experiencias son vividas con mayor sufrimiento y dificultad cuando se enfrentan junto al rechazo familiar, por lo que es necesario comprender la dinámica de las relaciones familiares de las personas trans y sus familias, en el contexto del cuidado en la salud. El objetivo de esta investigación es comprender las construcciones de significados que surgen de la dinámica de las relaciones familiares a partir de las performances de identidad de las personas transexuales que asisten a un servicio de salud centrado exclusivamente en la atención integral de la salud de los transexuales y travestis. Se realizó una etnografía con triangulación de fuentes de datos (entrevistas semiestructuradas, grupo focal y observación participante) en un servicio de salud especializado en la atención a la salud de la población trans en el Sistema Único de Salud (SUS), entre diciembre/2017 a julio/2018. Se realizaron 21 entrevistas, 8 con hombres trans, 8 con mujeres trans y 5 con familiares de personas trans que asistieron a este servicio; 1 grupo focal con 8 hombres trans y aproximadamente 100 h de observación participante. Los resultados y la discusión se presentan a partir de 3 categorías temáticas llamadas (1) Concepciones de la familia; (2) Concepciones de identidad y (3) Concepciones de salud. El análisis tuvo en cuenta cómo la diversidad de edad, situación socioeconómica y etnia, en cada contexto de vida trans, establece diferencias en los temas de estudio. Los significados de familia, identidad y salud están interconectados, lo que podría justificar las relaciones ya establecidas en otros estudios entre la familia y la enfermedad de las personas transexuales. El desafío para los servicios y profesionales de la salud es legitimar estos significados como fundamentales para la clínica, la salud y el bienestar de las personas a las que desean cuidar, a fin de lograr una atención médica integral y equitativa.

**Palabras Clave:** Familia; Relaciones Familiares; Personas Transgénero; Salud; Salud Pública; Investigación Cualitativa.

## APRESENTAÇÃO

Início esta tese com um breve relato dos caminhos profissionais que me trouxeram até aqui. Enquanto estudante de um curso de Medicina, meu interesse pela pesquisa foi despertado no terceiro período do curso, onde comecei uma das duas iniciações científicas realizadas durante a graduação, ambas com a temática de gênero e sexualidade.

Concluída a graduação, quis buscar a pós-graduação no Mestrado. Porém, diante do desejo pela carreira docente, identifiquei que a formação em uma residência médica era exigência fundamental, ainda que tivesse Mestrado e Doutorado. Fiz então a opção pela residência em Medicina de Família e Comunidade na Universidade que me formou, atendendo às condições de permanecer em minha cidade naquela época e entendendo que essa era a área que mais se aproximava daquilo que buscava na Medicina, por compreender a relevância do cuidado integral em saúde das pessoas em seus diferentes contextos de vida.

À época, os meus (des)encontros com a Medicina eram muitos. Falas de preconceito e opressão por parte de vários(as) colegas, o cuidado em saúde, em especial das pessoas LGBT<sup>1</sup>, silenciado, oprimido, negligenciado, eram algumas das questões que me inquietavam nessa ciência. Diante dessas inquietações e da certeza do início da carreira docente com o término da residência, busquei no Mestrado uma ciência que talvez complementasse a minha formação médica, fazendo então a escolha pela Psicologia.

A pesquisa do Mestrado era produto de uma pesquisa de âmbito nacional, e pretendia realizar a análise de discursos de médicas e médicos de família e comunidade acerca do acesso e da qualidade do cuidado à

---

<sup>1</sup> Cabe aqui ressaltar que, durante a 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais em 2008 decidiu-se padronizar a nomenclatura usada pelos movimentos sociais e pelo governo, junto com o padrão usado no resto do mundo. Em lugar de GLBT, a sigla passou a ser LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Para o grupo, a mudança à época significava dar mais destaque para as reivindicações das mulheres lésbicas.

população LGBT. Essa foi a temática que me guiou quando comecei a me descobrir e a me (re)conhecer como pesquisador. Nessa pesquisa, encontrou-se o que foi denominado de “Discursos do Não” (Paulino; Rasesa; Teixeira, 2019), que despertaram em mim o interesse em querer buscar mais questões e soluções nesse campo de pesquisa.

Além disso, durante a residência fui convidado a atuar como médico voluntário em um serviço destinado ao cuidado integral em saúde da população *trans*<sup>2</sup>. O serviço estava sem profissionais médicos(as) à época, o que poderia prejudicar os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. A experiência nesse espaço me permitiu conhecer histórias de vida que me marcaram. O início da carreira docente na Saúde Coletiva naturalmente me afastou da prática clínica, guiando-me por aquilo que mais tenho prazer em realizar ao trabalhar, que é ensinar e aprender com as pessoas. Assim – entendendo que ao longo dos dois anos atuando no ambulatório o serviço já havia se reestruturado, e que a minha ausência enquanto médico clínico daquele espaço não impactaria na sua dinâmica e organização – direcionei meu foco para as atividades de ensino, pesquisa, extensão e gestão acadêmica na Universidade.

Entretanto, uma inquietação me acompanhou, após ter deixado aquele espaço. Apesar de estar cotidianamente presente na vida das pessoas *trans* e interferir diretamente nos seus processos de saúde-adoecimento-cuidado, as dinâmicas de suas relações familiares eram pouco abordadas ou estudadas. Percebi então, uma oportunidade de contribuição e aprimoramento. Por que não estudar e entender essas dinâmicas de relações familiares, suas intersecções com a transexualidade e a saúde e, talvez, contribuir de alguma forma com as pesquisas para as pessoas *trans* e o serviço de saúde?

---

<sup>2</sup> Assim como em Prado (2018, p. 10), o prefixo *trans* é utilizado neste texto “para se referir a transexualidades e travestilidades, pelo seu tom verbal, como é falado no cotidiano da vida e nos corredores do SUS.” Optamos por colocar o termo em itálico, para fazer referência a esse uso cotidiano, bem como das possibilidades de modificação e não fixidez.

Os achados de minha dissertação de mestrado aumentaram a vontade de seguir nesse campo de pesquisa, voltando-me agora às famílias *trans*<sup>3</sup>. Procurei o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) pela reconhecida excelência da Instituição e pelo desejo de uma formação de qualidade para aprimorar minha atuação como professor e pesquisador da área. A expertise da Profa. Rosana Machin Barbosa nas pesquisas com famílias em interface com as questões de gênero contribuiu com a motivação, e para a transformação da ideia em um projeto de pesquisa e depois em uma tese de Doutorado.

A realização de um estágio de Doutorado Sanduíche em Instituição no exterior era um desejo acalentado por muito tempo e que identifiquei como possibilidade efetiva durante a realização do Doutorado. Sabendo disso, ao final de 2016, conversei com a minha orientadora sobre essa possibilidade. O seu apoio me guiou para a efetivação do Doutorado Sanduíche no âmbito do Convênio de Dupla Titulação de Doutorado Internacional entre o *Programa de Doctorado en Salud Pública, Ciencias Médicas y Quirúrgicas da Facultad de Medicina da Universidad Miguel Hernández de Elche* na Espanha e o Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no Brasil.

Assim, tive a honra e a grata oportunidade de conhecer e trabalhar com a Profa. Maria Pastor Valero, da Universidad Miguel Hernández (UMH) em Alicante, na Espanha. Seu interesse pelo tema e a disposição em somar conosco nessa tarefa permitiram a concretização de diversas atividades durante o período de um ano naquele país. Para a participação no Convênio de Dupla Titulação obtive bolsa de Doutorado Sanduíche pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) edital nº47/2017, processo nº 88881.187710/2018-01. Além disso, contei também com apoio do *Colegio Doctoral Tordesillas de Salud Pública e Historia de la Ciencia*, durante o período em que estive na Espanha.

---

<sup>3</sup> Adotou-se nesta pesquisa como *famílias trans*, o conceito utilizado por Dierckx et al. (2016) em seu artigo para representar famílias nas quais um membro fez uma mudança de papel social de gênero.

Quando cheguei à Espanha, o campo da pesquisa já havia sido concluído no Brasil e o exame de qualificação do Doutorado realizado. Assim, concentrei-me em aprofundar as análises a partir do que pude apreender na qualificação, no campo da pesquisa e nas leituras realizadas até então, amplificando esse processo nas trocas com os(as) professores(as) da UMH e de outras Instituições, aproveitando ao máximo as oportunidades de divulgar, receber *feedback* e aprender com a pesquisa e para além dela. Assim, ao final de um ano, dois dos capítulos de análise da tese estavam prontos, e dois artigos deles decorrentes foram submetidos.

Durante esse período também pude: (1) apresentar minha pesquisa e seus resultados iniciais e participar das reuniões do grupo de pesquisa do Departamento de *Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología da Facultad de Medicina da UMH (Epidemiología Clínica, Políticas de Salud, Salud Global)*; (2) participar do *Congreso Internacional sobre Masculinidades e Igualdad: en busca de buenas prácticas de masculinidades igualitarias desde el ámbito de la Universidad*, com apresentação de trabalho com os resultados da pesquisa ; (3) apresentar a proposta de tese, com os resultados construídos até o final de meu período na Espanha, tendo ela sido aprovada pelo Programa de *Doctorado em Salud Pública, Ciencias Médicas y Quirúrgicas*; (4) participar do curso de inverno *Seminario Universidad y diversidad sexo-genérica* e do curso de verão *Redacción y Publicación de Artículos Científicos*; (5) participar dos *Seminários* e das *Sesiones de planes, informes e propuestas de tesis* do Programa de *Doctorado em Salud Pública, Ciencias Médicas y Quirúrgicas*; (6) divulgar a pesquisa em entrevistas para a rádio da UMH e para a mídia impressa; (7) participar das atividades docentes do curso de Medicina da UMH, na disciplina de *Medicina Preventiva y Salud Pública*; por essa atuação docente recebi a titulação de Prof. Colaborador Honorífico da Instituição; (8) promover cursos de inovação docente, com foco nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem (como o *Team Based Learning/TBL* e a gamificação no ensino superior) para os professores da Instituição (não apenas professores do curso de Medicina, mas de outras áreas do conhecimento, como Engenharia), compartilhando as

práticas docentes realizadas na Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e qualificadas através de minha participação no Programa FAIMER (Foudation for Advancement of International Medical Education and Research) Brasil e no curso Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial promovido pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

No curso de Medicina da UFU onde atuo como professor do Departamento de Saúde Coletiva (DESCO) da Faculdade de Medicina (FAMED) participei ativamente de iniciativa inovadora, durante recente reforma curricular, de implantação de uma disciplina do currículo formal para problematizar os aspectos de gênero e sexualidade no cuidado em saúde (Raimondi et al., 2019a). A ideia consistiu na construção de uma abordagem que conseguisse apreender a integralidade das pessoas para além dos aspectos biomédicos, a fim de que o cuidado em relação às questões de gênero e sexualidade pudesse enfrentar os preconceitos e as desinformações que tendem a distanciar profissionais de saúde das pessoas. Assim, onde atuo, incorpora-se à formação médica aquilo que tenho aprendido nas formações no âmbito das pós-graduações.

A experiência com o doutorado, no Brasil e na Espanha, devolverá a esse componente curricular e a outras iniciativas de ensino, pesquisa, extensão e gestão acadêmica, o aprendizado e a formação obtidos. Dessa forma, espero qualificar ainda mais essas práticas, para que elas possam efetivamente contribuir com a formação daqueles(as), que poderão cuidar cotidianamente das pessoas *trans* e de suas famílias. Tais práticas também poderão reverberar na própria Instituição, entre estudantes e colaboradores que vivenciam essas realidades rotineiramente.

Ademais, o enfoque desta tese pode contribuir com o campo de estudos. Almejo que a investigação proposta resulte em um produto não só de uma pesquisa, mas de uma trajetória de pesquisa que teve início com os trabalhos anteriormente realizados na graduação em Medicina e Mestrado em Psicologia, com os quais também dialogo.

## 1.0 INTRODUÇÃO

### 1.1 Transexualidade e (im)possibilidades existenciais

A transexualidade pode ser considerada um fenômeno complexo. Há quem a compreenda como um sentimento intenso de não pertencimento ao sexo anatômico, sem a manifestação de distúrbios delirantes e sem bases orgânicas (como o hermafroditismo ou qualquer outra alteração endócrina) (Castel, apud Arán 2006, p.50). Assim, fundamenta-se esse fenômeno na atualidade a partir de duas prerrogativas (Arán, 2006).

A primeira diz respeito ao avanço da biomedicina, em especial no concernente ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas e ao progresso da terapia hormonal na segunda metade do século XX, que faz do desejo de “adequação” sexual uma possibilidade concreta. Dessa forma, os sujeitos que não se identificassem com o seu sexo/gênero atribuído ao nascimento, poderiam “adequar-se” ao sexo/gênero com o qual se auto identificam. A segunda diz respeito à construção da noção de “identidade de gênero” como sendo uma “construção sociocultural”, independente do sexo natural ou biológico. Por meio desta prerrogativa, amplia-se o debate em torno das possibilidades identitárias, que podem ir para além dos determinismos do corpo, da biologia (Arán, 2006).

Dessa maneira, a transexualidade não é uma experiência identitária desvinculada de um contexto histórico (Bento, 2008). Por isso, retirar o conteúdo histórico dessa experiência é apagar as estratégias de poder articuladas para determinar que a verdade última dos sujeitos está ou não no seu sexo<sup>4</sup> (Bento, 2008).

---

<sup>4</sup> Segundo Winter et al. (2016, p. 391), pode-se compreender que o sexo se refere ao “status biológico” (cromossômico, hormonal, gonadal e genital) de uma pessoa, sendo determinado ao nascimento a partir da aparência genital.

Para compreender o(s) contexto(s) histórico(s), que nos levam às problemáticas atuais da transexualidade, identificamos que próximo à segunda metade do século XVIII, não se consideravam as diferenças biológicas entre os sexos, até o momento em que se fez politicamente relevante distinguir homens e mulheres, através do discurso científico. Em torno da metade do século XIX entende-se, que cada pessoa tem um sexo sendo “papel” da ciência estabelecer o sexo “verdadeiro”, interrompendo, assim, os trânsitos entre os gêneros (Bento, 2008).

Caberia então aos corpos justificar as diferenças e desigualdades categorizadas entre masculino e feminino e, conseqüentemente, os discursos sobre as diferenças entre os sexos serão a base para o julgamento das atitudes das pessoas. A única intersecção possível entre o masculino e o feminino estaria, então, no ato sexual, e a oposição binária entre os gêneros começa a reduzir as potências de vida das pessoas, já que os discursos sobre as diferenças sexuais apontavam a inexistência de pontos comuns entre o feminino e o masculino. Assim, a diferença sexual passa a marcar os campos das sexualidades, dos gêneros e das subjetividades (Bento, 2008).

Nesse sentido, mesmo que a categoria sexo possa se reinscrever como gênero<sup>5</sup>, esse sexo deve ainda supor-se como o ponto irreduzível de partida para as diversas construções culturais das quais se deverá assumir o controle (Butler, 2002). E essa suposição do caráter material irreduzível do sexo parece fundamental e autorizar análises generalizadas de diversas índoles. Destarte, invocar a matéria implica invocar uma história sedimentada de hierarquia sexual e de supressões sexuais. Retornar à matéria requer que o façamos considerando-a com suas ressonâncias e contradições, as quais representam um drama incompleto da diferença sexual (Butler, 2002).

Dando continuidade a esse retrospecto histórico, nos anos de 1950 foram publicados os primeiros artigos que registraram e defenderam a

---

<sup>5</sup> Joan Scott (2010) discorre sobre essa questão envolvendo o termo “sexo” e “gênero”, afirmando que, inicialmente, atribuía-se o termo gênero somente para as pessoas classificadas como “mulheres”. A partir da compreensão de que o termo gênero está relacionado às construções socio-históricas-culturais-biológicas que constituem os sujeitos, a autora aponta a importância de utilizarmos a categoria gênero para além da ideia de se referir ao feminino.



especificidade do “fenômeno transexual”. Desde o começo daquela década, o endocrinologista Harry Benjamin buscava sistematizar os acontecimentos que explicassem o que diferenciava as pessoas *trans* das pessoas homossexuais. Assim, a relação de aversão que as pessoas transexuais têm com as genitálias seria uma das frequências observadas nos seus discursos (Bento e Pelúcio, 2012).

À época, Harry Benjamin defendia a cirurgia de transgenitalização como a única alternativa terapêutica possível para as pessoas transexuais. Em uma posição que se contrapunha à dos profissionais da psicologia e psiquiatria, ele afirmava que, para evitar que as pessoas *trans* cometessem suicídio, as cirurgias deveriam ser recomendadas. Dessa forma, seus corpos deveriam ser submetidos à cirurgia que corrigisse o “defeito”, a “incongruência” com sua identidade de gênero, retirando deles a abjeção e a inadequação que os impedia de existir na sociedade (Bento e Pelúcio, 2012).

Além disso, o endocrinologista estabeleceu alguns critérios, como, inicialmente, a aversão à genitália e o sofrimento intenso decorrente da presença dessa genitália, aos quais agregou o caráter de científicos, para diagnosticar “o verdadeiro transexual” e assim autorizar a intervenção. O critério fundamental para definir o “transexual de verdade” seria a relação de abjeção, de longa duração, com sua genitália, sendo isso comprovado por um período mínimo de seguimento de dois anos (Bento e Pelúcio, 2012).

A esse respeito, entendemos que o aspecto patológico direcionado à transexualidade e à travestilidade baseia-se nas distinções entre os sexos, atribuídos ao nascer, em vista da genitália, e a posição de gênero que essas pessoas buscam ocupar. Tensionar as normas que supostamente são naturais e problematizar o “privilégio”, que a biologia detém para estabelecer o que é normal e verdadeiro, faz com que as pessoas transexuais e travestis ocupem um lugar interpretado principalmente pelo prisma da doença, da anormalidade, do desvio (Teixeira, 2013; Raimondi, 2016).

Assim, problematizar a matéria dos corpos pode acarretar uma perda inicial de certeza epistemológica que não é sinônimo de niilismo político. Ao contrário, essa perda bem pode indicar um caminho significativo e promissor

para o pensamento político, uma vez que esse deslocamento da matéria pode ser entendido como uma maneira de abrir novas possibilidades, de fazer com que os corpos importem de outra forma. Isso não significa dizer que a materialidade dos corpos é simples e unicamente um efeito linguístico que possa reduzir-se a um conjunto de significantes (Butler, 2002).

Retomando a história da construção de corpos e identidades *trans*, a tendência cirúrgica se intensificou ao longo das décadas de 1960 e 1970, em sincronidade com a ampliação da construção de critérios diagnósticos para diferenciar transexuais de gays, lésbicas e travestis. Nessa época, no ano de 1969, ocorreu em Londres o primeiro Congresso da Associação Harry Benjamin – que passou a se chamar *Harry Benjamin<sup>6</sup> International Gender Dysphoria Association* (HBI-GDA), em 1977. Essa Associação publica e revisa regularmente o *Standards of Care* (SOC), cujo objetivo principal é articular um consenso profissional internacional acerca do manejo psiquiátrico, psicológico, médico e cirúrgico das “Desordens da Identidade de Gênero” (Bento e Pelúcio, 2012).

A partir disso, o olhar para o cuidado em saúde das pessoas *trans* é cada vez mais embasado e reiterado por meio da compreensão da “patologia” presente nos corpos e identidades. Isso porque esses corpos não se enquadravam nos pressupostos heteronormativos cisgêneros<sup>7</sup>, que demandam uma linearidade sem fissuras entre sexo genital, gênero, desejo e práticas sexuais – ou seja, uma pessoa com pênis é considerada um homem com desejo voltado para o sujeito com genitália oposta. Assim, os comportamentos que não estão de acordo com essas normatizações são patologizados (Butler, 2003b).

---

<sup>6</sup> Conforme explicitado anteriormente, Harry Benjamin foi o endocrinologista que buscava sistematizar os acontecimentos que explicassem o que diferenciava as pessoas *trans* das pessoas homossexuais e que estabeleceu critérios, aos quais agregou o caráter de científicos, para diagnosticar “o verdadeiro transexual” e assim autorizar a intervenção.

<sup>7</sup> Por heteronormatividade, entende-se a reprodução de práticas e códigos heterossexuais, sustentada pelo casamento monogâmico, amor romântico, fidelidade conjugal, constituição de família (esquema pai-mãe-filho(a)(s)). Na esteira das implicações da aludida palavra, tem-se o heterossexismo compulsório, sendo que, por esse último termo, entende-se o imperativo inquestionado e inquestionável por parte de todos os membros da sociedade com o intuito de reforçar ou dar legitimidade às práticas heterossexuais (Foster, 2001).

Assim sendo, apreender uma noção binária ao se falar de sexo, sexualidade e gênero, prescindindo da cultura que envolve essas concepções, limita as possibilidades existenciais das pessoas. Além do mais, esse “aprendizado” explicita a heterossexualidade cisgênero<sup>8</sup> como a única forma possível de se viver e expressar a sexualidade humana, classificando as demais possibilidades que escapam dessa normativa binária, como doentes ou incompreensíveis (Louro, 2013). Por isso, compreender a experiência *trans* é problematizar as convenções sociais acerca da masculinidade e da feminilidade (Bento, 2008).

Ao mesmo tempo, o desejo em produzir um diagnóstico diferenciado para transexuais, ganhou concretude nos anos 1980, com a sua incorporação nos manuais médicos (Bento e Pelúcio, 2012). Dessa forma, a inclusão da transexualidade como categoria nosológica no principal manual orientador das avaliações médicas e/ou de motivos para a busca de uma consulta, denominado Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), ocorreu em 1980. Sendo que, somente na sua nova versão (CID-11), com previsão para entrar em vigência em 2022, a transexualidade passa a incorporar a categoria “Condições Relacionadas à Saúde Sexual”, deixando o rol dos “Transtornos Mentais”. Nesta nova edição, a transexualidade é caracterizada como “Incongruência de Gênero” a partir da compreensão da incongruência entre o sexo atribuído e o gênero experienciado pelo indivíduo<sup>9</sup>.

Também em 1980, a Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA) aprovou a terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) – um dos principais documentos orientadores de classificações nosológicas da área da saúde mental, incluindo, pela primeira

---

<sup>8</sup> Segundo Winter et al. (2016, p. 391), uma pessoa cisgênero ou *cis* é “uma pessoa cuja identidade de gênero corresponde ao sexo atribuído ao nascimento” (tradução nossa). No original: A person whose gender identity matches their sex assigned at birth.

<sup>9</sup> Em junho de 2018 foi lançada a nova versão do CID, a CID-11 (Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>>). Nela há o reposicionamento do então Transtorno de Identidade de Gênero/Disforia de Gênero, vinculado anteriormente aos transtornos mentais, em um código no Item 17, dentro das “Condições Relacionadas à Saúde Sexual”. Destaca-se que esta nova versão reitera que o comportamento, bem como as preferências de auto identificação em relação ao gênero não são base para atribuir “diagnósticos”.

vez, a transexualidade, denominando-a como “transexualismo”. Somente no DSM-IV, no ano de 1994, passou-se a adotar a expressão “Transtorno de Identidade de Gênero”. Mesmo diante disso, percebe-se que a patologização da sexualidade segue funcionando de forma expressiva (Bento e Pelúcio, 2012). Isso ocorre por ainda reiterar que a diversidade das expressões das identidades de gênero pode ser enquadrada no rol dos “transtornos mentais”.

Diante disso, observa-se que o parecer médico acerca da “feminilidade” ou “masculinidade” da pessoa transexual será ancorado nas normas binárias de gênero, capazes de estabelecer que essa ou aquela pessoa é um(a) “transexual de verdade”. Destarte, espanta que um conhecimento tão escasso habilitado como científico possa ter tido tanto poder para categorizar e classificar as vidas humanas (Bento e Pelúcio, 2012). Dessa forma, entende-se que a patologização não promoveu direitos essenciais para as pessoas, “mas impôs um modelo para se pensar a transexualidade como experiência catalogável, curável e passível de normalização” (Bento e Pelúcio, 2012, p. 574).

Sexualidades, gêneros e subjetividades são fatores intrinsecamente relacionados e constituem o que se entende por identidade da pessoa. Quando algum desses fatores apresenta-se discrepante dos demais, é exigida, a partir das orientações da CID e DSM, uma atuação especializada, habitualmente de alguém das ciências *psi* (psicologia e/ou psiquiatria), com o intuito de reconstruir uma suposta ordem e coerência entre esses aspectos (Bento e Pelúcio, 2012). Apesar de esses documentos expressarem uma defesa do dimorfismo e do binarismo (Bento e Pelúcio, 2012), há que se considerar que há uma busca por problematizar e considerar as situações de estigma social, marcadas por contextos de exclusão, discriminação e violência, como “geradoras” dos possíveis “transtornos mentais” em pessoas *trans* e não o inverso.

Com esse breve histórico é possível perceber porque ainda hoje o discurso médico contribui para a patologização de identidades e práticas sexuais socialmente discordantes da norma, o que legitima e reproduz processos discriminatórios. Com isso, a luta por um direito democrático da

sexualidade requer o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, democratizando a discussão sobre sexualidade para além do viés médico-biológico (Lionço, 2008).

## 1.2 Transexualidade e identidades

Como a categorização das pessoas *trans* perpassa nossas noções acerca dos gêneros que construímos como masculinos e femininos, destacamos que a partir do século XX, o movimento feminista evidencia a importância dos aspectos sócio-histórico-culturais na construção do que entendemos pelas categorias identitárias “homem” e “mulher”. Por meio da introdução da perspectiva de gênero foi possível questionar analiticamente como os sentidos, os significados, os papéis sociais foram sendo atribuídos a essas categorias e não somente recorrer à natureza, à biologia, à genitália, para se pensar a construção da identidade dos sujeitos (Scott, 2010). Com isso, permitiu-se questionar o binarismo, no qual se compreende a existência única de dois polos (um masculino e um feminino, um superior e outro inferior), e a heteronormatividade (Butler, 2016).

Nesse sentido, a perspectiva da performatividade<sup>10</sup> explicita que essas categorias identitárias são construídas como uma repetição de atos dentro de um conjunto altamente regulado de “possibilidades”. Diante dessa (re)produção de determinados estilos de atos e gestos, cria-se uma ilusão de um “núcleo interno e organizador”, de uma essência, de uma identidade imutável, estável, fixa e inquestionável (Butler, 2016). No caso da identidade de gênero, isso tem um propósito, principalmente a partir do século XIX e XX, de regular a sexualidade com base nos aspectos reprodutivos biológicos, em que, por exemplo, a identidade masculina estaria relacionada à genitália pênis e a um desejo sexual dirigido para a genitália oposta, a vagina, reiterando o

---

<sup>10</sup> Segundo Judith Butler, o conceito de performatividade compreende que cada indivíduo performa, “(re)produz”, em suas relações um conjunto de normas sociais estabelecidas e negociadas em um dado contexto sócio-histórico e cultural (BUTLER, 2016).

binarismo e uma heterossexualidade presumida e compulsória aos sujeitos (Louro, 2013; Foucault, 2015).

Entretanto, a partir da capacidade de agir de cada indivíduo, da agência dos sujeitos, do enfoque nas experiências no campo das relações pessoais e interpessoais e das possibilidades de performance observa-se uma incompletude na construção dessas categorias identitárias. Isso tem possibilitado uma ruptura, uma subversão, uma inscrição de novos significados e uma mudança de/em práticas e conceitos (Scott, 1998; Brah, 2006; Butler, 2016).

Associado a isso, a compreensão do conceito de experiência como um processo de significação, como uma prática de atribuir sentido no lugar da formação do sujeito, explicita que a realidade não é algo pré-determinado, mas sim uma constante construção cultural (Scott, 1998). Essa, por sua vez, apresenta especificidades contingentes e se constitui, também, como um lugar de contestação em que sujeitos, subjetividades, identidades são inscritos, reiterados e/ou repudiados (Brah, 2006). Com isso amplia-se as possibilidades de compreensão das identidades dos sujeitos, que podem ser consideradas como relacionais, múltiplas, fragmentadas e/ou deslocadas, no sentido de que não há algo fixo e permanente, mas sim em constante construção, reconstrução e/ou desconstrução (Woodward, 2012; Hall, 2015).

Assim, pode-se compreender que a compreensão de identidade corresponde à perda de um “sentido de si” estável, fixo, imutável e passa a ser uma “celebração do móvel” formada e transformada de maneira contínua através de representações, interpelações dos sistemas culturais em que os sujeitos estão inseridos (Hall, 2015, p. 11). Com isso, a noção de identidade vai ao encontro da perspectiva de uma “narrativa do ‘eu’” em constante deslocamento, que evita conceitos e/ou outras estratégias de produção de sentidos e significados estabilizados, unificados e predizíveis (p. 12).

Nesse sentido, a transexualidade pode ser compreendida como uma experiência identitária vinculada a um contexto no qual muitas vezes se externaliza com dor e dramaticidade os limites de uma ordem de gênero, que se fundamenta na diferença, principalmente, sexual e biológica. Assim, a

transexualidade constitui-se como uma experiência identitária que emerge como resposta inevitável a uma forma de organizar a vida social com base na produção de sujeitos “normais/anormais” e que situa a verdade das identidades em estruturas corporais (Bento, 2008; Bento, 2014). Por isso, pensar as identidades *trans* a partir da própria experiência dos sujeitos nos permite pensar os limites das normas relacionadas ao que compreendemos como “homem” e “mulher”, o que também nos permite pensar como essas performances identitárias tensionam ou adequam-se na interação com a família e o serviço de saúde.

É possível elucidar diante dessa problemática as disputas do biopoder<sup>11</sup> em manter uma norma imutável em torno dos corpos sexuais (Teixeira, 2013; Foucault, 2015). Esses, por sua vez, são inseridos em processos históricos de classificação, significação e intervenção (Laqueur, 2001), como abordado anteriormente. Assim, se compreendermos que a normatização dos corpos é baseada em proibições fundadoras a partir de critérios de inteligibilidade, não estamos problematizando como surgem os corpos de um confortável ponto de vista teórico, ou até mesmo distante desses corpos (Butler, 2002). Ao contrário, perguntamos com Butler (2002, p.94) “como operam os critérios de sexo inteligível, para constituir um campo de corpos e como precisamente poderíamos entender os critérios específicos para produzir os corpos que regulam”?

Conceber as performances *trans* partindo de um diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero ou Incongruência de Gênero ou Disforia de Gênero – que é o que vincula o acesso ao Processo Transexualizador<sup>12</sup> e eventualmente aos processos para mudança de nome/registro<sup>13</sup> como um

---

<sup>11</sup> O conceito de biopoder foi inicialmente problematizado por Michel Foucault que compreendia o termo como um conjunto de práticas regulatórias e de controle dos estados modernos e, também, de suas instituições sobre os corpos (Foucault, 2015). Esse conceito é utilizado como uma estratégia de explicitação e questionamento dos poderes relacionado às (im)possibilidades existenciais dos corpos, de suas identidades, de suas vidas.

<sup>12</sup> O Processo Transexualizador será abordado no Item 1.4 Transexualidade, cuidado e saúde.

<sup>13</sup> Em março de 2018, o Supremo Tribunal Federal (STF) entendeu ser possível a alteração de nome e gênero no assento de registro civil mesmo sem a realização de procedimento

pré-requisito – é afirmar as transgressões às normas que as performances *trans* buscam fazer, bem como a busca que o biopoder empreende em normatizar essas vidas a partir de um viés patológico (Teixeira, 2013).

Como consequência, o acesso das pessoas *trans* aos serviços de saúde e a vários espaços de convivência social fica subordinado ao reconhecimento de suas performances pelo Estado, e essas acabam sendo construídas como identidades patológicas, referenciadas por terceiros(as), no caso, os(as) profissionais dos serviços de saúde (Teixeira, 2013; Raimondi, 2016).

Tomar a construção das identidades e corpos *trans* como incorretos, inadequados às genitálias, pois deveriam expressar um determinado comportamento social adequado a homens e mulheres, conforma os corpos de modo que não há lugar aparente para a agência dos sujeitos. Essa é uma estrutura muito forte, difícil de ser transposta pelo sujeito. Por isso, pode-se observar que as pessoas *trans* podem procurar nos discursos médicos e psi (referentes à psicanálise, psicologia e psiquiatria) os termos de sua inteligibilidade, presente no termo “transgênero” (Bento e Pelúcio, 2012).

Há então dois objetivos essenciais na proposição do uso do termo “transgênero”. A união política e ideológica entre travestis e transexuais, que otimizaria o acesso a recursos e financiamentos, e a adequação dos termos utilizados no Brasil àqueles utilizados internacionalmente. Entretanto, as consequências dessa união e da submissão das categorias identitárias brasileiras às categorias internacionais foram consideradas, pelo movimento social mais negativas do que benéficas (Carvalho, 2011).

---

cirúrgico de redesignação de sexo. A decisão ocorreu no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4275. A ação foi ajuizada pela Procuradoria-Geral da República (PGR) a fim de que fosse dada interpretação conforme a Constituição Federal ao artigo 58 da Lei 6.015/1973, que dispõe sobre os registros públicos, no sentido de ser possível a alteração de prenome e gênero no registro civil mediante averbação no registro original, independentemente de cirurgia de transgenitalização. Todos os ministros da Corte reconheceram o direito, e a maioria entendeu que, para a alteração, não é necessária autorização judicial. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=371085>>. Acesso em: 03 jun 2018.



Outra linha argumentativa contrária ao uso do termo “transgênero”, conforme o referido autor, atravessa o não reconhecimento da categoria como descritiva da “vivência de gênero” dessas pessoas. Destaca-se também que a sonoridade do termo parecia estranha no início dos anos 2000, quando a produção de alimentos transgênicos se tornava uma polêmica internacional e essa confusão “transgênico/transgênero” afetou a ideia de visibilidade positiva buscada. Assim, aos poucos, o movimento social começava a utilizar o termo *trans*, seja em pessoas *trans*, mulheres *trans*, ou simplesmente *trans* (Carvalho, 2011).

Há que se ressaltar o desafio de categorizar pura e simplesmente “travestis” e “transexuais” a partir de critérios rigorosamente definidos, diferenciados ou aproximados. Para compreender essa(s) diferença(s) há que se buscar uma compreensão do contexto social e simbólico, que possibilita a construção de uma identidade ou categoria “transexual” e outra “travesti” (Carvalho, 2011).

Importante considerar que definir de forma padrão “travestis” e “transexuais” é impossível diante da mescla de ideias, vivências e performances da experiência cotidiana, e sabe-se que não existe limite claro para as próprias pessoas que se definem como tal (Leite, 2011; Oliveira e Grossi, 2014). Assim como no trabalho de Teixeira (2012), as histórias que aqui serão compartilhadas explicitam como as pessoas *trans* construíram significados para suas vivências particulares, captando a fluidez de suas posições e deslocamentos, identificando a especificidade de experiências que não se encontram fixas ou cristalizadas em verdades definitivas.

Por isso, reitera-se que os sujeitos assumem diferentes posicionamentos identitários para se localizarem dentro dos vários contextos, sistemas sociais, culturais, políticos, econômicos, dentre outros, nos quais estamos inseridos. Assim, denominações diferentes não necessariamente dizem respeito a um mesmo fenômeno relacionado ao gênero e à sexualidade (Leite Junior, 2011; Barbosa, 2013).

Com isso observa-se que as pessoas *trans* nos mostram o quanto as normas sociais estão incorporadas em nossos cotidianos, influenciando em

nossas buscas, porém não correspondendo às nossas integralidades (Teixeira, 2013). Nesse sentido, também, a existência humana para as pessoas *trans* se torna, aparentemente, inviável, sem inteligibilidade social, uma vez que essas pessoas, ao transitarem entre o desejo e as normas sociais, buscam seu reconhecimento, questionando a arbitrariedade para definir aqueles que apresentam os “pré-requisitos” para serem reconhecidos como humanos “normais” (Teixeira, 2013).

De acordo com Bento (2008), não é possível afirmar que haja consenso em torno dessa posição entre as pessoas que vivem a transexualidade e a travestilidade. Essa linha rígida, assemelhada a um muro que separa a transexualidade de travestilidade, para muitas pessoas *trans* é uma ficção. A busca por essa separação categórica, fixa e utópica é reflexo de uma construção binária, que não admite interfaces entre as mais diversas formas de existir e expressar-se em relação ao gênero. Também há que se ressaltar, o desafio de categorizar pura e simplesmente “travestis” e “transexuais” a partir de critérios rigorosamente definidos, diferenciados ou aproximados, como aqueles utilizados pela CID e pelo DSM. Dessa forma, identifica-se que há fatores de diferenciação (que não devem ser encarados como categorizadores, mas serem utilizados para compreender as diferentes performances vividas) entre travestis e transexuais expressos no corpo, suas formas e seus usos, bem como nas práticas e relações sociais.

Os substantivos “travesti” e “transexual” (no caso das transexuais femininas) como pertencentes ao gênero gramatical feminino se dá por dois aspectos principais, os quais não são fixos e imutáveis. O primeiro é a busca da valorização do próprio processo de construção do gênero feminino no corpo e nas subjetividades das travestis. O segundo aspecto tem uma conotação política. O respeito e garantia à sua construção feminina estão entre as principais reivindicações do movimento organizado das travestis e transexuais (Benedetti, 2005).

Além disso, destaca-se que o uso do termo travestilidade pode ser considerado como uma estratégia de ampliar os aspectos da categorização identitária em relação ao termo travesti, visto que há diversas possibilidades

de viver essa identidade, permitindo, inclusive, uma ampliação de possibilidades para além da relação “inexorável” travesti-prostituição (Pelúcio, 2007). De qualquer maneira, é importante considerar que há, no discurso científico e social, disputas, reconfigurações e um embate político entre as categorias identitárias “travesti” e “transexual” (Leite Junior, 2011).

Em alguns contextos, a diferenciação também parece ocorrer com base em noções de marginalidade e moralidade, já que as travestilidades estão muito ligadas à prostituição (Sander, 2012). Marcadores de etnia e classe também são bastante evidentes e atravessam as experiências travestis, revelando trajetórias frequentemente marcadas pela rejeição da família, evasão escolar, e pela entrada no mundo da prostituição. Por isso, as travestis muitas vezes apontam que na divisão das categorias de gênero e sexualidade “a travesti é a prima pobre e a transexual a prima rica” (Sander, 2012, p. 38), evidenciando uma certa “hierarquização política de graus de humanidade” (Leite Junior, 2011, p. 181).

Entretanto, identifica-se que houve muitas mudanças no ativismo *trans* nos últimos anos, algumas das quais têm íntima relação com o processo transexualizador e com os vários decretos e resoluções que autorizaram o uso do nome social pelas pessoas *trans* no ambiente escolar, o que começa a refletir na diminuição da evasão escolar e aumento da escolaridade média da população *trans*, tornando-se visível até mesmo na formação de coletivos universitários *trans*, algo que parecia impossível há uma década (Carvalho, 2018).

Essas mudanças reverberam no Brasil atual em uma nova geração de mulheres transexuais, que mesmo não estando no perfil social tradicionalmente atribuído às performances travestis, compõem um grupo de jovens ativistas e acadêmicas, que performam a travestilidade como uma identidade política, reivindicando e ressignificando uma categoria identitária marcada pelo estigma, trazendo-a para a luta política que, por sua vez, funciona em uma disputa de linguagem (Carvalho, 2018). Assim, se uma década atrás pertencer a camadas sociais médias e altas significava um pertencimento identitário fixo de gênero, atualmente algumas experiências

ativistas contestam tal experiência sem, no entanto, invalidá-la. Dessa forma, ativistas jovens que passaram a compor a arena política mais recentemente, identificam-se como travestis, ainda que pertençam a camadas sociais médias e altas de centros urbanos, que antes as posicionaria como mulheres *trans* (Carvalho, 2018).

Destarte, percebe-se que camada social e geração são elementos que significam a construção de diferentes performances identitárias, acionando distintos discursos, fazendo com que a complexidade de possibilidades nas expressões identitárias políticas não permita uma categorização ou definição linear e concreta. Essas construções seguem em constante disputa nos distintos contextos da vida social, como o ativismo, a ciência, as políticas públicas etc. (Carvalho, 2018).

### **1.3 Transexualidade e família**

Pesquisas sobre a população *trans* são normalmente limitadas ao cuidado médico dessas pessoas, em especial em relação à sua saúde mental (Dierckx et al., 2016). O ambiente social e familiar no qual uma transição de gênero acontece é apontado como um campo que pode ser mais explorado nas pesquisas (Hines, 2006; Whitley, 2013; Dierckx et al., 2016; Giovanardi et al., 2018). Estudos sobre famílias com minorias sexuais e de gênero têm se concentrado principalmente em jovens lésbicas, gays e bissexuais (LGB), com poucos dados sobre pessoas *trans* (Le et al., 2016)

Os estudos têm demonstrado que a população *trans* enfrenta de forma expressiva desemprego, discriminação no mundo do trabalho, situações de ausência de moradia e assédio em ambiente de trabalho (Clements, Katz, Marx, 1999; Lombardi et al., 2001; Grant et al., 2011; James et al., 2016; Veldorale-Griffin e Darling, 2016; Willging et al., 2019). Essas experiências aumentam muito em qualidade (fazendo referência ao sofrimento) e quantidade quando são enfrentadas juntas à rejeição familiar (Veldorale-Griffin e Darling, 2016).

A “National Transgender Survey” nos Estados Unidos da América mostrou que 63% dos(as) seus/suas participantes já experienciaram algum ato sério de discriminação e 53% dos(as) respondentes reportaram já ter sido verbalmente assediados(as) ou desrespeitados(as) em espaços públicos, bem como, 57% da amostra relatou ter experienciado rejeição familiar significativa (Grant et al., 2011).

Isso é muito semelhante ao que Sousa; Rocha e Barros (2018) encontraram em uma amostra de pessoas *trans* no Brasil, na qual cerca de 56% relataram ter vivido experiências de discriminação em suas vidas. Ao descrever os episódios de discriminação, foi observado que 49,7% deles ocorreram no ambiente familiar.

Na última década, houve um aumento nas pesquisas relacionadas às famílias de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Entretanto, apesar do uso amplo do termo LGBT, a maioria desses estudos não direcionou o foco às famílias das pessoas *trans*. Não apenas as famílias *trans* ainda são praticamente invisíveis na literatura atual, como também pouco se sabe sobre como essas famílias lidam com a transição de gênero e seus estressores subsequentes (Veldorale-Griffin e Darling, 2016).

Os valores heteronormativos também interferem no contexto da família. Para pessoas que são lésbicas, gays ou bissexuais, assumir-se como tais pode ter um impacto em suas famílias. De uma maneira semelhante, as pessoas *trans* e suas famílias podem passar por desafios através dessa transição de gênero em meio às expectativas sociais de heteronormatividade cisgênero, o que pode fazer com que vários problemas surjam no contexto familiar (Dierckx et al., 2016).

O estudo de Wren (2002), a partir da análise de entrevistas com pais de adolescentes transexuais demonstrou que famílias com uma criança transgênero “podem sentir que estão gerenciando uma experiência que mal pode ser mencionada” (p. 377<sup>14</sup>). Assim, foi identificado o quão relevante se

---

<sup>14</sup> No original: “Families with a transgendered child may feel that they are managing an experience that can barely be spoken about” (tradução nossa).

torna perceber e compreender as concepções de família também para os familiares, o que é abordado no presente estudo.

Destaca-se e reitera-se que as pessoas *trans* habitualmente vivem experiências de rejeição familiar como resultado de sua transição de gênero. Além disso, a aceitação familiar tem sido demonstrada como um fator protetor de vários eventos adversos para pessoas *trans*, como o abuso de substâncias e tentativas de suicídio (Grant et al., 2011; Simons et al., 2013; Shiffman et al., 2016; Veldorale-Griffin e Darling, 2016).

Essas informações destacam a posição precária das pessoas *trans* na comunidade e a necessidade do aumento de estudos para auxiliar essas pessoas a superar o estresse associado ao pertencimento à comunidade *trans* em um contexto social mais amplo. Ampliar o conhecimento sobre essas temáticas poderia nos auxiliar a transpor os equívocos e estereótipos que podem levar a visões negativas e estigmatizantes da população *trans*. Expandir as pesquisas com a população *trans* pode ajudar a eliminar o preconceito e a transfobia em nossa cultura (Veldorale-Griffin e Darling, 2016). Afinal, a transexualidade reconstrói posicionamentos nas famílias, ressignificando sonhos e expectativas, abalando os afetos e, principalmente, desafiando valores morais (Teixeira et al., 2019).

Logo, se há essa “abjeção” no contexto de suas relações familiares, como isso impacta na determinação social dos processos saúde-adoecimento-cuidado<sup>15</sup> das pessoas *trans*?

Buscando debruçar-se sobre essa questão, antes há que se discutir brevemente o que seria então a família. Entendida como fenômeno complexo e dinâmico, a família assume diferentes configurações, sejam estruturais ou relacionais, que dificultam a elaboração de um conceito único que contemple as diferentes realidades das famílias (Böing, Crepaldi, More, 2008).

A família pode ser inicialmente entendida como um conceito crucial de análise porque define a estrutura inicial e básica da inter-relação entre os

---

<sup>15</sup> O modelo da determinação social da saúde/doença procura articular as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo. Assim, são considerados os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária (Batistella, 2007).

indivíduos com seu espaço e o ambiente social (Pareja et al., 2016). A palavra família envolve uma ordem e uma organização social, reproduzidas no espaço-tempo, que podem agrupar um conjunto de indivíduos aparentemente ligados entre si pela aliança, afiliação ou adoção, onde a coabitação pode ser uma de suas características (Bourdieu, 1993).

A família desenvolve práticas sociais ou estilos de vida, que resultam da interação entre um *habitus*<sup>16</sup> e situações da vida cotidiana e que, com o decorrer do tempo, vão reproduzir e produzir o espaço social próximo, em uma escala microssocial (lar, vizinhança, comunidade etc.) (Silva, 2010). Assim, estilos de vida, *habitus* e situações da vida cotidiana das famílias também irão influenciar o processo saúde-adoecimento-cuidado no microssistema (Pareja et al, 2016).

A família vem se revelando como algo bem mais complicado do que se pensava anteriormente e, ao passo que essa complexidade é reconhecida, temos dificuldade em usar os modelos clássicos para pensar a família contemporânea (Fonseca, 2004). A quantidade de pesquisas antropológicas nas últimas décadas do século vinte mostrou que existe, no seio da modernidade<sup>17</sup>, uma enorme diversidade de dinâmicas familiares e talvez a importância da individualidade na sociedade contemporânea faz com que essas famílias se diferenciem tanto (Fonseca, 2004).

---

<sup>16</sup> Setton (2002) diz que o conceito de *habitus* surge da necessidade empírica de apreender as relações de afinidade entre o comportamento dos agentes e as estruturas e condicionamentos sociais. A autora se baseia na conceituação de *habitus* feita por Bourdieu, como “*um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas*” (Bourdieu, 1983, p. 65).

<sup>17</sup> Tendo em consideração que a discussão acerca dos conceitos de modernidade, pós modernidade e alta modernidade abarcam ideias carregadas de significados e debates com bastante divergências, apoiou-se na conceituação proposta por Anthony Giddens para a análise apresentada neste texto. Para o autor, a modernidade tem um sentido geral para referir-se às instituições e modos de comportamento após o período Feudal e que no século XX tornaram-se mundiais em seu impacto. Essa concepção pode se aproximar ao equivalente “mundo industrializado”, em que o industrialismo é uma das dimensões institucionais, porém não a única (Giddens, 2002). A alta modernidade ou modernidade tardia, por sua vez, está relacionada ao desenvolvimento das instituições modernas, caracterizada pela radicalização e globalização da “modernidade” (Giddens, 2002).

A família constitui-se, então, como complexo sistema que tem íntima relação com os processos de transformação histórica, social e cultural (Cúnico e Arpini, 2013). As pessoas são moldadas por uma ideologia de família, transmitida através da interação social (Galán, 2009).

O afeto/amor, após a revolução industrial, torna-se elemento constitutivo importante da vida familiar e aqueles(as) indivíduos que antes (era pré-moderna) eram considerados enquanto mão-de-obra para a empresa familiar, segurança na velhice e até mesmo como um caminho para a perpetuação familiar, passam a ter um valor essencialmente afetivo<sup>18</sup>. Dessa forma, a felicidade dos indivíduos torna-se valor central nas famílias. Isso evidencia que as concepções modernas da família, com a ênfase crescente na afeição e escolha, revolucionaram concepções tradicionais da família conjugal (Fonseca, 2004).

Então, torna-se importante compreender que ainda que o valor família tenha relevância para a sociedade brasileira e pareça ser um conceito único, imutável e aplicável a toda e qualquer realidade, ao falarmos de família evocamos diferentes significados, a depender da camada social de onde parte essa fala, da realidade a partir da qual se constrói esse sentido, como nos grupos menos favorecidos economicamente, para os quais a concepção de família reside nas atividades domésticas do cotidiano e nas redes de auxílio recíproco (Fonseca, 2005). Essa rede pode principalmente estabelecer uma

---

<sup>18</sup> Em sua obra “O Processo Civilizador: uma história dos costumes”, Norbert Elias (1994) aponta como o conceito de “civilização” faz referência a uma série de fatos – como, por exemplo, os costumes e as formas como homens e mulheres vivem juntos – e é um conceito que expressa a consciência que o Ocidente tem de si mesmo. Para o autor, com a palavra “civilização”, ainda que tenha diferentes significados para diferentes nações ocidentais, a sociedade ocidental procura descrever o que lhe atribui caráter especial, como a natureza de suas maneiras e sua visão de mundo, por exemplo. Argumentamos então, que essa construção de família também é fruto de um processo civilizador. Isso ocorre porque quando as pessoas constroem sentidos para significar a família, estão expressando o que a sociedade aparentemente experimenta em comum acerca desse tema, comunicando isso através dessas concepções. Assim, as pessoas podem não saber exatamente o motivo desse significado e dessa delimitação, mas as utilizam porque lhes parece natural, porque desde a infância aprendem a enxergar o mundo através desses conceitos, ainda que o processo social de sua origem já esteja há muito olvidado. Na transmissão desses conceitos de uma geração à outra, eles sobrevivem enquanto essa cristalização de experiências progressas e situações retiverem um valor existencial, uma atribuição na existência concreta da sociedade. É dizer, enquanto as gerações seguintes conseguirem dar sentido às suas próprias existências no significado dessas palavras (Elias, 1994).



moralidade constituída por regras de mutualidade, deveres e dádiva quando falamos de famílias pobres (Machado, 2001).

Assim, compreendemos a relevância da “parentela extensa”, nítida nas camadas em que os desafios da vida e das relações sociais reforçam as redes de ajuda mútua, que passam a ser indispensáveis (Fonseca, 2004). As famílias pobres, então, se ampliam horizontalmente em uma troca de recursos que pode não ser sempre pacífica, mas é sempre constante (Fonseca, 2005).

A promoção da família nuclear nas camadas de baixa renda tem suas vantagens no que é concernente à ordem pública. A ideia do “lar doce lar” dá ao operário, uma opção atraente ao bar e às obrigações da família conjugal podendo até mesmo dissolver a solidariedade estabelecida nas confrarias de trabalhadores (Fonseca, 1995).

Portanto, a família é utilizada como instrumento do Estado, adquirindo, com essa noção de proteção, uma força abrangente por tratar-se de normas arraigadas no sistema de valores, constituindo-se como uma maneira de institucionalizar a família e da qual se torna muito difícil escapar (Fonseca, 1995). O valor metafórico da casa acaba por significar o valor família, pois o lar passa a ordenar as relações familiares de forma distinta, frequentemente oposta ao “mundo da rua”, que contempla a noção de uma certa “universalidade de direitos” ao mesmo tempo em que abarca a impessoalidade (Machado, 2001). Enquanto isso, nas camadas médias o significado de família aparece vinculado especialmente à autonomia e ao individualismo (Fonseca, 2005; Machin, 2014).

As relações familiares ainda ocupam posição importante na forma como nós significamos o mundo, pois quando falamos de família, evocamos uma série de valores que (con)formam nossas identidades e atribuem sentidos às nossas existências (Fonseca, 2004). Além de ter esse aspecto simbólico, a ideia de família tem papel relevante na construção das Políticas Públicas, o que faz que seja necessária “uma linguagem para falar desse conjunto de valores e práticas familiares sem cair no erro do passado - de imaginar um modelo homogêneo, coerente, hegemônico” (Fonseca, 2004, p. 59).

Assim, ao refletirmos sobre família e determinação social, buscamos nas Políticas Públicas como essas construções se interconectam ao que se pôde identificar como possíveis lacunas, para se pensar a questão da família e da transexualidade. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais traz em seu texto que:

[...] tem como marca o reconhecimento dos **efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT**. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para **mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais**. Esta Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a **integralidade** e com a efetiva participação da comunidade (Brasil, 2013a, p. 8 [destaques nossos]).

Entretanto, apesar de mencionar o cuidado em saúde integral<sup>19</sup> e de mudanças na determinação social da saúde, quando procuramos pela palavra “família”, ela aparece no texto da Política LGBT em apenas duas situações:

É nesse contexto que questões como a união civil, o reconhecimento das famílias homoparentais, a redução da violência, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, entre outras situações de desigualdades de direitos, passam a compor o conjunto das agendas políticas governamentais (p. 11).

A impossibilidade de manifestar sua orientação sexual no interior da família e nos locais públicos define para os gays o destino do exercício clandestino da sexualidade. Essa situação os leva a frequentar lugares e situações desprovidos de condições favoráveis à prevenção de doenças (p. 16).

É possível verificar então que, apesar de reconhecer os efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT, a Política não aborda a relação da família com o cuidado em saúde das pessoas LGBT, em especial as *trans*. Na própria Política (Brasil, 2013a), há o relato de sua construção histórica, que inicia com o movimento de homens gays, com foco no enfrentamento do HIV/AIDS, integrando os demais

---

<sup>19</sup> A integralidade da atenção, no cenário de cada serviço de saúde, poderia ser compreendida como a busca da equipe de saúde para traduzir e atender, da melhor maneira possível, as necessidades das pessoas, sempre complexas mas, especialmente, tendo que ser captadas, compreendidas e abordadas em sua expressão individual (Cecilio, 2001).

segmentos da população LGBT na busca por um cuidado integral e equânime ao longo dos anos.

Será que por não ter sido o foco de onde partiu a construção da política e pela ausência, a princípio, de aspectos biomédicos que correlacionem as famílias ao cuidado em saúde da população *trans* é que não haja ainda na Política o enfoque das famílias das pessoas *trans* em sua abordagem? A construção das necessidades em saúde da população *trans* nessa Política parece ancorar-se, ainda, principalmente no discurso médico-científico:

A rua e a prostituição acarretam também maiores riscos de contrair DST/Aids e mais violência, o que torna esse grupo ainda mais vulnerável. A depressão, as crises de ansiedade e sensações de pânico parecem ser frequentes entre as travestis. [...] Outra questão importante são as frequentes notícias divulgadas pela imprensa sobre mortes de travestis, devido à aplicação do silicone industrial, utilizado para promover as mudanças para a feminização do corpo. [...] A restrita experiência dos serviços de saúde que lidam com a transexualidade feminina constitui evidência sobre o intenso sofrimento dessas pessoas ao não se reconhecerem no corpo biológico. [...] Outro grave problema para a saúde de transexuais e travestis é o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios femininos. Há reconhecida relação entre o uso de hormônios femininos e a ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infarto do miocárdio entre outros agravos, resultando em mortes ou sequelas importantes. Da mesma forma, os transexuais masculinos demandam acesso aos procedimentos de mastectomia e de histerectomia. [...] A falta de respeito ao nome escolhido pelas pessoas travestis e transexuais configura-se como uma violência que acontece diariamente nas suas vidas sociais. (Brasil, 2013a, p.14-15)

Nesse contexto, no qual se evita falar em família, no singular, mas sim em famílias (Cúnico e Arpini, 2013), considera-se que não está se falando da “família” das pessoas *trans*, mas sim das “famílias” em suas multiplicidades de conceitos e dinâmicas de relações. Com isso, reitera-se a importância de um fazer pesquisa que considere essas questões para ampliar as práticas de cuidado integral, bem como das próprias Políticas Públicas.

#### 1.4 Transexualidade, cuidado e saúde

Há inúmeras situações problemáticas enfrentadas pelas pessoas *trans* dentro do contexto social, como o acesso ao cuidado em saúde, o preconceito familiar, escolar, afetivo e profissional e, nesse aspecto, a discriminação é uma constante nos discursos sobre pessoas *trans*, o que contribui de forma negativa no processo saúde-adoecimento-cuidado dessas pessoas (Carvalho, 2006).

O “Report of the 2015 U.S. Transgender Survey” mostrou que 39% das pessoas *trans* entrevistadas já experienciou estresse psicológico sério (esse número, na população dos Estados Unidos, é de 5%). Evidenciou-se também que 33% dos(as) respondentes relataram ter tido pelo menos uma experiência negativa com profissionais de saúde (por exemplo, ter sido verbalmente assediado(a) ou ter sido impedido de ter acesso a tratamento de saúde) devido às suas identidades de gênero. Além disso, 23% dos(as) respondentes afirmaram ter evitado procurar os(as) profissionais de saúde quando necessitavam, pelo medo de serem maltratados(as) por serem pessoas transexuais (James et al., 2016).

Além disso, observa-se que o mercado de trabalho é limitado para essa população, surgindo, principalmente, subempregos, onde vínculos mais estáveis com carteira assinada, por exemplo, são esporádicos. Infelizmente, ainda é no escuro da noite que se concentra a maior porcentagem da carreira profissional e da visibilidade das travestis e transexuais, onde o preconceito torna a prostituição uma solução imediata e rápida (Carvalho, 2006).

Assim, destaca-se que as pessoas *trans*, para além da discriminação e das violências sofridas, têm dificuldade para inserir-se no mercado de trabalho formal e seus sofrimentos ultrapassam as questões advindas da tentativa de transgressão das normas de gênero incorporadas. Destarte, a rejeição familiar e social são aspectos importantes, causam sofrimento a essas pessoas e faz com que, em algumas situações, elas busquem viver em correspondência às normas sociais esperadas para suas genitálias de nascimento. Ou seja, procurem proteger-se de situações de violência e discriminação, ainda que

essa situação lhes cause sofrimento, desconforto e desamparo (Sampaio e Coelho, 2012).

As pessoas *trans* não conseguem, muitas vezes, frequentar escolas, são banidas de seus lares, não acessam facilmente o mercado formal de trabalho muito menos os espaços cotidianos de interação social. Isso faz com que mobilizem as instituições sociais (serviços de saúde, justiça, entre outros) em busca da legitimidade de suas existências, anunciando o que é interpretado por muitos(as), como vidas transtornadas, incapazes de atribuir significados às suas dores (Bento, 2008).

Desse modo, uma pessoa só determina o sentido do gênero “próprio” na medida em que existem normas sociais apoiando e possibilitando o ato de reivindicar o gênero para si mesma. Ou seja, a pessoa é dependente deste contexto externo para reivindicar o que é seu (Butler, 2004).

O primeiro marco legal no Brasil, concernente à saúde da população *trans*, é a Resolução nº 1842 de 19 de setembro de 1997 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Essa resolução autorizava, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários, apontando-as como estratégia de “tratamento dos casos de transexualismo” (Brasil, 1997). Além disso, enumerava critérios para se definir o que no texto é denominado como “transexualismo” como, por exemplo, o desejo de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias de um sexo para “ganhar” as do sexo oposto e a permanência desse “distúrbio” de forma linear por, pelo menos, dois anos. A cirurgia, então, era condicionada ao diagnóstico médico de “transexualismo”, à idade acima de 21 anos e à avaliação de equipe denominada multidisciplinar, composta por médico-psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social, podendo ser apenas realizada em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados à pesquisa.

A construção desse marco legal para a cirurgia de transgenitalização e procedimentos afins decorreu de um processo demorado, marcado por diversos debates que se iniciaram em 1979 (Arán, Murta, Lionço, 2009).

Nesse ano, pela primeira vez foi feita uma consulta ao CFM acerca da inclusão de próteses mamárias em pessoas do sexo masculino, que orientou a necessidade de uma Resolução, abrangendo as questões de cirurgias desse tipo, levando em conta o “consentimento legítimo”, a “perícia ampla”, ao que cita as áreas de Psiquiatria, Endocrinologia, Cirurgia, Genética e áreas afins, além de destacar a necessidade de passagem prévia pelo Conselho e as ressalvas em “casos de emergência” (Brasil, 1980; Arán, Murta, Lionço, 2009).

Em 09 de Janeiro de 2020, o CFM publicou a Resolução CFM nº 2265/2019, que dispõe sobre o cuidado específico às pessoas transexuais. Dentre as principais mudanças anunciadas, estão a redução de 21 para 18 anos da idade mínima para realização de cirurgia de transgenitalização, a redução de 18 para 16 anos da idade mínima para início do tratamento hormonal, a redução do tempo de acompanhamento pré-cirúrgico de 2 anos para 1 ano, além da discussão sobre bloqueio hormonal (segundo a Resolução, trata-se de “interrupção da produção de hormônios sexuais, impedindo o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários do sexo biológico”, (p. 6) e projeto terapêutico singular para as pessoas transexuais.

Entre todas as mudanças e eventuais críticas às definições e tentativas de controle que a resolução estabelece para as vidas *trans*, é pertinente destacar o tema foco de estudo desta tese, já que nessa resolução é feita a menção da família como relevante para o cuidado em saúde integral das pessoas *trans*. Nesse documento, a presença dos familiares é considerada fundamental para o projeto de cuidado das pessoas *trans*, devendo os familiares serem integrados ao cuidado através do consentimento das pessoas *trans* e, também é considerada a integração com diferentes serviços e profissionais da saúde. Entretanto, destaca-se que a Resolução não especifica a que família se está referindo.

No Brasil, desde 1988 a Constituição Federal tem a saúde como um direito e o Sistema Único de Saúde (SUS) ancora-se nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Desde 2008 o Processo Transexualizador visa garantir no SUS o direito das pessoas *trans* não apenas à cirurgia de redesignação sexual, como também expressa uma série de

ações necessárias para que o direito à saúde se cumpra no contexto de suas vivências de transição de gênero.

Atualmente, a atenção à saúde da população *trans* no Brasil é regida pela Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>20</sup>. Para realizar a cirurgia, a pessoa transexual deve ser acompanhada previamente por dois anos por uma equipe multidisciplinar em Ambulatório de Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador.

Destaca-se que ao longo do Processo Transexualizador no SUS, o movimento social de travestis e transexuais foi fundamental para a ampliação das garantias do direito à saúde a essa população (Brasil, 2013a). Nesse sentido, observa-se que inicialmente esse movimento foi protagonizado pelas travestis e tinha/tem, aparentemente, dois modelos em sua organização. Um deles relacionado à sua auto-organização, geralmente associada a uma resposta à violência policial em cenários de prostituição. A outra forma é geralmente vinculada à ação de ONGs ligadas ao movimento gay e/ou de luta contra o estigma vinculado ao HIV/Aids.

Ao longo dos anos, esses movimentos foram incorporando outras lutas, com a presença da população transexual no cenário político a partir dos anos 2000 (Carvalho e Carrara, 2013). Neste sentido, destaca-se que em 2006 o movimento *trans* garante um assento no Conselho Nacional de Saúde,

---

<sup>20</sup> Não serão foco desta análise as tensões na construção e implementação do Processo Transexualizador no SUS. Entretanto, é importante refletir sobre como as construções para o cuidado em saúde da população *trans* são sempre alvo de disputas, ao que importa destacar a citação de Teixeira (2016) ao analisar a Carta DesaBAFO da pesquisadora Berenice Bento, em reação ao seminário para avaliação do Processo Transexualizador do SUS em 2012. Segundo a autora, “Berenice Bento ‘estranhava’ a estratégia do Ministério da Saúde, uma vez que esse espaço – as reuniões para discussão das normativas – sempre se configurou como hegemonicamente pertencente ao saber médico/psi. Eram evidentes as disputas em torno da reformulação da portaria ocorridas naquele seminário e o incômodo presenciado quando pesquisadoras(es) da área de ciências humanas e integrantes do movimento social foram supostamente autorizados a falar num campo em que o saber médico reivindica hegemonia” (p. 4). Ainda assim, é possível encontrar na obra “Transexualidade e Travestilidade na Saúde”, texto publicado pelo Ministério da Saúde em 2015, pessoas *trans* reconhecendo o avanço que o Processo Transexualizador teve ao longo dos anos e o quanto ele e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) são importantes para a melhoria na atenção da saúde da população *trans* no Brasil, mas que, ainda assim, nada está garantido e há muitas lutas para assegurar e aperfeiçoar o direito à saúde das pessoas *trans* em nosso país.

ampliando sua participação política no debate e proposições de políticas públicas (Brasil, 2013a). Em 2009, observa-se, também, o lançamento de um plano nacional para promoção da cidadania LGBT a partir das demandas do movimento social LGBT, que viabilizaram a construção da própria Política Nacional de Saúde Integral para a população LGBT como do próprio Processo Transexualizador do SUS (Monteiro e Brigeiro, 2019).

Dados publicados em 2017, ano seguinte à concepção desta investigação, indicavam a existência de seis serviços ambulatoriais no Brasil destinados ao atendimento da população *trans* (Popadiuk, Oliveira, Signorelli, 2017) Rocon et al. (2019) apontam que até 9 de setembro de 2018 existiam dez serviços de saúde habilitados no SUS para a oferta do Procedimento Transexualizador, sendo um na Região Nordeste, um na Região Centro-Oeste, dois na Região Sul, seis na Região Sudeste e nenhum na Região Norte<sup>21</sup>. Assim, os(as) autores(as) refletem acerca da necessidade de expansão do alcance do Processo Transexualizador no SUS, especialmente para a região Norte do Brasil, ao que também acrescentam que essa expansão necessitará de investimentos do Ministério da Saúde para ampliar a formação de recursos humanos, pesquisas e a disponibilização de insumos para pleno funcionamento desses serviços de saúde.

Na falta de ações que facilitem o acesso das pessoas *trans* aos serviços de saúde, essas permanecem afastadas deles, e para transformar essa realidade é necessário que suas concepções/demandas sejam ouvidas, compreendidas e passem a integrar a rotina dos serviços e as Políticas Públicas. Assim, poder-se-á intensificar em todo o Sistema de Saúde a sensibilidade de gestores e profissionais da saúde para o respeito, a legitimação da vida e das demandas, bem como do cuidado integral às pessoas *trans* (Simpson, 2015).

---

<sup>21</sup> Os(as) autores(as) citam como referência dessa informação a página na Internet do Ministério da Saúde disponível no seguinte link: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/processotransexualizador-no-sus/acesso-e-regulacao>. Ao acessar essa página em 22/10/2019 às 15h13, para confirmar e atualizar esses dados encontrou-se a seguinte mensagem: “pedimos desculpas pelo inconveniente, mas a página que você estava tentando acessar não existe neste endereço”.



Na construção do Processo Transexualizador no SUS pesavam a judicialização da regulamentação e o custeio do procedimento de transgenitalização, além da possibilidade ofertada pelo Ministério da Saúde para que a sociedade participasse da estruturação dessa Política Pública. Na construção dessa normativa, destacou-se a necessidade de despatologizar a transexualidade, como caminho para a promoção da saúde a partir da compreensão da pluralidade na transexualidade, tendo em conta a autonomia de cada pessoa *trans*, para decidir quais intervenções eram adequadas para sua qualidade de vida, o que fez com que as cirurgias fossem compreendidas como parte ou não desse processo, deixando de lado o viés medicalizador e correcional e trazendo foco para a efetivação do direito à saúde integral (Lionço, 2009).

Pensando em saúde há que se pensar também em cuidado. Quando se fala de cuidado, humanização ou integralidade, quase sempre se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende (Ayres, 2004). Além do mais, o cuidado pode ter uma série de sentidos dentro do próprio campo da Saúde Coletiva. Como uma perspectiva ontológica, o cuidado biomédico, está relacionado, principalmente, na observação e intervenção sobre as causas de adoecimento (Contatore, Malfitano e Barros, 2017). Nesta perspectiva, para esses(a) autores(a), há uma objetivação da doença e o paciente torna-se um “portador”, e seus aspectos subjetivos do processo do adoecimento são pouco considerados.

Em uma abordagem sobre o cuidado contemporâneo, observa-se a existência e tendência de um maior intervencionismo, com produção de processos de medicalização e sofrimento sociais. Assim, identifica-se um modelo de cuidado prescritivo e que busque garantir o bom êxito do tratamento. Entretanto o cuidado pode ser compreendido como um conhecimento tático, ou seja, como uma prática pessoal coletiva construída que busca promover uma maior autonomia na escolha e tomada de decisões. Sendo essas perspectivas de cuidado permeadas por aspectos políticos e culturais (Contatore, Malfitano e Barros, 2017).

Destarte, o cuidado pode ser compreendido por meio de uma perspectiva teleológica, a qual problematiza as finalidades, os “fins”, relacionados às práticas do cuidar. Desta forma, Contatore, Malfitano e Barros (2017) debatem sobre a proposição de um cuidado que seja reorientado para práticas emancipatórias, rompendo com relações unilaterais em que somente o profissional de saúde determine o cuidado e, conseqüentemente, promovendo relações mais horizontais. Assim, visibiliza-se as necessidades interpessoais e promove-se o cuidado como uma prática relacional.

Quando se fala desses tópicos concernentes ao cuidado destaca-se como ele se concretiza na interação entre o individual e o coletivo. Isso porque a própria ideia de valor só se concebe na perspectiva de um horizonte ético, que faz sentido no convívio com um outro. E porque a própria construção das identidades individuais se faz, na interação com o outro, nas diversas relações nas quais qualquer indivíduo está imerso, já antes mesmo de nascer (Ayres, 2004).

Isso também ocorre, pois não apenas os horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente. Mas também os obstáculos à superação destes horizontes. Assim, compreende-se que coletivamente se consegue construir respostas para superar os desafios, o que torna fundamental pensar os valores contra fácticos associados à saúde conjuntamente com a interação social advinda dessa experiência (Ayres, 2004).

Assim, a gestão dos recursos para enfrentar as situações de adoecimento é fruto da organização social, em que os objetivos e formas são continuamente construídos. Por isso, para se estabelecer o cuidado, além de direcionar recursos na problematização e mudança das questões que permeiam as interações sociais nos atos de cuidar, é fundamental atuar nos sentidos, concepções e significados sociais de adoecer. Dessa forma, poder-se-á dispor das tecnologias disponíveis para que se possa enfrentá-los e, assim, tentar superar as dificuldades para concretizar o cuidado integral das pessoas (Ayres, 2004).

O cuidado como uma prática relacional baseado em uma concepção de diferença e interdependência, afeta aquele que cuida e quem está sendo cuidado, e por isso é permeado por uma série de questões morais como o que significa “cuidar de” outros (Tronto, 1997). Uma das possibilidades para a efetivação de um cuidado integral em saúde poderia ser considerar os espaços íntimos do cotidiano daqueles que cuidam e dos que são cuidados para problematizar as idealizações em torno das identidades, tendo em conta que, a construção idealizada das performances de gênero produz categorizações e exclusões (Bento, 2008). A construção de supostas verdades acerca dos gêneros determina quais performances são falsas ou não, “condenando a uma morte em vida, exilando em si mesmos os sujeitos que não se ajustam às idealizações” (p. 44).

Nesse contexto, é possível perceber como o cuidado no âmbito das relações sociais e em especial familiares pode ter impacto, positivo ou negativo, no processo saúde-adoecimento-cuidado das pessoas, em especial das pessoas *trans*. Mágoa, tristeza, abandono e solidão são os sentimentos recorrentes das pessoas transexuais, com a família de origem apresentando-se nas memórias das pessoas *trans* como uma promessa de cuidado não cumprida (Bento, 2006). Assim, essa “promessa” aliada ao medo do futuro e à falta de “um repertório discursivo que lhes permitissem entender por que seus familiares as puniram com tanta violência” (Bento, 2012, p. 280) podem reverberar nas concepções de família, identidade e saúde. Ao apreender essas concepções, poder-se-á compreender de que formas a família de origem provoca tantos sofrimentos (e até mesmo adoecimentos) às pessoas transexuais, na dinâmica de suas relações familiares.

Destaca-se que a literatura indexada tratando do tema evidencia que as pessoas *trans* geralmente sofrem do que é chamado, em uma tradução literal, de “estresse de minorias” (no inglês, “*minority stress*”). Isso ocorre quando o estresse é induzido por preconceito, estigma e discriminação, aumentando as taxas de sofrimento psicológico, contribuindo para problemas de saúde e bem-estar (Bockting et al., 2013; Winter et al., 2016).

Esse tipo de estresse, considerando as pessoas jovens, é ainda mais pronunciada para os(as) *trans* e em não conformidade com o sexo biológico do que em relação aos(às) jovens homossexuais (embora se deva observar que não é incomum que as categorias se sobreponham). Afinal, há maior oportunidade de manter informações sobre seus parceiros ou desejos sexuais no armário da família do que esconder uma performance identitária. A pessoa *trans*, desde a infância, pode ser assediada, abusada ou rejeitada pelos membros da família por ser diferente do comportamento esperado pelo seu sexo de nascimento, como resultado de comportamentos de pais ou mesmo irmãos(ãs), que são movidos por medo, ansiedade ou ódio (Ehrensaft, 2011).

O Projeto de Aceitação Familiar da San Francisco State University, por exemplo, teve como enfoque o papel do apoio da família na saúde mental de jovens gays, bissexuais e transexuais. Seus resultados evidenciam que para esses(as) jovens a rejeição da família associa-se a altas taxas de depressão, ideação suicida, tentativas de suicídio, abuso de substâncias e riscos à saúde. De acordo com esse Projeto os pais e os cuidadores principais têm um papel fundamental para a promoção e manutenção da saúde e do bem-estar dos jovens, sendo importante ter atenção à influência deles nesses aspectos (Ryan et al., 2010; Ehrensaft, 2011).

O Projeto de Aceitação Familiar (Ryan et al., 2010) descobriu que jovens LGBT ao relatarem baixos níveis de aceitação familiar tinham maior probabilidade de estarem deprimidos, abusar de substâncias, envolver-se em comportamento sexual de risco e ter pensamentos e tentativas suicidas. Entretanto, nessa coorte de 245 participantes, apenas 9% identificaram-se como *trans*, o que permitiu generalizações limitadas para jovens *trans*. Assim, investigações sobre o papel dos pais e seu impacto nas vidas e na saúde das pessoas *trans* são necessários (Le et al., 2016).

A pesquisa de Ross-Reed et al. (2019) evidenciou que para os(as) adolescentes das denominadas minorias de gênero (não-cisgêneros), o apoio familiar foi associado a menores índices de violência sexual e automutilação, enquanto o apoio escolar foi associado a menores chances de violência nos relacionamentos e autolesão não suicida. Essa pesquisa aponta que pode ser

necessário apoio adicional para reduzir os danos entre estes adolescentes, por terem maior risco de violência e suas sequelas.

No contexto de saúde das pessoas transexuais torna-se importante ressaltar, que a construção de uma identidade de gênero não deve ser encarada como algo fixo, imutável e constante. O corpo e a identidade passam por diversas transformações ao longo da existência de uma pessoa *trans*, havendo aí performances de gênero e identidades de gênero como questões não definitivas na vida. Assim, pensar os corpos e identidades *trans* como fixos, simplesmente saindo de um polo masculino/feminino direto para um polo feminino/masculino, é não admitir as interfaces presentes entre as mais diversas formas de existir e expressar-se em relação ao gênero (Bento, 2008).

Além do mais, estudos com as famílias *trans* concluem que a questão da identidade de gênero no âmbito das famílias é um processo que envolve todos os seus membros e os aspectos qualitativos das relações podem ter maior importância do que a estrutura da família em si. A ajuda e o suporte adequados às famílias com pessoas *trans* está usualmente em falta (Patterson, 2006; Short et al., 2007).

Nesse sentido, há o apontamento na literatura indexada consultada de que as pesquisas futuras precisam investigar o tipo de suporte necessário para essas famílias<sup>22</sup>. Em geral, a falta de apoio profissional qualificado para entender e atender às demandas do cuidado em saúde das pessoas *trans* e de seus familiares é um aspecto a ser repensado, pois diferentes estudos Menvielle; Tuerl; Jellinek (2002); Di Ceglie e Thümmel (2006); Grossman et al. (2005); Johson e Benson (2014); Kivalanka et al. (2014); Malpas (2011), concluíram acerca da necessidade por suporte profissional específico para essas famílias (Dierckx et al., 2016). O acesso à saúde das pessoas transexuais é, em regra, marcado por discriminação, desrespeito e concluem ser constante a necessidade de educar os(as) profissionais de saúde para

---

<sup>22</sup> Considera-se que é preciso entender de que famílias e de que pessoas *trans* se está dizendo, para atender a essa demanda. Também é fundamental explicitar em qual contexto ocorre esse suporte. Nesse sentido, no presente estudo se buscou estar atento a esses aspectos na construção da análise.

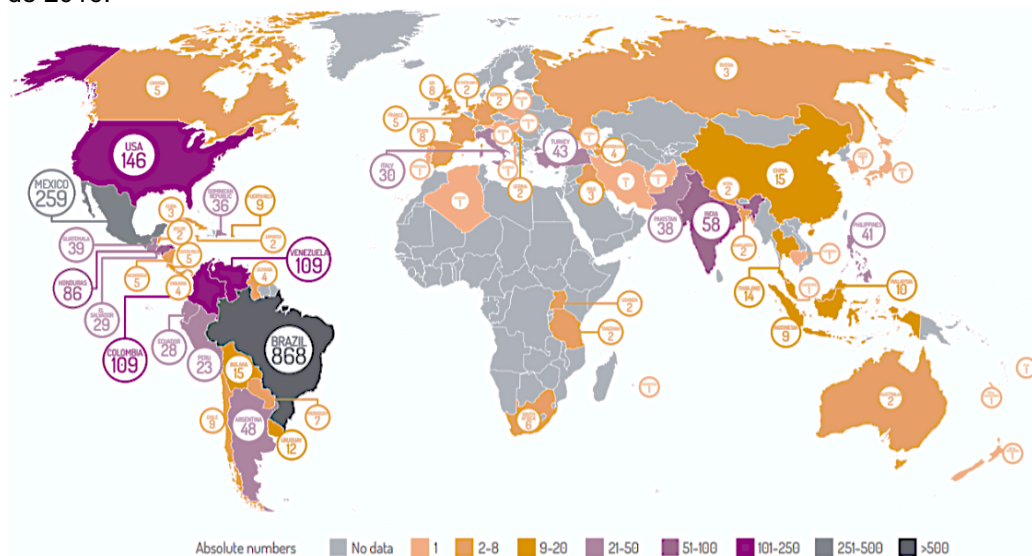
entender as especificidades das pessoas transexuais no contexto do processo de determinação (Monteiro e Brigeiro, 2019).

A dificuldade para acessar os serviços de saúde para além daqueles voltados exclusivamente às pessoas transexuais pode aumentar os custos para os sistemas de saúde, resultando na hiperutilização dos serviços de urgência e emergência, contribuindo com elevadas taxas de morbidade e mortalidade. A educação em saúde relativa às transexualidades pode aperfeiçoar o conhecimento e a confiança dos(as) futuros(as) profissionais de saúde para atender à população *trans* (Jaffee, Shires and Stroumsa, 2016).

Dessa forma, mostra-se o quão necessário se torna compreender e trabalhar com as pessoas *trans* e suas famílias atualmente, no âmbito do cuidado, compreendendo-as em sua integralidade, com o intuito de promover saúde e prevenir agravos a partir da perspectiva da determinação social do processo saúde-adoecimento-cuidado. Além do mais, é importante ponderar que em relação à família, conforme abordado por Carsten (2000), adotamos a noção de *relatedness* que reitera a relevância de se considerar o processo pelo qual tanto os laços estabelecidos pela consanguinidade como aqueles forjados a partir de outros contextos sociais se articulam e se transformam mutuamente. Por isso, nesta pesquisa a compreensão de família não se restringe aos laços consanguíneos, mas considera também outras outras configurações, como aquelas estabelecidas pela afinidade.

No concernente às questões de cuidado com as pessoas *trans* em nosso país, há que se considerar que o Brasil é o país do mundo com os maiores índices de assassinatos contra a população *trans* (Figura 01) e a produção de conhecimento para o enfrentamento dos determinantes sociais de gênero e orientação sexual é caminho fundamental para melhorar o cuidado em saúde dessa população (Brasil, 2013a).

**Figura 01:** Monitoramento de assassinato de pessoas *trans* - 2190 casos relatados de pessoas *trans* e com diversidade de gênero assassinadas entre janeiro de 2008 e junho de 2016.



**Fonte:** Transgender Europe (TGEU). Disponível em: <[www.transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring](http://www.transrespect.org/en/map/trans-murder-monitoring)>.

Assim, identificamos que a construção dos corpos e identidades *trans* como patológicos pelo discurso médico-científico e as situações de preconceito e violência advindas da família de origem das pessoas *trans*, são fatores relevantes para se pensar o cuidado em saúde delas e deles, bem como das Políticas Públicas relacionadas a essas questões. Afinal, o que é família, transexualidade e saúde para as pessoas transexuais e seus familiares? Qual a relação que se estabelece entre família, transexualidade e saúde? Há diferenças nessas construções a depender da camada social dessas pessoas? Interessa saber como as histórias de vida dessas pessoas se dão, na construção fluida e mutável de seus corpos e identidades e, como no encontro desse processo com a família, se deslindam as relações de (des)cuidado, (des)afeto e (des)integração.

## **2.0 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender as construções de sentidos que emergem da dinâmica das relações familiares a partir das performances identitárias de pessoas transexuais em atendimento em um ambulatório direcionado exclusivamente para o cuidado em saúde integral de transexuais e travestis.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Identificar as concepções de família, identidade e saúde das pessoas transexuais e familiares atendidas nesse serviço de saúde;
  
- Analisar as semelhanças e diferenças dessas concepções a partir das performances de gênero, etnia e renda, tendo em conta também as diferenças entre pessoas transexuais e familiares;
  
- Problematizar como as concepções de família, identidade e saúde das pessoas transexuais e familiares se relacionam com o contexto da pesquisa e deslindar as principais implicações disso.



### **3.0 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

#### **3.1 A Pesquisa Qualitativa como estratégia para alcançar os objetivos do estudo**

Diante dos objetivos apresentados, a pesquisa de natureza qualitativa mostra-se adequada ao propósito do estudo e do problema em investigação pois permite compreender como os sentidos e significados de família, saúde e a relação entre ambos ocorre, explorando suas tensionalidades e potencialidades. Nesse contexto, optou-se pela abordagem etnográfica que busca estudar a cultura de um determinado grupo social, explorando seus sentidos e significados, bem como a (re)construção destes. Desta forma, através da descrição etnográfica busca-se descrever e analisar uma determinada experiência, não apenas descrevendo e analisando o óbvio, mas elaborando linguisticamente o 'visto' e o 'invisível' percebido nesse contato (Laplantine, 2004).

Há na etnografia um interesse por questões cotidianas, uma preocupação genuína de assumir uma posição crítica em relação aos preconceitos, uma postura contrária à de 'observador onisciente', uma valorização da experiência para sedimentar a escrita. Dessa forma, o texto da etnografia privilegia a extra textualidade, trata de fenômenos sociais, fornece informações cronológicas e de situação espacial precisas. Segue ainda uma exigência de totalidade, não para descrever 'tudo', mas para estabelecer relações entre as partes e o todo (Laplantine, 2004).

Destarte, um estudo etnográfico é baseado em uma abordagem reflexiva, que reconhece a posição do pesquisador em um determinado espaço histórico, social e geográfico. Implica as reflexões necessárias em termos do campo de produção e interpretação das informações e experiências. Ou seja, promove uma interação constante entre o campo de investigação e o problema de pesquisa, por meio da qual possíveis mudanças

de rota fazem parte do processo de pesquisa. Nesse sentido, procurou-se analisar em profundidade os contextos que confrontaram o trabalho de campo.

Na etnografia, as discussões metodológicas concentram-se nas questões referentes ao modo de relatar as descobertas em um campo, nos métodos de coleta e de interpretação de dados, e as estratégias metodológicas utilizadas nos campos em estudo baseiam-se muito na observação daquilo que está acontecendo no campo por meio da participação nele (Flick, 2009). Dessa forma, as entrevistas e as análises de documentos são integradas a essa pesquisa participativa, com o intuito de fornecerem informações adicionais ao campo.

Nos estudos com família, essa abordagem permite a apreensão do caráter multidimensional dos fenômenos estudados, bem como consegue captar diferentes significados de experiências vividas, falas e comportamentos interligados ao contexto (Böing, Crepaldi, More, 2008).

Os métodos concretamente aplicados fazem da etnografia uma estratégia que utiliza a triangulação de várias abordagens metodológicas em uma pesquisa (Flick, 2009). A triangulação é utilizada para nomear a combinação de diversos métodos, grupos de estudo, ambientes locais e temporais e perspectivas teóricas distintas para tratar de um fenômeno.

Utilizou-se nesta pesquisa a classificação proposta por Denzin (1989), realizando uma triangulação das fontes de dados, em que diferentes técnicas para construção de dados (entrevistas, grupos focais e diário de campo) somaram-se para compor a análise através da etnografia. Em síntese é possível dizer que essas técnicas foram escolhidas porque o diário de campo pode transformar o que é vivido em texto, auxiliando a construção da etnografia; os grupos focais podem permitir a construção de informações de diferentes contextos e histórias de vida em diálogo entre as pessoas e as entrevistas permitem aprofundar a compreensão do fenômeno estudado. Combinados, eles oferecem uma percepção ampliada dos significados que serão analisados nesta pesquisa.

A triangulação das fontes de dados foi conceitualizada como uma estratégia para a validação de resultados obtidos com métodos individuais, tendo seu foco sido cada vez mais direcionado para enriquecer e complementar o conhecimento, superando os potenciais epistemológicos (sempre limitados) do método individual (Flick, 2009). Assim, a triangulação, seja ela do método, do investigador, da teoria e/ou dos dados é um caminho estável para que se possa construir a(s) teoria(s) (Denzin, 1989).

### 3.2 A observação participante<sup>23</sup> e o diário de campo

A observação participante (Minayo, 2014) foi utilizada nessa pesquisa para compreender como operam as construções de sentidos de família, identidade e saúde com as pessoas *trans* e seus familiares. E, também, como essas construções (re)configuram a dinâmica das relações familiares, bem como impactam o cuidado em saúde das pessoas *trans* no cenário do serviço de saúde. Assim, a observação participante pode ser compreendida como um processo no qual a presença do observador é mantida em um dado contexto sociocultural. Nessa relação direta com quem é observado(a), os dados são coletados (Schwartz e Schwarts, 1955).

No presente estudo o pesquisador adota a postura de *Observador-como-Participante* (Raymond Gold, 1958). Essa postura costuma ser utilizada, frequentemente, como estratégia complementar ao uso dos grupos focais e entrevistas, nas relações com as pessoas, em momentos considerados

---

<sup>23</sup> Importante problematizar o termo “observação participante” com a contribuição reflexiva de Bourdieu em seu artigo: “Objetivação participante”. O autor significa “a objetivação dos participantes e não a observação, como se diz habitualmente. A observação do participante, como eu a entendo, designa a conduta de um etnólogo que a imerge, - ou imerge a ele mesmo, - em um universo social estranho para observar uma atividade, um ritual ou uma cerimônia, enquanto, idealmente, participa dela. [...] A objetivação do participante compromete-se a explorar não a experiência vivida do sujeito consciente, mas as condições sociais de possibilidade - e, portanto, os efeitos e os limites - dessa experiência e, mais precisamente, do próprio ato de objetivação” (Bourdieu, 2017, p.74-5). Assim sendo, considera-se fundamental destacar que a análise do campo a partir do que foi observado leva em conta a experiência vivida das pessoas em interação, considerando as condições e contextos que viabilizaram suas histórias de vidas.

importantes para efeitos da pesquisa. Trata-se de um modo de observação quase formal, em um curto espaço de tempo.

Os aspectos a serem observados são fundamentados pelos objetivos desta pesquisa, e seguem explicitados em roteiro (APÊNDICE 01). Assim acredita-se cumprir com os objetivos propostos, pois para compreender o processo saúde-doença das e nas famílias, é preciso apreender como ocorre a organização e o funcionamento das relações cotidianas (Pareja et al, 2016).

A observação participante articula-se com a etnografia, pois a etnografia não deixa de transformar o vivido em texto e a escrita funciona como uma recordação do vivido, sendo a tarefa da escrita parte constitutiva da etnografia: a elaboração ordenada da experiência vivida e sua transformação em um texto escrito (Laplantine, 2004).

Para colaborar com a execução desta etnografia, um instrumento valioso em termos de coleta de dados e que acompanhou a incursão do pesquisador no campo foi o diário de campo. O que foi observado e registrado nesse diário seguiu o roteiro de observação participante, apresentado no Apêndice 01. Nesse, o pesquisador fez, eminentemente, descrições e reflexões sobre as provocações, os incômodos e o que mais emergisse do seu encontro com o campo de pesquisa.

Esse instrumento subsidiou outras estratégias utilizadas (a saber, os grupos focais e a observação participante) e foi utilizado concomitantemente a elas, permitindo compreender e reconhecer as características e a imprevisibilidade do campo da pesquisa. Além do mais, esse instrumento permitiu registrar as impressões do pesquisador tanto a respeito do campo, como do processo da pesquisa. Importante considerar que as informações do diário de campo se constituem em “dados integradores”, “pois auxiliam tanto na compreensão, como na melhor contextualização da análise do campo de pesquisa” (Böing, Crepaldi, More, 2008, p. 260).

Nesse diário buscou-se apreender as características das pessoas, expressões corporais, reações às situações, interações entre as pessoas, ações que ocorreram no ambiente, circunstâncias físicas (incluindo sinais visuais, sonoros, temperaturas, cheiros etc.) e sentimentos. É necessário

pensar que os sentimentos envolvem uma variedade de características dentro de nós que são potencialmente importantes na pesquisa e que não devem ser ignorados (Yin, 2010). Sentimentos podem representar ainda intuições ou “pressentimentos” a respeito de uma situação, podendo fornecer caminhos possíveis para interpretar o que está acontecendo em uma dada situação (Yin, 2010), colaborando imensamente com a descrição etnográfica realizada.

Destarte, não se deve ignorar nossos próprios sentimentos, que apresentam situação a exigir corroboração ou rejeição pela triangulação com outros dados (Yin, 2010). Assim, notas descritivas e reflexivas foram registradas no diário de campo e, posteriormente, trianguladas com os dados obtidos das entrevistas e grupos focais, para a construção das categorias temáticas para análise na pesquisa.

### **3.3 As entrevistas semiestruturadas e os grupos focais**

A entrevista é, em síntese, uma conversa a dois, realizada através da iniciativa do(a) entrevistador(a), com o objetivo de construir informações pertinentes para o objeto de pesquisa e, também, permitir a abordagem pelo(a) entrevistador(a) de temas igualmente pertinentes, tendo em vista esse objetivo (Minayo, 2014). É por meio das entrevistas também que se processam as narrativas de vida, também denominadas “histórias de vida”, “histórias biográficas”, “etnobiografias” ou “etno-histórias” (Minayo, 2014).

Essa ferramenta de construção de dados foi utilizada para responder às perguntas desta pesquisa. A escolha pela entrevista se deu porque ela permite realizar a “captura” formal da fala, bem como do contexto de produção dessa fala. Nesse sentido, a entrevista em conjunto com a observação participante permite que o(a) pesquisador(a) tenha acesso às relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderáveis que pontuam o cotidiano (Minayo, 2014).

No contexto da pesquisa de campo etnográfica, utiliza-se, fundamentalmente, a observação participante. No entanto, ao realizá-la, as

entrevistas também assumem papel muito importante. A entrevista utilizada em combinação com as estratégias observacionais, pode trazer à tona de forma acentuada o problema geral da elaboração e da manutenção das situações de entrevista (Flick, 2009).

As entrevistas se caracterizam pela sua forma de organização e devem conter questões, que permitam revelar a maneira como as pessoas organizam seus saberes sobre determinado assunto e fornecer informações sobre as dimensões de significado utilizadas pelos informantes para diferenciar eventos em seu mundo (Flick, 2009). Os roteiros de entrevistas foram construídos a partir das orientações de Yin (2010) para as entrevistas qualitativas, explicitadas a seguir.

Assim, nas entrevistas a relação entre o pesquisador e o(a) participante não segue um roteiro rígido, ou seja, não há um questionário contendo uma lista completa de perguntas a serem feitas a alguém. O(a) pesquisador(a) nesse tipo de entrevista não adota um comportamento uniforme para todas as entrevistas e essas seguem um modo conversacional, constituindo-se em uma espécie de relacionamento social, com a qualidade da relação individualizada para todo(a) participante. O objetivo das entrevistas, então, é compreender os(as) participantes em seus próprios termos e como eles(as) constroem os sentidos de suas próprias vidas, experiências e processos cognitivos (Yin, 2010).

Os roteiros das entrevistas de usuários(as) e familiares (APÊNDICES 02 e 03) contêm perguntas abertas, amplas, feitas individualmente a usuários(as) ou familiares que aguardavam por consultas no serviço e que aceitaram participar da pesquisa enquanto esperavam em sala de espera. As entrevistas foram semiestruturadas, com seis tópicos centrais: (a) identificação social, (b) significados de família, saúde e transexualidade, (c) memórias e histórias relacionadas à transexualidade, (d) memórias e histórias relacionadas à família e à transexualidade, (e) cuidado em saúde e família; e (f) perspectivas futuras.

Outro componente desta pesquisa constituiu-se na realização de grupo focal com os(as) participantes. Entrevistar um grupo de pessoas é um

caminho para ampliar a situação de entrevista. Em síntese, as vantagens dos grupos focais residem no seu baixo custo, riqueza de dados, estímulo aos respondentes para lembrarem de acontecimentos e irem além dos limites das respostas de um único entrevistado. Além disso, as discussões em grupo podem revelar como as opiniões são geradas e, em especial, como são alteradas, defendidas e descartadas no intercâmbio social, podendo os grupos focais serem utilizados como simulações de discursos e conversas cotidianas, servindo para o estudo da geração das representações sociais ou do conhecimento social em geral (Flick, 2009).

A composição desses grupos focais buscou proporcionar que as especificidades de cada grupo pudessem emergir nas discussões, propiciando igualmente a identificação das pessoas no pertencimento ao grupo. Essa situação permitiu facilitar as trocas e produções de sentidos nesses espaços.

No contexto de determinados grupos sociais (no caso dessa pesquisa, das pessoas *trans* e seus/suas familiares) atingidos coletivamente por fatos ou situações específicas, desenvolvem-se opiniões informais abrangentes. Por conseguinte, sempre que entre as pessoas haja intercomunicação sobre esses fatos, eles se interpõem, influenciando normativamente na consciência e no comportamento dos indivíduos (Schrader, 1987).

Nesse sentido, os grupos focais foram idealizados para que as pessoas *trans* pudessem responder às perguntas da pesquisa, permitindo a interface delas no espaço de construções de sentidos no grupo e que a entrevista individualmente não permite construir. Os grupos focais idealizados para os familiares das pessoas *trans* tinham como intuito compreender, a partir da percepção desses(as) familiares, como se dão as dinâmicas de relações dessas famílias com a transexualidade e como elas interferem no processo saúde-adoecimento-cuidado das pessoas *trans*.

Os grupos focais foram semiestruturados, com seis tópicos centrais: (a) identificação social, (b) significados de família, saúde e transexualidade, (c) memórias e histórias relacionadas à transexualidade, (d) memórias e histórias relacionadas à família e transexualidade, (e) cuidado em saúde e família; e (f)

perspectivas futuras. Os roteiros dos grupos focais com usuários(as) e familiares são apresentados nos APÊNDICES 04 e 05.

### **3.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram considerados critérios de inclusão dos(as) participantes no estudo: (1) maioridade; (2) ser usuário(a) ou identificar-se como familiar de usuário(a) do Ambulatório e, no caso dos(as) usuários(as), identificar-se como sendo da população *trans*; (3) aceitar participar livremente da pesquisa.

Foram considerados critérios de exclusão dos(as) participantes na pesquisa: (1) ser incapaz de participar da pesquisa por qualquer motivo fornecido pelo paciente, família ou serviço de saúde; (2) recusar-se a participar da pesquisa em qualquer uma de suas fases.

### **3.5 Caracterização do serviço pesquisado**

O ambulatório onde esta pesquisa se desenvolveu é Centro de Referência Nacional para o cuidado em saúde voltado a travestis e transexuais, integrado ao serviço de uma Universidade Pública e está em atividade desde 2007. Ele foi escolhido como campo desta pesquisa por ter sido um dos primeiros serviços de saúde no país criados para esse fim. Além disso, o serviço está localizado na mesma cidade de residência do pesquisador na ocasião da coleta de dados.

Esse serviço nasceu como um eixo de um Programa de Extensão vinculado à Faculdade de Medicina da referida Universidade. Funciona no Ambulatório, vinculado ao Hospital das Clínicas da Universidade em questão,



tendo sido credenciado como serviço do SUS ao final do ano de 2016<sup>24</sup>. Além disso, há articulação com o movimento social, visando à garantia de direitos e diminuição de vulnerabilidades, como as ONGs *Trans* do município.

O ambulatório faz parte da Rede de Atenção à Saúde de um município da Região Sudeste, com aproximadamente 600 mil habitantes, com 108 estabelecimentos de saúde SUS, com cerca de 540 mil pessoas da população residente alfabetizadas e valor do rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares permanentes na zona urbana de R\$ 3119,74<sup>25</sup>.

O ambulatório funciona como serviço de referência para a Atenção Básica em relação ao cuidado integral em saúde para as pessoas *trans*, recebendo os(as) usuários(as) por livre demanda ou encaminhados(as) das Unidades Básicas de Saúde. Oferece elementos do cuidado de maior densidade tecnológica (em especial no que diz respeito à utilização de hormonioterapia) nas áreas de medicina, psicologia, enfermagem e serviço social, fazendo a contra referência desses(as) pacientes para a Atenção Básica sempre que necessário.

Os atendimentos ocorrem somente às sextas-feiras, das 13 às 18h em todas as áreas, exceto psiquiatria. Desde novembro de 2017 são realizados atendimentos de psiquiatria e psicologia nas sextas-feiras pela manhã (8h às 11h). No momento da realização do campo da pesquisa, faziam parte da equipe do ambulatório duas psicólogas, (uma enfermeira que atua na organização das agendas e fluxos do serviço, uma terapeuta ocupacional com formação em antropologia e vasta experiência em pesquisas na área e que participou da construção do serviço, uma médica de família e comunidade, uma médica endocrinologista, uma médica ginecologista e obstetra e uma médica psiquiatra.

Também na época do trabalho de campo, o serviço recebia acadêmicos(as) do curso de medicina do décimo segundo período (Internato

---

<sup>24</sup> A Portaria que habilita o Hospital de Clínicas em questão para a realização do componente atenção especializada no Processo Transexualizador (modalidade ambulatorial) não foi referenciada para proteção da identificação do serviço.

<sup>25</sup> Fonte: IBGE (2010). O link para acesso a essa informação foi suprimido para resguardar a identificação do município.

de Saúde Coletiva) e estagiários dos cursos de medicina, psicologia, enfermagem, direito e nutrição. O ambulatório também contava com o apoio de uma advogada e uma nutricionista. Quando chegam ao serviço, os(as) usuários(as) são acolhidos pela coordenadora e, posteriormente, encaminhados para os demais profissionais, conforme necessidade e disponibilidade de suas agendas.

Na primeira consulta, a equipe do ambulatório pergunta a cada usuário(a) se ele ou ela gostaria que fosse convidado(a) algum membro de sua família para conversar, conhecer a equipe e aprender mais sobre como esse serviço de saúde funciona. Quando o(a) usuário(a) expressa a vontade ou o serviço de saúde identifica a necessidade da presença de um membro da família, um convite por escrito é enviado a essa pessoa, assinado por algum(a) dos(as) profissionais do ambulatório.

### **3.6 Participantes da pesquisa**

Quando do início das atividades de campo, em dezembro de 2017, começou-se com os grupos focais<sup>26</sup>. Como os grupos ocorreriam no serviço de saúde, os pacientes e/ou familiares que tiveram mais de duas consultas nos seis meses anteriores foram considerados para o convite, sendo o convite inicial enviado para a pessoa que teve a consulta mais recente, interrompendo os convites quando se atingia oito<sup>27</sup> confirmações de presença. Os convites

---

<sup>26</sup> A proposta era realizar grupos focais em dois momentos distintos (no início e no final do trabalho de campo), alcançando assim, diferentes públicos e mais usuários(as). Para cada um desses momentos propôs-se um grupo focal com homens *trans*, um grupo focal com mulheres *trans* e um grupo focal com familiares. No segundo momento (final do trabalho de campo) não compareceram pessoas transexuais nem familiares.

<sup>27</sup> Esse número foi definido em diálogo com a equipe de saúde e tendo como referência o que a literatura sobre grupos focais define como sendo a quantidade aproximada de participantes para se realizar um grupo focal, bem como a disponibilidade de espaço físico do serviço de saúde. Assim, consideramos que “em regra os grupos são formados por 6 a 8 pessoas que participam da entrevista por um período de 30 minutos a 2 horas” (Patton, 2001, p. 385).

foram feitos com 15 dias de antecedência, através de contato telefônico individual, com dia e horário marcado para participar dessa atividade. Todos(as) os(as) usuários(as) e familiares que confirmaram presença nos grupos focais foram lembrados de sua realização às vésperas de cada data prevista para esses grupos.

Foi realizado um grupo focal com homens *trans* e uma tentativa<sup>28</sup> de grupo focal com mulheres *trans*. Para o grupo focal com mulheres *trans*, nenhuma das convidadas compareceu ao grupo e, portanto, foram convidadas todas as mulheres *trans*, que estavam na sala de espera do serviço naquele momento e todas elas (três) aceitaram participar. Para o grupo focal com homens *trans*, menos da metade dos convidados compareceu ao grupo e, portanto, foram convidados todos os homens *trans* que estavam na sala de espera do serviço naquele horário e todos aqueles que iriam aguardar por mais de uma hora por seu atendimento aceitaram participar do grupo, totalizando oito participantes no grupo focal de homens *trans*. O grupo focal teve duração aproximada de duas horas.

As pessoas que participaram do grupo focal com homens *trans* são apresentadas no Quadro 01 e as pessoas que responderam ao convite para participar do grupo focal com mulheres *trans* são apresentadas no Quadro 02.

**QUADRO 01** – Caracterização dos usuários que participaram do grupo focal com homens *trans*<sup>29</sup>

NOME <sup>30</sup>	IDADE (ANOS)	TEMPO DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO
Miguel	23	1 ano e 7 meses
Enzo	21	2 anos
Bernardo	23	6 meses

<sup>28</sup> Devido à quantidade de pessoas, essa experiência de encontro com as mulheres *trans* não foi considerada como grupo focal e, por isso, descartada desta análise.

<sup>29</sup> A caracterização socioeconômica dos(as) participantes não foi coletada nos grupos focais e, por isso, não está disponível.

<sup>30</sup> Todos os nomes foram trocados para preservar o anonimato dos(as) participantes.

Vinicius	26	9 meses
Benjamin	20	5 meses
Amanda	24	2 anos
Eduardo	24	4 meses
Diego	25	9 meses

**QUADRO 02** – Caracterização das usuárias que aceitaram participar da proposta de grupo focal com mulheres *trans*

<b>NOME<sup>31</sup></b>	<b>IDADE (ANOS)</b>	<b>TEMPO DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO</b>
Mariana	21	1 ano
Anastácia	39	Recém-chegada ao serviço
Maria Clara	31	10 anos

Foram realizadas 16 entrevistas com usuários(as) do serviço, sendo que oito identificaram-se<sup>32</sup> como mulheres *trans* e oito como homens *trans*. Foram também realizadas entrevistas com cinco familiares de usuários(as) do serviço, sendo que quatro referiram-se como mães daqueles(as) e um como pai. Cada entrevista teve, aproximadamente, entre uma e duas horas de duração.

Apenas quatro das pessoas *trans* entrevistadas identificaram sua etnia como “branca”, com as outras 10 pessoas participantes identificando-se como “negro”, “pardo”, “mameluco” ou “amarelo” e dois sem resposta para a identificação étnica. Apenas dois participantes estavam cursando o Ensino Superior no momento da entrevista e nenhum havia concluído. A idade dos(as) participantes variou de 18 a 54 anos, com a maioria (10) estando na faixa etária de 18 a 30 anos. A renda mensal familiar variou de menos de um

<sup>31</sup> Idem nota de rodapé 30.

<sup>32</sup> Aqui é adotada a noção de pertencimento, ao masculino ou ao feminino, que um indivíduo pode ter (Raimondi, 2016). Assim, nessa pesquisa, a nomeação de homem *trans* e mulher *trans* deu-se a partir da declaração de seus/suas participantes acerca do pertencimento que atribuíam a si mesmos(as) do feminino ou do masculino (nenhum(a) participante identificou-se com nenhum ou com ambos os gêneros).

a seis salários mínimos, sendo que a maioria (12) possuía renda mensal familiar de até duas vezes e meia o salário mínimo<sup>33</sup>.

Dos familiares entrevistados, duas identificaram-se como mães de homens *trans* (adolescentes), duas como mães de mulheres *trans* e um como pai de um jovem (18 anos) que estava em processo de transição a partir de uma performance identitária masculina. Apenas uma mãe identificou sua etnia como “branca”, outra como “negra”, outras duas como “morenas” e o pai como “negro”. Apenas uma participante cursou e se formou na faculdade. A idade dos familiares variou de 37 a 67 anos. A renda mensal dos familiares variou de um a dez salários mínimos, sendo a renda mais alta correspondente a única pessoa que se identificou como branca e com ensino superior.

O encerramento do campo seguiu o conceito de amostragem por saturação em pesquisas qualitativas. Essa técnica compreende, em síntese, que a partir de um determinado momento, na avaliação do(a) pesquisador(a), a inclusão de novos participantes não é necessária. Ou seja, há um bom conhecimento teórico sobre a temática em investigação, em termos de uma chave para a generalização (Bertaux e Kohli, 1984). Portanto, o campo desta pesquisa foi interrompido quando se conseguiu articular o problema de pesquisa com os objetivos e as referências a ele relacionados, fazendo com que a participação de novos(as) participantes não fosse relevante para a compreensão dos conceitos pesquisados. (Glaser e Strauss, 1967; Guest, Bunce, Johnson, 2006; Tran et al., 2017).

A caracterização das pessoas que participaram das entrevistas é apresentada nos Quadros 03 e 04.

---

<sup>33</sup> No momento da realização do trabalho de campo, um salário mínimo correspondia à quantia de R\$ 954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais) mensais. À época essa quantia equivalia a \$ 287 (duzentos e oitenta e sete) dólares.

QUADRO 03 – Caracterização dos(as) usuários(as) do serviço entrevistados(as).

NOME <sup>34</sup>	IDADE (ANOS)	IDENTIDADE DE GÊNERO <sup>35</sup>	RELIGIÃO	RENDA MENSAL DO DOMICÍLIO	ESCOLARIDADE	TEMPO NO SERVIÇO	COR DECLARADA
Amanda <sup>36</sup>	24	Homem <i>Trans</i>	“Acredito em Deus”	Não informado	Ensino médio completo	2 anos	Pardo
Gael	48	Homem <i>Trans</i>	Espírita	< 1 salário mínimo	Ensino técnico completo	4 meses	Mameluco
Samuel	37	Homem <i>Trans</i>	Espírita	4 salários mínimos	Não informada	5 anos	Branco
Maria Eduarda	31	Mulher <i>Trans</i>	Umbanda	4 a 5 salários mínimos	Não informada	5 anos	Morena
Daniel	21	Homem <i>Trans</i>	Não possui	1 salário mínimo	Ensino médio completo	1 ano	Amarelo
Camila	35	Mulher <i>Trans</i>	Católica não praticante	1 salário mínimo + rendimentos dos pais	Não informada	6 anos	Parda
Marilda	29	Mulher <i>Trans</i>	Espírita	2 e ½ salários mínimos	Não informada	8 anos	Parda
João Lucas	23	Homem <i>Trans</i>	Espírita	2 salários mínimos	Ensino médio completo	3 anos	Negro
Lara	18	Mulher <i>Trans</i>	Não possui	3 salários mínimos	Ensino superior incompleto	8 meses	Não informada
Elizabeth	54	Mulher <i>Trans</i>	Espírita	1 salário mínimo	Nunca estudou	6 anos	Branca
Murilo Francis	23	Homem <i>Trans</i>	Católico não praticante	Desempregado	Ensino médio incompleto	1 ano	Branco
Caio	22	Homem <i>Trans</i>	Não possui		Ensino Técnico em andamento	2 anos	

<sup>34</sup> Todos os nomes foram trocados para preservar o anonimato dos(as) participantes.

<sup>35</sup> Embora existam estudos que apontem que há uma quantidade considerável de pessoas que não se identificam como *trans* “binárias” (Motmans, Nieder, Bouman, 2019), nesta pesquisa não houve no serviço de saúde pessoas que se identificaram como *trans* não binárias. Acredita-se que isso aconteceu porque a expressão de uma identidade *trans* binária, em nosso país, é um requisito para o “Processo Transexualizador” no SUS.

<sup>36</sup> A entrevista de Amanda foi conduzida no início da pesquisa, pela coordenadora do serviço.

				Não informada			Não informada
Suzana	22	Mulher <i>Trans</i>	Não informada	2 salários e meio	Ensino médio completo	1 ano	Branca
Andressa	42	Mulher <i>Trans</i>	Cristã	6 salários	Não informada	2 anos	Parda
Nice	27	Mulher <i>Trans</i>	“ <i>Creio em Deus</i> ”	1 salário e meio	Ensino médio completo	2 anos	Parda
Alan	26	Homem <i>Trans</i>	Espírita	2 salários	Ensino superior incompleto	3 anos	Pardo

**QUADRO 04** – Caracterização dos familiares de usuários(as), entrevistados(as)

NOME <sup>37</sup>	IDADE (ANOS)	RELAÇÃO COM USUÁRIO(A)	RELIGIÃO	RENDA MENSAL DO DOMICÍLIO	ESCOLARIDADE	COR DECLARADA
Ivone <sup>38</sup>	49	Mãe – Mulher <i>Trans</i>	“ <i>Muito religiosa</i> ”	Não informada	“ <i>Estudei pouco</i> ”	Morena
Neli	67	Mãe – Mulher <i>Trans</i>	Não informada	3 salários mínimos	Não informada	Negra
Renata	37	Mãe – Homem <i>Trans</i>	Evangélica	1 salário mínimo	Ensino fundamental completo	Morena
Vicente	53	Pai – Usuário(a) que realizava a transição para uma identidade feminina	Não informada	Não informada	Não informada	Negro
Tereza	46	Mãe – Homem <i>Trans</i>	Católica	Dez salários mínimos	Superior completo	Branca

<sup>37</sup> Todos os nomes foram trocados para preservar o anonimato dos(as) participantes.

<sup>38</sup> As entrevistas de Ivone, Neli e Vicente foram conduzidas no início da pesquisa, pela coordenadora do serviço.

Todas as entrevistas e grupos focais foram gravados em áudio e transcritos por uma profissional. Todas as transcrições foram então verificadas com o áudio original pelo pesquisador.

### **3.7 O trabalho de campo da pesquisa**

Para desenvolver o presente estudo inicialmente fez-se uma apresentação, à coordenação do ambulatório, do Projeto de Doutorado contendo o problema de investigação, objetivos, método proposto, resultados esperados, cronograma de execução e referências bibliográficas, bem como os roteiros para entrevistas e grupos focais e termos de consentimento livre e esclarecido.

Após a leitura do material, a coordenadora aprovou a realização da pesquisa no serviço, emitindo termo de autorização para coleta de dados, em papel timbrado da Instituição, devidamente por ela assinado, declarando estar ciente dos requisitos da Resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares e que possuía conhecimento dos procedimentos/instrumentos aos quais os(as) participantes da presente pesquisa seriam submetidos(as). Esse termo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da USP para aprovação do Projeto.

O pesquisador compareceu ao ambulatório de 1º de dezembro de 2017 a 27 julho de 2018, sendo como tal apresentado à equipe, todas as sextas feiras, exceto aquelas em que houve recesso ou qualquer outra condição de saúde ou trabalho impedindo o comparecimento, o que ocorreu apenas duas vezes.

A observação participante iniciar-se-ia concomitantemente aos grupos e as entrevistas seriam conduzidas após a sua realização. Esse planejamento foi assim construído para que fosse possível alcançar os objetivos desta pesquisa utilizando os instrumentos selecionados para a realização do campo, iniciando com a tentativa de sensibilização ampliada dos(as) participantes e



da equipe do serviço de saúde e aprofundando a coleta de dados à medida em que os vínculos fossem construídos com as abordagens iniciais.

Além disso, houve um convite para se integrar ao grupo da equipe do serviço no aplicativo *WhatsApp*®. Esse grupo era composto exclusivamente por pessoas da equipe e demais pesquisadores que realizavam suas investigações no serviço, como era o caso deste pesquisador. Nesse grupo havia apenas o compartilhamento de materiais sobre o cuidado de pessoas *trans* e discussões acerca da organização do serviço. A permanência do pesquisador nesse espaço virtual se deu enquanto durou o trabalho de campo.

O grupo focal com homens *trans* repercutiu na rotina do serviço de saúde na semana seguinte, pois dois participantes do grupo se sensibilizaram com a discussão. Para um participante desta pesquisa, falar sobre sua família gerou sentimentos relacionados às suas experiências passadas, o que demandou uma nova consulta para conversar a respeito. Para outro participante, o grupo mobilizou-o a tentar conquistar o apoio de seu pai. E, como resultado, ele agendou uma consulta para que o pai pudesse conversar na semana seguinte com a coordenadora do serviço de saúde.

Devido à repercussão dos grupos na rotina do serviço na semana seguinte, houve a necessidade de readequação nas etapas do campo, pois o grupo gerou dois novos atendimentos em um curto espaço de tempo, fazendo com que a equipe ficasse preocupada com o fato de que, novos grupos, pudessem produzir uma demanda com a qual o serviço não conseguisse lidar em pouco espaço de tempo.

Então, após a realização dos grupos, ocorreu um convite para observar os acolhimentos<sup>39</sup> do serviço. Ao longo de todo o trabalho de campo, realizou-se a observação participante no contexto do ambulatório, que se concentrava

---

<sup>39</sup> Todo(a) usuário(a) que chega ao serviço de saúde é recebido pela coordenadora do serviço na sala de acolhimento. Durante o período do trabalho de campo desta pesquisa, não se observou a presença de um protocolo rígido para a condução do processo de acolhimento. O objetivo desse momento parece ser conhecer o máximo possível da história de vida da pessoa, sua rede social e as motivações que a trouxeram até ali. Em seguida, são agendadas consultas com as demais profissionais de saúde do serviço, frequentemente médicas e psicólogas.

na sala de acolhimento do serviço, onde a coordenadora responsável, acolhia os(as) usuários(as) e seus familiares. Por ser local com maior tempo de consulta, maior presença de pessoas *trans* e seus familiares, participação maior da equipe em alguns atendimentos conjuntos e onde as histórias das pessoas *trans*, suas famílias e a relação com o cuidado eram apresentadas ao serviço de saúde, identificando-se juntamente com a coordenadora esse espaço como ideal para a observação de situações pertinentes ao objetivo da investigação e, assim, foi eleito como central para esta pesquisa. Além disso, o corredor ao fundo do ambulatório onde os bastidores do serviço se constituem e o grupo de *WhatsApp*® da equipe, contribuíram com riqueza para as observações da pesquisa em relação ao debate entre os profissionais sobre as dinâmicas das relações familiares (bastidores) e a organização do serviço (*WhatsApp*®). Essas observações foram registradas no diário de campo, sem gravação de áudio e/ou vídeo das situações observadas. Foram realizadas cerca de 100 (cem) horas de observação participante no serviço.

Inicialmente, a coordenadora determinou que ela conduziria as entrevistas e o pesquisador, apenas a acompanharia essa atividade. É importante ressaltar que a observação participante da rotina do serviço nunca foi interrompida durante o período de realização do campo desta pesquisa.

Diante de tal solicitação, o campo precisou ser conquistado e, após acompanhar quatro entrevistas, conquistou-se autorização para realizá-las sozinho nos dois horários de funcionamento do serviço (sextas-feiras pela manhã e pela tarde). Essa situação revela as possíveis implicações de um trabalho de campo de uma pesquisa nas dinâmicas de uma instituição, bem como das necessárias articulações necessárias para o seu desenvolvimento (Morse, 2016).

Com o apoio da enfermeira da equipe, os(as) usuários(as) que aguardavam por atendimento no serviço eram convidados(as) a participar da pesquisa. Como estratégia de recrutamento a pesquisa era apresentada aos(as) usuários(as) do serviço, quando eram esclarecidos(as) pelo pesquisador responsável acerca da temática da pesquisa, a metodologia

proposta e os critérios de sigilo e participação. Todos(as) eram convidados(as) a participar livremente do campo da pesquisa.

O que mais se observou no trabalho de campo é que praticamente todas as pessoas *trans* buscam que seus familiares estejam no serviço de saúde, pelo menos uma vez. Também foi possível observar que poucos familiares respondem a esse convite do serviço de saúde. Ao mesmo tempo, identificou-se que algumas pessoas *trans* trazem familiares à consulta por iniciativa própria, mas isso não é o mais comum. Durante o período da pesquisa, todos(as) os(as) usuários(as) com menos de 18 (dezoito) anos estavam acompanhados(as) na sala de espera do serviço de pelo menos um familiar, mais comumente a mãe e raramente o pai juntamente com a mãe.

É importante pontuar que a ausência dos(as) participantes também é resultado relevante para esta pesquisa. A ausência de familiares nos grupos focais pode exemplificar a dificuldade vivida pelas famílias em relação às pessoas *trans* e, conseqüentemente, de seus cuidados em saúde. As entrevistas individuais ajudaram a alcançar os objetivos da pesquisa, principalmente levando em consideração essas ausências nos grupos focais.

### **3.8 Procedimentos para a análise**

A análise foi realizada por meio de uma abordagem sistemática e iterativa das entrevistas, grupo focal e das anotações de campo, com base no método comparativo constante (Charmaz, 2014). Inicialmente, buscou-se semelhanças e diferenças em todos os dados coletados. Comparando e contrastando continuamente, foram definidos e caracterizados significados e temas emergentes, de onde destacaram-se os temas “família”, “identidade” e “saúde”.

Foi utilizado um método de codificação indutiva, iniciando a codificação linha a linha, identificando todos os tópicos que surgiram nos dados, chamando a atenção nessa etapa a presença constante de construções sociais a respeito dessas temáticas. Destacaram-se algumas diferenças a

depende da camada social e do contexto em que cada participante estava inserido(a).

Na segunda parte, realizou-se a codificação axial, integrando códigos de visualização em categorias temáticas, o que permitiu chegar às subcategorias de análise de cada um desses temas, quando identificou-se que em todos eles havia sentidos expressos de “proteção ideal”, “decepção e abandono” e “projeto”. Finalmente, retornou-se a todos os dados, recodificando-os com base nesse novo esquema.

A leitura exaustiva do material de campo buscou construir as categorias temáticas de análise que serão apresentadas nos Resultados e Discussão. A partir dos encontros do pesquisador com as pessoas da equipe do serviço, usuários(as) e familiares, suas leituras, concepções e percepções, tentou-se realizar a descrição proposta por Laplantine (2004), que é ao mesmo tempo uma exploração do vocabulário e do fenômeno que se quer dar conta; uma descrição que enuncia, anuncia, enumera, soletra, detalha, decompõe e, antes de tudo, demonstra, recenseia, contabiliza. No encontro desses procedimentos de análise com os objetivos deste estudo, foram construídas as categorias de análise: “Concepções de Família”, “Concepções de Identidade” e “Concepções de Saúde”.

Cada categoria pensada demonstra o esforço de dar conta do que foi visto, a partir das semelhanças e diferenças entre cada história compartilhada, considerando a saturação, a ordenação e a classificação, almejando ser esta análise uma forma de partilha e de dissecação do real ou antes mesmo, de construção deste último (Laplantine, 2004).

### **3.9 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi aprovada para execução pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, CAAE 64944417.1.0000.0065, número do parecer 2.001.841 (ANEXO 06).

As pessoas convidadas a participar desta pesquisa foram primeiramente apresentadas ao tema e objetivos da mesma, sendo informadas sobre a extensão, o conteúdo e a intenção de sua participação e, em seguida, convidadas a participar livremente ou não. Ao concordar em participar, cada pessoa assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com todas as informações referentes à pesquisa, seus aspectos éticos, informações dos(as) pesquisadores(as) e a opção de interromper a participação a qualquer momento.

Além disso, o TCLE especificou que seriam excluídas as informações de identificação (como nomes e locais) das publicações, substituindo-as para proteger seu anonimato. Apenas uma pessoa (a mãe de um homem *trans*) recusou-se a participar de uma entrevista

Para além dos nomes dos(as) participantes, foram também substituídos por nomes fictícios outros nomes das relações pessoais e familiares dos(as) entrevistados(as) e que aparecem nas entrevistas, grupos focais e descrições etnográficas. Os nomes das cidades que também surgem desses instrumentos foram omitidos.

Cabe aqui ressaltar que, pela possibilidade de o pesquisador já ter atuado previamente como médico de algumas pessoas que pudessem vir a integrar a pesquisa, ele não fez a condução dos grupos focais e das entrevistas onde pessoas que foram cuidadas por ele na condição de pacientes pudessem estar presentes. Esse cuidado foi adotado, pois a relação de cuidado estabelecida com o médico é organizadora de muitas questões para as pessoas e pode enviesar o resultado de algumas técnicas aqui utilizadas. Para superar essa questão, o pesquisador contou com o apoio de outros(as) docentes e pesquisadores de seu grupo de trabalho na realização dessa tarefa.

### 3.10 Limitações e Potencialidades

Existem algumas limitações nesta pesquisa e, antes de refletir sobre elas, destaca-se que em nossa sociedade, as pessoas *trans* constituem um grupo cuja representatividade nas pesquisas constitui-se como um desafio (Dierckx et al., 2019). O estudo teve como foco uma população em tratamento em um serviço de saúde, e essa é a primeira limitação desta pesquisa.

Em segundo lugar, o contexto da pessoa que escreve o texto etnográfico deve ser considerado, isto é, de um homem branco de classe média, graduado em medicina e professor universitário. E, por último, as características socioeconômicas dos(as) participantes da pesquisa revelam uma população predominantemente negra e pobre e os resultados poderiam ser mais amplos quando comparados com pessoas de outras etnias e rendas.

As limitações do estudo também indicam possibilidades para pesquisas futuras. A reprodução desta investigação em outros contextos pode ajudar a ampliar a compreensão do fenômeno que se está analisando.

### 3.11 A realização do trabalho de campo

Era uma sexta-feira de dezembro de 2017. A primeira do mês. Naquela data ocorreriam, no período da tarde, os grupos focais da pesquisa. Chegando ao serviço, impressionou-me a quantidade de pessoas presentes, trabalhando no ambulatório. Estagiários, estudantes, profissionais de saúde. Enfim, o serviço não era mais aquele que quase fechou as portas há poucos anos. Felizmente, novas pessoas somavam-se para compor a equipe do ambulatório.

Após percorrer lentamente esses corredores, como que a não querer perder nenhum detalhe da organização do serviço, dirigi-me à enfermeira para o início das atividades. Após me receber com um sorriso no rosto e descrever os desafios para se conseguir uma sala para os grupos, levou-me até o local

reservado para começarmos as atividades. Poucos minutos depois, a professora que iria ajudar na condução dos grupos chegou.

Começamos a arrumar a sala e, de imediato, nos deparamos com um desafio: o espaço disponibilizado para os grupos era muito pequeno. Diante disso, o médico da equipe, que estava em seu último mês de atuação naquele serviço, prontificou-se em nos auxiliar e conseguiu uma sala maior, mais espaçosa e arejada. Agradecemos muito contentes e arrumamos a sala para os grupos, organizando cuidadosamente o espaço e o material necessário para realizar os grupos.

Encontrava-me bastante ansioso e um pouco preocupado com o vazio da sala após dez minutos do horário marcado quando, de repente, a enfermeira do ambulatório surgiu ao longe na rampa de acesso ao segundo andar do ambulatório. Não conseguia observar minuciosamente sua expressão, mas vi com alívio uma gesticulação intensa das mãos com sinais positivos e com um sorriso que levemente se desfez para dizer em uma expressão que só a leitura labial conseguiria captar: “*deu certo!*”. Oito homens *trans* vieram participar conosco da atividade. Estava começando o campo da pesquisa de doutorado.

Na continuação das atividades de pesquisa no ambulatório no ano de 2018, após o recesso de final/início de ano, fui convidado pela enfermeira do serviço e pela coordenadora, para uma reunião. A pauta do encontro era a pactuação de minhas atividades no serviço, ao longo das sextas-feiras daquele ano.

Após os cumprimentos iniciais e os votos de um próspero ano novo fui informado pela coordenadora que esta pesquisa já produzira repercussões – explicitando os desafios de se realizar uma pesquisa em um serviço de saúde – na rotina do serviço. Para além de ter minha presença sempre constante nos corredores, na sala de acolhimento e ocupando uma sala do ambulatório para a realização das entrevistas, a proposta da temática da dinâmica das relações familiares e o impacto delas no cuidado em saúde das pessoas *trans* mobilizava os(as) usuários(as) e seus familiares. Após o grupo focal, a equipe

havia sido demandada por dois usuários, homens *trans*, que participaram do grupo e gostariam de falar sobre o que foi discutido.

Um deles compartilhou com a equipe que a discussão sobre família havia mobilizado nele sentimentos com os quais ele não gostaria de lidar naquele momento. Felizmente, pôde contar com o apoio da equipe para vencer o desconforto e sair da consulta tendo a sua demanda atendida.

Devido a esse atendimento, e para evitar que o serviço tivesse que acolher uma demanda para a qual não teria condições de atender naquele momento, a coordenadora propôs a mim e às minhas orientadoras que reiniciássemos o campo naquele ano com a observação participante e as entrevistas individuais com usuários(as) do serviço e seus familiares, construindo vínculos e cuidando aos poucos dos eventuais impactos da pesquisa nas demandas por consultas no ambulatório. Verificando também o interesse e a disponibilidade dos(as) participantes em compor novos grupos focais na fase final do campo da pesquisa.

Durante nossa conversa, uma solicitação da coordenadora me mobilizou bastante. Ela afirmara que conduziria as entrevistas e que eu apenas acompanharia as conversas com ela. A justificativa era de que, por conhecer o campo há mais tempo, saberia introduzir as perguntas necessárias à construção dos dados de forma adequada e pertinente, auxiliando assim na construção da pesquisa. Admito que essa solicitação deixou-me um tanto preocupado. Quis questionar, propor outro caminho, problematizar. Mas, não consegui. Talvez por medo, pela surpresa da solicitação ou simplesmente por não saber como, nem o que dizer naquele momento. Lembrei-me da experiência com entrevistas no mestrado e o quão rico foi aprender as técnicas, praticar e começar a pensar as categorias de análise de discurso com as lembranças dos diálogos estabelecidos com os(as) participantes à época. Compreendi sua solicitação, aceitei pelo respeito e comecei a buscar uma forma de demonstrar que eu poderia e deveria conduzir aquelas entrevistas. Assim, o campo precisava ser conquistado. Entendi que a construção do campo seria um desafio, mas que, com



amorosidade e disponibilidade ao diálogo e à construção conjunta, conseguiria avançar na pesquisa e na integração com o serviço.

Nessa reunião, soube de outro impacto do grupo focal com os homens *trans* na dinâmica do serviço e, também, na vida de um dos participantes daquele encontro. Após o grupo, um dos participantes (o único que se identificou como homem *trans* e que ainda solicitava ser chamado por seu nome de registro), chamou a coordenadora para conversar. Pediu-lhe orientações, apoio. O grupo mobilizou-o a conquistar o apoio do seu pai. Agendou para que o pai viesse na semana seguinte conversar com a equipe, o que aconteceu.

Horas após essa conversa, a equipe me relatou que esse usuário, compartilhou em sua rede social um acontecimento importante. Seu pai o havia chamado por FILHO (assim, em letras maiúsculas). A sua performance identitária *trans* parecia ter sido legitimada no ambiente familiar após a interface com o serviço de saúde, em consonância com o que o próprio grupo nos havia apresentado. Posteriormente, ele seria o primeiro entrevistado desta pesquisa.

Terminada a reunião, despedimo-nos com a construção de uma proposta de condução do campo da pesquisa naquele ano. Deixei o recinto feliz pela retomada do campo após o período de férias do serviço e, ao mesmo tempo, inquieto, pensando na melhor forma de assumir a condução das entrevistas desta pesquisa.

Um dos maiores desafios na condução das atividades do campo foi a dinâmica de seu funcionamento, justamente por inserir-me como pesquisador em um serviço, que conta com diversos profissionais e estagiários, ocorrendo em apenas um dia da semana (às sextas-feiras) e com uma demanda importante de atendimentos. No caso das entrevistas na etnografia, Flick (2009) aponta que as estruturas locais e temporais apresentam-se não tão bem delimitadas em relação a outras situações de entrevistas, nas quais tempo e lugar são exclusivamente organizados para esse fim. Para o autor, aqui as oportunidades para uma entrevista surgem espontânea e surpreendentemente a partir de contatos regulares com o campo.

Após as primeiras entrevistas conduzidas pela coordenadora e por mim observadas, decidi que deveria encontrar uma forma de assumir um papel mais ativo na condução desses momentos do campo. Aprendi observando a condução, mas sabia que aprenderia ainda mais se conduzisse as entrevistas. Afinal, era eu quem defenderia esses resultados posteriormente. Era minha a responsabilidade enquanto pesquisador, estar na condução desse processo, aperfeiçoar o roteiro, aprofundar as leituras e análises.

O medo de perder o campo e toda a construção da pesquisa feita até ali, aliado à angústia de não fragilizar minha relação com a equipe, somados à necessidade de tomar a frente das entrevistas me mobilizaram bastante. Dos demais procedimentos do serviço era observador participante. Nas entrevistas tinha que ir além. Precisava aprimorar o roteiro, estabelecer vínculos, construir pensamentos e ideias e só conseguiria fazer se as conduzisse.

Na quarta entrevista da pesquisa, tão logo houve espaço, comecei a inserir perguntas, entremeadas por aquelas feitas pela coordenadora. Passei então a acompanhá-la na sala de acolhimentos, onde as histórias mais ricas das pessoas *trans* e suas famílias surgiram diante de nós e passaram a compor o diário de campo. As entrevistas foram então acompanhando os fluxos do serviço. Concomitantemente à observação, ia realizando-as, tão logo houvesse pessoas dispostas a participar e espaço físico para que elas ocorressem. Consegui então autorização para ir ao serviço nas sextas-feiras pela manhã, exclusivamente para realização das entrevistas, pois nesse período são realizados os atendimentos pela psicóloga e pela médica psiquiatra.

No período da tarde, eu acompanhava os acolhimentos e toda a dinâmica dos bastidores do serviço e, sempre que possível, realizava também alguma entrevista. Sempre que havia alguém acompanhando algum(a) usuário(a), essa pessoa também era convidada a participar, sendo essa situação mais rara, pois nem sempre o(a) usuário(a) estava acompanhado(a) e, quando estava, o tempo de realização das entrevistas e o momento dos atendimentos tornava desafiador que todas elas fossem realizadas na mesma

tarde. Além disso, a disponibilidade de espaço físico para a realização das entrevistas no serviço era um desafio que a equipe tentava vencer com muito esforço. Não havia sala disponível para as entrevistas no período da tarde e, essas eram feitas quando alguém da equipe cedia seu espaço temporariamente para que a entrevista pudesse ser feita, o que reorganizava a rotina de atendimentos daquele turno, sem jamais prejudicar a agenda do serviço ou o cuidado das pessoas que esperavam por atendimento naquele local.

O campo foi assim conduzido até o período em que foi encerrado. As transcrições foram realizadas à medida que o campo acontecia para que, assim, fosse possível identificar com clareza o momento de interrupção da coleta dos dados.

#### 4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Espera-se do etnólogo não apenas as capacidades de observação e implicação para ver e compreender aquilo que vemos, mas também o fato de dar a ver os outros (Laplantine, 2004). A descrição etnográfica é então a elaboração linguística dessa experiência. É o olhar que desencadeia o processo de descrição que consiste mais em construir e menos em transcrever; assim, fazer etnografia trata-se de articular o olhar e a escrita, compreendendo a relação entre o ver e a escrita daquilo que vemos. A descrição etnográfica é também a realidade social apreendida pelo olhar. Uma realidade que se tornou linguagem e que se inscreve em uma rede de intertextualidade (Laplantine, 2004).

Na sequência são apresentadas as categorias temáticas de análise do estudo. Inicia-se com a discussão das concepções de família. Em seguida são discutidas as concepções de identidade e finaliza-se com as concepções de saúde. Nesse contexto, os resultados, as discussões com a literatura, reflexões e problematizações são apresentadas em conjunto.

## 4.1 Concepções de Família

Neste capítulo apresentam-se os sentidos e significados de família que emergiram do campo por meio das entrevistas, grupo focal e observação participante com pessoas transexuais e familiares no serviço de saúde. Importante destacar que não foi objetivo desta análise compreender em profundidade a família de cada pessoa que participou da pesquisa. Ao contrário, a intenção foi refletir sobre os possíveis encontros e desencontros que surgem quando o assunto é família. Tampouco se conceitua de forma essencialista o que emerge da complexidade das relações humanas no cotidiano de vida de cada pessoa. A análise parte da concepção de que é tarefa complexa conceituar família, ainda que essa palavra sugira simplicidade devido à sua proximidade com o cotidiano (Lévi-Strauss, 2010).

Dessa forma, construiu-se esta análise partindo da noção de família proposta por Sarti (2004) tendo em consideração as concepções de família a partir dos sentidos que lhe são atribuídos por quem as vive, ou seja, do ponto de vista de diferentes famílias e relações familiares. É importante ter em conta nessas análises que, apesar de não haver uma certeza absoluta de que o que é atribuído por nós ao outro é de fato o que o outro atribui a si, é possível ainda buscar uma abertura no sentido de se aproximar ao outro, característica da prática etnográfica, que aqui é desenvolvida (Sarti, 2004).

Importante considerar ainda que somos seres sócio-históricos e, portanto, não estamos acima dos valores mestres de nosso contexto (Fonseca, 1995). Assim, as concepções de família buscam apreender a singularidade das construções culturais denominadas “sentimento” e “emoção”, com o desafio apontado pela autora de reconstruir o contexto específico dos sujeitos em questão.

Esta análise objetivou o que propõe a autora, de trazer *eles* e *nós* em perspectiva para construir um diálogo possível entre os diferentes grupos que formam a sociedade. Assim, espera-se formular uma compreensão mais ampla da realidade, expandindo nossa maneira de atuar diante dela (Fonseca,

1995). Não se propõe um conceito único de família, fixo, estático e utopicamente aplicável a qualquer pessoa *trans*, muito menos um modelo de família que deva ser seguido ou até mesmo classificado.

Trata-se concepções de família a partir da não existência de um padrão universal de evolução familiar, deixando de lado concepções antigas acerca da evolução da família sem mito de origem ou crença em um destino fixo (Fonseca, 2004). Pois, ao se buscar alcançar um ideal de família, poderíamos cair na mesma armadilha que “os intelectuais dos países centrais do mundo ocidental”, tendo a “família patriarcal” como uma norma imposta, instaurada como modelo referencial (Machado, 2001).

Em análise discutiu-se a complexidade das concepções que emergem da dinâmica das relações familiares das pessoas *trans* no contexto de um serviço de saúde. Família é algo que mobiliza ambiguidades, como o sentimento de pertencimento *versus* abandono; a referência de identidade *versus* a ruptura com valores tidos como sólidos; apoio familiar e saúde; abandono familiar e adoecimento. Dessa forma, a partir da análise do material de campo foram propostos três sentidos que permeiam as concepções de família das pessoas que participaram da pesquisa, que se apresenta a seguir.

#### **4.1.1 “Família é tudo de bom”: o sentido de “família como proteção ideal”**

O sentido de família como proteção ideal emerge do material de campo quando as concepções de família são expressas através de manifestações, que atribuem um significado majoritariamente favorável para aquelas. Dessa forma, ao falar de família constrói-se através da linguagem um *lócus* onde a proteção e o cuidado são idealizados e buscados, e a felicidade parece ser uma constante. Esse *lócus*, por vezes, nos passa a impressão de ser (ou querer que seja) inabalável, indestrutível e, ao mesmo tempo um refúgio seguro quando a vida apresenta muitos desafios ao longo de sua jornada.

Assim, encontram-se as famílias descritas como *lócus* onde seus membros coexistem de forma idealmente equilibrada onde têm o direito de viver a união, o amor, o acolhimento, o cuidado, a amizade, a ausência de

discriminação e de conflitos (Sarti, 2004). Assim sendo, esses valores tidos como favoráveis em nossa sociedade, reiteram um aspecto “positivo” nesse sentido de família. Família, nessa concepção, parece ser uma fonte constante de união e felicidade. Alguns exemplos ilustram essa construção:

*Eu acho que família deveria ser quem cuida da gente, deveria ser união. Porque nós já encontramos muitas coisas ruins lá fora. Eu acho que as nossas famílias deveriam proteger a gente, entende?! (Murilo Francis, 23, homem trans)*

*Família é quem nunca abandona ou discrimina. A minha mãe e o meu pai. – (Suzana, mulher trans)*

*É união, é amor, acima de tudo. É uma defesa, é proteção, sabe? Família é tudo de bom. Família é com quem você pode contar, é um suporte na vida da gente. – (Nice, mulher trans)*

*Família eu acho que, é ter um lar, tá todo mundo reunido, um aceitar o outro, um respeitar o outro. Tem minha mãe que eu amo demais também, que eu ajudo muito ela. Meu pai, minhas irmãs. – (Gael, homem trans)*

Há nesta concepção uma construção idealizada da família, que se projeta em um dever ser, bem como da afetividade em si como capaz de excluir o conflito (Sarti, 2004). A concepção aqui é de que as famílias cumprem uma certa função, uma espécie de código normativo que expressa as negativas de abandono e de discriminação, ao mesmo tempo em que constroem uma defesa, uma proteção, o que seria alcançado a partir da união de seus membros. Essa concepção exterioriza, então, um dever das famílias em cuidar e proteger e, ao mesmo tempo, um direito dos seus membros em usufruir desse *lócus*.

A noção de que “a união faz a força” parece ser a responsável pela fortaleza e segurança que compõem esse *lócus*, como se a união dos membros de uma família lhes garantisse a proteção constante contra os “ataques” à unidade familiar. A família, então, funciona como uma aliança

(Lévi-Strauss, 2010) estabelecida entre seus membros, tornando possíveis as interações sociais do ser humano (Sarti, 2005). Nesse sentido, assimila-se que a família que permanece unida tem maior chance de concretizar os valores favoráveis a ela atribuídos, diante de eventuais estressores que possam existir em seu meio interno e/ou externo.

Essa concepção de família também aparece associada à consanguinidade. Foi comum encontrar nas respostas à pergunta “*quem é sua família hoje?*”, a composição da família atual das pessoas *trans* vinculada à (ou em busca da) família nuclear, especialmente mãe e pai, conforme mostram os exemplos que seguem:

*[Família] É base, base total. Sangue!! São pessoas que eu amo! Meu pai, minha mãe, que estão comigo o tempo todo. – (Andressa, mulher trans)*

*Agora eu tenho um apoio. Tendo ele (pai) e meu irmão sabendo o real motivo do que está acontecendo, o que eu realmente sou, já é tudo. – (Amanda, homem trans)*

Ao destaque atribuído à consanguinidade, expresso na concepção da família como proteção ideal tem-se o que Sarti (2004) aponta como naturalização das relações sociais. Isso se torna mais evidente na família em relação às outras instituições sociais por ser a família o espaço social onde a vida acontece vinculada ao corpo biológico, com eventos como o nascimento, a amamentação, o crescimento, o envelhecimento e a morte. Assim, a busca de uma ordem natural para construir e atribuir sentidos a eventos de relações humanas associa-se à diferenciação entre biologia e cultura. A partir dessa diferenciação, assume-se que o corpo biológico pode existir à revelia da cultura, ao invés de compreender que ele pode estar inscrito na e pela cultura (Sarti, 2004).

Dessa forma, a vinculação biológica existente entre as pessoas parece atuar como determinante para se pensar a constituição desse *locus* que caracteriza a família e suas relações. Os sentidos favoráveis atribuídos à



família são então idealizados em relações estabelecidas por aspectos biológicos, porém reconstruídas a partir da interação social. É como se a biologia determinasse que as relações humanas ali existentes independessem das histórias, projetos, concepções e vontades de cada indivíduo que compõe essa família e que com ela interage. A consanguinidade parece, então, consolidar e dar sentido à família como proteção ideal.

O antigo provérbio “o sangue é mais espesso do que a água”, bastante central na forma euro americana de se pensar as relações de parentesco se coloca com força renovada. Assim, a análise desta concepção de família pode revelar que as pessoas esperam encontrar na família o caminho para o seu pertencimento social (Fonseca, 2004).

Ter ou ser parte de uma família garantiria, dessa forma, que as pessoas *trans* alcançassem o pertencimento social, talvez reduzindo as vivências de discriminação e preconceito nas interações sociais. Pensar esse aspecto pode ser fundamental para compreender o sentido de família como um *lócus* ideal de proteção, uma vez que as pessoas *trans* têm suas existências frequentemente questionadas ou invalidadas na sociedade.

A família garantiria, então, um “lugar no mundo” a pessoas para as quais o mundo parece dizer que não há lugar. A partir da vivência no campo e análise do material obtido, identificou-se que ser *trans* assemelha-se à expectativa constante de estar quase sempre navegando em um mar revolto, em meio a noites e tempestades furiosas, na ausência de um porto seguro para atracar e na impossibilidade de visualizar um horizonte possível para a existência. Essa, por sua vez, é frequentemente negada em diversos contextos, abrindo possibilidades para conflitos, mágoas e decepções.

Assim, por mais que enfrente discriminação nas interações sociais a família poderia ser sempre o porto seguro onde atracar com segurança, quando as marés da vida ameaçarem a sua sobrevivência. É como se a família adquirisse um patamar de “sagrado”, onde os conflitos não a atingem e a felicidade é uma constante. Essa “sacralidade”, pautada na ordem natural das relações entre os sexos, faz com que não seja possível pensar

configurações de famílias outras que não aquela formada por pai-homem, mãe-mulher e filhos (Zambrano, 2006).

Isso poderia justificar a identificação das pessoas *trans* com a família nuclear, especialmente mãe e pai, ainda que haja nesse *lócus* histórias de não aceitação e abandono. Para a autora, a transfiguração de uma família humana em uma “sagrada família”, como um *lócus* exclusivamente relacionado à procriação, deixa de considerar que a família é uma construção histórica, incorporada pelo Ocidente há pouco (Zambrano, 2006).

Nesse sentido é possível interrogar se a valorização da consanguinidade seria uma construção que tentaria evitar as interações sociais, que podem vir a ser excludentes e discriminatórias. Concordando com Lévi-Strauss (2010) que a família não existiria se não existisse a sociedade, emerge a indagação se a significação de família a partir da consanguinidade não produziria uma falsa noção, para as pessoas que lhe atribuem valor, de encerramento da interação família-sociedade. Tendo em conta a noção aportada por Fonseca (1995) de que os sentimentos são categorias culturais e não forças naturais, argumenta-se que a noção de reforço da consanguinidade parece tentar construir uma família hipotética, hermeticamente fechada, supostamente capaz de resistir às vivências de preconceito e não aceitação direcionadas às pessoas *trans* e que são provenientes da interação social.

O paradoxo, entretanto, reside na impossibilidade concreta dessa realização, pois sociedade e família existem em uma interface contínua que permite a existência/sobrevivência de ambas, e a não interação da família com a sociedade não depende apenas das pessoas *trans*, mas sim de todos os seus membros. Assim, a interação pode deixar de existir não entre família e sociedade, mas entre indivíduo e sociedade (ou parte dela), o que pode acarretar, inclusive, em uma posterior ausência de relação entre indivíduo e família. Apoiando-se então na conclusão de que “sem deixar entrar o mundo externo, sem espaço para a alteridade, a família confina-se em si mesma e se condena à negação do que a constitui, a troca entre diferentes” (Sarti, 2004, p. 19).

Há outra expressão das concepções de família na modernidade, a exaltação dos valores individuais, que pode produzir essa noção de um individual tão potente, capaz até mesmo de romper com o social/familiar e existir independentemente desses. Isso é problematizado por Machado (2001), ao apontar que há, sem dúvida, impactos nas configurações familiares, bem como nos seus princípios e valores, advindas da noção individualista presente na alta modernidade<sup>40</sup>.

A construção da concepção de família como proteção ideal, apesar de destacar os laços consanguíneos, também é expressa em relações outras que não as de sangue. Entretanto, a noção de consanguinidade ainda organiza e significa essas relações, pois quando essas existem “fora” dos “laços de sangue” são descritas a partir deles e, muitas vezes, significadas como “se os fossem”. Dessa forma, mesmo que outras pessoas possam vir a compor esse *locus*, a relação consanguínea é forte referência sobre quem é e quem pode vir a ser considerado(a) “da família”. Os exemplos a seguir ilustram esses aspectos:

*Não se limita somente a laços sanguíneos. Família é muito mais. É a pessoa que te ampara, que te acolhe, que caminha junto com você. Minha esposa, meus dois enteados, a Valente, dois amigos, a minha mãe, o meu pai apesar de tudo e meus irmãos. – (João Lucas, homem trans)*

*Família é amizade, é base de amizade. Minha avó, minha tia e a esposa da minha madrinha. – (Lara, mulher trans)*

*Meu tudo. Tá bem grandinha (risos)! Tem ali minha mãe, meu pai, minha irmã, meus sobrinhos e cunhados, e meus amigos mais próximos. Maravilhosa, apesar dos pesares. Maravilhosa!! – (Maria Eduarda, mulher trans)*

---

<sup>40</sup> Ao analisar a obra de Giddens, Dias (2005, p.87) conclui que “a modernidade, caracterizada como uma ordem pós-tradicional, ao romper com as práticas e preceitos preestabelecidos, enfatiza o cultivo das potencialidades individuais, oferecendo ao indivíduo uma identidade “móvel”, mutável. [...] descortina-se, para o indivíduo, um mundo de diversidade, de possibilidades abertas, de escolhas”. A “alta modernidade, modernidade tardia ou modernização reflexiva, portanto, é [...] como uma ordem pós-tradicional, que, longe de romper com os parâmetros da modernidade propriamente dita, radicaliza ou acentua as suas características fundamentais”.

Considerando-se a família como proteção ideal, é possível perceber que a identificação com uma certa composição de família não se limita às pessoas unidas por laços biológicos, mas por aquelas que criam os elos de sentido nas relações, sem os quais os relacionamentos se desfazem diante da perda ou ausência de sentido (Sarti, 2004). Resgatando o conceito de *relatedness* a partir de Carsten (2000), ressalta-se que é a partir das práticas sociais locais que os discursos de relacionalidade devem ser analisados. Dessa forma, não se trata de negar os laços estabelecidos em várias outras relações e sua importância nas formas de sociabilidade e solidariedade construídas em contextos de considerável adversidade.

Ainda assim é importante considerar que os laços biológicos são elementos importantes para pensar a “união da família”, bem como para dizer quem faz parte desse *lócus*. Há nisso uma explicitação de uma força simbólica dos “laços de sangue” na cultura ibérico-ocidental, expressos por vezes nos “nomes de família”, nas semelhanças físicas e traços de personalidade (ou caráter) “puxados” de algum membro da família que seja próximo ou distante (Sarti, 2004). O reforço da consanguinidade expresso nesta concepção de família é tão expressivo que, quando não foi possível ser alcançado em sua concretude biológica, expressou-se através da busca pela semelhança física e de comportamentos:

*Não é porque é meu filho não... ele é um moreno muito bonito! E assim, os traços nossos quando eu corto o cabelo e ele corta o cabelo, ninguém acha que ele foi adotado. Todo mundo pensa que ele é meu mesmo. Ele não tem nada a ver com o Afrânio [esposo de Vicente] mas comigo ele tem tudo a ver. [...] Ele dança muito. Isso aí ele já puxou eu, que eu danço também, eu gosto muito de dançar. Então assim, na arte eu e ele temos alguma coisa em comum. (Vicente, pai de Amadeu<sup>41</sup>)*

---

<sup>41</sup> Vicente, durante a entrevista, referiu-se a Amadeu sempre com seu nome de registro civil, tratando-o com pronomes masculinos. Contou-nos a história de um filho que está deixando uma “identidade masculina”. Como Amadeu não compareceu ao serviço durante a realização

O relato de Vicente (que, com o seu esposo Afrânio, adotou Amadeu) apontou que, afinal, por haver em nossa cultura uma valorização importante das dimensões biológicas do parentesco, são essas as responsáveis pelos vínculos familiares mais “legítimos” (Zambrano, 2006). Machin (2016) aponta em seu estudo que não se pode afirmar que para os casais gays o ideário de um filho biológico está ausente. Em sua pesquisa surgiram os relatos acerca da consanguinidade e do desejo de enxergar-se na expressão facial do filho e ter uma prole geneticamente parecida.

Nesse sentido, a busca por reiterar uma similaridade biológica e/ou comportamental reforça o ideário dos laços consanguíneos que demarcam a família como proteção ideal. O que, por sua vez, é reforçado também em expressões, que lhe atribuem sentimentos de grande valor moral em nossa sociedade. É o que acontece, por exemplo, quando essa construção exalta o amor:

*[Famílias são] Pessoas que estão juntas por amor. – (Tereza, mãe de adolescente trans)*

*[Família é] Amor. Minha família hoje é tudo para mim, meu apoio, eles me apoiam em tudo. Meu pai e minha mãe. – (Samuel, homem trans)*

*A minha vida é essa, eu amo meu filho, gosto demais dele, quero que ele seja feliz da forma que ele quiser ser. – (Vicente, pai de Amadeu)*

O atual destaque na escolha e afeição viabilizou que formas familiares, até recentemente não aceitas, fossem legitimadas (Fonseca, 2004). Como no exemplo de Vicente, homem homossexual que junto a seu esposo adota e cria um filho, ao qual atribui sentimentos de amor e com o qual busca

---

da pesquisa para que pudéssemos lhe perguntar sobre como se identificava, compreendemos que ele estava no início do processo de transição, a partir do que nos contou Vicente. Foi o único pai a participar das entrevistas e seu relato traz ricas contribuições de um momento de transição e, por isso, foram mantidos nesta análise.

semelhanças físicas para significar os laços familiares estabelecidos pela adoção.

As concepções de família expressas constroem um ideal de família, feliz e “natural” que, segundo Fonseca (1995), corresponderiam nas camadas médias à família conjugal comum. A autora ainda destaca que muitos textos, elucidam a constante presença do elogio a essa misteriosa atração estabelecida entre duas pessoas, problematizando que o que muda com o momento histórico não é a existência do amor romântico, mas a relevância atribuída em um determinado contexto. Essa construção vai ao encontro do que analisa Machado (2001), ao afirmar que não estamos distantes da interpretação da novidade do surgimento na “alta modernidade” do “amor confluyente” e da “relação pura”. Neste “o “amor” também seria critério para que os laços conjugais não deixem de existir, desfazendo-se as tradicionais obrigações e distinções de atribuições entre os parceiros amorosos.

Importante ressaltar que não foram encontradas diferenças nesta concepção de família como proteção ideal ao analisar o material de campo referente a homens e mulheres *trans* separadamente. Essas diferenças se fazem presentes na problematização das diferentes atribuições que cada um(a) deles visa exercer na análise da concepção de família como projeto. Também não houve diferenças nesta concepção quando se comparou a análise entre familiares e pessoas transexuais.

Entretanto, é importante destacar que a significação de família aqui discutida apresenta diferenças em grupos sociais distintos. Ao se pensar o pertencimento a diferentes segmentos sociais a partir do que se entende como pobreza<sup>42</sup>, para aquelas pessoas pertencentes a camadas sociais mais

---

<sup>42</sup> Segundo Yazbek (2018), ainda que não haja critérios homogêneos e isentos de um viés economicista, pode-se entender que as pessoas pobres são aquelas que, de forma temporária ou permanente, não têm acesso a um mínimo de bens e recursos, não apenas materiais, mas também espirituais, morais e políticos. Assim são pessoas que, de diferentes formas, encontram-se excluídas de uma dada riqueza social. Compreendeu-se que esse conceito é o que mais se aproxima às particularidades desses grupos sociais e da interface entre pobreza e relações familiares expressa nessa e em outras análises sobre família. Não para estigmatizar ou excluir, mas para compreender as singularidades que podem ser abarcadas nesta concepção de família ao entender-se as suas construções em distintas classes sociais.

pobres, há nessa família idealizada um importante papel de ajuda mútua, para a própria sobrevivência da família. É o que se discute a partir dos exemplos apresentados a seguir:

*Quando eu fiquei doente, [família foi] quem me ajudou e cuidou de mim. Eu morava na roça quando eu adoeci, ainda. Depois minha mãe e minha irmã “foi” cuidar de mim, ficou lá comigo até eu recuperar e meus menino esparramou tudo, como se diz. Ficou com as tias, ficou um bocado com os tios, porque eu não dava conta de olhar, né? – (Neli, mãe de mulher trans)*

*A Aline<sup>43</sup> veio pra morar comigo e eu dei o meu melhor. Eu fiz o que uma mãe tem que fazer e a Dona Zelda não fez, sabe? Tudo o que eu fazia pra minha eu fazia para a Aline. Então eu sou praticamente uma enfermeira pra ela (filha). Dia de sábado era estressante porque eu sabia que não ia ter folga, é só cuidar da Mariana. – (Ivone, mãe de mulher trans)*

*Família pra mim é isso, pessoa que se proporciona a ajudar e ser ajudado. A gente tem que um ajudar o outro. – (João Lucas, homem trans)*

Encontrou-se nesta análise, ao se considerar as camadas pobres, a compreensão de que a família pode ser entendida como uma espécie de relação em cuja base reside as obrigações morais, constituindo-se a família, então, como uma rede e não como um núcleo (Sarti, 2011). Nesse sentido, essa dinâmica de relações familiares pode ser vista como uma adaptação funcional à pobreza, como uma “estratégia de sobrevivência” (Fonseca, 2004). Observou-se que essas redes de auxílio mútuo, além de reforçar a noção de união como importante componente de proteção ideal, atribuem sentidos de pertencimento àquelas pessoas que passam a compor essa rede (Fonseca, 2005).

---

<sup>43</sup> Ivone compartilhou na entrevista que Aline (a ex-namorada de sua filha Mariana) hospedou-se em sua casa por alguns dias. Ela destaca que tratou Aline como uma filha, exercendo com ela todo o cuidado que exercia com Mariana. Durante a entrevista, Ivone fez comparações entre as suas ações e as ações de Zelda, mãe de Aline, buscando explicitar as diferenças que, em seu ponto de vista, cada uma delas tem no cuidado com suas filhas.

Assim, ancorado em Sarti (2011) identifica-se que ao ter em conta a família como ordem moral, baseada em um ciclo contínuo de doação, recebimento e retribuição, as pessoas das camadas pobres reconstróem o mundo social, atribuindo significações para as vivências que experimentam dentro ou fora do ambiente doméstico.

Também foi possível identificar na análise do material de campo – especialmente nas entrevistas e consultas daquelas que se identificaram como (ou afirmaram querer um dia ser) mães – que essa noção de família como proteção ideal confere ao gênero feminino a responsabilidade pelo espaço doméstico e pelo cuidado das pessoas da família. Foram encontrados nesta pesquisa alguns exemplos disso, como os relatos que compartilham as histórias da avó que cuida dos netos abandonados, da irmã que cuida dos sobrinhos cuja mãe está enferma e da mãe que ajuda a mulher para a qual a genitora “*não fez o que uma mãe deveria fazer*”<sup>44</sup>.

Segundo Kofes (1994) as relações familiares, materializadas no domicílio, são principalmente formadas por uma complexidade de posições e obrigações marcadas pelo gênero. Assim, mãe, esposa, dona-de-casa seriam atribuições do feminino. Também se notou que essa noção de proteção ideal destaca a obrigação das mulheres com o cuidado das pessoas da família e provavelmente justificam também a identificação das pessoas *trans* com a família nuclear, especialmente com a mãe<sup>45</sup>.

As dinâmicas familiares que divergem do modelo conjugal mãe-mulher/pai-homem têm a sensação de reforçar estereótipos do senso comum já que qualquer desvio de padrões hegemônicos é encarado como sintoma

---

<sup>44</sup> Referência à fala de Ivone, apresentada anteriormente.

<sup>45</sup> Em sua pesquisa, Giovanardi et al. (2018) apontam que embora o bem-estar psicológico das pessoas transexuais seja amplamente mediado pela aceitação e apoio da família, a pesquisa sobre suas relações com as figuras parentais é escassa. Para responder a esta escassez foi realizada análise na área de Saúde Mental/Psicologia, em que se conduziu investigação quantitativa com 95 pessoas transexuais (74 mulheres *trans* e 21 homens *trans*) acerca das percepções sobre as conexões e traumas advindos das relações entre pessoas transexuais e seus pais. Com ela, identificaram o papel mais favorável que as mães podem ter tido em sua amostra de jovens transexuais. À luz de uma frequência comparável de experiências traumáticas, as mães parecem ter fornecido melhor apoio, quando comparadas com os pais. A pesquisa de Riggs e Due (2015) afirma que os pais tendem a fornecer menos apoio a seus filhos *trans*, em comparação com as mães.



de inferioridade, desorganização social ou atraso (Fonseca, 2004). Seria então a identificação das pessoas *trans* com os pais, expressa nesta concepção de família, uma forma de evitar em suas existências o status de inferioridade, pela possibilidade de afastamento de um modelo conjugal hegemônico? Afinal, também a relevância atribuída à família nuclear formada por mãe-mulher, pai-homem e filhos a partir de relações heterossexuais tem historicidade e se sustenta em uma realidade biológica a partir da qual uma criança não existe se não houver um homem e uma mulher para gerá-la. E essa relação parece tão naturalizada, que se esquece tratar-se de uma ordem social construída (Ribeiro, Gomes, Moreira, 2015).

Tendo em consideração que há diferenças que compõem a concepção de família como proteção ideal segundo diferentes classes sociais, cabe refletir sobre outros marcadores sociais da diferença, como a noção de raça/etnia<sup>46</sup>. Todas as pessoas que se declararam como “negras” ou “pardas” no presente estudo estão nas camadas sociais mais pobres, segundo a conceituação que adotamos para esta análise. Ou seja, para além da pobreza, a raça/etnia é um marcador importante para compreender a dinâmica das relações familiares das pessoas transexuais, pois tem estreita relação com a pobreza.

A população negra vive em maior desvantagem social, sua concentração ocorre com mais frequência nas partes mais pobres do país, tendo um nível de desenvolvimento humano inferior ao da população geral, com acesso precário a educação, trabalho e saneamento básico (Barata, 2009). Apesar de não ser o foco do estudo, é fundamental fazer esse apontamento, especialmente no Brasil, onde muitas vezes se acredita que não há obstáculos estruturais, institucionais, sociais, culturais e raciais/étnicos

---

<sup>46</sup> Adotou-se nesta pesquisa a conceituação apresentada por Barata (2009) para falar de raça/etnia. Segundo a autora, “nas ciências biológicas raça é sinônimo de uma divisão dentro de uma mesma espécie. Entre os humanos, a noção de raça aparece como uma construção ideológica relacionada com a crença dominante na inferioridade inata de certos grupos, como os judeus, os ciganos, os indígenas, os negros e os imigrantes. [...] Embora esta noção não seja útil como marcador de diferenças biológicas, ela pode ser um importante marcador de iniquidades e injustiças sociais. Oficialmente, portanto, a noção de raça/etnia é um construto sociopolítico, e não uma categoria baseada cientificamente em diferenças biológicas intrínsecas” (p. 57-8).

para a consolidação de uma nação realmente democrática, sendo que a realidade da população negra explicita oportunidades desiguais para esse grupo populacional (Chehuen Neto et al., 2015), além de situações de discriminação e violência (Brasil, 2013b).

Ter a família significada como rede de apoio nas dificuldades vividas no cotidiano (como situações de desemprego, adoecimento, etc.) faz com que o processo de transição seja mais difícil para as pessoas *trans* negras e pobres. Isso ocorre porque a ausência do apoio da família terá um impacto maior em suas vidas, em eventos relacionados ou não à transexualidade, já que a família é percebida como aquela que fornece o suporte nos desafios vividos.

Apesar de distintas histórias de vidas e relações familiares, a concepção de família como proteção ideal acerca-se de um modelo marcado pela família nuclear e consanguínea. Ainda que algumas histórias sejam marcadas pela discriminação, exclusão, violência e pela “simples” recusa em nomear as pessoas *trans* a partir dos nomes que escolheram para si e pelos pronomes de tratamento a eles associados, a família parece pairar soberana. Como forte construção social, ressignificada a partir de cada contexto de vida, mas reiterada como proteção ideal, amor, cuidado, doação e reciprocidade.

Percebe-se que essa concepção de família expressa entendimentos criados e reforçados social e culturalmente. Esta concepção pode permitir, que as relações familiares sejam construídas em uma significação capaz de lhes transformar em um modelo a ser seguido, o que abre um espaço produtivo para os discursos normativos (Sarti, 2004).

As noções tradicionais de família – expressas nessa concepção de família – também fazem com que a família seja uma busca das pessoas. Isso independe de idade, orientação sexual e identidade de gênero e a autora destaca em seu texto que as pesquisas sociológicas mostram isso. Afinal, a família é reclamada na atualidade por ser um valor seguro, do qual ninguém quer declinar (Roudinesco, 2003).

Na concepção de família como proteção ideal se identifica, que sentidos favoráveis de família parecem querer ressignificar uma realidade na

qual não se verifica a concretização de um “dever ser” das famílias e das relações aí estabelecidas.

É o “escudo da norma hegemônica” (Fonseca, 1995), em que encontramos até mesmo a busca por uma família ideal que parece estar presente, na linguagem das pessoas entrevistadas, em outras famílias e que essas, por sua vez, são mais felizes e até mesmo mais “avançadas”. Assim, reconstrói-se um modelo de família tão perfeito, hermético e ideal que, até o momento, ninguém parece possuir. E talvez a busca por possuí-lo movimente nossos discursos e ações.

Não significar a família de forma favorável ou até mesmo ir contra essa construção seria uma “ofensa”, em uma sociedade onde essa concepção de família constrói discursos nos quais as interações sociais são apresentadas como sem moral ou rumo diante da mínima possibilidade de distanciamento desse conceito. Trata-se de construção tão forte que, por vezes, faz com que sequer percebamos o quão irreal ela é. Provavelmente por se imaginar que ela traria uma suposta sensação de conforto, segurança e pertencimento, parece ser impossível não pensar a família como *locus* constante e estável de proteção, cuidado e auxílio mútuo.

Assim, os sujeitos resistem, respondem e reproduzem essa concepção idealizada de família e as estruturas que dela advêm, buscando encaixar-se no contexto permitido pela situação histórica e cultural, segundo as regras e normas que viabilizam sua sobrevivência e bem-estar (Galán, 2009). Esse ideal de família parece não ser alcançado na prática e, talvez, essa discrepância entre o que a família deveria ser e como ela se apresenta na realidade dos cotidianos de vida das pessoas, possa contribuir com a construção da concepção de família que se aborda a seguir, quando o sentido atribuído é de decepção e abandono. Ainda assim, essa forma ideal de família não deixa de ser buscada.

#### 4.1.2 “*Eu queria que isso não tivesse acontecido*”: o sentido de “família como decepção e abandono”

O sentido de família como decepção e abandono emergiu no material de campo quando as concepções de famílias são expressas por meio da atribuição de um significado negativo. Esse sentido negativo constrói-se a partir de uma linguagem que conta de algo que não foi alcançado (decepção) ou de vivências de uma aceitação limitada ou ausência de apoio (abandono). É um sentido que emerge através da concepção do que se gostaria que fosse a família, surgindo a partir das histórias das pessoas, quando partilham o cotidiano da dinâmica de suas relações familiares.

Dessa forma, constrói-se a concepção de família como um *lócus* em que ao invés de proteção, encontrou-se abandono, incompreensão e atitudes negativas frente à expressão de performances identitárias complexas, singulares e em constante transformação. Foram comuns os relatos de que essa ou aquela família não foi “o que deveria ter sido”, retomando a concepção previamente abordada de um “dever ser” da família relacionado ao acolhimento, ao cuidado e à proteção.

Essa concepção de família, então, encontra-se com a ressignificação da proteção ideal frente à realidade das interações cotidianas. A família passa a ser significada com expressões de dor, sofrimento, angústia, conflito e instabilidade. É o que se pode perceber a partir dos trechos selecionados apresentados a seguir:

*Minha família não foi uma proteção, mas eu acho que todas as famílias deveriam ser. - (Murilo Francis, homem trans)*

*[Família é] União. Família com amor. Família com respeito. E família que respeite, que apoie, do fundo do coração mesmo, porque a minha família não é assim. Eles apoiam porque têm que apoiar, “engole” porque têm que engolir. Minha família é só eu e minha mãe. O resto é agregado. – (Marilda, mulher trans)*

*Meu pai me cortou da vida dele. Ele nem me levava para a escola. Ele dizia que se eu comesse a comida dele, ele não daria comida para o resto da família. – (João Lucas, homem trans).*

Murilo, Marilda e João Lucas contaram sobre família significando amor e apoio/proteção. Mesmo assim, eles também significaram suas famílias como uma fonte de decepção e abandono, o que destaca a complexidade de compreender os significados familiares nas experiências transexuais. Em outros trechos, pode-se identificar mais dessa concepção de família:

*[Família é] Conflito. Briga. Desestabilidade. Mas uma união estável. Depois acaba vendo que não adianta ficar brigando entre si que é melhor unir, que aí às vezes é mais fácil as coisas. – (Camila, mulher trans)*

*[Família é] Decepção. [Minha família é] Minha mãe. – (Caio, homem trans)*

Importante observar que a construção dessa concepção de família parte dos aspectos favoráveis para, em seguida, apontar que eles não foram alcançados e, então, a ideia de decepção e abandono começa a construir-se. Destarte, como “a família nos parece uma realidade social positiva, talvez a única realidade social positiva, estamos dispostos a defini-la exclusivamente por suas características positivas”, destacando também que “quando buscamos demonstrar o que é família, estamos ao mesmo tempo dizendo o que não é família e esses aspectos negativos podem ser tão importantes como os outros”<sup>47</sup> (Lévi-Strauss, 2010, p. 211).

Esses valores favoráveis atribuídos à família são tão expressivos nas concepções sobre o tema que, ainda que não vivenciados na realidade, são

---

<sup>47</sup> No original: “Ya que la familia nos parece una realidad positiva, tal vez la única realidad social positiva, estamos dispuestos a definirla exclusivamente por sus características positivas. Ahora debemos señalar que en cada ocasión en que hemos tratado de demostrar lo que es la familia, al mismo tiempo estamos implicando lo que no es, y los aspectos negativos pueden ser tan importantes como los otros” (tradução nossa).

buscados para si ou para outros(as), no presente ou no futuro. Há uma procura da resignificação dos conflitos a partir da noção de uma união estável, não no sentido legal dessa, mas no de durabilidade das relações, de manutenção da união buscada, ainda que diante de conflitos.

Uma das situações que contribuiu com essa concepção de família como decepção é a ausência de proteção. Essa expressão, vinculada à família, diz de um refúgio do que se passa na rua, no meio externo onde “*muitas coisas ruins*”<sup>48</sup> acontecem. Entretanto, há que se olhar de forma crítica para essa suposta proteção vinculada à conceituação de família. Percebe-se que a construção da família a partir de valores considerados favoráveis em nossa sociedade não está a serviço exclusivo da satisfação individual de seus membros.

Retomando a concepção de Fonseca (1995) acerca do “lar doce lar”, compreendemos que esse é, em verdade, “lar institucionalizado lar” e é justamente a ausência dessa normativa protecionista conferida à família, que é lamentada nas vidas das pessoas transexuais quando o sentido a ela atribuído é de decepção. Lamenta-se então o não cumprimento de uma norma que enquadra fixamente as pessoas em um lugar que lhes dá a sensação de segurança e conforto.

Observa-se que a palavra “conflito” surge atribuída às famílias, na concepção dessas como decepção. Dessa forma é importante considerar o que o conflito quer dizer em cada dinâmica de relações familiares, pois seu surgimento irá depender do que cada família estabelece como aceitável dentro de seu código normativo próprio.

É equivalente a dizer, o que em uma família pode ser motivo de desavenças, decepções e até mesmo rupturas, pode ser tolerado em outra, e vice-versa, já que a família é o cenário onde o conflito é inerente (Sarti, 2004). Por isso, chama-se a atenção para a importância de as concepções de família estarem em diálogo constante com a realidade de cada família, compreendendo como a proteção, a decepção, o abandono e os projetos agregam sentidos a experiências únicas.

---

<sup>48</sup> Referência à fala de Murilo Francis, apresentada anteriormente.

Também não se encontrou diferenças nessa concepção de família como decepção e abandono ao analisar o material de campo referente a homens e mulheres *trans* separadamente. Entretanto, essa concepção de família como decepção não é construída apenas pelas pessoas *trans*. Para elas a decepção se expressa na ausência do apoio esperado. Para as pessoas da família identifica-se, que essa concepção se constrói com relatos de decepção por um sonho não concretizado, pela dor das expectativas não alcançadas, pela dificuldade em “deixar” morrer um(a) filho(a) e ter em casa “um(a) estranho(a)”, diferente daquelas fotografias e lembranças de outrora. É o que pode ser observado nos trechos a seguir:

*Eu queria que não tivesse acontecido o que aconteceu (choro). Descobrir que eu tenho um filho trans, eu nem sei o que é isso!!! (choro intenso). Eu queria que fosse homem! A árvore genealógica acabou aqui, não tem mais, morreu aqui! Acabou aqui, porque não tem filho. Vou te falar bem a verdade, pra mim morreu no dia que falou pra mim que é transexual, morreu. Eu perdi um filho, pra mim tá morto. – (Ivone, mãe de mulher trans)*

*Eu tive meu momento de luto né?! Eu tive o meu momento de ver foto e chorar. Ah, eu gostaria que ela não tivesse que passar por isso (choro). Quando ela era pequena eu pensava assim “Nossa, minha filha vai ser uma moça tão bonita, tão bem resolvida...” Sabe aquela idealização da filha? E agora imaginar que vai ser um homem, um rapaz. É tão difícil, é complicado, né!? – (Tereza, mãe de adolescente trans)*

A união não realizada, o sonho desfeito, o luto vivido, a árvore genealógica destruída, entre outras expressões, passam a ressignificar negativamente o ideal esperado e não concretizado. Tereza, por exemplo, compartilhou na entrevista que, após deixar o ambulatório (que foi, pelo relato da equipe, a primeira consulta na história do serviço em que compareceram pai e mãe juntos em busca de informações), teve que dirigir o veículo até a sua casa, uma vez que o esposo chorou durante todo o trajeto. Enquanto ela,

assustada com o choro do esposo, tentava equilibrar o sentimento de perda da filha com o “*estremecimento*” de um casamento “*de anos*”. Segundo ela, a transexualidade do filho se tornou um “*assunto que é a vulnerabilidade do casamento*”.

A relação entre pais e filhos é muito forte no âmbito familiar, no sentido em que é nela que estão mais significativas as obrigações morais, em que ter filhos(as) é significar um projeto de união (Sarti, 2011). Assim, o sentido de decepção perpassa não apenas as expectativas com um filho ou uma filha, mas também a frustração diante da não realização de um projeto de família. Dessa forma, ter um/uma filho/filha transexual pode não somente gerar um sentimento de decepção, mas também “*estremecer*” a união de um casal, responsável por essa pessoa.

Dierckx et al. (2016), em sua revisão acerca dos aspectos familiares envolvendo a transexualidade concluem que “a literatura sobre jovens transgêneros sugere que criar uma criança transexual pode ser um desafio e é muitas vezes acompanhada de sentimentos de culpa, responsabilidade e conflito relacional”<sup>49</sup> (p. 5).

Assim, identifica-se que o sentido de família com uma atribuição negativa, a exemplo da decepção, pode ter emergido no campo não apenas através das falas nas entrevistas e na observação das consultas, mas também dos silêncios. A ausência total dos(as) familiares de usuários(as) do serviço nos grupos focais da pesquisa, com dois convites distintos, em datas e horários diferenciados (ainda que com a confirmação antecipada de presenças) representaria uma dificuldade em falar sobre algo que “mal pode ser mencionado”? Poder-se-ia inferir que a opção por não falar sobre, nessa situação, remeteria a uma outra concepção de família, a partir do encontro com a transexualidade, que não podemos significar pelo silêncio?

Nesse sentido, destaca-se que dentre as diversas consultas observadas, foi acompanhado o acolhimento da mãe de um dos usuários

---

<sup>49</sup> No original: “Literature on transgender youths suggested that raising a transgender child may be challenging, and was often accompanied by feelings of guilt, responsibility, and relational conflict” (tradução nossa).



entrevistados, o qual se identificou como homem *trans*. Não se descreverá esse momento, uma vez que ela se recusou a participar da pesquisa. No entanto, após ser informada sobre a pesquisa e sua participação voluntária, respondeu que ela não estava ali “*para ajudar com esse tipo de coisa*” e que só queria “*resolver o problema da filha e ir embora*”.

Dessa forma, baseando-se no proposto por Wren (2002) argumenta-se que essa dificuldade em falar sobre e até mesmo significar essas experiências “não é apenas porque a experiência é percebida como vergonhosa e perversa, mas também porque nosso pensamento aqui às vezes opera nos limites da linguagem” (p. 377<sup>50</sup>). Por isso, torna-se fundamental diferenciar nesta concepção de família o ponto de vista construído pelas famílias, ainda que a superação dos silêncios pudesse expandir a compreensão dos sentidos dos(as) familiares das pessoas *trans* ademais da decepção.

Para avançar na análise proposta então, e considerando o déficit e a necessidade de discussões específicas na literatura acerca das relações familiares com as pessoas transexuais, propõe-se um diálogo com o que Sarti (2004) aborda do lugar do jovem nas famílias, pois parece permitir aproximações para compreender o lugar das pessoas *trans* e também de seus familiares. Segundo a autora, o jovem pode ser aquele que introduz uma alteridade na família. Seus discursos podem ser tidos como novos, abalando o discurso oficial da família, rompendo com ele, invertendo-o ou até mesmo reafirmando-o. Isso pode desencadear no âmbito das relações familiares, reações diversas, seja de acolhimento ou rejeição a esses “estranhos”, o que é decisivo para as famílias e para o lugar do jovem, que está à procura de uma expressão identitária construída na interface com as várias alteridades confrontadas.

Assim como os jovens descritos por essa autora, as pessoas *trans*, geralmente, passam a ser considerados “estranhos/estranhas” para suas famílias, e as diferentes reações frente a esse “estranhamento” definirão as relações familiares e o lugar das pessoas *trans* que constroem a própria

---

<sup>50</sup> No original: “This is not just because the experience is perceived as shameful and perverse, but also because our thinking here at times operates at the limits of language”. (tradução nossa).

identidade, marcada pelas várias alteridades com as quais se enfrentam. Isso esbarra na não correspondência às expectativas para a expressão de gênero daquela pessoa, construídas desde o conhecimento de sua genitália ao nascer ou até mesmo antes disso.

A diferença nessa comparação é que mesmo o jovem introduzindo essa alteridade e abalo no contexto da família, isso é percebido como uma fase, como um processo passageiro, ao passo que na situação das pessoas *trans* essa dimensão não está presente. O abalo é exatamente por perceberem uma alteridade que parece não ser passageira ou nem mesmo representar uma etapa na vida.

Há que se considerar, também, que para as pessoas transexuais, seus familiares também podem produzir uma alteridade. Afinal, diante da decepção e do abandono, podem estranhar aquelas pessoas e pensar “onde estava aquela mãe ou aquele pai (ou aquele familiar), que eu pensava conhecer e do qual esperava proteção, apoio e cuidado?”.

A decepção das pessoas da família então é significada a partir do “estranhamento” de alguém que parecia estar tão concretamente definido, encaixado, moldado para ser o que se espera. A constituição da família perpassa a construção de identidades que a demarcam, em um confronto constante com a alteridade, permitindo que a família se constitua de maneira dialética, ou seja, mais do que o “nós” que a constitui, ela é também o “outro”, sem o qual o “nós” não existe (Sarti, 2004).

Essas alteridades e estranhamentos conflitam constantemente com as explicações construídas socialmente com os(as) familiares para os comportamentos das pessoas, vinculadas “com a aparente firmeza das categorias: masculino e feminino, filho e filha. Sua explicação repousa sobre o que é permitido na gramática convencional de classificação binária” (Wren, 2002, p. 388<sup>51</sup>). Desse constante conflito, também emerge o sentido de família como decepção.

---

<sup>51</sup> No original: “He finds himself wedded to the apparent fixity of the categories: male and female, son and daughter. His account rests on what is allowed in the conventional grammar of binary classification” (tradução nossa).

Torna-se relevante pontuar que a concepção de família como decepção para os(as) familiares faz parte do processo de resignificação da dinâmica das relações familiares e até mesmo da expressão identitária performada pelas pessoas transexuais com as famílias. Segundo Wren (2002, p.389<sup>52</sup>) muitos pais “ainda podem sentir uma profunda tristeza inquietante e sensação de perda” e que “pode ser difícil [...] estabelecer um significado consistente, de modo que sua interpretação do que está acontecendo possa se alterar com o tempo”.

Conforme explicitado anteriormente, esta concepção de família perpassa não apenas a decepção ou a frustração de expectativas não cumpridas na relação com o outro, seja pelas pessoas transexuais ou por seus familiares. Há que se compreender que, por vezes, mais do que o cuidado não efetivado, as famílias são significadas pelo sentido de abandono, vivido das mais diversas formas em atitudes e palavras. É o que o trecho abaixo indica:

*Aí quando eu falei [que era trans] pra ele [pai], ele cortou relação comigo. A gente ficou mais ou menos uns quatro a cinco anos sem se falar, sendo dois anos disso morando na mesma casa. Inclusive ele me tirou escola, me tirou cursos, me tirou curso de inglês, curso de computação, natação, tudo o que eu fazia. Ele falou que se eu comesse da comida dele, ele não dava mais comida pra dentro de casa. Então eu fiquei assim, tive que começar a me virar. Minha mãe que tirava um pouco do salário dela pra fazer o mercado pra mim separado, porque senão... (João Lucas, homem trans)*

Novamente observa-se que as concepções de família podem se interseccionar na construção das pessoas. Como exemplo, cita-se Andressa, que atribuiu as expressões de “base” e “amor” à sua família e compartilhou de uma não aceitação, de uma resistência à sua performance *trans* por parte de sua família. Em outro momento da entrevista, disse que “estamos tão

---

<sup>52</sup> No original: “It may be difficult for some parents to establish a consistent meaning, so that their interpretation of what is happening may alter over time. [...] They may still experience deep unsettling sadness and sense of loss” (tradução nossa).

*habitados a abrir mão de tanta coisa, você acaba abrindo mão disso [família] também*”, explicitando o quão difícil pode ser atribuir valores negativos à família. O abandono a quem ela é “*de fato*” faz com que suporte essa não aceitação. Ou seja, é tolerável ser abandonada pela família, enquanto abandoná-la traduz-se em ação quase impossível.

O abandono aqui está expresso em diferentes situações, como a recusa por parte da família na aceitação e diálogo com a pessoa transexual. Ou até mesmo no abandono da casa, da família, momento em que se pode, inclusive, encontrar no outro, no estranho, na rua, a proteção, o apoio e o cuidado que faltaram onde “*deveriam estar*”. Nesse sentido, a família não concretiza seu ideal de apoio e felicidade e acaba “*engolindo porque tem que engolir*”<sup>53</sup>.

Dessa maneira percebe-se o valor que a unidade domiciliar, a casa, tem para a significação de uma família. Deixar a casa é a expressão máxima do abandono, da insatisfação, das tensões estabelecidas nas relações familiares das pessoas transexuais. Isso é exemplificado a partir dos relatos selecionados a seguir:

*Saí de casa para ter meu espaço e ser respeitado. A família da minha mãe cortou, tanto o vínculo comigo e o que mais me machuca é que com isso cortou o vínculo com ela [mãe]. (Miguel, homem trans)*

*Eu saí de casa muito cedo a primeira vez, com dezesseis [anos] fui morar com as minhas irmãs. Só que eu tinha conflito com as pessoas porque todo mundo tinha uma visão meio parecida com a da minha mãe. Então todo mundo queria me fazer engolir que eu era uma menina, sendo que eu sabia que eu não era, esse que era o ponto ali, entendeu? (Murilo Francis, homem trans)*

*Assim, eu saí de casa com quatorze anos, só que antes meu pai me hostilizava muito. Ele tinha ódio do homossexualismo, ele tinha ódio!!! Mas ele me tratava bem. Porque eu trabalhava, eu comprava presente pra ele, sempre ajudei financeiramente, sabe. Às vezes ele*

---

<sup>53</sup> Referência à fala de Marilda, apresentada anteriormente.

*falava que eu era filho homem, sabe? (Elizabeth, mulher trans)*

Identificam-se histórias que materializam o abandono do lar, a partir da significação da experiência transexual. Em algumas situações, como no caso de Elizabeth, percebe-se que mesmo com o abandono, as relações mantêm-se no sentido de ajuda mútua, conforme já discutido acerca das famílias das camadas mais pobres. Seu pai sentia ódio, antítese do sentido de amor atribuído à concepção anterior de família. Ainda assim a tratava bem, uma vez que dependia ou se satisfazia com a ajuda que dela recebia.

Quando o abandono emerge nos relatos, a saída de casa é um evento marcante, compartilhado com expressões de tristeza e angústia, pois representa deixar o lar, que deveria ser ponto de apoio e acolhida, a materialidade do porto seguro. É o fato que concretiza o rompimento com a família que deveria ser, mas não foi.

Acredita-se que a justificativa para o destaque a essa experiência ocorre porque a casa é o local onde se realiza o projeto de ter uma família (Sarti, 2011). Assim, deixar de ter um lar é deixar de ter uma família, ao mesmo tempo em que, pode abrir possibilidades de construir “outras famílias”, a partir de um novo lar, de novas relações, por mais que se deseje retornar ao antigo<sup>54</sup>.

Assim, esse abandono se concretiza no rompimento das relações ou no afastamento do lar. A pessoa transexual representaria então, a “patologia” dentro de uma família supostamente ideal, cabendo a ela o silêncio, a negação, a expulsão, o desaparecimento, já que quando a família se conforma “ao modelo ideal” e não é feliz, isso é justificado por patologias ou

---

<sup>54</sup> Essas possibilidades de novas configurações familiares nos remetem ao estudo já clássico de Kath Weston (1991), sobre famílias gays e lésbicas. Nesse caso, elas procuram não apenas manter laços com a consanguinidade, mas também construir suas próprias famílias. Em seu estudo, Weston analisa as formas como gays e lésbicas estão construindo suas próprias noções de parentesco, baseando-se no simbolismo do amor, da amizade e da biologia. A autora mostra o quanto ‘sair do armário’ significou (no contexto das décadas 1980 e 1990) construir uma família por afinidade, por escolha, por relações. Ela também debate as transformações nas comunidades gays que ajudaram a formar o discurso contemporâneo sobre a família gay e aborda as implicações políticas das famílias escolhidas.

mesmo insuficiências de seus membros (Fonseca, 1995). Concomitantemente, o que não é regulado é banido, impugnado e silenciado. Não existe e não deve existir e, se ousa manifestar-se, será eliminado (Foucault, 2015).

Nesse sentido, foi comum verificar no campo, especialmente ao acompanhar as consultas em que compareciam usuário(a) e familiar, uma busca infrutífera e desgastante pela responsabilidade desse abandono. Eram longas consultas, entremeadas por choros e acusações, onde “um dos lados” era responsabilizado por não aceitar, apoiar e compreender enquanto ao “outro lado” era direcionada a responsabilidade por transgredir as normas e expectativas construídas.

Esses momentos demandavam um tempo considerável do serviço e das(os) profissionais ali presentes, que tentavam ouvir e conciliar diferentes vozes consolidadas em monólogos de lamentação e (des)responsabilização. É essa, muitas vezes, a tarefa que parece ser esperada, por usuários(as) e familiares, no contexto do serviço de saúde: não a de encontrar uma resolução para os problemas, mas a de ser um local em que o conflito é colocado “à mesa”.

Para ampliar a compreensão da concepção de família como abandono, considerando inclusive que o abandono pode ocorrer ainda que a construção discursiva expresse uma aceitação, é importante refletir acerca da diferença entre aceitação e apoio, em relação às histórias de transexualidade na família. Foram comuns os relatos de pessoas transexuais referentes à afirmação da aceitação das pessoas de sua família, especialmente pai e mãe, mas que vinham acompanhados de uma constante no chamamento pelo nome de registro civil e no pronome de tratamento a ele associado, bem como na dificuldade em apresentar a pessoa transexual a amigos(as) e a outras pessoas do ambiente familiar. Essa percepção pode ser observada quando, no grupo focal com homens *trans*, todos os participantes responderam “sim” em uníssono, à pergunta da moderadora se eles sentiam receio quando algum familiar os apresentava a outra pessoa.

No encontro com Samuel essa questão igualmente esteve presente. Durante a entrevista, que durou pouco mais de uma hora, sua mãe ligou em seu celular por duas vezes. Ao término de cada ligação, Samuel compartilhou comigo que ela estava preocupada em saber onde ele estava, quando voltaria e lhe dera muitas recomendações de cuidados. Disse ainda que sua mãe afirma com frequência ter medo de que as pessoas descubram que ele é um homem *trans* e que isso faça com que seja vítima de alguma situação de violência.

Samuel nunca foi chamado como tal pelos pais e terminou as ligações com um sorriso no rosto, destacando com alegria que os pais se importavam com ele e que, inclusive, não queriam que ele fosse trabalhar longe deles. Pode-se pensar então que a sua expressão de gênero, ao escapar da norma de família filha-mulher-cis é, na verdade, negada, excluída e silenciada, a partir da justificativa de uma aceitação/preocupação? Os trechos a seguir também exemplificam essa argumentação:

*Eu já falei para ela [mãe] parar de me apresentar, porque ela não consegue. Ela só me apresenta pelo nome civil e eu fico: “Não, não quer me chamar? Não chama, tudo bem, a senhora pode, mas não vem me apresentar pros outros não. Ou então deixa que eu me apresento.” – (Sérgio, homem trans)*

*O ruim é quando alguém já te trata no masculino e sua mãe vai lá e critica. – (Vinícius, homem trans)*

*Parece que tem pessoas que tem mais respeito por como seus pais te tratam do que como você quer ser tratado. Tenho essas experiências em reuniões de família. Cheguei lá, primeira vez, primeiro tratamento foi Eduardo. Aí chegou meu pai e minha mãe atrás só me chamando no feminino, o Eduardo sumiu. – (Eduardo, homem trans)*

Propõe-se uma diferença entre aceitação e apoio familiar na experiência da transexualidade a partir do estudo de Le et al. (2016, p. 2). Essa pesquisa estava focada em determinar se havia diferenças na aceitação

dos pais, saúde mental e fatores de risco para HIV entre jovens com e sem apoio dos pais. Eles revelaram que “a aceitação dos pais passava a ser uma fonte primária de apoio social para jovens LGB” e que, para as pessoas transexuais<sup>55</sup>, esse “apoio social pode ser tão instrumental quanto a aceitação dos pais na preservação do seu bem-estar”<sup>56</sup>,

Os autores apontam ainda que as pessoas transexuais<sup>57</sup> necessitam de apoio para “além da aceitação”, como para questões relacionadas à negociação na escola e expectativas de professores, e acesso a serviços de saúde para pessoas *trans* (Le et al., 2016, p. 2<sup>58</sup>). Ao mencionar um apoio “além da aceitação”, os autores permitem deduzir, que há uma diferença entre apoio e aceitação, ou seja, aceitar uma pessoa transexual é diferente de apoiá-la.

O que se chama aceitação parece indicar, em realidade, uma tolerância “cega, surda e muda”. É como se os(as) familiares dissessem: “sei que você existe e até posso permitir que nossa relação se mantenha e que você siga vivendo na mesma casa que eu, mas não desejo saber de nada referente ao assunto transexualidade, muito menos das suas vivências a ele concernentes”. Talvez obrigados moralmente a não abandonar filhos, filhas e pessoas da família, muitas mães, pais e familiares, aceitam porque “têm que aceitar”, porque abandonar implica infringir o código normativo de uma família. Muitas vezes essa aceitação é referida como “respeito”, já que a sua postura passiva de não enfrentamento (ou não diálogo) é percebida através da não violação, não discriminação e não invasão do espaço alheio.

---

<sup>55</sup> A pesquisa citada trata de mulheres *trans* jovens, entretanto o campo desta pesquisa nos permite compreender que essa percepção pode ser pensada para as pessoas transexuais de qualquer idade ou gênero, tendo em conta a singularidade de cada vivência/experiência.

<sup>56</sup> No original: “Parental acceptance results in parents being a primary source of social support for LGB youth. For Transfemale youth (TFY), social support may be as instrumental as parental acceptance in preserving their well-being” (tradução nossa).

<sup>57</sup> Idem nota de rodapé 55.

<sup>58</sup> No original: “TFY need support beyond acceptance for things like health insurance, negotiating school and the expectations of teachers and administrators, and accessing transgender health services” (tradução nossa).



Concernente a isso pode se inferir então que o apoio se situa em um âmbito distinto da aceitação. O apoio materializa-se no ver, falar, escutar, pensar, problematizar e até lutar junto à pessoa transexual diante das dificuldades que ela possa vir a enfrentar, aproximando-se, assim da concepção de família como proteção ideal. Algumas situações onde esse apoio pode se expressar são a busca por informações acerca do acompanhamento do(a) familiar *trans* no serviço de saúde, o interesse pelo tratamento, pelos sentimentos e pelo o que ele(a) vive na escola ou, por exemplo, no trabalho.

Assim, percebe-se que, na dinâmica das relações familiares com pessoas transexuais, há mais abandono que apoio e que a aceitação, na maioria das vezes, é um mero cumprimento de um dever moral para com a família e a sociedade, ainda que não se compreenda nem concorde com absolutamente nada do que a pessoa transexual vive, sente e expressa. Claro que, quando o apoio acontece, ele é um diferencial favorável, conforme exemplificam os relatos selecionados a seguir:

*Eu sinto que cada vez que eu apoio ela fica mais feliz, fica mais realizada. Ela tá vendo que a gente tá vindo, que eu tô dando apoio. Vejo que ela tá mais leve, mais feliz, menos isolada. Parece que ela tá muito mais confortável na identidade trans, na vestimenta, em todas as atividades ela tá muito mais leve. Antes ela era uma menina muito solitária, muito assim: só lendo, só lendo... acho que ela se escondia muito atrás disso, sabe? Hoje vejo ela muito mais feliz. – (Tereza, mãe de adolescente trans)*

*No momento que você tem o apoio de uma pessoa, uma só, que tenha o poder sobre você, de fazer alguma coisa, de te ajudar de alguma forma, faz toda a diferença. – (Daniel, homem trans)*

Dessa forma, conclui-se que a família como decepção e abandono envolve a vivência de expectativas não alcançadas, sonhos não cumpridos, chegando ao abandono de si, das relações familiares e/ou do ambiente doméstico em alguns casos. Percebe-se que essa concepção está

relacionada com a concepção de família como proteção ideal, já que seus sentidos emergem quando o cuidado, a união, o amor e o apoio esperados das famílias não se concretizam. O apoio parece ser uma forma de ressignificar o abandono e a decepção, aproximando a dinâmica das relações familiares à concepção de família como proteção ideal.

Considerando que a maior parte das pessoas *trans* negras estão em situações de maior vulnerabilidade, menor renda e menor nível educacional (Grant et al., 2011; James et al., 2016), observou-se em relação à raça/etnia e a renda econômica, que pessoas brancas com melhor status econômico tendem a ter mais recursos para lidar com essa decepção e abandono. Entre esses recursos menciona-se o acesso a informações e cuidado em saúde, como Grant et al. (2011) e James et al. (2016) mostraram em pesquisas nacionais nos Estados Unidos da América (EUA).

Ao final desta categoria de análise, cabe destacar que família não é somente significada como decepção e abandono, embora essas queixas sejam maiores, que a expressão de apoio no ambiente familiar. Assim, considera-se necessário relativizar a experiência *trans*, na medida em que pode indicar haver outras possibilidades quando se pensa sobre família e transexualidade.

Para participantes dessa pesquisa, primos, irmãos, amigos e até pessoas do serviço de saúde são percebidos como suas referências quando o assunto é família, entendida como *locus* de proteção e apoio. Como exemplo, há a história de Daniel, homem *trans* de 21 anos, que lamenta por sua família não ter sido a proteção esperada, Ele compartilhou ter apenas uma pessoa na sua família, que sempre o apoiou e pela qual tem grande consideração e estima, a sua prima.

Nesse sentido, as relações entre os membros da família podem ser igualmente repletas de aparentes ambiguidades. Como exemplo, tem-se a história de Amanda, um homem *trans* que teve o apoio e a aceitação por parte do seu pai (segundo ele, após a realização do grupo focal deste estudo) e do seu irmão, mas não da sua mãe. Amanda, entretanto, ilustra esse processo supostamente paradoxal, ao dizer que sua mãe o encontra na rua e finge não

o conhecer, com medo de que alguém possa reconhecê-lo como seu filho. Ao mesmo tempo, no interior do lar, sua mãe lhe pede desculpas por isso e o auxilia na compra de hormônios.

Concluí-se que o critério de pertencimento de cada pessoa (que seja ou não da família de origem ou consanguínea) depende do quanto ela se aproxima da concepção de família como proteção ideal. A dinâmica das relações familiares das pessoas *trans* é complexa, indo além da simples dicotomia “aceitar” ou “não aceitar”, mas composta de nuances que expressam a busca de pertencimento e reconhecimento em uma dada família.

#### **4.1.3 “[No futuro] eu me vejo feliz com eles [membros da família]!”: o sentido de “família como projeto”**

O sentido de família como projeto surge no material de campo quando as concepções ressignificam planos para o futuro, que podem ser manifestados através da vontade de constituir uma nova família ou de reconstruir os laços com a de origem. Dessa forma, ao falar de famílias constrói-se um projeto que aponta para o futuro buscado pelas pessoas *trans* e por seus familiares. Resgata-se para esse projeto a concepção de família como proteção ideal, construída como um valor favorável, um *lócus* onde se busca um apoio.

Observa-se que as concepções de família descritas anteriormente ressignificam as vontades, os planos para o futuro, que invariavelmente envolvem as famílias. Não houve, em nenhuma entrevista, grupo ou observação participante um(a) usuário(a) ou familiar que, quando indagado(a) acerca das perspectivas para o futuro, não expressasse a vontade de constituir ou (re)conectar-se com quem ele(a) considera como sendo sua família.

Dessa forma, identifica-se a família significada como projeto, inicialmente, a partir da procura – na vida profissional, na formação educacional e na vida conjugal – conquistas que façam com que a existência

tenha um valor socialmente reconhecido e admirável, adquirindo ou readquirindo assim, outra relação com os familiares. A noção expressa é que a partir desse reconhecimento, se possa construir uma nova família ou reconstruir os laços familiares antes perdidos e, muitas vezes, a expectativa é de “transformar” nas relações familiares, a decepção em orgulho e admiração:

*[No futuro eu quero] ir visitar ela (mãe) ou com a minha noiva ou com o meu noivo, ou com o meu filho ou com a minha filha, dando muito orgulho pra ela. Eu quero ver um futuro digno pros dois (meus pais). – (Suzana, mulher trans)*

*[No futuro eu espero] ajudar mais minha mãe financeiramente falando, cuidando dos filhos e família. Então eu me vejo daqui cinco anos ainda com a equipe aqui, com a minha família novamente. – (João Lucas, homem trans)*

*[No futuro] Eu me vejo feliz com elas [pessoas da família]! Acho que elas vão estar orgulhosas de mim porque eu vou estar formando. – (Lara, mulher trans)*

Discute-se inicialmente as concepções de família a partir da noção de projetos buscando ressignificar a família de origem. Uma das maneiras pela qual essa concepção se expressa está na tentativa de proporcionar a essas famílias recursos e oportunidades para a chamada “melhoria de vida”, através de ajuda financeira, planos para novos relacionamentos e busca por felicidade. A noção de “melhorar de vida” está compreendida como um projeto familiar, a partir do qual é possível ver a família “progredir”. Nesse contexto, Sarti (2011) destaca o quanto o trabalho se torna importante, ao viabilizar o projeto da família. Este apesar de parecer pertencer a várias pessoas, realiza-se individualmente através do trabalho. Essa noção tem, a princípio, dois motivadores principais.

O primeiro deles advém de um compromisso moral (Sarti, 2011), a partir do qual os(as) filhos(as) devem cuidar dos pais ou os(as) mais jovens devem cuidar dos(as) mais velhos(as), retribuindo assim a ajuda que

receberam no passado. Seria uma forma de compensarem os investimentos recebidos, a ajuda fornecida e o cuidado realizado. Da mesma forma o “não abandono” das pessoas *trans* é justificado por seus familiares através desse compromisso moral. Foi comum encontrar nas consultas e entrevistas frases como “*é meu/minha filho/filha, não posso abandoná-lo(a)*”, ainda que o abandono em questão fosse entendido apenas como expulsar de casa e não como ausência de apoio e aceitação.

Há na relação entre pais e filhos(as) uma atuação mais significativa das obrigações morais, já que a expectativa é que os(as) filhos(as) retribuam aos pais, cumprindo com um “compromisso moral” (Sarti, 2011). Esse compromisso é estabelecido de uma maneira tão forte em nossa sociedade, que ainda que haja abandono e decepção no processo, ele prevalece nas concepções de famílias das pessoas *trans* (e de seus familiares). Afinal, parece ser impossível conceber, sem julgamentos de ordem moral, que um(a) filho(a) negue ajuda a seus pais na velhice ou que um(a) jovem se recuse a colaborar com as pessoas com mais idade em sua família.

O segundo motivador diz respeito à busca traduzida na expressão “*deixar a família orgulhosa*”. Nesse sentido, considera-se que a educação formal, a conclusão de um curso, a obtenção de um determinado emprego ou o casamento (com ou sem filhos) poderia colaborar para desfazer o sentimento de decepção construído. Busca-se então substituir a expectativa frustrada (seja em relação à expressão de gênero daquele membro da família, seja em relação ao apoio não encontrado nas relações familiares) pelo orgulho que poderia proporcionar à família.

A concepção de família como projeto, envolvendo a conclusão dos estudos, um emprego aceitável e um relacionamento estável, também surge nas falas dos(as) familiares das pessoas transexuais. É o que se identificou a partir dos trechos a seguir:

*Eu vejo que ela é uma menina boa, vai ter estudo, eu creio que ela vai chegar a ter uma faculdade, vai ser uma menina de valor. Se ela gostar, se for mesmo gostar de uma mulher, não sou contra. Mas, é igual eu falo pra ela*

*virar uma mulher ela tem que ter estudo e o trabalho primeiro e ter responsabilidade. Primeiramente vem responsabilidade em tudo nos atos dela, porque não adianta ela falar “Ah, eu gosto de fulana” e não ter seus atos, sabe? – (Renata, mãe de adolescente trans)*

*[No futuro] Ah, se Deus quiser com essa identidade por ela né!? Pelo o que ela quer, com essa identidade modificada já na faculdade. E ficar mais realizada ainda e se realizar afetivamente. Eu vejo muitos casos de homens trans, mulheres trans que se casam. – (Tereza, mãe de adolescente trans)*

*Seja feliz meu filho! A vida é sua, seja feliz! Mas trabalhe pra se sustentar. Sempre fala que vai sair de casa. Falei assim, “Mas pra você sair de casa você tem que ter um trabalho”. Então por isso que eu já tô até ajudando, abrindo os horizontes pra ver se consigo um emprego. Então assim, eu vejo o futuro dele que ele siga corretamente, mas sem desviar o caminho pra coisas ruins. – (Vicente, pai de Amadeu)*

Nessas falas observa-se a exemplificação de que a concepção de família como projeto das pessoas transexuais também é reflexo das concepções de futuro projetadas pelos familiares. Há uma intersecção de sonhos, vontades e planos, que se ressignificam mutuamente ao longo da existência, em que a família também constrói as suas expectativas para seus membros.

Quando os familiares acionam as palavras “*feliz*” e “*realizada*”, por exemplo, para expressar a sua concepção de família como projeto observa-se, que a felicidade dos indivíduos se torna valor central nas famílias (Fonseca, 2004). Essas expressões acabam por se ancorar em concepções morais de pessoas, que valorizam a honestidade e a responsabilidade, expressando-se na dedicação aos estudos, ao trabalho e, inclusive, na construção de um relacionamento estável.

Acerca dos relacionamentos buscados pelos familiares para as pessoas *trans*, destaca-se a entrevista com Tereza, mãe de Lu, adolescente *trans* acompanhado no serviço. Nessa situação, há na entrevista (que ocorreu após a observação da consulta dela e de seu esposo) a narrativa sobre um

casamento para o futuro do filho com mais detalhes e reflexões, inclusive ao pensar a relação com a família de origem ampliada.

Para o futuro do filho (que por diversas vezes ao longo da entrevista, era referido ora como filho, ora como filha), Tereza projeta mais que a conclusão dos estudos. Quer para o filho a “*sorte*” de encontrar alguém que possa dividir a vida e o veja como “*muito mais do que um corpo*”. Um corpo *trans* pode ser visto como um corpo incapaz para um relacionamento duradouro?

A fala de Tereza pode revelar uma dificuldade em lidar/aceitar a mudança corporal e, portanto, esperar que isso não seja um impedimento para o pleno exercício da vida como um sujeito com desejos, vontades, já que as pessoas *trans* são “sujeitos que carregam no corpo determinadas marcas” (Bento, 2014, p. 167). O questionamento que emerge dessa análise é se esse “*ver muito mais*” que o corpo, o inclui ou o exclui e, então, poderia indicar que se veja tudo, menos o corpo *trans*.

Sobre os corpos *trans*, entende-se que para poderem legitimar-se como cidadãs/cidadãos, têm que construir-se enquanto corpos políticos. Seria então a projeção de um relacionamento no futuro, a busca da garantia de uma existência humana e cidadã das vidas *trans* e de seus corpos, já que é lento e inconstante o seu reconhecimento político, social e econômico (Bento, 2014)?

Em relação à família Tereza observa:

*[Espero que as pessoas da família] aceitem, que não estranhem tanto. Mas mostrem pra ela que ela continua sendo a neta, a sobrinha, a prima; não é assim “o primo”, “o neto”, “o sobrinho”, aquela pessoa que eles amam; e que o meu marido também consiga passar por isso com essa dificuldade que ele tem ainda... ainda tá muito difícil dele aceitar. – (Tereza, mãe)*

Dessa forma, as concepções de família como projeto se expressam no planejamento de que seu filho seja aceito ou que não o “*estranhem tanto*”, como se dissesse de um limiar de estranhamento possível, mas não

identificado claramente. Além disso, se espera que eles(as) percebam que aquela pessoa projetada nas expectativas para desempenhar um papel feminino nunca deixou de existir e está ali naquele menino, futuro homem.

Há que se pensar se essa fala, tão comum nos relatos dos(as) familiares e usuários(as) – “*não mudei, sou o mesmo filho(a) de sempre*” – não seria uma forma de manter vivas performances identitárias. Vivas apenas nas expectativas das famílias e que, sempre que confrontadas com a realidade poderiam gerar conflitos e frustrações nas relações familiares.

Ou seja, o caminho possível seria pensar que aquela menina que eles conheceram está apenas se expressando com uma aparência masculina? Ou pensar que ela não existiu, como idealizaram, e que essa relação com uma nova performance, uma nova pessoa para eles, tenha que refazer-se ao longo do processo de transição?

Importante considerar que, ao elaborar seus planos para o futuro as pessoas *trans* podem retirar parte do valor “disfuncional” atribuído às suas famílias diante da transexualidade vivida por um de seus membros, já que quanto mais a família fornece a seus membros condições para seu desenvolvimento pessoal, mais ela é tida como funcional (Fonseca, 2004). Assim, para além de garantir uma existência segundo as normas, quando uma pessoa transexual elabora um plano de futuro vinculado a conquistas educacionais, profissionais e afetivas, pode estar tentando garantir que a sua família igualmente resgate uma imagem de funcionalidade.

Também presente na vontade de familiares, a noção de projetos que buscam constituir novas famílias foi identificada nos relatos das pessoas *trans* quando mencionam a busca por se casar, ter um novo lar e filhos(as).

*Penso, penso sim (em casar e ter filhos). – (Marilda, mulher trans)*

*Eu não digo me casar, mas pelo menos ter um companheiro. – (Elizabeth, mulher trans)*

*[No futuro quero estar] com a minha namorada. A gente tem que se casar! Não quero estar morando com os*



*meus pais por toda a vida. Quero seguir minha vida. Eu espero e tenho muita fé que minha mãe vai me acolher, vai me aceitar.* – (Amanda, homem *trans*)

O casamento é anunciado como parte importante do futuro dos(as) usuários(as), seja por eles(as) ou por familiares. Assim, as concepções de família como projeto materializam-se na busca por um casamento reconhecido legalmente e igualmente na expressão de uma união não legal quando mencionam a figura de um “companheiro” ou uma “companheira”. Muitas vezes, o casamento para as pessoas *trans* parece ser mais que uma busca, e acaba sendo também uma necessidade aparente de conformidade, expressa por meio de expressões como “*tenho que casar!*”<sup>59</sup>.

O casamento legal é uma das diversas forças que tendem a “normalizar” nosso comportamento (Fonseca, 1995). Destarte, nas concepções de famílias como projetos, ao identificar-se o futuro das pessoas *trans* vinculado ao casamento, tem-se uma possível tentativa de “normatização” traduzindo um movimento para estar em conformidade com as normas, ainda que seus corpos pareçam querer transgredi-las. A busca por filhos(as) eventualmente associa-se aos planos de casamento, conforme observado nos trechos a seguir:

*Eu acho que a minha vida, só eu e o Júlio tá ótimo demais. E em termos de adotar uma filha, futuramente, né? Porque eu acho menina muito meiga, sabe? Eu gosto, eu acho... eu sempre tive vontade (de ser mãe). E menina é mais dengosa, mais amorosa. Ela sempre tá do seu lado, tá cuidando, é mais meiga, precisa de mais atenção, precisa de mais cuidado* – (Nice, mulher *trans*)

*Me vejo num relacionamento. Não (tenho vontade de ter filhos). Não tenho paciência com criança de jeito nenhum. Eu acho que eu seria aquele tipo de pai que chegava da viagem, brincava um pouquinho com a criança e zarpava pra estrada de novo. Aquele pai que*

---

<sup>59</sup> Referência à fala de Amanda, apresentada anteriormente.

*visita e deixa com a mãe, aquele pai bem rústico. – (Samuel, homem trans)*

*Daqui cinco anos espero estar minimamente comprometido com alguém, talvez casado não, ou talvez casado... não sei. Eu tenho uma filha adotiva. Ela é filha da minha prima. Quando a minha prima engravidou dela, o namorado dela abandonou ela. Aí então, desde a gravidez dela, tipo, eu assumi, sabe!?! – (Alan, homem trans)*

Os relacionamentos pretendidos, por sua vez, têm como referência a noção do “casal legítimo”, que “impõe-se como modelo, faz reinar a norma, detém a verdade” (Foucault, 2015, p. 9-10). Nesses relacionamentos pretendidos, a busca por filhos(as), quando existente, parece figurar como garantia para a legitimidade desse projeto de família que se busca construir e, até mesmo, possa garantir uma reconexão com a família de origem.

O desejo por filhos(as) emerge nas narrativas de estudo de Machin (2016) sobre famílias gays e lésbicas, como um movimento relevante na legitimação e afirmação da família construída. A autora destaca que isso permite até mesmo uma nova aproximação com a família de origem, já que as suas orientações sexuais podem ter produzido deslocamentos nas relações familiares. É como se a ausência de filhos pudesse deslegitimar algo que quer ser legitimado, já que “se o estéril insiste, e se mostra demasiadamente, vira anormal: receberá este status e deverá pagar as sanções” (Foucault, 2015, p. 9-10).

Além disso, quando a busca por ser pai ou mãe é anunciada na concepção de família como projeto, identifica-se certa diferença entre homens e mulheres transexuais. Essa diferença se dá não pela noção de projeto em si, mas por como a expressão de gênero, masculino ou feminino, é desempenhada por cada um(a) nessa nova família. É o único destaque nas concepções de famílias, em que se identificou uma diferença entre homens e mulheres *trans*.

Na análise do material de campo sobressaem nas atribuições de características à expressão de gênero feminino, “*estar sempre ao lado*”,

“sempre cuidando”, “ser mais amorosa, mais dengosa e mais meiga”. Para o gênero masculino, estão associadas ideias como “a força”, “a responsabilidade”, “o sustento da casa” e, até mesmo, “o abandono<sup>60</sup>” dos filhos e familiares para alcançar o mundo externo, do trabalho. Segundo Mason-Schrock (1996), observa-se que ainda que as pessoas *trans* construam mudanças enquanto sujeitos, pode ocorrer em suas narrativas uma reprodução de uma visão conservadora sobre os papéis sociais de gênero. Isso provavelmente ocorre porque, no contexto de uma ordem de gênero que aprisiona, elas buscam expressar-se com autenticidade, (re)produzindo narrativas criadoras de identidades, que muitas vezes não podem ser sustentadas pelos corpos (Mason-Schrock, 1996).

Essa diferença de expressões de gênero se exterioriza nas expectativas que cada usuário(a) concebe ao assumir o papel de homem ou de mulher nas relações familiares ao desempenhar a função de pai ou de mãe. O “sonho” da paternidade/maternidade foi recorrente no campo e, para tentar compreender por que isso acontece recorre-se ao trabalho de Zambrano (2006). A autora afirma que devido ao enorme peso do valor “família” em nossa sociedade, a parentalidade pode ser um recurso acionado para “positivar” a homossexualidade e a transexualidade. A parentalidade então desempenha papel relevante no distanciamento do estigma, ampliando em consequência a cidadania (Zambrano, 2006). As famílias poderiam ser então projetos para efetivar que as pessoas *trans* sejam cidadãs e cidadãos, rompendo com a “cidadania precária”, representada tanto na negação da condição humana quanto na negação de ser cidadão/cidadã (Bento, 2014).

Compreender o desejo pela atribuição desempenhada na construção de uma nova família também é fundamental neste processo. Zambrano (2006) destaca que a maternidade fortalece a construção identitária feminina para as mulheres transexuais. A autora argumenta que o chamado “instinto materno” inexistente, como um elemento inato e universal de todas as mulheres e tem um

---

<sup>60</sup> Referência à entrevista de Samuel, em que diz que seria um pai “bem rústico”, por ser um pai que “visita” a criança e depois a “deixa com a mãe”.

valor social importante ao refletir uma grande coerção sobre os desejos das mulheres.

Há mulheres *trans* – a exemplo de Nice, entrevistada nesta pesquisa e que afirma “*sempre ter tido o desejo de ser mãe*” – que, com a socialização, absorveram esse “instinto materno”, que as considera como “naturalmente” capazes de exercerem a atribuição de mães e, ao mesmo tempo, retifica suas identidades femininas, reforçando socialmente a assertiva de que são psicologicamente “mulheres” (Zambrano, 2006). Dessa maneira, mais do que uma vontade, constituir-se mãe em uma família é uma forma de também constituir-se mulher na sociedade.

Apesar de Veldorale-Griffin e Darling (2016) apontarem que as pessoas *trans*, ao assumirem o papel de mãe ou pai podem sentir a tristeza de ocupar um lugar tradicional na família ou até mesmo a alegria de desempenhar um novo papel no contexto familiar, as pessoas nessa pesquisa pareceram demonstrar sempre alegria (e esperança) ao vivenciarem (ou ao quererem vivenciar) uma “nova” formulação de gênero enquanto mães ou pais. A esse respeito e acerca do papel assumido pelos homens *trans* como pais, destaca-se a entrevista com Alan, que compartilhou uma vivência de paternidade. Ao final de sua entrevista, contou que tinha uma filha adotiva. O sonho de ser pai encontrou no abandono da prima grávida pelo parceiro a concretização de uma nova dinâmica de relações, exercendo a paternidade que para ele é seu “direito”.

A paternidade para Alan não apenas reitera sua expressão de gênero masculino, como também permite que ele assuma o valor moral de responsabilidade, associado a esta atribuição. Levando-se em consideração que o projeto de casamentos e paternidades expressos pelos homens transexuais são idealizados a partir das forças heteronormativas percebe-se, que ao anunciar a busca por serem pais, muitos homens *trans* recriam a noção de masculinidade hegemônica<sup>61</sup>, na qual a orientação sexual heterossexual

---

<sup>61</sup> Masculinidade hegemônica é aquela que constrói o sentido social de ser homem – sendo esse um modelo central que subordina as masculinidades alternativas (de pessoas, grupos ou sociedades) – e que se expressa através da noção masculina de dominação,

vem associada à atribuição da paternidade. Afinal, ter a capacidade de prover sustentação e educação aos filhos é uma forma de corroborar o atributo moral dessa concepção de paternidade (Ribeiro, Gomes, Moreira, 2015).

Poderia ser então a paternidade dos homens *trans* um recurso de legitimação de suas masculinidades<sup>62</sup> e, até mesmo, de uma orientação heterossexual? Ser pai, educar uma criança, estar presente em sua vida e contribuir financeiramente com ela, agregaria, às existências *trans* e às suas famílias, um valor moral que permitiria uma maior aceitação e apoio? A concepção de família como projeto, concretizada também na paternidade garantiria a legitimidade necessária para existir no mundo?

Argumenta-se, então, que a concepção de família como projeto parece traduzir uma tentativa de abandonar a discriminação sofrida, visando alcançar com os casamentos, maternidades e paternidades os valores morais necessários para legitimar as existências *trans*. Afinal, “casamento e família são ações fundamentais para insurgir contra a situação de discriminação”<sup>63</sup> (Galán, 2009, p. 30). A reprodução dos papéis tradicionais de gênero masculino e feminino reforça um provável status da “família sagrada”. Essa

---

essencialmente heterossexual, monogâmica e reprodutiva. Por se tratar de um modelo ideal, ainda que não realizado na prática pelos homens, exerce sobre eles um importante efeito de controle (Vale de Almeida, 2018).

<sup>62</sup> Couto e Dantas (2016) descrevem em sua revisão narrativa da literatura, que os estudos que partem das perspectivas de gênero e masculinidades, na relação entre homens e saúde, datam de cerca de quarenta anos nos Estados Unidos, sendo que os primeiros estudos tinham enfoque nos déficits de saúde da população masculina. Havia um paradoxo que norteava as pesquisas, já que há uma relação inversamente proporcional entre o poder que os homens detêm frente às mulheres e as desvantagens nas taxas de morbimortalidade que eles têm em relação a elas. Esse paradoxo permitiu, desde os anos 1990, que as pesquisas no campo da saúde enfocassem os homens a partir de suas singularidades de sujeitos sociais, em uma perspectiva relacional de gênero, no processo saúde-adoecimento-cuidado. Assim, depreendeu-se neste estudo que há uma noção de *masculinidade hegemônica e outras masculinidades subordinadas*. O poder (coletivo) dos homens não é construído somente em um processo de interiorização e reforço, se não também através das instituições sociais (Connell, 1995; Couto e Dantas, 2016). Dessa forma, não há uma masculinidade única, muito menos um padrão específico de masculinidade, e essas masculinidades podem sofrer modificações (Vigoya, 2001; Couto e Dantas, 2016). Destarte, considera-se que a noção de masculinidades parte da concretude das vidas de pessoas que são particulares nas interações sociais com homens e mulheres, tendo em conta também que há intersecção com outros importantes marcadores, como classe social, idade/geração, vivência da sexualidade, raça/etnia, entre outros (Machin et al., 2011).

<sup>63</sup> No original: “El matrimonio y la familia constituyen uno de los principales campos de acción para subvertir su situación de discriminación” (tradução nossa).

qualidade "sagrada" é baseada na ordem "natural" das relações entre os sexos, independentemente do contexto histórico que a constrói e sustenta, e torna difícil pensar em famílias fora do padrão "pai-homem, mãe-esposa e criança" (Zambrano, 2006).

Os(as) participantes *trans* do estudo conduzido por Katz-Wise et al. (2017b), assinalam que suas esperanças, medos, expectativas e preocupações foram (con)formadas a partir dos modelos de pessoas que tiveram ao longo dos processos de transição. Schilt e Westbrook's (2009) apontam que as pessoas *trans* expressam suas identidades de gênero a partir da heteronormatividade, para que assim possam se sentir "normais".

As mudanças provocadas pelo uso de hormônios viabilizam uma performance mais próxima do gênero com o qual se identificam. Isso pode melhorar suas interações sociais, uma vez que as pessoas *trans* poderão corresponder às expectativas sociais acerca das aparências esperadas para cada performance de gênero, o que garantiria a elas maior segurança em espaços públicos (Xavier et al., 2013). A questão das performances identitárias será discutida com mais detalhes no capítulo seguinte, mas os apontamentos desses estudos já auxiliam a entender as motivações para que pessoas *trans* desta pesquisa queiram reproduzir os papéis/modelos de gênero e família que elas têm como referência em suas vidas.

Ainda assim, por vezes, as famílias que as pessoas transexuais constroem podem parecer ameaçar um conceito mais tradicional de família, ainda que ele muitas vezes apareça nas concepções de família como proteção ideal e entremeie a busca expressa pela constituição de uma família no futuro. Isso ocorre porque essas variantes no parentesco que se distanciam da família heterossexual, legitimadas no casamento, podem ameaçar as leis tidas como naturais e culturais e que hipoteticamente sustentam a inteligibilidade humana (Butler, 2003a). Assim, ainda que se busque a expressão de atribuições de gêneros diferentes do que lhes foi designado ao nascimento, as pessoas transexuais e seus familiares estão em busca de concretizar conceitos tradicionais de família, casamento, trabalho e estudo. Acredita-se que seja uma estratégia para que possam existir, resistir

e, também, para que as famílias não se abalem nem se desfaçam diante de suas existências.

O significado da família como projeto é diverso, relacionado à etnia e à renda econômica (Machado, 2001). Identificou-se que indivíduos com melhor status socioeconômico, todos autorreferidos como brancos, têm o significado de família principalmente relacionado ao princípio de autonomia e individualismo (Fonseca, 2005; Machin, 2014), como um projeto associado a altos níveis de escolaridade.

Por outro lado, pessoas *trans* e familiares com renda mais baixa, todas identificadas como negras ou outras etnias, expressam o significado de família principalmente relacionado ao princípio da reciprocidade de obrigações (Fonseca, 2005; Machin, 2014). Como um projeto conectado ao apoio que eles(as) podem oferecer às suas famílias - financeiramente ou não - para reconstruir ou manter esses relacionamentos, a fim de enfrentar as adversidades da vida.

Isso ocorre porque os sujeitos são seres sociais em suas ações e interações, ou seja, não somente se comportam, mas também sentem, refletem, negociam, mantêm e modificam o quadro estável das categorias (Kofes, 1994). Então, a realização desses projetos a partir das disputas/negociações pelo casamento e pelos papéis de pais e mães poderão ser construções que perpassarão suas vidas. Nesta análise, observou-se o peso das normas sociais acerca de família e gênero e ainda que sejam desafiadas, são acionadas em prol da concretização de uma existência possível para as pessoas transexuais e seus familiares.

Entretanto, não se trata de uma mera submissão, uma aceitação passiva e acrítica das normas incorporadas. Também se encontrou no campo falas que demonstravam ter ciência da obediência às normativas, mas que o faziam de forma a “*não perder mais*”, pois ser transexual ou ter alguém transexual na família significa “*já perder coisas demais*”.

Assim, as concepções de família constroem as possibilidades das existências em meio aos constantes tensionamentos, estabelecidos pelas normas nas relações humanas. As pessoas transexuais resistem ou não à

incorporação das normas para ressignificar suas histórias de vida, sempre que suas existências se tornam ameaçadas ou questionáveis. E as famílias também resistem ou não à incorporação das normas, para manter sua suposta unidade, estabilidade e sobrevivência na interação social.

As concepções apresentadas não são categorias fixas de classificação das pessoas, mas expressões das significações de família, que levam em consideração a dinâmica dos processos familiares, marcada por continuidades e rupturas. A singularidade de cada experiência *trans* poderá indicar o quanto as normas sociais têm influência sobre ela e o quanto se aproxima ou não das concepções analisadas.



## 4.2 Concepções de Identidade

Neste capítulo discute-se os sentidos e significados de identidade, que emergiram do campo da pesquisa no serviço de saúde, compreendendo a identidade como uma performance, a partir do que foi explicitado na Introdução acerca dessa temática. A análise foi construída a partir da história de Marilda, por essa trazer reflexões importantes acerca das performances identitárias para as pessoas transexuais e seus familiares, bem como sobre a relação existente entre essas performances e as concepções de família e de saúde. Pela riqueza de sua história, Marilda é o “fio condutor” do capítulo e as demais pessoas entrevistadas passam a integrar a discussão proposta articulando-se à análise construída.

Destarte, propõe-se três sentidos que permeiam as concepções de identidade das pessoas que participaram da pesquisa, apresentadas a seguir. Cabe destacar que esses sentidos se interseccionam nas concepções de cada participante da pesquisa. Assim, as concepções mostradas nesta análise não são únicas ou fixas, mas permitem sua relativização.

As perspectivas e compreensões dos(as) entrevistados(as) não são categorias fixas de classificação das pessoas, mas expressões das significações de identidade, que emergiram na análise e que levam em consideração a dinâmica das performances identitárias na relação com a família e com o serviço de saúde, marcada por continuidades e rupturas. Antes de iniciar a discussão, importa contar uma parte da história de Marilda, compartilhada no contexto da pesquisa.

### O (des)encontro com Marilda

*“Esse serviço é uma farsa! [...] estou doente e vocês não fazem nada por mim”*

Em frases assertivas e um tom de voz mais elevado, Marilda fez estas declarações. A médica recém-chegada tenta justificar o seu encaminhamento para outro(a) especialista. Em seguida, Marilda entra na sala de acolhimento com a coordenadora. Marilda havia sido entrevistada na semana anterior pela pesquisa. Compartilhou uma história de dolorosa ruptura com a família de origem quando de sua performance travesti. Contou também sobre seu arrependimento por não ter levado a sério quando sua mãe compareceu naquele serviço há oito anos. Agora, procurava reconstruir-se, na busca de um melhor cuidado em saúde para si.

O corpo de Marilda parecia expressar um incômodo. Com as mãos movimentando-se desordenada e rapidamente, pareceu relutar com o convite para sentar-se e falar sobre a sucessão de acontecimentos, que desencadearam sua presença no serviço naquele dia. Entre lágrimas e com uma voz trêmula, tentava conter em si palavras que pareciam ser de indignação e revolta. Ela contou que há dias vinha sofrendo com um inchaço no corpo, dificuldade para respirar e que não tinha obtido resolução do seu problema naquele serviço. Em meio ao desabafo consternado disse “*Se com vocês que são meu porto seguro eu não posso contar, quem vai cuidar de mim?*” Era a “promessa de cuidado não cumprida”, uma referência das pessoas *trans* ao resgatar suas relações familiares (Bento, 2012), sendo materializada no serviço naquele atendimento específico.

A categoria transexual é muitas vezes compreendida na atenção à saúde das pessoas e na sociedade como uma perturbação físico-moral<sup>64</sup>. Para a referida autora, mágoa, tristeza, abandono e solidão são os sentimentos recorrentes das pessoas transexuais e, dessa forma é possível

---

<sup>64</sup> Segundo Duarte (2003, p. 177), as perturbações físico-morais referem-se “às condições, situações ou eventos de vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua auto representação. Assim, um acidente de trânsito, embora possa afetar profundamente a vida moral de suas vítimas (além de seus corpos), não é visto em nossa cultura, em princípio, em si mesmo, como “físico-moral”. A eventual experiência de sequelas ou traumas – essa sim – será certamente expressiva dessa tensão. Não há, por outro lado, em nossa cultura, praticamente nenhuma possibilidade de se vivenciar uma perturbação exclusivamente “moral”. Alguma dimensão da corporalidade acaba sempre comprometida nessa vivência, mesmo que representada como um deslocamento ou afecção secundária.”

perceber como o cuidado no âmbito das relações sociais e em especial familiares pode ter impacto, positivo ou negativo, no processo saúde-adoecimento-cuidado das pessoas, em especial das pessoas *trans*.

A coordenadora do serviço pediu que ela aguardasse por um instante, enquanto iria verificar como obter o agendamento da consulta para a qual havia sido encaminhada. Ficamos sozinhos na sala por breves instantes. Seu olhar parecia dizer de uma tristeza, ou até mesmo de uma decepção. Ela baixou o rosto, tentando conter as lágrimas, que se transformaram em copioso pranto. A coordenadora então retornou à sala, trazendo uma resposta em relação ao encaminhamento, que em breve sairia, para que ela pudesse consultar-se com outro especialista. Marilda concordava levemente com a cabeça, enquanto despedia-se em silêncio. O serviço de saúde e seus/suas profissionais apreendiam as performances identitárias, que mobilizavam a busca de Marilda pelo ambulatório? Era possível compreender nesse (des)encontro, que Marilda buscava performar uma identidade que lhe garantisse o cuidado – que no passado foi procurado por sua família naquele mesmo serviço, e por ela recusado enquanto travesti – e que lhe parecia ser negado quando de um encaminhamento a outro profissional?

#### **4.2.1 “*Eu não sou gay, não sou travesti, eu sou trans de nascença*”: o sentido de “identidade como proteção ideal”**

O sentido de identidade como proteção ideal surge no material de campo, em dois aspectos principais. O primeiro deles se apresenta quando as concepções de identidade expressam características fixas às performances identitárias a partir do que se espera de “um homem” e de “uma mulher”. A noção expressa é a de que quanto mais os comportamentos de uma pessoa se aproximam do que é esperado para o gênero que ela performa, mais apta ela está para viver em sociedade, sem sofrer (ou sofrendo menos) discriminação ou violência. Também se discute nesta categoria, as brechas e possibilidades que transitam em busca dessa proteção ideal,

evidenciando que o que escapa da norma pode não ser protegido (o que será melhor entendido ao adensar a discussão sobre a performatividade travesti), ao passo que o que se conforma a ela tem maiores possibilidades de aceitação.

Na conversa Marilda relatou sua trajetória em relação à expressão de sua performance identitária *trans*:

*Foi bem complicado. No começo foi bastante complicado, minha família não aceitou, até pelo fato de eu ser filha única; então filha única criada por avós, criada por tios, então todo mundo esperava que fosse um menino, saquinho roxo, que ia dar um monte de sobrinhos e netos. Mas na realidade não foi. Aí pra eles foi muito complicado porque além de ser homossexual eu escolhi ser trans<sup>65</sup>, e além de ser trans eu ainda escolhi me prostituir. Foi assim que eu saí de casa, eu fui diretamente pra casa de cafetina me prostituir. (...) Não é uma vida fácil, ser trans não é fácil. É muito difícil! Porque todo dia você levanta e você tem que enfrentar vários desafios, começando dentro de casa, começando na sua família. Você tem que enfrentar o preconceito às vezes da sua família, ir pra rua enfrentar o preconceito das pessoas da rua, então é bem complicado ser trans. (...) Eu contei pra minha família já tarde, eu contei pra minha mãe eu já tava com quatorze anos de idade. Também não foi fácil, porque minha mãe não esperava, por mais assim que tinham todos os indícios lá (...) então foi bem tenso. Eu fiquei uns dois anos, dos meus quatorze aos dezesseis, sem conversar com a minha mãe por esse motivo. Foi bem complicado.*

Inicialmente, Marilda problematiza a expressão da identidade do “homem”, esperada por sua família. Ter “saquinho roxo” e “dar um monte de sobrinhos e netos” representa as expectativas em torno da figura do “masculino”, do “homem”, caracterizada pela genitália e pela sua função reprodutiva construída na relação com a família. Isso permite compreender a concepção de identidade como proteção ideal, uma vez que esse reforço da

---

<sup>65</sup> Apesar de utilizar o termo “*trans*”, a referência de Marilda a esse momento da sua vida é a da expressão de uma performance travesti.

natureza inerente ao corpo e aos processos corporais acaba sendo associado como um dos elementos de uma expectativa, de uma “verdade”, de “um futuro”, que pode ser esperado, pois será “alcançado” uma vez que a “natureza”, nessa perspectiva, carrega consigo uma “verdade imutável”. Se alguém que nasce com um pênis expressa essas características, ele está apto para viver em sociedade aparentemente sem sofrer preconceitos e, por isso, a ideia de uma “proteção ideal” a partir de uma expressão identitária binária.

Desconsiderando os aspectos sociais, históricos e culturais, o gênero dos sujeitos acaba sendo reiterado por essa “natureza”, reforçando o binarismo e uma heterossexualidade presumida e compulsória (Louro, 2013; Butler, 2016). Nesse momento, a expressão da identidade de Marilda e as expectativas em relação a isso, por parte de sua família, estavam relacionadas ao pênis, o qual informava que ela seria um “homem” e teria atração afetivo-sexual pela genitália oposta. Sendo, assim, reitera-se a expectativa do exercício da função reprodutiva e garantia da existência de “descendentes”. Importante considerar que isso também pode estar relacionado com a expressão de que ter filhos(as) é significar um projeto de (manutenção da) família (Sarti, 2011), além de exemplificar o quadro regulatório altamente rígido relacionado às performances das identidades de gênero (Butler, 2016).

Mesmo diante dessa identidade aparentemente imutável, estável, fixa e inquestionável projetada em torno da expectativa do “homem heterossexual”, Marilda começa a encontrar brechas e resistências diante de poderes e saberes sobre os corpos, sobre as noções de sexualidades que sua família incorporou e expressa (Foucault, 2015; Butler, 2016). Dessa forma, observa-se que os corpos não podem ser reduzidos a uma dicotomia única, imutável, independente e hierárquica, sendo definida pelo que a outra não é sem considerar a polivalência existente em nossas próprias existências, experiências, performances (Strathern, 2014). A identidade é um local que se assume, como uma articulação de posições e contextos em uma dada cultura, tendo, com isso, um caráter político e relacional dentro das relações de poder

(Hall, 2013; Das, 2016). Dessa forma, ao pensar a questão de gênero e da identidade no caso, por exemplo, entre homens e mulheres,

[...] não temos outra escolha a não ser abrir a questão mais profunda do que é para homens e mulheres habitar o mundo juntos, quando suas relações são definidas tanto por relações de dominação quanto de intimidade. (Das, 2016, p.79)

Ao se afirmar, inicialmente, como um “homem homossexual”, Marilda torna possível na relação com sua família uma inscrição de novos significados, conceitos e práticas (Scott, 1998; Butler, 2016). O que possibilita concretizar uma performance identitária, que não era a esperada. Assim como em outros relatos em torno da identidade *trans* (Barbosa, 2013), Marilda em um momento posterior reivindica a construção de uma identidade feminina, que ao se vincular com a prostituição demarca, para ela, uma identidade travesti.

Nesse momento, sua fala retoma um aspecto evidenciado por outros(as) autores(as) nas pesquisas em torno das travestis no Brasil em que a prostituição seria uma “história coletiva recorrente”, um “local fundamental” para a construção do que se pode compreender como ter uma identidade “travesti” (Pelúcio, 2004; Pelúcio, 2005b; Benedetti, 2005; Peres, 2005; Barbosa, 2013; Teixeira, 2013). Prostituição, violência e isolamento social são imagens socialmente construídas e inexoravelmente associadas às travestis, que invisíveis à luz do dia, têm nas noites e nas ruas o lugar onde são supostamente visíveis e desejadas (Oliveira et al., 2019).

Assim, transitar de uma suposta heterossexualidade para uma dita homossexualidade e, em seguida, identificar-se com a performance travesti, é romper com essa hipotética proteção ideal que uma expressão identitária binária parece conferir às pessoas em nossa sociedade. Além disso, considera-se que a categoria homossexual poderia ser entendida como uma categoria de acusação<sup>66</sup> (Velho, 2008), assim como a categoria travesti. São

---

<sup>66</sup> Segundo Velho (2008, p. 58-9): “A acusação de desvio sempre tem uma *dimensão moral* que denuncia a crise de certos padrões ou convenções que dão ou davam sentido a um estilo de vida de uma sociedade, de uma classe, de um grupo ou de um segmento social específico.

performances identitárias das quais Marilda tenta fugir e até mesmo parece conseguir escapar.

Essa dita proteção ideal é ameaçada porque as travestis performam aspectos tidos como femininos em corpos biologicamente masculinos, permitindo que suas performances identitárias sejam social e linguisticamente maleáveis (Borba e Ostermann, 2008). Assim, para esses autores caminhar tenuemente pela linha binária imposta pelas performances de gênero masculinas e femininas, permite que elas possam subverter os limites da linguagem para expressar suas identidades, sendo a linguagem um elemento importante em seu repertório identitário. Marilda constrói-se enquanto homem homossexual, travesti e mulher transexual através de símbolos inscritos em seu discurso, em uma narrativa que tenta ratificar perante o(a) interlocutor(a) a maior adesão possível às normas de gênero e, conseqüentemente, à validade de sua existência.

Pelúcio (2005a, p.98) descreve que “ser travesti” é “um processo que nunca se encerra”. A autora compartilha algumas etapas do que parece constituir a performance travesti, que inicia com a expressão de uma homossexualidade para a família e/ou pessoas mais próximas, passando pela vestimenta, transformações e expressões corporais que constroem uma pessoa como travesti. Marilda reforça e atualiza essa perspectiva, compartilhando da vivência que teve dessas etapas e, ao mesmo tempo, que o processo parece transformar-se quando a vivência como travesti encontra-se com a necessidade de resistir à violência, à discriminação e à marginalização incorporadas pelas normas. Uma saída então é adequar-se a

---

O cientista social procura ir além da denúncia moral para perceber as razões políticas que sustentam ou municiam a indignação. Mas, por outro lado, há que se aproximar do código de emoções como um domínio próprio não-redutível a uma ordem de interesses materiais *stricto sensu*. Ou seja, existem universos simbólicos que constituem áreas próprias que, embora ligadas à política, economia etc., expressam necessidades sociais peculiares. Assim a existência de uma ordem moral identificadora de determinada sociedade faz com que o desviante *funcione* como marco delimitador de fronteiras, símbolo diferenciador de identidade, permitindo que a sociedade se descubra, se perceba pelo que não é ou pelo que não quer ser. É evidente, como já foi assinalado, que não é possível deixar de problematizar essa *ordem moral* porque ela é sempre resultado provisório de uma negociação entre forças desiguais e em constante transformação. [...] Cumpre, portanto, contextualizar as acusações específicas.”

elas na tentativa de alcançar essa proteção ideal, uma vez que as travestis vivem as consequências de não se adequarem à divisão binária de gênero e, por isso, estarem à margem da sociedade (Oliveira et al., 2019).

O trabalho de Rocon et al. (2020) contempla relatos de mulheres *trans* que viveram a cirurgia de redesignação sexual e a busca pela diferenciação com as travestis é dado marcante. Em muitos relatos, a presença do pênis e a aversão ou não a seu uso nas relações sexuais são fatores acionados como marcadores corporais e comportamentais da diferença entre travestis e mulheres transexuais.

Em uma aparente delimitação entre performance travesti e performance *trans* para Marilda, pareceu que a relação com a prostituição teve maior peso do que a relação de sofrimento ou não com seu pênis, a busca ou não pela cirurgia, ou a naturalidade ou artificialidade de um corpo que marcaria a diferença entre ser uma mulher *trans* ou uma travesti como apontado na literatura (Barbosa, 2013; Teixeira, 2013). Especialmente quando ela associa o “*virar travesti*” com a prostituição, ao afirmar que “*ia pra casa de cafetina, ia me prostituir, ia virar travesti*”<sup>67</sup>.

Nessa prática de “se nomear” e de “ser nomeado”, de representar, de produzir sentido pela linguagem a partir das performances disponíveis a cada sujeito, tanto a família de Marilda quanto a própria Marilda vão performando, criando e corporificando sujeitos, identidades, categorias que ora configuram-se como um *lócus* de abandono/sofrimento ora como de proteção (Barbosa, 2013; Hall, 2015; Butler, 2016). Um dos recursos presentes nesse processo de nomeação de “si” e do “outro”, presente na história de Marilda, é a atribuição de características que diferenciam pessoas a partir de normas presumidas e não explicitadas (Scott, 1998).

Podem inclusive operar com o processo de estereotipagem na qual um elemento representa o todo, funcionando como uma essencialização, um reducionismo e uma naturalização, que ocorre na relação binária “ser - não ser”, bem como no binarismo “superior – inferior”, “homem – mulher”,

---

<sup>67</sup> Referência à fala de Marilda, apresentada posteriormente.



“heterossexual – homossexual”, “transexual – travesti”, dentro de um jogo normativo de poder e saber (Foucault, 2015; Hall, 2015). Nesse contexto, aqueles(as) que se encaixam no polo “inferior” dentro dessas relações binárias ou não se encaixam nesses enquadramentos, que escapam aos discursos que controlam as fronteiras existenciais dos sujeitos (Butler, 2016), são normalmente sujeitos à estigmatização<sup>68</sup>, à marca da diferença, a um aspecto “negativo”, a um “*status* de inferioridade” (Goffman, 2004).

Marilda elucida as brechas, as resistências e as possibilidades para sua existência, para significar a identidade como proteção ideal:

*Aí depois eu voltei a conversar com a minha mãe. Aí foi quando eu resolvi a virar travesti, que também foi outra batalha, que foi outra dor também, tanto da parte deles quanto da minha parte. Que eu contei uma situação muito delicada, eu andava muito com uma amiga minha, a Lucélia, e eu arrumava a mochilinha, colocava as roupinhas da Marilda dentro da mochilinha, saía, ia pra casa dessa Lucélia, arrumava, me montava e a gente saía. Aí eu voltava pra casa da Lucélia, desmontava, vestia de “hominho” e vinha pra casa. Aí um belo dia eu falei pra Lucélia assim “-Não, chega!” – eu tinha “tomado umas” – falei com ela “-Chega e eu já decidi!”, a passagem já está comprada, eu vou mudar daqui mesmo, quarta-feira. Então eles têm que saber. Isso era num sábado. “-Eles têm que saber e eu vou embora assim, pode me deixar lá na porta assim”. (...) Aí eu peguei e falei que ia pra outra cidade, ia pra casa de cafetina, ia me prostituir, ia virar travesti, aí eles ficaram com aquele baque. Chorou todo mundo chorou. (...) eu sumi, fiquei quatro meses sumida, não dei notícia pra ninguém da minha família, morando em outra cidade. Sofrendo lá também porque igual eu te falei eu era muito mimada, eu tinha tudo e lá eu tinha que fazer tudo sozinha, além de fazer tudo sozinha eu tinha que ir trabalhar, né? E era uma coisa que eu nunca tinha feito na minha vida, que era vender meu corpo, então foi bem difícil.*

---

<sup>68</sup> Utiliza-se o conceito de estigmatização a partir da compreensão de estigma elaborada por Goffman (2004), a qual está relacionada “à situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena” (p.4), devido a uma “marca” ou “sinal” que o coloca em uma posição desqualificada e/ou de menos-valor.

A posição precária das pessoas *trans* na comunidade se agrava, quando ocorre juntamente à rejeição familiar (Veldorale-Griffin e Darling, 2016), como Marilda relata em vários momentos da entrevista. Diante desse relato de dor e rompimento, observa-se que os valores heteronormativos também interferem no contexto da família. São comuns os relatos de rompimento com a “família de sangue” ou de expulsão de casa no início do processo de “transição” para uma identidade travesti (Sander e Oliveira, 2016), como exemplificado no relato de Marilda.

A história que Marilda compartilhou acerca dos desafios da performatividade travesti, despertou questionamentos acerca da ausência das travestis naquele serviço de saúde. Conversando com Valente, a enfermeira que coordenava os atendimentos no serviço à época, acerca dessa ausência ela disse que aquela era também uma indagação sua. Contou que a última travesti atendida no serviço compareceu ali há mais de um ano e não voltou para o retorno agendado. Disse que o perfil dos(as) usuários(as) atendidos regularmente e periodicamente pelo serviço atualmente é majoritariamente composto por homens *trans*. Ela acredita que cerca de 70% dos usuários do serviço sejam homens *trans* e que apenas 30% sejam mulheres *trans* e que as travestis têm um comparecimento esporádico e pouco expressivo, do ponto de vista quantitativo, diante dos atendimentos realizados pelo serviço.

Para Valente isso ocorre porque os homens *trans* “*conseguem com mais facilidade a transição*”<sup>69</sup>. Ou seja, o uso de hormônios permite que eles

---

<sup>69</sup>Importante observar como, mesmo nas falas da equipe de saúde, há construções que diferenciam os(as) usuários(as) tendo em conta questões de gênero, privilegiando o masculino. As mulheres *trans* são construídas nos discursos da equipe (e de alguns/algumas dos(as) usuários(as)) como pouco preocupadas com o próprio cuidado em saúde, como pessoas que procuram pouco esse serviço de saúde. Esse discurso parece estabelecer a transformação corporal como aspecto central para caracterizar a demanda de acesso a esse serviço de saúde pelas pessoas *trans*. Ou seja, é dito que as mulheres *trans* comparecem pouco às consultas porque não alcançam as demandas pela expressão corporal feminina almejada. É como se a busca individual de cada usuária atuasse independentemente de qualquer outro fator social, que pudesse produzir o menor acesso desse público a esse serviço de saúde. Por outro lado, a expressão corporal masculina pelos homens *trans*, construída nos discursos como sendo alcançada quase que plenamente pela hormonioterapia, parece legitimar os protocolos do serviço como eficazes para os processos

possam expressar, em um período mais curto (quando comparados às mulheres transexuais e às travestis), a expressão de uma identidade tida como masculina. É a questão da *passabilidade cis*<sup>70</sup>, ou seja, diante das violências e estranhamentos vividos por uma pessoa *trans*, “passar-se como pessoa cisgênera” torna-se objetivo relevante para muitas pessoas transexuais (Vergueiro, 2015).

Assim, para essa autora a expressão de uma identidade mais próxima ao que é esperado de “um homem ou de uma mulher de verdade”, habita uma linha tênue entre o respeito e a desconsideração absoluta das vidas *trans*. Ao mesmo tempo, as construções idealizadas de gênero produzem hierarquia e exclusão, já que construções entendidas como “de verdade” acabam por classificar outras como “falsas”, condenando à margem aquelas pessoas que não se adequam a essas idealizações (Bento, 2008).

Isso acaba promovendo o desenvolvimento de tecnologias que permitem normalizar e disciplinar aqueles(as) que se desviam das normas e “verdades” (Foucault, 2015). As travestis, por sua vez, tensionam o binarismo de gênero, oscilando entre a recusa e a exacerbação do que é dito masculino ou feminino. Afinal, suas vidas são marcadas por discursos e práticas sociais que constroem as verdades sobre como devem ser homens ou mulheres (Pelúcio, 2011).

Nesse sentido, o relato de Valente vai ao encontro da entrevista com Daniel, que também aponta a diferença das respostas corporais com a testosterona para homens e mulheres *trans*:

*Tem uma diferença muito grande de trans homem e trans mulher, porque quando você é mulher trans, que você teve já testosterona alta, teve um período de puberdade evoluído, é difícil regredir isso, entendeu? Porque a testosterona ela é forte, né, é mais forte que o*

---

de transição, construindo esses usuários como participativos e preocupados com o próprio cuidado em saúde.

<sup>70</sup> Almeida G. (2012), esclarece que *passing transgender* é a expressão utilizada na literatura internacional para fazer referência à capacidade da pessoa de ser identificada como sendo de um gênero não correspondente ao que lhe foi atribuído no nascimento. Tal capacidade engloba aspectos físicos e comportamentais, culturalmente atribuídos ao gênero.

*hormônio feminino. O hormônio feminino não faz tanta alteração no corpo, faz em questão de seio, em questão de cintura. Mas eu acho que o sofrimento da pessoa trans é mais em questão disso, em questão de que é difícil esconder a testosterona porque ela é muito forte, muito evidente. (Daniel, 21 anos, homem trans)*

A opinião de Daniel destaca a ideia do masculino como força, até mesmo classificando “cintura” e “seio” como não sendo corpo. Sua fala em relação à presença do hormônio testosterona pode articular-se com o conceito de ambivalência tal qual expresso por Bhabha<sup>71</sup> (2013). Ou seja, ao mesmo tempo em que o hormônio carrega consigo elementos do masculino tanto do ponto de vista cultural (como “força”) quanto do ponto de vista biológico, ele também carrega consigo os elementos que podem potencializar um corpo biologicamente nascido como feminino se expressar como masculino, como pode tornar mais difícil o processo quando o corpo nasce com a genitália masculina.

Almeida A. S. (2018) aponta que há diferentes sentidos em relação ao uso de hormônios para homens e mulheres *trans*, em relação ao tempo, à espera e às expectativas com o processo de transição. Essa ambivalência exposta por Valente e Daniel, dizendo que a testosterona para os homens *trans*, diferentemente do que ocorre com as mulheres *trans*, os aproxima muito fisicamente do que se espera socialmente de uma aparência masculina é problematizada por Almeida G. (2012). Para o autor essa característica acaba por invisibilizá-los enquanto pessoas transexuais, uma vez que podem vivenciar a *passibilidade cis*, sendo considerados pela sociedade como “homens de verdade” a partir de sua aparência física. A sua conclusão de vai ao encontro da fala de algumas pessoas *trans* entrevistadas, que disseram ser transexuais “da porta para dentro do ambulatório” e pediram para que, se

---

<sup>71</sup> Homi Bhabha, a partir de sua posição ambivalente e diaspórica de indiano graduado na Inglaterra e professor de Literatura e Língua Inglesa e Americana nos EUA, problematiza o conceito de ambivalência em seu livro “O local da Cultura” (2013). Para o autor, o conceito diz respeito a uma problemática que diz da presença conjunta de elementos oposicionais e/ou antagonistas na produção de conhecimento que ocorre na “encruzilhada entre o que é conhecido e permitido e o que, embora conhecido, deve ser mantido oculto” (p. 152), em diferentes culturas, contextos e histórias.

fossem vistas em outro espaço público fora dali não fossem identificadas como transexuais, mas sim como “homens” ou “mulheres”.

Há que se considerar também que essas performances de gênero são envolvidas pelas relações de poder na produção dessas “verdades” e, no campo da saúde, há um conhecimento tido como legítimo aos quais os outros devem adequar-se, tendo em vista as relações históricas e os tensionamentos, que permitiram que esse ou aquele conhecimento fosse mais “verdadeiro” e “legítimo” do que o outro (Pelúcio, 2011). Dessa forma, segundo essa autora, adequar uma performance ao esperado de uma mulher transexual é também adequar-se às normas que regem o serviço de saúde, por vezes marcado pelo modelo biomédico, cuja historicidade impõe o controle aos corpos através de uma lógica essencialista, binária e heteronormativa.

O segundo aspecto da concepção de identidade como proteção ideal é expresso na busca por uma justificativa natural, essencialista, da experiência transexual. Ou seja, a performance identitária confere proteção não apenas porque se adequa as normas, mas também porque há uma explicação biológica ou natural para que “eu seja assim”.

Em relação à expressão identitária, travestis e transexuais reivindicam diferenças entre si, como a necessidade que as mulheres *trans* têm de, na construção discursiva de si, expressar que desde o nascimento tinham “alma de mulher”, característica que lhes permitiria ser “transexuais de verdade”, legitimando as demandas trazidas ao serviço de saúde (Zambrano, 2006). Ou seja, uma explicação natural ao aproximá-las da expressão binária de gênero seria uma estratégia de buscar a aceitação, o respeito e, assim, a proteção para evitar a violência e a discriminação. Na presente pesquisa, identificou-se que a busca da legitimidade das performances identitárias, também permeia os discursos acionados pelos homens *trans*. É o que se identifica nos exemplos a seguir:

*Era, porque assim pra todo mundo, para as pessoas e eu também não sabia qual era a minha verdadeira identidade por muito que eu soubesse, assim*

*conhecesse meu corpo, eu não, eu não sabia o que que eu era, sabe? Agora hoje não, se as pessoas vierem falar pra mim vou falar assim “-Olha vou falar uma coisa pra você, eu não sou gay, não sou travesti, eu sou trans de nascença!” (Elizabeth, mulher trans)*

*Bom, na minha infância, eu sempre me sentia atraído por coisas masculinas, só que na minha infância, não se falava nem em homossexual, muito menos em trans. Na minha infância, eu ia jogar bola, eu queria jogar bola sem camisa. Minha mãe falava que eu tinha peitinho e eu falava não queria ter peitinho, cê tá entendendo? Até os 20 e poucos anos, era usando coisas femininas para não magoar minha mãe, entendeu? (Samuel, homem trans)*

*No fundo ela sabia, toda mãe sabe. O meu comportamento o tempo todo, a minha forma de ser, de agir, sempre foi assim, sabe? Eu sempre queria brincar muito também assim com coisas femininas, mas eu era repreendida o tempo todo. (Andressa, mulher trans)*

*Eu não conseguia entender por que a minha mãe não deixava eu ficar sem camisa. Hoje eu entendo que na cabeça dela eu era uma menina, mas na minha eu era um menino. Porque era a pessoa que eu era. Minha família falava que não “-Isso é coisa de menino” eu falava “-Não, mas isso é coisa minha, eu quero isso, tipo, é de mim”. Então é uma coisa que eu lembro muito da minha mãe barrar demais a minha infância, não deixar eu ter e fazer, brincar, fazer as coisas que eu queria. (Murilo Francis, homem trans)*

Ao apontar situações que remetem a comportamentos tidos como femininos ou masculinos desde a infância ou até mesmo reivindicar ser “*trans de nascença*”, as mulheres e homens *trans* expressam uma estratégia de enfrentamento e resistência. Essa estratégia pode garantir sua legitimidade familiar e social por performar uma identidade tida como “natural”, em busca da retificação corporal para existir em uma suposta plenitude. Então, essa expressão identitária, não implicaria qualquer desvio moral que as/os pudesse estigmatizar, como ocorre com as travestis. (Zambrano, 2003, 2006).

Entretanto, entende-se que o corpo não é um dado natural. Há uma historicidade de mudanças o definindo e representando. Assim, ao mesmo

tempo em que a naturalização biológica tensiona quem tenta classificá-lo, não alcança a forma mais ou menos potente da vida que está em si e ao seu redor (Mota e Machin, 2018). Diante da abundância de corpos que buscam legitimidade e reconhecimento no discurso, o desafio torna-se compreender que não há distinção ou identificação do corpo em si, mas sim que gênero e política definem a expressão das performances identitárias por meio dos corpos e discursos (Leite, 2011; Oliveira e Grossi, 2014). Compreender a performatividade de gênero (Butler, 2016) e as possibilidades de trânsito de gênero, poderá produzir o acolhimento da travestilidade e da transexualidade (Oliveira e Grossi, 2014) em sua integralidade.

Identificar essa concepção de identidade como proteção ideal, especialmente no contexto do serviço de saúde, não implica classificar o discurso dos(as) usuários(as) como falso ou verdadeiro. Mas, compreender como os discursos são acionados para construir aquilo que querem significar como legítimo, dentro das relações de poder (Foucault, 1987). Por exemplo, há quem diga que só quer ser identificado(a) como *trans* no interior do serviço e jamais fora dele, por ser esse um *lócus* para a busca da transformação corporal. Assim, apreender esse contexto é fundamental para entender como as performances identitárias das pessoas *trans* podem expressar-se no serviço de saúde ou fora dele.

#### **4.2.2 “Eu virar para minha mãe e para o meu pai e falar que eu sou travesti, vão me bater e colocar para fora de casa”: o sentido de “identidade como decepção e abandono”**

O sentido de identidade como decepção e abandono surge na análise a partir de dois aspectos principais. O primeiro deles se apresenta quando as concepções de identidade são expressas através de características negativas atribuídas a determinadas performances identitárias. Ou seja, performar uma certa identidade acaba produzindo decepções no encontro com as normas incorporadas e com as histórias vivenciadas. É o que acontece, por exemplo,

quando ocorre uma associação da performance travesti com prostituição-HIV/AIDS-morte.

Durante a sua entrevista, Marilda compartilhou que não se considerava uma pessoa saudável e se arrependia de não ter cuidado de si mesma e hoje ter “*diversos problemas de saúde*”. Ao final do acolhimento, ela compartilhou, que era portadora do vírus HIV e chorou muito quando a coordenadora lhe perguntou se ela tinha medo de morrer.

Pelúcio (2004) compartilha a dificuldade que as travestis têm em falar sobre o HIV ou a Aids, como se ao pronunciar essas palavras, de certa forma, as estivessem atraindo para si. Em muitos momentos, referem-se a ela como “Tia” elucidando certo “parentesco” cultural entre ser travesti e o HIV/Aids.

O silêncio também está na ausência de produção de dados e no desconhecimento sobre como a Aids impacta a vida das travestis e mantê-lo vincula o reconhecimento delas através da Aids. Assim, o estigma permanece por reiterar não ser necessário falar de algo evidenciado nos discursos e práticas dos serviços de saúde (Teixeira et al., 2018).

Pelúcio (2011) aponta, ainda, como o reconhecimento à vida das travestis está associado à Aids. A autora fala da “cidadanização”, processo através do qual as travestis são atingidas em seu direito à saúde (algo que lhes conferiria o reconhecimento enquanto cidadãos) através de “programas educativos”. Muitas vezes esses as alcançam nas ruas, locais de prostituição onde são divulgadas informações sobre a doença, objetivando mudanças de comportamentos, sem levar em conta os determinantes sociais e os aspectos culturais que influem nessas mudanças.

Ou seja, até mesmo quando parecem ser reconhecidas, as travestis o são através da sua vinculação ao HIV/Aids. Importante considerar-se igualmente, que classificar uma vida com HIV/Aids como ruim é uma forma de mantê-las à margem. Pois, se nega as potências das existências humanas, presentes para além de classificações e estigmatizações, associadas na suposta “tragédia de vida” (Raimondi et al., 2019b) das travestis.

Marilda parece ter acionado a equação travesti-Aids-morte (Teixeira et al., 2018), indicando que a sua demanda poderia ir além da queixa



apresentada. Talvez não pelo inchaço ou pela dificuldade para respirar, mas pelo medo de morrer. Deixar de ser travesti e expressar-se como mulher *trans* poderia ser uma tentativa de superar a “decepção”, que ser travesti havia trazido. Performar uma outra identidade poderia lhe “livrar” do HIV/Aids.

O medo da Aids, vinculado à possibilidade do filho performar uma identidade travesti e trabalhar com a prostituição foi expresso em outra entrevista:

*Eu vou ficar triste [se meu filho se prostituir], mas eu vou ter que entender, são escolhas. Nós, cada um temos as escolhas. Se é a escolha, a sina dele, quem sou eu pra falar alguma coisa? Eu posso dar conselhos, só isso. Eu sou portador de HIV, eu e o meu esposo. Então assim, eu tenho medo de doença; ele é jovem, entendeu? Eu falo pra ele “- Use Camisinha”, né!? Converso com ele. (Vicente, pai de Amadeu)*

As performances identitárias são uma resposta à dor e à angústia marcando as vidas daqueles(as), que buscam viver experiências que lhes são interdidas, em razão de não se adequarem às expectativas projetadas pelas construções sociais presentes em suas genitálias ao nascerem. Querer performar uma identidade que seja validada pela sociedade não significa apenas a incorporação das normas vigentes, mas pode também ser entendida como uma forma de resistir e, talvez, uma das únicas possibilidades para sobreviver em um entorno social violento (Vergueiro, 2015).

Para os(as) usuários(as) que não querem ser reconhecidos como pessoas *trans* fora do serviço de saúde, as identidades *trans* carregam consigo o estigma, a discriminação e o preconceito. Assim, há pessoas que realizaram mudanças corporais no contexto da transição de gênero e que não se identificam como pessoas *trans*, mas como pessoas do gênero ao qual se afirmam, conectadas com uma construção binária de gênero (Lev, 2004; Giammattei, 2015). Talvez a vontade seja mesmo a de não ser visível como transexual. Almeida G. (2012) denomina essa situação de ‘direito à indiferença’. Nesse sentido, para Almeida A. S. (2018), tornar-se invisível

pode ter a implicação positiva de tentar superar a deslegitimação da existência. Mas, ao mesmo tempo, considera-se que isso pode ter impactos na visibilidade política do movimento *trans*.

As travestis ainda enfrentam o desafio da invisibilidade e do reconhecimento como vidas legítimas, com vulnerabilidades singulares e sociabilidades únicas (Teixeira et al., 2018). Nesse sentido, reivindicar o reconhecimento como mulher *trans*, em detrimento daquele como travesti é a expressão do binarismo que, diante das violências sofridas, apresenta-se como um possível caminho para a sobrevivência e superação da decepção e do abandono. É a expressão de uma performance identitária, que legitime a existência, nas diversas interações sociais da pessoa.

Para Valente o serviço de saúde deveria ir até as travestis. Talvez visitá-las em seus locais de morada, ouvi-las em suas demandas e, assim, pensar os planos de cuidados buscados e possíveis. Disse ainda que acreditava que, primordialmente, era necessário encontrar profissionais sensíveis para compreender as travestis para além de sinais e sintomas clínicos.

Para Valente as travestis têm demandas que precisam de respostas imediatas. Isso acontece porque a vida delas é repleta de incertezas. Hoje estão aqui, amanhã podem estar em outra cidade. Hoje comparecem ao serviço de saúde, amanhã podem perder a vida. Quando da criação do serviço, alguns desafios no cuidado em saúde das travestis já eram apontados, como a dificuldade em aderir ao trabalho proposto, que associava-se a uma prática de (des)territorialização, em que uma vida marcada pelas mudanças desafiava a longitudinalidade e a construção de vínculos no cuidado.

Carmen, a coordenadora do serviço, também relatou a desconfiança das travestis, à época da criação do ambulatório, em relação a um serviço que se propunha a acolhê-las, traduzida pelo receio em serem submetidas a tratamentos e exames compulsórios. Além disso, ela relata o próprio aprendizado das adequações da clínica que dessem conta de demandas que

transpõem o corpo e alcançam a determinação social do processo saúde-adoecimento-cuidado delas.

Nesse sentido, assumir uma performatividade *trans* em detrimento de uma performatividade travesti como fez Marilda, pode ser uma estratégia para superar a decepção e o abandono quando da expressão identitária. Através da observação participante, no diálogo com usuários(as) do serviço e seus profissionais, identificou-se o que Rocon, Silva, Sodré (2018) apontam em seu trabalho de que as mulheres *trans* têm tido melhor acesso ao processo transexualizador em comparação às travestis, que frequentemente são associadas, de maneira hostil, à marginalização, criminalidade e prostituição (Rocon et al., 2020). Ser capaz de performar uma “mulher *trans* verdadeira” por meio da reprodução das normas de gênero, atreladas ao gênero feminino, significa desvincular-se da travestilidade e, assim, ter melhor aprovação para o processo transexualizador (Bento, 2008; Rocon et al., 2018; Rocon et al., 2020). O que leva a questionar se o processo transexualizador, tal qual é proposto hoje, faz sentido para as travestis.

O segundo aspecto da concepção de identidade como decepção e abandono, diz respeito à perspectiva de abandono associado à expressão de determinada identidade, seja no âmbito familiar, seja no serviço de saúde. Ou seja, performar uma identidade *trans* pode fazer com que uma pessoa tenha que abandonar sua família, casa ou mesmo o cuidado em saúde.

Não foi apenas Marilda que pôde compartilhar acerca da concepção de identidade como decepção e abandono, especialmente com as travestis. O estigma do grupo é reforçado pela associação importante que existe entre travestis e prostituição (Pelúcio, 2004). Como menciona Vicente:

*Eu não importo não, entendeu? Assim, o meu esposo ele tem medo da noite, do perigo que é... o homossexualismo já é um perigo, o travesti é mais ainda, que vive na linha do vermelho, do perigo, do risco. Entendeu? Da noite, da prostituição, dos cafetões, das pessoas maltratarem, machucarem, o medo nosso é esse. Da violência, da violência! Dele entrar no mundo do crime, de roubar, de usar drogas, entendeu? Da bebedeira, isso é o meu medo. (Vicente, pai de Amadeu)*

A construção de uma performance identitária não é linear, exata e sem descontinuidades e nuances. Também é limitada pela interação com a família. A entrevista de Maria Eduarda indica como seria a resposta de sua família se pudesse expressar-se enquanto travesti, elucidando como o abandono pode manifestar-se nessas situações e como o medo dele opera a performance de uma identidade o mais próximo possível das normas:

*Porque eu até então não entendia o que eu era e eu fui ler, fui conversar com várias pessoas, blogs e tudo mais, para entender se eu era de fato a mulher que eu sentia né?! Saber se tinha essa sigla de mulher transexual e tudo mais ou se era somente travesti. E aí veio o peso, porque a sociedade estipula uma teoria sobre a travesti que é muito errada, que é só puxada para o profissional do sexo, pro programa, pra barraco e tudo mais, e eu pensei: “gente, minha família não vai me aceitar. Reservada e conservadora do jeito que é, eu virar para minha mãe e para o meu pai e falar que eu sou travesti, vão me bater e colocar para fora de casa. Meus amigos também não vão. Minha profissão, eu sou rodeada de homens, de fazendeiros, de fornecedores, e eu pensei gente tudo vai ruir, tudo vai por água abaixo simplesmente pela minha necessidade”. E eu sempre fui muito centrada, então eu li bastante, busquei entender e de fato eu vi que eu era uma transexual, me enquadrando como mulher trans. Falei poxa, tem uma luz!! Então eu já vou entender e saber como eu vou passar isso para meus pais e para todo mundo. E graças a Deus fui bem recebida, contei com a minha mãe que eu ia fazer tratamento hormonal e tudo (Maria Eduarda, 31 anos, mulher trans).*

O relato de rejeição, violência e perda dos laços familiares mostra uma possibilidade de pensar as dinâmicas das relações familiares das travestis como sendo de mais ruptura e abandono do que das pessoas *trans*.

A narrativa evoca uma certa hierarquia performática na qual, diante da impossibilidade de adequar-se integralmente ao binarismo e à heteronormatividade, a homossexualidade aparece em ‘vantagem’ em

relação à transexualidade. Esta última ainda indicaria ‘vantagem’ em relação à travestilidade – ainda que a homossexualidade e a transexualidade carreguem consigo diversos enfrentamentos e violências.

Ou seja, fora da heterossexualidade cisgênero, quanto mais próxima a pessoa estiver da homossexualidade e da expressão das características ditas femininas ou masculinas para o gênero ao qual afirma pertencer, mais ela se aproximará da identidade como proteção ideal. Nesse contexto, quanto mais a pessoa se aproximar da performance travesti, maiores as possibilidades de decepção, rompimentos e abandono. Revelando, novamente, como a *passabilidade cis* é um elemento de proteção e/ou abandono. Nos registros de familiares nas consultas ouviu-se “*eu pensava que ele/ela era gay; antes fosse, né!? Ser trans é pior*”, exemplificando a hierarquia performática apontada e a decepção de uma performance *trans* para a família.

A partir do momento em que se reconhece uma categoria de expressão, a família figura com maior possibilidade de proporcionar apoio, cuidado e acolhida. O exemplo de Maria Eduarda mostra como esse apoio é essencial para a saúde:

*O que é ter saúde pra você?*

*Ah, é apoio, estar bem, você ter com quem se espelhar e apoiar, buscar apoio né, porque às vezes a gente não tem a noção de buscar apoio. Acho que cê tendo ali a pessoa apta a essa busca já te traz uma segurança. (Maria Eduarda, 31 anos, mulher trans)*

Ou seja, para as pessoas *trans* a transformação dos corpos constitui-se como *locus* fundamental para a produção de saúde ou de adoecimento, a depender do sucesso ou não dos recursos utilizados (Rocon et al., 2017). Nesse sentido, há um conjunto de concepções e práticas que derivam da suposição de que existem apenas dois gêneros e que aqueles que se desviam devem ser desafiados, castigados ou persuadidos em direção à normatividade (Ehrensaft, 2011). Nas entrevistas com as famílias, a identidade transexual muitas vezes é significada como decepção, justamente por não se encaixar

nessas “caixas de gênero” o que, em muitos casos, pode também levar ao abandono:

*Eu sempre quis ter um filho homem. Eu sentei foi na colher<sup>72</sup>, mas eu senti que era homem. Nasceu homem, mas desse jeito. (Ivone, mãe de mulher trans)*

*Ela não vai ser trocada de sexo porque não tem como, entendeu? Como Deus me deu ela, eu acredito que vai ser ela! Se não for, com o tempo isso igual eu falo pra ela, com a idade que ela tiver seus dezesseis anos pra frente aí ela vai caminhar com os próprios pés. (Renata, mãe de adolescente trans)*

*Uma menininha muito doce, muito carinhosa, muito feminina, que adorava vestidinho, que adorava brincar com as primas. Era delicada, mas não aquela delicadeza exagerada. Era delicada na meiguice, no cuidado com o sentimento das pessoas. Mas, assim, gostava muito na escola de brincar de capoeira. Quando eu pegava na escola ela vivia suja, era muito “molequinho” nesse sentido, mas nunca masculina né?! Mas também nunca fiquei muito preocupada com isso. Mas é isso, a infância dela é de uma menina muito doce, muito carinhosa. (Tereza, mãe de adolescente trans)*

Diante desse contexto teria o credenciamento do serviço no âmbito do Processo Transsexualizador construído fluxos e protocolos que não se adequam às reais necessidades das travestis? Teria esse processo produzido impeditivos às suas performances identitárias no serviço de saúde? Os protocolos do serviço de saúde respondem às necessidades das travestis?

Por sua vez, o discurso expresso por Marilda conduz a refletir se há no serviço mulheres *trans* que, mesmo identificando-se como travestis, buscam adequar-se à identidade *trans* feminina, para que não esbarrem com a

---

<sup>72</sup> Segundo Ivone compartilhou, há um experimento ao qual as mulheres grávidas podem se submeter para “descobrir o sexo do bebê”. Funciona da seguinte forma: a mulher gestante pede que algum(a) amigo(a) ou familiar esconda uma colher e um garfo, embaixo de almofadas distintas, enquanto ela não estiver no recinto. Sem saber qual almofada contém uma colher e qual almofada contém um garfo, a mulher gestante adentra novamente o recinto e senta-se em cima da almofada que escolher. Se ela se sentar em cima da almofada que escondia a colher, será mãe de uma menina. Se ela se sentar em cima da almofada que escondia o garfo, será mãe de um menino.

decepção e o abandono no local em que almejam cuidado. Assim, são as travestis que estão ausentes no serviço de saúde ou as suas performances identitárias não seriam possíveis nesse e em outros espaços que não fossem as ruas?

#### **4.2.3 “*Nunca é tarde pra gente consertar, né? Pôr a vida no eixo certo*”: o sentido de “identidade como projeto”**

O sentido de identidade como projeto é expresso por um sentido de projeto, um vir a ser. Ou seja, performar uma identidade que legitime a existência, e aprimore os relacionamentos com a família e/ou com o serviço de saúde.

O caso de Marilda ilustra a discussão dessa categoria de análise, na medida em que o projeto tem relação com a suposta superação de um passado que a afastou da família e do cuidado em saúde. Assim, foca-se em como a construção discursiva ao diferenciar transexuais de travestis (problematizando a tentativa de dividi-las de forma essencialista) também opera para dizer quais vidas poderão buscar um melhor futuro ou não e, por isso, porque performar essa ou aquela identidade.

Marilda considera ter tido sempre proximidade com a mãe, tios, tias e avó. Essa última teria sido a responsável pela sua criação. O contato com o pai ocorreu somente em uma ocasião. No entanto, descreve sua família atualmente como “*é só eu e minha mãe, o resto é agregado*”. A família pode ser inicialmente entendida como um conceito crucial de análise porque define a estrutura inicial e básica da inter-relação entre os indivíduos com seu espaço e o ambiente social (Pareja et al, 2016). Observa-se que os valores heteronormativos também interferem no contexto da família.

São comuns os relatos de rompimento com a “família de sangue” ou de expulsão de casa no início do processo de “transição” para uma identidade travesti (Sander e Oliveira, 2016). Assim, expressar uma identidade o mais próximo possível da norma pode permitir que Marilda (e outras pessoas *trans*) resgate(m) não somente os laços familiares, mas também com o serviço de

saúde. Ela conta que, quando da expressão de uma performance travesti, mudou de cidade e, com isso, perdeu o acompanhamento com o ambulatório. Atualmente, esse movimento de “resgate” ocorre de uma forma mais intensa e regular, quando Marilda reitera uma performance de mulher *trans*.

Em relação à aceitação de travestis e transexuais pelas pessoas de suas famílias, deve se considerar que ela pode ocorrer a partir de processos que circunscrevem formas de relacionalidade e não simplesmente como uma questão de “aceitar ou não aceitar”, como o que é também observado em relação às famílias de pessoas homossexuais (Oliveira L., 2013; Machin, 2016). Assim, os sentidos de aceitação podem estar imbricados nessa compreensão de relacionalidade, ou seja, em sentidos específicos e particulares de reconhecimento e pertencimento.

Retoma-se neste capítulo, então, a noção de relacionalidade (‘relatedness’), conforme abordado por Carsten (2000), em que importa considerar o processo pelo qual tanto os laços estabelecidos pela consanguinidade como aqueles forjados a partir de outros contextos sociais, podem constituir uma “família escolhida” pelo próprio sujeito. Nesse processo, os laços se articulam e se transformam mutuamente, permitindo que um projeto de identidade seja construído, promovido, reconhecido, aceito.

No caso das travestis especificamente, há que se levar em consideração a “família da rua”, que pode se constituir a partir das relações intergeracionais de travestis nas “ruas de prostituição”. Assim, a relacionalidade entre “tias” e “novinhas”, como são denominadas as travestis veteranas e as novatas, podem construir relações de cuidado e parentesco (Sander e Oliveira, 2016). Nesse sentido, ao pensar o conceito de relacionalidade considera-se a importância de todos esses laços, relações e famílias, nas formas de sociabilidade e solidariedade construídas em contextos de considerável adversidade ao longo do processo de percepção e construção de si.

Em relação à Marilda, o cuidado da família consanguínea em momentos de adoecimento parece ter sido crucial como um dos elementos processuais que exemplifica a questão da relacionalidade, vinculada à



aceitação, ao reconhecimento e ao pertencimento em seu núcleo familiar. Talvez por isso, a identidade *trans* como projeto para o futuro pode configurar uma alternativa para se buscar o cuidado pelo serviço de saúde como uma maneira de pertencimento/reconhecimento familiar:

*Uma vez ela [mãe] quis vir [ao serviço de saúde], a outra vez eu chamei. A outra vez mandaram eu chamar ela, e a outra vez que ela veio com o meu padrinho – que é o meu tio – eles vieram sozinhos, foi no comecinho do projeto (...) a gente teve uns probleminhas e eles procuraram o ambulatório pra poder saber como que eles conseguiam e poderiam me ajudar em casa. Aí foi até um fato interessante, que o ambulatório gostou muito, porque nenhuma família nunca tinha feito isso. Foi a primeira família que veio – sem que eu soubesse – procurar ajuda pra poder me ajudar em casa. (...) Pra mim é muito importante. Pra mim é muito importante (...) todas as vezes que eu fiquei doente, mesmo depois de certos dramas, eles nunca me deixaram na mão. Mesmo pra arrancar um dente eu posso ter certeza que eles estão todos ali na porta.*

E, nesse contexto, Marilda traz a busca que a família fez no passado, aparentemente visando seu cuidado, resgatando uma noção de que o cuidado implica algum tipo de responsabilidade, de compromisso para com o outro. Afirmando, inclusive, um envolvimento emocional e um despendimento de energia para efetivar um cuidado (Tronto, 1997). Talvez fosse esse cuidado que lhe parecia ser negado, quando do pedido de encaminhamento pela médica recém-chegada ao serviço de saúde. E é esse cuidado que ela parece querer resgatar:

*Ajudou bastante, mas é aquela coisa, o ser humano tem o livre arbítrio, né? Se a gente pudesse voltar atrás e fazer diferente, fazer novas escolhas, hoje em dia a gente – estou falando por mim – eu estaria numa posição melhor. Eu digo até por esse fato mesmo que eles vieram. Se eu tivesse escutado lá naquela época,*

*se eu tivesse parado pra poder pensar, levado a minha vida por um outro rumo, até por causa da questão da saúde mesmo, né? Que eles estavam preocupados, o ambulatório estava preocupado, hoje em dia tudo teria sido diferente. Hoje em dia tudo estava melhor, tudo estava se encaixando. Mas não, eu tomei a decisão de ir pra outro caminho, mas nunca é tarde pra gente consertar, né? Pôr a vida no eixo certo.*

Para compreender o cuidado de que Marilda fala, na relação com sua família, serviço de saúde e expressão identitária, retoma-se o diálogo com Ayres (2004). Quando se fala de cuidado<sup>73</sup>, humanização ou integralidade, quase sempre se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende. Assim, ao abordar esses tópicos, no sentido de seu compromisso com valores contra fáticos validados como bem comum, fica evidente a inseparabilidade deste plano individual do plano social e coletivo, porque a própria ideia de valor só se concebe na perspectiva de um horizonte ético, que só faz sentido no convívio com um outro.

Ademais, a própria construção das identidades individuais se faz, na interação com o outro, nas inúmeras relações nas quais qualquer indivíduo está imerso, já antes mesmo de nascer (Ayres, 2004). Isso também ocorre, pois não apenas os horizontes normativos que orientam os conceitos de saúde e doença são construídos socialmente, mas os obstáculos à felicidade que estes horizontes permitem identificar são também fruto da vida em comum, e só coletivamente se consegue efetivamente construir respostas para superá-los. Dessa forma, não faz sentido pensar os valores contra fáticos associados à saúde sem a socialidade dessa experiência.

Diante disso, a história de Marilda exemplifica uma conexão do cuidado com essa perspectiva que atrela a prática com um plano social e coletivo e partilha sentidos e significados socializados. Ou seja, sua concepção de identidade é significada a partir da interação com a família e, a partir disso,

---

<sup>73</sup> A discussão de cuidado proposta por Ayres (2004) é apresentada na Introdução desta tese.

conecta planos e projetos para o futuro. Ser feliz seria a expressão de uma performance, legitimando sua existência e permitindo a aceitação e o reconhecimento na família, no serviço de saúde e na sociedade.

Assim, pensar o seu cuidado em saúde é enfrentar o discurso normativo hegemônico que reitera a relação travesti-Aids-prostituição. Haveria outras possibilidades existenciais de cuidado para corpos marginalizados e relegados à rua na “calada da noite”? Problematisa-se o que Marilda apresenta em sua fala como sendo uma concepção de “conserto” ou de “eixo certo”<sup>74</sup> em sua vida:

*Tem pouco tempo. Não tem muito tempo não, deve ter uns quatro anos. Antigamente era o grosso mesmo, era travesti, era bem o baixo mesmo, traveco. Lá quando eu comecei quando eu “tava” com dezoito – “tô” com vinte e nove – comecei com dezessete pra dezoito era bem baixo mesmo o linguajar. De uns quatro anos pra cá que a gente ouve falar em mulher trans, trans (...) Pra mim foi assim: homossexual, travesti e hoje em dia trans, independente de eu ter feito a cirurgia ou não. Hoje em dia eu me vejo como trans, eu não me vejo como travesti.*

*Pergunta: E por que você acha que ocorreu essa transição?*

*Como eu posso te explicar? Pelo fato das minhas atitudes, pelo fato dos meus hábitos, pelo fato das minhas escolhas, da minha atitude de vida, eu acho que eu me enquadro mais como trans, entendeu? Não como travesti (...) A mulher trans ela é mais, como eu posso te dizer? Mais mulher mesmo, mais da sociedade, é aquela pessoa que busca fazer uma faculdade, busca entrar no mercado de trabalho, busca uma colocação. Agora a travesti não, a travesti infelizmente ela é vista como profissional do sexo.*

---

<sup>74</sup> Referências à fala de Marilda, apresentada anteriormente.

A decepção, o abandono, o medo da violência, da prostituição, do uso de drogas e de roubos colocam as travestis em um lugar de existência sempre à margem. Expressões como “*o baixo mesmo*”, “*traveco*”, “*o grosso mesmo*”<sup>75</sup>, nos contam de uma vida marginal, que parece não merecer respeito ou ter direito a existir e ser cuidada. Marilda expressa a ideia conectada com a leitura social de que a travesti só pode ser profissional do sexo.

Diante disso, torna-se importante considerar que o discurso sobre as travestilidades, seja científico, midiático ou militante, está extremamente entrelaçado com o que é dito sobre as transexualidades, como no caso de Marilda, que afirma uma expressão identitária (mulher *trans*) enquanto nega a outra (travesti). Isso pode ser um reflexo da construção binária entre um polo mais feminino e um menos feminino, definido, por exemplo, pela aparência física, pelo desejo da cirurgia, pelo “uso” do pênis nas relações sexuais, entre outros, que dizem que o “ápice da feminilidade” seria a “mulher heterossexual” (Barbosa, 2013, p. 366). Ao anunciar essa diferenciação, Marilda anuncia também um projeto para seu futuro, em que sai da margem incorporada pela travestilidade e alcança o reconhecimento e o pertencimento ao ser “*mais mulher mesmo, mais da sociedade*”<sup>76</sup>.

Assim, pensar os corpos e identidades *trans* como fixos, simplesmente saindo de um polo masculino/feminino direto para um polo feminino/masculino, é não admitir as interfaces presentes entre as mais diversas formas de existir e expressar-se em relação ao gênero (Bento, 2008). Essa concepção de identidade reflete a concepção binária das expressões de gênero, ao evidenciar que há performances identitárias condenadas a não ter um futuro, enquanto outras poderão existir sob a suposta proteção da norma hegemônica. Destarte, pode-se perceber que as narrativas das pessoas *trans* projetam para um contexto de dúvidas, angústias, solidão e um medo constante de ser rejeitado(a) (Bento, 2008).

Uma dita transição da travestilidade para a transexualidade parece mostrar um caminho percorrido por algumas pessoas *trans*, que as colocam

---

<sup>75</sup> Referências à fala de Marilda, apresentada anteriormente.

<sup>76</sup> Referência à fala de Marilda, apresentada anteriormente.

inevitavelmente no binarismo, para que elas possam existir para si e para os outros. Entretanto, diante das violências sofridas, essa expressão da identidade como projeto pode ser entendida como uma estratégia até mesmo de sobrevivência: lidar com as normas adequando-se o máximo possível a elas, para não mais sofrer a violência decorrente delas. Assim,

considerando-se as violências às quais pessoas trans se expõem quando são vistas enquanto tal, a busca pela invisibilidade por parte de algumas delas não deve ser lida necessariamente como uma reprodução acrítica do cis+sexismo dominante, ou como um conservadorismo problemático. Esta busca deve também ser vista como uma possibilidade de resistência às normas de gênero dominantes (patriarcais e cis+sexistas), e em muitos casos, possivelmente, como uma das poucas formas de sobrevivências a um entorno social hostil. Assim, não creio que devamos criticar a busca por esta invisibilidade sem antes fazer uma análise crítica e afetiva da(s) situação(ões). (Vergueiro, 2015, p.214)

A questão torna-se, então, performar uma identidade que permita o sentimento de reconhecimento e pertencimento a uma família, ao “*ser mais da sociedade*”, “*fazer uma faculdade*” e “*entrar no mercado de trabalho*”<sup>77</sup>, por exemplo. Isso, por sua vez, poderia permitir também o reconhecimento como cidadã, com direito à saúde.

Além disso, o discurso acionado por Marilda, em sua reaproximação com a mãe, pode exemplificar uma estabilização normativa a partir da categorização da mulher como um sujeito “voltado para o outro” (Strathern, 2014). Destarte, questionar as possibilidades de estratégias de cuidado “para quem” e “sob que circunstâncias”, pode permitir ampliar a compreensão dessas questões.

A concepção de identidade como projeto elucida a busca por uma aproximação com a representação da mulher e a vontade de “escapar” das representações, que poderiam fixá-la com a identidade travesti, compondo um conjunto de práticas ritualizadas de “purificação”, visando anular um passado “impuro” (Douglas, 1966). Isso acaba por evidenciar práticas classificatórias que permeiam um dado contexto sócio-histórico-cultural em que determinadas

---

<sup>77</sup> Referências à fala de Marilda, apresentada anteriormente.

práticas de controle, vigilância e punição sobre os corpos são reiteradas para garantir o que, entende-se como “pureza”, a “ordem das coisas” e o domínio dos “riscos poluitivos” (Douglas, 1966; Foucault, 2014).

A mulher *trans* vista como “*mulher mesmo*”, “*da sociedade*”, com uma construção de vida que prevê estudos formais e a inserção no mercado de trabalho, parece indicar uma identidade domada. Aprisionada em uma concepção, que insiste em moralizar hábitos, estilos de vida, silenciar diferenças e reiterar papéis sociais adequados para homens e mulheres.

Muitas vezes esse discurso se apresenta a partir de uma construção discursiva hegemônica sobre as identidades possíveis e legítimas em uma determinada sociedade. Por isso, a compreensão da transexualidade como experiência identitária também confronta aquela utilizada pela medicina e pelas ciências “psi” (referentes à psicanálise, psicologia e psiquiatria), que relacionam, predominantemente, o campo da sexualidade com a biologia. Isso ocorre por reiterarem que a experiência identitária da transexualidade se dá pela “não conformidade” do sujeito com sua genitália biológica.

Ao tensionar a perspectiva de uma construção das identidades e corpos *trans* como incorretos às genitálias, que deveriam expressar um determinado comportamento social adequado a homens e mulheres conforme seus corpos, ampliam-se as possibilidades existenciais. Todavia, ainda observa-se um espaço reduzido para a agência dos sujeitos dentro do campo da medicina e das ciências “psi”, o que evidencia que um dos motivos para a busca hoje pelo Processo Transexualizador, aparato legal para assegurar o acesso ao cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde para a população *trans* (Brasil, 2013c), é a procura das pessoas *trans* para terem sua inteligibilidade, sua identidade, sua existência reconhecida e/ou autorizada dentro dos discursos médicos e “psi” (Bento e Pelúcio, 2012; Barbosa, 2013).

É importante ressaltar que esse reconhecimento e/ou autorização ocorre por meio de um processo de retroalimentação, entre profissionais e usuários(as) dos serviços de saúde, do que é “ser” ou “não ser” ou “ser para além de” uma pessoa *trans* para o Processo Transexualizador (Bento, 2014; Teixeira, 2016). Segundo essas autoras, nesse (re)aprendizado de si, a

concepção de identidade como projeto reflete uma série de dinâmicas discursivas e práticas inter-relacionais, (re)produzidas e/ou (des)construídas na perspectiva de que há corpos que “necessitam” de uma classificação das ciências médicas e “psi” para terem direitos a um cuidado em saúde efetivado pelo Estado. Isso exemplifica o controle e seleção das vidas, que interessam ou não interessam, existem ou não existem, são possíveis ou não).

Apesar de se observar a presença de um “modelo” que reconhece e/ou autoriza a existência de um sujeito enquanto *trans*, esse modelo é reconstruído nas experiências diárias dos sujeitos em contato com as várias esferas sociais, como a saúde (Bento, 2008). Assim, a concepção de identidade como projeto surge como possibilidade de, ao adequar-se às normas de gênero, adequar-se também às normas que permitem que o cuidado em saúde se efetive.

Nesse contexto, os sujeitos *trans*, ao mesmo tempo em que questionam, reiteram e desorganizam a categoria naturalizada do humano, denunciam de forma implícita ou explícita, que as normas de gênero não estabelecem um consenso absoluto na vida social, o que desafia as fronteiras entre a experiência individual e a necessidade de reconhecimento social (Benedetti, 2005; Teixeira, 2013). Importante considerar que para Butler (2016), as normas de gênero não apresentam um caráter “absoluto” e, por isso, precisam ser constantemente reiteradas. Assim, por mais que os discursos médicos e “psi” sejam elementos centrais para a construção dos corpos, subjetividades e identidades, é possível observar uma variedade de sentidos sobre o que é ser/ter uma identidade *trans* na vida prática (Leite Junior, 2011; Barbosa, 2013).

O questionamento feito por Borba (2016b) sobre “como um indivíduo se torna um sujeito (transexual) legítimo para os propósitos institucionais do cuidado à saúde trans-específico brasileiro?” (p. 36), leva a refletir que por mais que os serviços (o aqui relatado e o por ele estudado) sejam diferentes, o fenômeno da desconstrução-reconstrução e as discontinuidades de identidade de gênero são elementos comuns. Esse fenômeno pode ilustrar como os sujeitos interagem, (re)produzem, (re)criam, (re)confeccionam e/ou

resistem às formas de um “imperativo diagnóstico” relacionado a uma identidade *trans* fixa, única, homogênea, estável, verdadeira (p. 67).

Nesse cenário de disputas, os serviços e profissionais da saúde apresentam-se como um *lócus* possível de encontros e desencontros para o cuidado integral em saúde (Ayres, 2004). Serviços e profissionais poderiam contribuir com o processo de (des)construção identitária e de expectativas do sujeito e de sua família, por exemplo, a partir do reconhecimento e acolhimento dessas demandas, que vão para além de aspectos puramente biológicos, bem como da promoção de uma perspectiva em que as identidades são fragmentadas, relacionais, dinâmicas (Hall, 2015).

As pessoas podem ser/ter ambivalências, apresentar elementos aparentemente oposicionais e antagônicos em sua identidade (Bhabha, 2013). Como então seria possível pensar as fronteiras identitárias que cruzamos e que nos cruzam, ocupando vários espaços a depender dos contextos, sem a necessidade de sermos/termos uma identidade cristalizada, única, indivisível (Anzaldúa, 2005)?

Promovendo as subjetividades, identidades e singularidades, a diferença deve ser analisada a partir das formas que discursos específicos sobre ela são constituídos, contestados, reproduzidos e ressignificados. Assim, a diferença pode tanto criar barreiras, demarcações, diferenciações, fronteiras fixas e imutáveis, como pode apresentar-se por meio de um aspecto relacional, contingente e variável.

A diferença, nessa perspectiva, vai para além de um marcador exclusivo de hierarquia e opressão. Sendo necessária a problematização de como as diferenças têm operado em cada contexto para que diante de situações de opressões sejam formuladas estratégias para enfrentá-las (Brah, 2006). Compreendendo que “nossas lutas sobre significado são também nossas lutas sobre diferentes modos de ser: diferentes identidades” (Minh-há, 1989 apud Brah, 2006, p. 371).

A partir dessa trajetória considera-se relevante enriquecer a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2013a) com reflexões sobre as diferentes performances identitárias, sua relação com o Processo



Transexualizador e suas implicações no cuidado integral em saúde das pessoas *trans*. Não se trata de estabelecer uma receita pronta para os serviços de saúde. Porém considera-se ser importante pensar formas de desenvolver um processo de sensibilização e (des)construção com os próprios serviços, profissionais e estudantes da saúde para problematização dos “reducionismos” biologicistas na/da formação e atuação profissional (Barros, 2016; Raimondi et al., 2019a). No sentido de que o cuidado em saúde se aproxime do respeito efetivo e valorização de formas particulares, diversas, de se vivenciar as identidades (Borba, 2016a).

Destaca-se, a partir da história de Marilda, os elementos que permitem correlacionar performatividade identitária e família, no contexto da atenção à saúde. A história compartilhada explicita como as pessoas *trans* podem construir significados para suas vivências particulares, captar a fluidez de suas posições e deslocamentos, identificando a especificidade de experiências, que não se encontram fixas ou congeladas em verdades definitivas (Teixeira, 2012). Marilda conta de uma expressão identitária, que permita que ela exista no mundo e, assim, tenha direito ao cuidado na relação com sua família de origem e no serviço de saúde. O resgate da vivência com a mãe, considerada hoje sua família e com a qual vive junto, permite que ela se (re)conheça enquanto mulher *trans* e tenha acesso ao cuidado de si que negou no passado.

A noção de *relacionalidade* se expressa no processo de (re)construção identitária a partir dos laços estabelecidos pela consanguinidade indicando sua relação com o cuidado em saúde buscado pelas pessoas *trans*. Esse processo acaba evidenciando a reiteração e a manutenção de construções identitárias baseadas em processos hierárquicos de poder e saber, que cristalizam identidades a partir de determinados estereótipos.

### 4.3 Concepções de Saúde

Neste capítulo apresentam-se os sentidos e significados de saúde que emergiram do campo através das entrevistas, grupos focais e observação participante. Quando se pensam as performances *trans* e as interfaces com as concepções de família e saúde, torna-se necessário entender o que é considerado saúde pelas pessoas *trans* e seus familiares. Partindo do que apontam Uchôa e Vidal (1994), as noções de saúde e doença, ainda que aparentem simplicidade, fazem referência a fenômenos complexos, que integram elementos biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais, o que viabiliza diferentes concepções a seu respeito.

Ao analisar as significações de saúde das pessoas que participaram desta pesquisa, evitou-se assumir uma postura de que a palavra saúde possui um mesmo sentido para todas elas. Além disso, buscou-se as significações das concepções de saúde na interação entre as pessoas transexuais, familiares e serviço de saúde. Dessa forma, evitou-se produzir “leituras dos processos de saúde e doença desconectadas do que se expressa pelas próprias pessoas *trans*” (Rocon et al., 2017, p. 529). Destarte, para além de apreender as concepções de saúde dos(as) participantes da pesquisa, buscou-se problematizar as relações que essas têm com as concepções de família e performances identitárias.

Procura-se refletir sobre os possíveis encontros e desencontros nas falas das pessoas *trans* e na de familiares de pessoas *trans*, quando o assunto é saúde. Assim, não se considera um conceito único de saúde, fixo, e aplicável a qualquer pessoa *trans*, muito menos um modelo de saúde que deva ser seguido.

Problematiza-se que, apesar de família, identidade e saúde serem elementos distintos, apresentam uma construção de sentidos bem semelhante, a partir do material de campo. Isto poderia inclusive ampliar as percepções das relações estabelecidas entre esses temas na vida das pessoas transexuais. Nesse sentido, identificou-se três sentidos nas

concepções de saúde dos(as) participantes da pesquisa, articulados também as interfaces desses com as concepções de família e identidade. São eles: “Saúde como proteção ideal”, “Saúde como decepção e abandono” e “Saúde como projeto”. Cabe destacar que esses sentidos se interseccionam nas concepções de cada participante da pesquisa.

#### **4.3.1 “Saúde pra mim é você estar bem”: o sentido de “saúde como proteção ideal”**

O sentido de saúde como proteção ideal emerge do material de campo quando as concepções de saúde são expressas atribuindo à saúde um significado favorável e otimista. Nesse contexto as concepções de saúde são reflexo da conjuntura social, econômica, política e cultural e, assim, não são as mesmas para todas as pessoas. Dependendo da classe social, do gênero, da etnicidade em que se inserem, o que também pode ser afirmado quando falamos de doenças (Oliveira, 1998; Scliar, 2007). Assim, pensar a concepção de saúde como proteção ideal envolve a representação de valores individuais baseados em concepções científicas, religiosas, filosóficas e culturais. Valores esses que, por sua vez, estão inseridos em um contexto sócio-econômico-cultural.

A concepção de saúde como proteção ideal constrói-se por meio da linguagem como um *lócus* onde a proteção é idealizada e esperada e a felicidade parece ser uma constante. Cria-se a noção de um *lócus* alcançável, quando tudo “*está bem*”, e no qual se pode permanecer em constante estado de bem-estar. Identifica-se essa concepção a partir das falas que seguem:

*Eu acho que saúde está atrelado a bem-estar porque eu acho que se você faz algo que você gosta, se você consegue sei lá, viver minimamente se sentindo bem eu acho que isso é um sinal de que você é uma pessoa saudável. – (Alan, homem trans)*

*Saúde pra mim é você estar bem. Saúde pra mim é me olhar no espelho e me ver concretizada, “- Nossa, eu tô*

*feliz. Hoje eu tô cem por cento feliz, porque eu sou uma mulher realizada!”. Saúde pra mim é isso! É você estar bem, se sentir bem, resumindo né? – (Nice, mulher trans)*

*Saúde... saúde é o bem-estar, né? É você cuidar de você mesmo. Eu acho que é isso que seria saúde, porque se você cuidar de você mesmo, você gostar de você mesmo, você tem uma saúde boa, você não vai ficar doente. – (Marilda, mulher trans)*

A noção de bem-estar, a partir do material de campo, está vinculada a um “*sentir-se bem, gostando e cuidando de si*” e, como expressa Andressa, com o ato de “*olhar-se no espelho e ver-se concretizado(a)*”. Nessa perspectiva, adota-se uma visão de bem-estar relacionada tanto aos prazeres, à felicidade, ao “fazer algo que gosta”, quanto à visão relacionada à capacidade de ser e viver bem, o que explicita as concepções de bem-estar subjetivo e psicológico, respectivamente (Ryan e Deci, 2001).

A observação participante da rotina do serviço de saúde e das trocas estabelecidas entre usuários(as), familiares e profissionais de saúde evidenciam, que essa noção de saúde é frequente entre as pessoas *trans*, especialmente quando estar saudável é significado como estar confortável com as transformações corporais vividas. Sampaio e Germano (2017) apontam em seu estudo com mulheres transexuais e travestis, que o sentido de saúde emergente do campo com as participantes correlacionava-se com o movimento de construir um corpo tido como feminino. Suas entrevistas expressavam que a transformação desse corpo – que deveria converter-se em um corpo “feminino” e, portanto, belo, saudável, admirado e observado – é o objetivo ao se pensar em saúde e na busca por serviços voltados ao cuidado da população *trans*.

Em sua tese doutoral, Pelúcio (2007) analisa que o sentido de saúde para as travestis também tem relação com uma transformação corporal – entendida como um processo que nunca acaba – que as mostre aos(às) outros(as) como belas. Consequentemente, saudáveis e desejáveis para, assim, não prejudicarem a vida financeira diante da não obtenção de

programas por eventuais “desleixos” com a produção de seus corpos. Destarte, a saúde não consistiria necessariamente em não ter uma doença orgânica, mas sim em apresentar-se como “bela”, apesar de qualquer enfermidade da qual uma travesti pudesse padecer.

Nesse sentido, os(as) profissionais de saúde devem ter especial atenção quando da expressão da concepção de saúde como proteção ideal pelas pessoas transexuais. Isso ocorre porque o “*bem-estar*” para elas pode ter forte relação com a performance identitária, que se busca expressar e com o ideal de família que se quer concretizar (conforme discutido a seguir). Assim, a busca por saúde não necessariamente se expressaria por algum sinal ou sintoma enfermiço, nem por qualquer demanda física, de adoecimento orgânico, apesar de na maioria das vezes os serviços de saúde organizarem seus fluxos e protocolos tendo como ponto de partida a doença orgânica e não a busca pelo “*bem-estar*” de seus/suas usuários(as) – que, inclusive, pode ser até desconhecido até então.

Nessa concepção observa-se, quando se fala de saúde, a estreita relação estabelecida entre saúde e família, nas construções de sentido dos(as) participantes da pesquisa. Reforça-se a noção de que a família tem importante responsabilidade na saúde de seus componentes (Fonseca, 2005). Assim, esse espaço de acolhida é exemplificado e embasado com as famílias, evidenciando a interface das concepções de família e saúde como proteção ideal. É o que se observa nas falas a seguir:

*Eu acho que sim [há relação entre saúde e família]. Tenho certeza que sim porque acho que família tá na base da nossa pirâmide, né? Que a gente tem uma pirâmide que a gente precisa: tem uma base pra gente conquistar outras coisas, e outras coisas e outras coisas e eu acho que família tá na base disso. – (Alan, homem trans)*

*[Família] É fundamental sim, pra ter uma saúde... a família é base e essa base ela é toda: base psicológica, base emocional, afetiva. É essencial sim. – (Andressa, mulher trans)*

*Eu acho que família é a base pra você ficar saudável. Eu acho que família é o que a gente tem, é a nossa base pra quase tudo, é nosso apoio. – (Lara, mulher trans)*

Torna-se relevante apontar que, ainda que a família apareça representada como a base da saúde e intimamente relacionada a ela, os relatos compartilhados pelas pessoas entrevistadas destacam que a presença dos membros da família em suas vidas ocorre principalmente diante das situações de enfermidade. Assim, o apoio e a união associados à concepção de família como proteção ideal são acionados, pelos participantes da pesquisa, ao descreverem a relação da família com o cuidado em saúde das pessoas que, no caso, se expressa no adoecer. Ou seja, a saúde se concretiza como espaço de acolhida quando a família também o faz. Observa-se isso a partir dos relatos a seguir:

*[Em relação à saúde] Ah, eu espero que a família acompanhe, igual acompanharam a minha internação né?! Eu acho que a família tem que acompanhar. Igual minha mãe acompanhou a minha cirurgia, mastectomia. Apoio moral, precisa de carinho, precisa da família estar lá, ajudando, apoiando. Porque sem a família... se a família não apoiar, quem é que vai apoiar né? – (Samuel, homem trans)*

*[A família foi importante para a minha saúde] Nessa questão do autoextermínio mesmo. Teve meu pai do meu lado. Teve o acidente que o meu pai e minha mãe “ficou” do meu lado. Teve a minha depressão que a minha mãe foi até os médicos comigo pra tentar trazer de volta um pouco da essência da pessoa que tinha. Foi importante ter eles comigo porque tipo... eu acho que é instinto de família sabe!? A minha mãe querer amenizar minha dor, meu pai também amenizar minha dor, me proteger. – (Suzana, mulher trans)*

*[O papel da família no cuidado em saúde das pessoas é] Quando a pessoa adoecer, sabe? [O papel da família então] É unir! Não pode deixar! – (Renata, mãe)*

Dessa forma, se a família é elemento importante para a saúde e concretiza essa proteção ideal principalmente no momento do adoecimento, como tê-la ao lado, apoiando, se não houver enfermidade? Nesse sentido, as narrativas de patologização poderiam ter sentido de aproximar as famílias do cuidado em saúde das pessoas *trans*?

As transexuais conhecem uma linguagem médica e psicológica apurada, baseando-se em textos científicos dessas áreas para explicar suas existências (Benedetti, 2005). Assim, distanciam-se em seus discursos das travestis, pautando-se nos argumentos de patologias ou desvios para justificar suas performances identitárias. Muitas vezes, segundo o autor referido, o tratamento hormonal e a cirurgia são apontados como elementos para correção desses desvios e retificação do corpo à personalidade. Assim, questiona-se se esse discurso patologizante poderia ser importante recurso acionado para alcançar o pertencimento e o acolhimento familiar, por tentar aproximar a família para “*cuidar ou ajudar um membro que está doente*”?

Além disso, pode haver nas famílias uma preocupação em como a performance de gênero da pessoa transexual reconfiguraria a organização do cuidado em saúde de seus membros. Assim, a concepção de saúde poderia ser acrescida do questionamento, por parte dos familiares, de “*quem se responsabilizará pelo meu cuidado em saúde ou de meus familiares?*”, quando da expressão de uma performance *trans*. Em especial no caso de familiares dos homens *trans*, quando falamos acerca de concepções de saúde, identificamos a preocupação com a perda da “*filha que não existe mais*”, o que ilustramos com o relato de Amanda:

*Minha mãe tem doença nos ovários e anemia muito forte. Sempre quem cuida mais sou eu, e ela inclusive já falou isso: “- Se um dia eu adoecer, quem vai lá cuidar de mim? Porque homem não pode entrar como acompanhante”. Eu digo que não tem problema, que eu vou, eu sou a filha dela. Quando ela adoeceu eu era mais nova, então eu só ficava pouco tempo. Depois disso não aconteceu de novo, de ter que ficar no hospital. Eu não sei como ia fazer hoje. – (Amanda, homem trans)*

Amanda compartilha a ansiedade de sua mãe por, em algum momento de adoecimento – como já ocorrido no passado – não poder contar com a companhia e o cuidado de uma filha. Amanda inclusive parece fazer uma concessão, anunciando que “*eu sou a filha dela*”, como se diante do adoecimento da mãe, ele tivesse que performar uma identidade feminina. Como o papel feminino é associado ao cuidado, a expressão de uma performance transexual masculina atua como anunciadora da perda de uma cuidadora na família.

Sabe-se que a mulher é compreendida como elemento fundamental para a cura, seja como mãe, esposa ou filha, já que é ela a primeira pessoa acionada diante de uma situação de adoecimento (Oliveira, 1998). A figura moral da mãe-mulher que desempenha o papel de cuidadora “natural”, com o dever de zelar pelo bem-estar da família, posiciona a performance feminina como responsável pela saúde da família (Aureliano, 2019; Georges e Santos, 2016).

Assim, considerando as concepções de saúde discutidas, ser transexual pode também significar para as famílias um impacto na estrutura organizadora do cuidado, quando alguém adocece. Diante disso, é possível interrogar se a ausência da “*filha que antes existia*” – na ausência de uma outra figura na família para assumir esse papel de cuidado – poderia despertar um certo “*medo de adoecer*” em seus familiares? E esse receio poderia impactar até mesmo em uma maior busca por serviços de saúde na tentativa de evitar o adoecimento? Se sim, os serviços de saúde estariam atentos a essas demandas e a como organizá-las de modo a evitar excessos na prevenção de enfermidades?

Nos relatos dos(as) usuários(as) do serviço, a família (res)significa a saúde como proteção ideal ao expressar preocupação com os tratamentos realizados pelas pessoas transexuais:

*Quando eu comecei a ter algumas mudanças mais fortes na aparência foi quando minha mãe começou a*



*preocupar. “- Mas e aí, você tá tendo acompanhamento? Você fez exame? Como é que tá?”, entendeu? Até então, não. Quando acontece demais, o físico alterando, dá aquele baque e começa a preocupar em relação à sua saúde realmente. – (Bernardo, homem trans)*

*Ela [minha mãe] normalmente preocupa com a minha saúde, tanto que ela não tinha muita ciência do que eu ia ter de mudanças. Ela não “tava” muito preocupada com isso. Quando eu fui na “endócrino” ela já chegou e me deu a receita, daí minha mãe “- Nossa, já dá a receita assim e tudo mais?”. Eu falei “- Não mãe, ela viu meus exames e tudo mais”, aí ela falou “- Nossa, cuidado na hora de tomar esses hormônios, você vai cair duro! Cuidado!”. Toda vez que eu vou tomar hormônio ela acha que eu vou cair duro e morrer. – (Vinícius, homem trans)*

*Eu “tava” lá, pronto para ser operado... aí que caiu a ficha para eles que eu ia fazer a cirurgia. Foi aí que começaram a preocupar no cuidado depois. Mas também durou só os primeiros dias (risos). Eu tirei o dreno, a parte visível da cirurgia já todo mundo já acha que... mas até que eles sabe... dentro do possível para eles, eles me ajudam sim, porque eu estou no pós operatório né!?. – Enzo, (homem trans)*

Ao mesmo tempo em que esses relatos são compartilhados com satisfação pelas pessoas participantes desta pesquisa – explicitando a busca por uma proteção ideal que saúde, identidade e família poderiam criar mutuamente – a preocupação das pessoas da família com a modificação corporal poderia expressar o medo de produzir uma mudança definitiva em seus corpos? Ou seja, ao invés de reforçar a proteção ideal como expressam os(as) entrevistados(as), o surgimento da família no cuidado em saúde das pessoas transexuais no momento em que as transições corporais acontecem ou ameaçam acontecer, poderia na verdade ser uma tentativa de impedir a expressão no corpo das performances *trans*, a partir da narrativa do medo relacionado à perda da vida ou da saúde?

Nesse sentido sabe-se que as mudanças corporais podem ter forte relação com a dinâmica das relações familiares das pessoas transexuais. Em algumas situações, a expulsão ou a saída de casa está associada à expressão

de performatividades *trans* através de intervenções corporais tidas como definitivas, como o uso de silicone e hormônios (Silva, Bezerra e Queiroz, 2015). Muitas vezes, o corpo sexuado atribuí sentido para as diversas vivências de violência e rejeição familiar e não conseguir expressar-se através do gênero “apropriado” é uma descoberta surpreendente para algumas pessoas (Bento, 2009), ao identificarem rejeição na família diante da expressão de performances *trans*.

Ao mesmo tempo, realizar a cirurgia pode significar para as pessoas transexuais, a conquista da saúde e a diminuição/enfrentamento de uma suposta “doença” (Zambrano, 2008). Assim, as mudanças corporais, em especial as definitivas, podem ser um caminho para a existência, o reconhecimento. O “estar saudável” enquanto pessoa transexual, produz certa coerência em um corpo supostamente incoerente. A partir desse corpo transformado, as pessoas transexuais passam a se afirmar e a se reconhecerem enquanto sujeitos (Longaray e Ribeiro, 2016).

Há também relatos dos entrevistados de que, além dos receios envolvendo a transição corporal, há uma vontade dos familiares de “não fazer parte” desse processo de transformação, como querendo eximir-se da responsabilidade de algum “erro incorrigível”:

*Eu vejo mais ou menos assim, que eles não querem ter uma parte nisso. Mesmo a gente afirmando a nossa identidade, eles acham que, sempre, isso é uma fase, que isso vai passar. – (Miguel, homem trans)*

*Minha mãe também tem muito medo assim... eu não fiz nenhuma cirurgia nem nada, mas ela fala muito “- Você vai se arrepender!”. Hoje em dia não tanto, mas ainda assim fala que vai rolar. – (Sérgio, homem trans)*

*No começo rola muito isso. “- Você tem certeza? Você precisa fazer isso mesmo? Precisa disso tudo? Você não tem medo de se arrepender?” – (Eduardo, homem trans)*

Destarte, as cirurgias e mudanças corporais são momentos de tensionamento nas relações familiares, que podem produzir cuidado, medo, afastamento e aproximar ou distanciar as concepções idealizadas de saúde e família. Considerando isso, é importante ressaltar que não se encontrou diferenças nesta concepção de saúde como proteção ideal ao analisar o material de campo referente a homens e mulheres *trans* separadamente. Também não houve diferenças nesta concepção ao comparar a análise entre familiares e pessoas transexuais.

Entretanto, ao se pensar o pertencimento a diferentes camadas sociais, encontra-se diferenciação nesta concepção de saúde. Apresenta-se a discussão dessa diferença com o exemplo de Tereza – única entrevistada com ensino superior completo, e com renda domiciliar mensal de aproximadamente dez salários mínimos – ao destacar em sua fala que saúde não é ausência de doença:

*[Saúde é] Bem-estar – é meio teórico né?! – psicossocial. Mas é isso, é você se sentir satisfeito, em harmonia com o seu corpo. Não é sem doença. Em harmonia com a identidade ou com a imagem que você tem de si mesmo, “- Não sou perfeito, mas eu gosto do que eu vejo no espelho”. E harmonia social né?! “- Nossa, me sinto amado pelo meu pai, pela minha mãe, pela minha irmã, tenho amigos, eu acho que as pessoas gostam de mim e eu gosto de mim”. Primeira coisa né?! Gostar de si mesmo. Auto aceitação. – (Tereza, mãe)*

Para significar saúde Tereza aproxima-se da noção proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em que a saúde é compreendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade<sup>78</sup> (WHO, 1946, p. 1)”. Segundo Scliar (2007), o conceito da OMS é amplo e, com isso, recebeu críticas de diversas naturezas, desde o argumento de que a saúde seria um elemento inatingível, até a crítica de que esse conceito permitiria abusos pelo Estado,

<sup>78</sup> No original: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (tradução nossa).

que poderia realizar intervenções na vida dos(as) cidadãos(ãs) com o argumento de promover a saúde desses(as).

Assim, para Tereza, a saúde se expressa como um apoio antes de um possível adoecimento. Tão logo o filho manifestou necessidade de auxílio em relação aos seus sentimentos, teve acesso à psicoterapia. Diante da não resolução de suas angústias, a mãe pesquisou onde poderia ter cuidado e orientações específicas a respeito da transexualidade, quando encontrou o ambulatório. As classes médias e altas lidam melhor com as performances *trans*, uma vez que essas são compreendidas como uma espécie de problema médico ou psicológico, o que faz com que essas famílias recorram aos profissionais de saúde para enfrentar esse problema (Carvalho, 2018), como fez Tereza.

O autor ainda destaca que, além da classe social, a geração é importante marcador social que se relaciona com os distintos discursos acionados quando se fala de gênero. Silva, Bezerra e Queiroz (2015) observam que a questão geracional pode ser um fator que diferencie as relações familiares com as pessoas transgênero de gerações mais novas em comparação com aquelas de gerações mais antigas. Ou seja, para as gerações mais novas, é mais fácil ter acesso a informações e apoio, o que poderia otimizar a aceitação familiar. Os autores apontam os estudos de Monzeli (2013) e Duque (2009), que evidenciam uma relação de proximidade entre familiares e travestis jovens. Assim, para o filho de Tereza, ainda adolescente, o acesso ao serviço de saúde e o apoio da família nessa busca torna-se mais fácil e poderia ser diferente caso ele pertencesse a uma geração anterior à dele.

Na caracterização da experiência de saúde e doença em diferentes camadas sociais tem-se em conta a diferença entre o “indivíduo” ocidental moderno (compreendido a partir dos ideais de liberdade, igualdade e autonomia) e a “pessoa”<sup>79</sup> (Duarte, 2003). Para esse autor, vivenciar a saúde

---

<sup>79</sup> Duarte apoia-se em Louis Dumont, antropólogo francês dedicado ao estudo da sociedade indiana, apresentando a “oposição entre as ordens tradicionais de construção da “pessoa”, definidas como eminentemente relacionais e socialmente determinadas e o modelo moderno

ou a doença tem relação com a integralidade da pessoa, produzindo (re)ações que mobilizam sentido, trazendo à tona significações e ações complexas e distintas, conforme analisado nesta categoria. Dessa forma, as representações de saúde e doença transitam também no tensionamento entre as representações individualizadas ou individualizantes dos atores biomédicos e as representações holistas que as pessoas produzem na integração com os serviços de saúde.

A racionalização biomédica do cuidado opondo-se às significações holísticas da vivência de experiências de saúde e/ou doença (Duarte, 2003) pode reverberar no encontro entre pessoas transexuais, familiares e serviço(s) de saúde, sendo o desafio compreendê-las enquanto usuárias daquele serviço.

Para Duarte (2003) a diferença de classes e a sua própria denúncia como fatores relevantes para a compreensão das concepções de saúde e doença, expressa a importância desses elementos também nos movimentos institucionais das “políticas públicas”, que visam ampliar ou qualificar o cuidado em saúde a determinadas populações (no caso deste estudo, a população *trans*). Assim, essas diferenciações, para além da distinção entre “pessoa” e “indivíduo”, têm papel construtor em muitos aspectos que compõem as relações sociais e institucionais e impactam na compreensão de saúde e doença das pessoas.

A partir disso, identifica-se que para as pessoas pertencentes a camadas sociais mais pobres, há uma concepção de saúde significada enquanto ausência de doença, conforme discutido a seguir:

*Saúde? [Para mim é] A ausência de doença. Ter um ambiente sadio, sem problemas familiares, sem uma mãe depressiva, um pai ansioso, sem brigas. Onde tem um convívio totalmente bom não vai causar um distúrbio num filho, numa avó, em todos que estão no meio externo da família. – (Suzana, mulher trans)*

---

do “indivíduo”, com sua aspiração a liberdade, igualdade, autonomia, autodeterminação e singularidade” (Duarte, 2003, p. 175).

*Saúde pra mim é que eu não tivesse depressão. – (Elizabeth, mulher trans)*

*Saúde eu acho que é uma pessoa saudável, uma pessoa que não tem nada, não tem problema nenhum. – (Neli, mãe de mulher trans)*

Nesse contexto, nas camadas mais pobres, não padecer de uma enfermidade física já parece ser o suficiente para se concretizar a saúde como proteção ideal. Em meados da década de 1970, Christopher Boorse desenvolveu diversos artigos acerca de problemas filosóficos e conceituais referentes às noções de saúde e doença, o que passou a formar a Teoria Bioestatística da Saúde (TBS), em que a saúde é entendida como ausência de doença. Assim, tornar-se-ia uma questão objetiva classificar as pessoas como saudáveis ou doentes, e essa classificação teria relação com o grau de eficiência das funções biológicas, desvinculada de juízos de valor (Boorse, 1977; Almeida Filho e Jucá, 2002; Scliar, 2007).

Para Boorse (1977), as doenças seriam estados que diminuiriam a capacidade funcional para aquém do nível típico e a saúde como ausência de doença seria então a normalidade estatística de funcionamento, ou seja, a capacidade de executar todas as funções fisiológicas com eficiência. Segundo Almeida Filho e Jucá (2002), Boorse acreditava em uma realidade que se encontra inscrita no corpo, indo de encontro ao que discute Oliveira (1998) de que “a doença constitui fenômeno social por excelência, que supera em muito os limites biológicos do corpo” (p.82).

Para esse autor a definição de doença pode entremear-se com uma concepção físico/moral, como quando o adoecimento impede que a pessoa trabalhe. Ou seja, nem tudo que se sente ou sofre é considerado doença. Essa se inicia a partir do momento em que acarreta a impossibilidade para o trabalho. Dessa forma, para ele um corpo doente é um corpo que não trabalha, um corpo fraco, que não produz e não provê sustento à família. Muitos outros autores já trabalharam com essa concepção de força/fraqueza como base da oposição saúde/doença, em se tratando do corpo (Boltanski, 1984; Loyola, 1984; Duarte, 1986; Ferreira, 1994). Para as pessoas que pertencem a

camadas sociais mais pobres, a proteção ideal seria a de não adoecer. Isso tem estreita relação com a forma como os seus corpos e vidas são colocados à serviço da produção e do sustento da família. Camila associa o “*estar ruim de saúde*”, inclusive à perda da conexão com a família:

*Eu acho que a relação família e saúde é que a saúde tem sempre que cuidar muito bem, porque se você estiver ruim de saúde você também aos poucos perde sua família. E se você estiver saudável você vai sempre poder estar procurando junto com a sua família. – (Camila, mulher trans)*

Nesse sentido, estar saudável é poder conectar-se com a família. Esse “*procurando*”, referido por Camila, poderia estar relacionado com a função de ir ao encontro de algo ou alguém. Assim, poderia ter o sentido também de não perder a função atribuída a seu corpo (como trabalhar e produzir para prover sustento, por exemplo), o que lhe autorizaria a ter e a estar com a sua família.

Nessa concepção de saúde como proteção ideal, o serviço de saúde onde foi realizada a pesquisa igualmente emerge, nas falas dos(as) entrevistados(as), como um espaço de concretização das expectativas de pessoas transexuais e familiares no concernente à saúde (e também em relação à família). Em alguns momentos, inclusive, à equipe do serviço de saúde é atribuído o *status* de família das pessoas, funcionando como um elemento que reitera (ou não) o “ter saúde”, conforme se pode observar nos exemplos apresentados a seguir:

*Agora [experiência] positiva, o ambulatório! Aqui eu tenho um acolhimento muito bom com os meus psicólogos, a minha psiquiatra, com a Valente. Todo mundo aqui eu acho que é um grupo família mesmo. Muito família, eu me sinto protegido. Eu me sinto em casa. Eu acho lindo, é uma equipe família mesmo, então eu me sinto em casa aqui, é realmente bom, adoro a equipe do ambulatório. A família que eu não tenho biológica eu tenho no ambulatório. O dia que eles [família biológica] conhecessem o ambulatório, com essa minha família daqui eu vou falar... eles vão*

*entender o porquê que eu gosto tanto daqui. – (Murilo Francis, homem trans)*

*No ambulatório, quando eu vim pela primeira vez, eu fiquei encantado, porque eles tratam sempre a gente muito bem, então eles têm um cuidado, um carinho muito grande com a gente! E isso, assim, me cativou de uma forma que eu não quis mais sair daqui. – (Daniel, homem trans)*

*É um direito ter acesso à saúde. Então se ela não encontra em casa: primeira barreira de preconceito. Se ele encontra um apoio e no grupo de amigos e na parte social também, por que que ele não vai procurar apoio também na saúde? – (Tereza, mãe de adolescente trans)*

Tereza expressa na concepção de saúde enquanto proteção ideal o direito constitucional que o(a) cidadão(ã) brasileiro(a) tem à saúde (Brasil, 1988), fruto da luta de muitos grupos sociais. A saúde passa a ser institucionalizada em nosso país como dever do Estado e direito da população a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Lei 8080/1990 (Sampaio e Germano, 2017). Interessante observar que a única participante desta pesquisa, que ratifica ser a saúde no Brasil um direito é aquela com maior escolaridade e renda.

A concepção de saúde como proteção ideal concretizada por pessoas *trans* e seus familiares no serviço de saúde, atribuindo a esse um status de família pode ser relevante para pensar a construção de uma atenção integral em saúde a essa população. Lionço (2009) destaca que o Processo Transexualizador não estabelece diretrizes para a promoção da atenção integral à saúde das pessoas *trans* em sentido estrito, mas sim para as ações que garantam o direito à saúde através da mudança para a vivência social do gênero em desalinho com o sexo biológico. Segundo a autora, é importante esse destaque, pois apesar de constituir importante conquista, é uma norma que não resolve as dificuldades de acesso ao sistema de saúde.

Na medicina, a “especialização” que divide o saber em diferentes domínios, pode vir a dissolver a totalidade da experiência da saúde e da



doença (uma vez que passa a focar a atenção em aspectos isolados de “doentes” ou de “doenças”) e as críticas a essa segmentação acionam justamente a defesa da “pessoa”, da singularidade de quem adoece e de como vive esse processo de adoecimento (Duarte, 2003). Assim, o trabalho multiprofissional no âmbito do Processo Transexualizador constitui importante desafio para a equipe de saúde que, ao mesmo tempo em que é significada como família e proteção ideal, tem diferentes campos de saber atuando no ambiente de um hospital universitário.

Destarte, torna-se importante refletir sobre como o serviço de saúde e a cultura profissional estão preparados para trazer para o cuidado em saúde das pessoas transexuais, as pessoas e relações que eles(as) consideram como sendo família. Essa pode estar contida em uma rede de conexões construídas nos relacionamentos entre homens, mulheres e suas variadas combinações (Ribeiro, Gomes e Moreira, 2015) e que, inclusive, pode incluir também os(as) profissionais do serviço de saúde.

Constituir-se como espaço de acolhida para usuários(as) e familiares, entretanto, não garante ao serviço de saúde a prerrogativa do bem-estar, ainda que seja uma referência para a concretização do que as pessoas *trans* e seus familiares compreendem como saúde. A expectativa em relação ao serviço de saúde e a seus profissionais, comumente gerava tensionamentos na rotina de atividades. Afinal, ser um espaço onde tantas concepções positivas são depositadas, onde se espera concretizar as perspectivas de família não alcançadas na vivência das relações consanguíneas, onde se projeta um “*sentir-se em casa*” e até mesmo um direito a ter acesso à saúde, acaba por provocar cobranças, decepções e mágoas, quando o que se espera não é realizado, conforme discutido no capítulo anterior, com a história de Marilda.

#### **4.3.2 “[Minha família] Me adoeceu, né?! Eu tive que quase morrer pra eles me verem!”: o sentido de “saúde como decepção e abandono”**

O sentido de saúde como decepção e abandono emerge do material de campo quando as concepções de saúde expressam um significado negativo. Esse sentido negativo tem forte relação com a dinâmica das relações familiares a partir das performatividades *trans*, que nelas se expressam conforme será discutido adiante.

Este sentido constrói-se a partir de algo que não foi alcançado nos serviços de saúde (decepção) ou de vivências negativas de uma aceitação limitada ou ausência de apoio por parte da família em situações de enfermidade ou necessidade de cuidado (abandono). O sentido manifesto trata do que se gostaria que saúde fosse (proteção ideal), e surge a partir das histórias das pessoas *trans*, quando partilham o cotidiano da dinâmica de suas relações familiares na interação com o ambulatório.

Assim, temos a concepção de saúde como um *lócus* em que ao invés do acolhimento, encontrou-se abandono, incompreensão e atitudes negativas frente às performances identitárias *trans*. Foram comuns os relatos de que esse ou aquele serviço de saúde não foi o que deveria ter sido ou mesmo que a família não foi a proteção ideal em relação ao cuidado em saúde, retomando a concepção previamente abordada de um “dever ser” da família, da performance identitária e da saúde, relacionada ao acolhimento, ao cuidado e à proteção.

Rocon et al. (2017) apontam que os serviços de saúde constroem suas compreensões sobre saúde e doença acerca das pessoas *trans* sem o diálogo com as significações que essas pessoas fazem desses processos, muitas vezes marcados pelas transformações corporais empreendidas. Nesse sentido, é importante abordar as concepções de saúde expressas relativas ao cotidiano do serviço de saúde em questão, para enriquecer a literatura e o debate sobre a temática, bem como para auxiliar na prática do cuidado em saúde.

Inicia-se a discussão a partir do sentido de decepção com os serviços, uma vez que a saúde passa a ser significada com expressões de dor, sofrimento, angústia, conflito e instabilidade. É o que se pode perceber a partir dos trechos apresentados a seguir:

*Como experiência negativa eu já fui no Pronto Atendimento, eles se recusaram a me tratar pelo meu nome e eu fui embora, mesmo doente. Eles falaram que eu precisava entregar a identidade, que o cartão do SUS não servia pra nada, tipo praticamente ignorou e eu fui embora. Eu preferi ir embora a ficar lá e ser constrangido por eles me “tratar” por um nome que não condiz comigo. – (Murilo Francis, homem trans)*

*Ah, eles [serviços de saúde] é o cão, né? Eles é muito preconceituoso, é bem complexo. Eu não costumo ter muita convivência com eles não. Quando tem alguma coisa ou quando eu quero consultar, assim, eu venho aqui. Eu prefiro aqui! Teve uma época que o ambulatório daqui não tava funcionando. Aí eu tive que fazer no postinho, eles falou que não ia colocar meu nome, essas coisas. Me expôs ao ridículo perto dos outros por causa que eles não queriam colocar meu nome. Me chamou na frente de todo mundo e ficou lá fazendo caso. O meu cartão tava com o meu nome, então porque que eles não podia colocar o meu nome? Então é complexo isso. – (Caio, homem trans)*

A partir dos relatos e da observação participante no campo identifica-se, que o respeito ao nome social é uma questão fundante no (des)encontro com os serviços de saúde para as pessoas transexuais. Com o corpo, o nome expressa os diversos sentidos de feminilidade e masculinidade que atuam como componentes do gênero. Assim, corpo e nome influenciam-se reciprocamente e a escolha de um novo nome provoca e é provocada por alterações corporais, sem necessariamente confundirem-se ou demandarem-se (Rocon et al., 2016). Ou seja, não necessariamente a mudança corporal é acompanhada por uma mudança de nome e vice-versa, ainda que esses aspectos façam parte da expressão da identidade *trans* buscada e auxiliem nessa construção.

Nas conversas entre as consultas, foi ouvido por diversas vezes a equipe de saúde orgulhar-se por ter sido pioneira na adoção do nome social no cartão do(a) usuário(a) do SUS. Certa vez a coordenadora compartilhou que, quando da criação do serviço, as travestis tentavam utilizar seus cartões de usuárias do SUS como documento de identidade quando eram abordadas nas ruas pela polícia, por ser esse o único documento que, à época, garantiria a identificação delas pelo nome social. Esse pode ser um elemento que reforça a busca por esse serviço diante de alguma necessidade de saúde, frente a outros que, apesar de serem a porta de entrada<sup>80</sup> do SUS, não oferecem acesso às pessoas *trans* pelo desrespeito ao nome social. Poderia esse aspecto aumentar a demanda de atendimentos do ambulatório? Como construir pontes com os serviços de Urgência e Emergência e Atenção Primária à Saúde para ampliar o acesso da população *trans* no SUS?

Conforme apontado por Lionço (2008), o direito à não discriminação e à dignidade trata-se de direito humano fundamental e sua violação é determinante para que se exclua ou se comprometa o acesso a outros direitos, como o direito à saúde. No Brasil, o terceiro princípio da primeira edição/versão da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde do Ministério da Saúde traz em seu texto:

[...] assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável. É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes:

**I. A identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independentemente do registro civil,** não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso (Brasil, 2007, p. 4-5 [destaques nossos]).

---

<sup>80</sup> A Política Nacional de Atenção Básica reforça que a porta de entrada, ou seja, o primeiro contato com o serviço público de saúde deve ser preferencialmente a Atenção Básica. Sendo esta responsável pela ordenação dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produções e informações nos demais pontos do sistema de saúde (Brasil, 2017).

A Carta, atualizada em 2017 através da Resolução N°553 do Conselho Nacional de Saúde, de 09 de agosto de 2017, traz a seguinte redação sobre o mesmo tópico:

§11 É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

**I - identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas (Brasil, 2017, p. 4 [destaques nossos]).**

No dia-a-dia dos serviços de saúde, essas normas não operam em pleno funcionamento, o que reflete na dificuldade do acesso universal à saúde pelas pessoas *trans* (Rocon et al., 2016). Destarte, pode-se perceber que não basta a existência de uma Política Pública para proteção dos direitos das pessoas *trans* nos serviços de saúde, se não houver mudanças nas atitudes e na formação das pessoas que irão acolhê-las e promover seu acesso e cuidado no Sistema de Saúde (Rocon et al., 2019).

Relevante considerar também que a heteronormatividade e a possível manutenção de estereótipos de gênero implicam na redução de possibilidades de diversidade sexual como valor social e, por isso, essa questão deve ser levada em consideração no processo de democratização dos direitos sexuais (Lionço, 2009). Assim, para alcançar a justiça social torna-se necessário abandonar qualquer mecanismo de readequação das condutas sexuais e expressões de gênero ao critério excludente e organizador de hierarquias. Estes geram um suposto valor para qualificar as pessoas enquanto legítimas (ou não) para usufruírem do espaço público, o que nos serviços de saúde, demanda compartilhar decisões e promover o acesso aos bens e serviços com igualdade de oportunidades (Lionço, 2009).

Chama-se a atenção para duas modificações no texto, na atualização da Carta, (I) a inserção da palavra “civil” na primeira linha; (II) a substituição de “o nome pelo qual prefere ser chamado” por “nome social”. Se por um lado se pode observar o reconhecimento do nome social para além de uma mera preferência, de outro a ênfase ao nome civil poderia enfraquecer o registro do nome social no cartão do(a) usuário(a) e, conseqüentemente, contribuir para a repetição das situações relatadas pelos(as) participantes da pesquisa?

Quando uma pessoa *trans* não tem seu direito ao uso do nome social nos serviços de saúde respeitado, para além do sofrimento, essa é afastada do atendimento à saúde, e os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade não são cumpridos (Silva et al., 2017). Assim, as pessoas *trans* acabam por recorrer mais aos serviços especializados no processo transexualizador, onde habitualmente encontram profissionais capacitados e sensíveis às suas demandas em saúde. Isso reflete na redução do acesso dessas pessoas às ações de promoção e prevenção em saúde que preferencialmente devem ocorrer na Atenção Básica (Brasil, 2017); por outro lado, ao ter sua performance de gênero “validada”, reconhecida e aceita no serviço de saúde, o(a) usuário(a) acessa os serviços e usufrui dos seus direitos (Silva et al., 2017).

Nesse sentido, as pessoas *trans* apontam, que o acesso à saúde tem relação não apenas com a disponibilidade dos serviços que possam atender integralmente a suas necessidades. Esse também é marcado pela discriminação, desrespeito ao nome social e necessidade constante de qualificação dos profissionais de saúde para a compreensão de suas condições de saúde e doença a partir da determinação social (Monteiro e Brigeiro, 2019), processo no qual as significações de família, identidade e saúde constituem elementos fundamentais.

Na história compartilhada por Maria Eduarda há (des)encontro com o serviço de saúde:

*O primeiro médico, endocrinologista, que eu fui (risos) foi quando eu decidi iniciar – nem sabia daqui – fui no particular, cinco anos atrás. Eu cheguei no médico,*

*expliquei a situação e ele vira pra mim e fala, “- Não! Nós não vamos fazer hormônio, não vamos fazer cirurgia, você está em perfeito estado de produção”. Eu falei “- Não, porque eu queria cortar fora os testículos, para não ter produção de testosterona e inutilizar a bendita próstata!” E ele disse “- Não, nós não vamos fazer nada, eu não vou te passar a terapia hormonal, não é a minha área, eu não posso te atender”. Acabou ali! Nem obrigada eu falei! Eu levantei e fui embora. – (Maria Eduarda, mulher trans).*

Assim como Maria Eduarda, outras pessoas transexuais e familiares relataram situações de decepção, quando da procura por atendimento às suas demandas de saúde com profissionais que não as/os do ambulatório. Foram comuns as queixas de recusa de atendimento e até mesmo de tentativas de “impedir o processo transexualizador” desse ou daquele(a) usuário(a). Maria Eduarda compartilha o (des)encontro com um médico endocrinologista em um serviço particular, em que ele se recusa a atender à demanda dela, alegando que ela “*está em perfeito estado de produção*”. Nesse sentido, a concepção de saúde de um(a) profissional pode interagir na relação com a pessoa cuidada, produzindo cuidado ou a recusa desse. O médico em questão se refere à Maria Eduarda utilizando o termo “*produção*”, como se ela fosse uma máquina que, sem defeitos, não precisasse de qualquer reparo ou intervenção. Provavelmente a concepção de saúde acionada pelo profissional nesse encontro é a de saúde enquanto ausência de doença, discutida anteriormente. E, o corpo de Maria Eduarda, como elemento estritamente biológico.

O médico também justifica o não atendimento à demanda de Maria Eduarda por essa “*não ser a sua área*” – ainda que seja de competência da endocrinologia os tratamentos hormonais para diferentes condições. Isso remete ao “discurso do não-saber”, analisado por Paulino, Rasesa e Teixeira (2019). Esse discurso, acionado pelas(os) médicas(os) da Estratégia Saúde da Família para justificar o não atendimento às questões de saúde da população LGBT, é caracterizado por falas que diziam de um suposto

desconhecimento sobre as demandas em saúde e sobre como cuidar especificamente da população LGBT, ainda que eventualmente pudessem ter recebido formação para esse fim.

Assim, o cuidado primário em saúde à população LGBT como um todo, em especial a população *trans*, é marcado por déficits na formação e prática, tendo em conta o desenvolvimento de competências específicas para atender a essa população (Baker e Beagan, 2014). Entretanto, a desresponsabilização dos(as) profissionais de saúde – quando o discurso do não-saber é acionado – é uma questão também presente para além de ambientes inóspitos, que reproduzem estigmas em relação a essa população e da ausência de políticas e parâmetros para melhorar essa prática de cuidado (McNair e Hegarty, 2010).

Em relação à qualificação da atenção à saúde da população LGBT, é importante ter em conta que as necessidades de saúde da população LGBT – assim como as dificuldades para a qualificação da atenção para essa população – ocorrem em decorrência de representações e significações, que marcam suas vidas enquanto desvios de um certo padrão de normalidade ou “saúde”, baseado na heteronormatividade enquanto concepção moral dominante (Lionço, 2008).

Assim, não se trata de responsabilizar individualmente as pessoas *trans* pelos processos de adoecimentos que elas vivem, tampouco considerar que é uma escolha guiada apenas pela vontade quando elas decidem não comparecer a um serviço de saúde e acabam por buscar tratamentos considerados menos seguros ou até mesmo não buscá-los. Necessário então se torna considerar esse como um problema de saúde coletiva, implicando também as formas de organizar e funcionar dos serviços de saúde (Rocon et al., 2016).

Entretanto, é fundamental que se faça uma análise crítica desse (des)encontro – que aqui acaba por representar tantos outros (des)encontros entre profissionais de saúde e pessoas *trans*. A concepção de saúde como decepção e abandono e o discurso do não-saber foram acionados para justificar a recusa a um atendimento e pode conter outros elementos.



As ações dos profissionais de saúde se guiam a partir de percepções que, muitas vezes não ditas, são explicitadas em atos (Almeida Filho e Jucá, 2002). Assim, elas se referem a uma vivência cotidiana dos profissionais de saúde, culturalmente construída, e que se expressa nas posições e decisões assumidas desde o ambiente clínico até o espaço de construção das políticas de saúde. Destarte, em relação “aos processos de vida, saúde, doença, sofrimento, morte, não se pode, como pretendeu Boorse, recalcar a clínica ou colocar a política entre parênteses” (p. 888). Ressalta-se que a questão da recusa de atendimento ou de colocar obstáculos na sua efetivação quando há uma política de governo, um direito constitucional, que garante o acesso à saúde é um problema para os quais os gestores e até a justiça poderiam ser acionados.

Observa-se que o desrespeito ao nome social e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde também é sentida pelos familiares das pessoas *trans*:

*Lá no postinho de saúde da cidade, parece que o pessoal de lá, não sei se é preconceito, mas não aceita muito bem, sabe? Aí chama no masculino, aí você sabe que ofende, né? Aí a Mariana já tem no cartão do SUS que é Mariana, aí quando vai fazer a ficha é o cartão do SUS, então põe lá Mariana. Aí ela [recepcionista] “tacou” lá “nome de batismo” aí o médico quando foi chamar – esse dia eu fiquei nervosa, eu fiquei constrangida, porque ela tem o cartão do SUS, tá Mariana, por que não respeitam? Eu acho que foi um desrespeito da parte deles lá. E ela sempre se refere à Mariana como “ele” aí a Mariana estressa, e deu pra perceber que tem um conflito ali. – Ivone, mãe*

Novamente a questão do nome social é um entrave para o cuidado em saúde de uma jovem pessoa *trans*. Importante observar, como debatido, que o não uso do nome social é muitas vezes tolerado no ambiente familiar pelas pessoas transexuais, talvez como estratégia de pertencer e/ou não abandonar/ser abandonado(a) por quem reconhecem como família. Entretanto, nos serviços de saúde esse desrespeito torna-se inadmissível

para as pessoas transexuais, afastando muitas vezes eles/elas de uma atenção integral à saúde.

Acredita-se que isso ocorra por ser o serviço de saúde significado muitas vezes como o último *locus* possível, a última possibilidade para se ter cuidado, atenção, pertencimento e reconhecimento das performatividades *trans* e, por isso, faz-se intolerável o não respeito ao nome social nesses espaços. O serviço de saúde também se configura como um dos poucos locais em que a identidade *trans* pode ser reconhecida como uma possibilidade existencial e o não respeito ao nome social seria a anunciação de uma não existência, já vivida em outros contextos, como a própria família. Sobre o desrespeito ao nome social das pessoas *trans* nos serviços de saúde, entende-se que isso é a representação da iniquidade, expressando no SUS a injustiça social.

A pesquisa de Russell (et al., 2018) demonstrou que, ajustando as características pessoais e o apoio social, os jovens transgêneros que conseguiram usar o nome escolhido em vários contextos relataram menos sintomas depressivos e menos ideação e comportamento suicidas. Para jovens transgêneros o uso do nome social parece afirmar sua identidade de gênero e diminuir os riscos à saúde mental.

Os autores afirmam que políticas promotoras do processo de transição social de afirmação de gênero entre jovens *trans*, como o uso de nome social ou o acesso a banheiros consistentes com a identidade ou apresentação de gênero, provavelmente aumentarão a segurança e reduzirão as disparidades de saúde física e mental das populações *trans*. Os resultados indicam que colegas, pais, professores, prestadores de serviços de saúde e instituições médicas e de educação podem apoiar os(as) transexuais e sua saúde mental, referindo-se a eles pelos nomes sociais (Russell et al., 2018)

Nesse sentido, o não reconhecimento das performatividades *trans* dos(as) usuários(as) pode resultar em pior ou nenhum cuidado em saúde por acarretar um distanciamento na relação profissional de saúde-usuário(a). Assim como, o reconhecimento do gênero apropriado poderia diminuir a preocupação ou percepção por parte da equipe de saúde de que esses(as)

usuários(as) não estão próximos ou não acessam o serviço de saúde (Willging et al., 2019).

Em face de um movimento das pessoas transexuais de não buscarem os serviços de saúde diante dessas decepções, faz-se importante recordar que a saúde para as pessoas *trans* tem forte relação com as modificações corporais que lhes permitem afirmar uma determinada performance. Assim, elas traçam itinerários de cuidados que, muitas vezes, vão de encontro aos saberes e tecnologias biomédicas, e às significações normativas de saúde/doença e gênero. Dessa forma, observa-se que em algumas situações eles/elas acabam por produzir, a seu modo, sua saúde, beleza e bem-estar físico e psicológico, rompendo com a necessidade exclusiva dos serviços de saúde, ampliando as possibilidades, pessoais e locais para as práticas de saúde (Souza et al., 2014; Sampaio e Germano, 2017).

Foi comum ouvir de usuários(as) do ambulatório relatos sobre o uso por conta própria de hormônios para se alcançar as transformações corporais buscadas, especialmente antes do encontro com aquele serviço de saúde. São as estratégias de “autocuidado” quando o acesso ao cuidado no Sistema de Saúde não acontece. Por vezes, o trabalho da médica endocrinologista parecia ser a de construir uma relação de confiança permitindo que a sua prescrição não fosse ignorada ou até mesmo extrapolada.

A tensão estabelecida entre a vontade imediata do(a) usuário(a) por uma mudança e a preocupação da profissional com os efeitos adversos de uma hormonioterapia fora das evidências científicas disponíveis até o momento, parecia marcar muitas das consultas nesse setor do ambulatório. A relação de confiança marcada por negociações e construída com tempo e paciência, aliada à comprovação de outros(as) usuários(as) de que as mudanças corporais buscadas com a hormonioterapia poderiam ocorrer com segurança (ainda que com um tempo mais prolongado), pareciam ser a base para que a prescrição da médica fosse acolhida pelas pessoas transexuais.

A discussão acerca da decepção, abandono e tristeza das pessoas *trans* e de seus familiares analisada, no (des)encontro com os serviços e profissionais de saúde, somam-se àquelas de outros estudos, alguns

considerando também as travestis (Bento, 2008; Muller e Knauth, 2008; Romano, 2008; Lionço, 2009; Mello et al., 2011; Bento, 2012; Freire et al., 2013; Bento, 2014; Rocon et al., 2016; Rocon et al., 2019).

Na pesquisa de Rocon et al. (2016), os principais desafios enfrentados pelas pessoas *trans* para efetivar o acesso universal, equânime e integral ao SUS estavam no não tratamento pelo nome social, e em um diagnóstico de transexualidade que patologiza, que trata como uma doença/patologia, a expressão de diversas performances *trans*. Para Rocon et al. (2019) os desafios atuais enfrentados por pessoas *trans* para acessar o Processo Transexualizador no SUS perpassam a distribuição geográfica dos serviços habilitados, o desrespeito ao nome social e a necessidade de um diagnóstico que leva em conta, principalmente, as normas de gênero socialmente construídas.

A necessidade de um diagnóstico preciso, marcado pela medicalização e por uma interpretação dual de saúde e doença, pode estruturar e conduzir os serviços em saúde ofertados à população *trans*, partindo de uma “patologia preexistente”, baseada em um ideal de transexualidade “verdadeira” (Arán et al., 2009; Bento, 2012; Bento, 2014; Rocon et al., 2017). De um lado, o modelo biomédico baseado nos aspectos orgânicos pode interpretar as experiências *trans* como vivências de risco, adoecimento e morte. De outro, as pessoas *trans* parecem significar saúde e doença a partir das potências, que suas performances identitárias podem alcançar com as mudanças de seus corpos, em busca de um ideal de beleza e existência (Rocon et al., 2017).

A hegemonia médica no Processo Transexualizador segundo Rocon et al. (2016) submete a equipe multiprofissional a ordenar o processo a partir de diagnósticos e procedimentos médicos. As compreensões acerca de saúde e doença são produto das normas sociais que se estabelecem historicamente a partir de um grupo de indivíduos que detém o poder para classificar o que é ou não considerado saúde (Uchôa e Vidal, 1994; Canguilhem, 2012). Nesse sentido, um diagnóstico não leva em consideração apenas os aspectos anatômicos ou patológicos para se estabelecer, mas é marcado pela

representação da norma social em um dado contexto (Canguilhen, 2012; Rocon et al., 2016).

Por isso, pode-se dizer que a vivência da saúde ou da doença vai para além da perspectiva biomédica, já que integra normas, valores e expectativas, individuais e coletivas, expressando-se nas distintas maneiras de pensamento e ação das pessoas (Uchôa e Vidal, 1994; Rocon et al., 2016). Assim, se as normas sociais em um dado contexto validam as performances a partir do binarismo e da heteronormatividade, todos os corpos que escapam desse padrão poderão ser classificados como enfermos, desviantes, anormais (Canguilhen, 2012; Foucault, 2015; Butler, 2016; Rocon et al., 2016).

Nesse contexto, pensar a saúde para pessoas *trans* demanda identificar e acolher os diversos elementos materiais e simbólicos que criam rede(s) de cuidados, construídas individual e coletivamente. Rede(s) essa(s) que cria(m) um campo de ações possíveis em um dado contexto sócio-histórico e que permite(m), que diferentes possibilidades de escolha possam marcar o exercício da autonomia por essas pessoas. Dessa forma, subsidiando melhorias para a estruturação e funcionamento dos serviços de saúde para as pessoas *trans* e abrindo espaço para a concretização dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS (Sampaio e Germano, 2017).

A concepção de saúde aqui discutida pode ir ao encontro do que foi observado no estudo de Rocon et al. (2016). Ou seja, pode ser decorrente da incapacidade ou da indisposição dos serviços de saúde em comunicar-se com a multiplicidade das pessoas através da educação em saúde dialógica, emancipadora e que leve em consideração a autonomia das pessoas nos diversos encontros, que deveriam promover o cuidado em saúde. Dessa forma, compreende-se tal qual os referidos autores que o SUS tem potencial para promover e assegurar a cidadania das pessoas *trans* a partir do momento em que efetiva a integralidade do acesso e da atenção à saúde, levando em conta os determinantes e condicionantes, que influenciam o processo de saúde-adoecimento-cuidado das pessoas *trans*.

Na concepção de saúde como proteção ideal foi possível identificar o quanto a família é significada como apoio ou base essencial para “se *ter saúde*”. A saúde pode significar abandono quando se identifica vivências negativas de uma aceitação limitada ou ausência de apoio por parte da família em situações de enfermidade ou necessidade de cuidado (abandono). Isso, inclusive, pode produzir narrativas de culpabilização pelo adoecimento, especialmente em se tratando de saúde mental, tanto para pessoas *trans*, como para os familiares, conforme exemplificado a seguir:

*Quando isso aconteceu, que eu realmente expus pro meu pai [que era transexual] e sofri esse tipo de represália eu comecei a emagrecer, não tinha vontade mais de sair, não tinha vontade de brincar, não tinha vontade de viver na verdade. Então me prejudicou fisicamente, então creio que prejudicou minha saúde também. – (João Lucas, homem trans)*

*Eles [familiares] me... é, me magoaram muito, sabe? Assim, por causa do preconceito, isso sim! Assim, e não digo que um pouco da depressão seja descarrilhada por isso também. Então assim, alguns dos meus irmãos eu culpo por eu ter depressão sim! Quando eu era criança nós mudou lá para outro estado, eu tive dois intoxicação por veneno de combate de avião, sabe? Mas só que nem meu pai nem minha mãe... eles não cuidaram de mim. [Isso me] Marcou. Marcou porque não foi só eu que tinha intoxicado. Meus outros irmãos menor também tudo intoxicou. Eles tiveram, foram cuidado, tiveram os remédio, tudo direitinho. Tudo! E eu não tive nada. Eu tive que amargar sozinha. Sofri muito, muito, muito, muito... Quando a gente é criança, a gente sempre sente falta, principalmente quando está doente. – (Elizabeth, mulher trans)*

*Ele [pai] se sentiu assim, deprimido, porque ele pensava que a menina ia ser menina e ele agora viu que não é menina, que ela tá se tornando... querendo ser masculino, sabe? Ele arrumou o argumento de falar que a filha que prejudicou e que veio a prejudicar o nosso relacionamento. Mas não foi! – (Renata, mãe)*

Assim “desejo, sonho, necessidade e sobrevivência se misturam na empreitada de modelar o corpo sob riscos” (Rocon et al., 2016, p. 2521), na qual a dinâmica das relações familiares se (des)organiza entre a necessidade e o desejo por cuidado e o abandono e a procura por um(a) culpado(a) por tudo o que está acontecendo no processo de saúde e adoecimento das pessoas *trans* e dos familiares. Em algumas situações, esse abandono é associado às tentativas de suicídios pelas pessoas transexuais:

*Aí depois vim a saber sobre trans né?! Achava que eu era doente e tal. Aí depois me assumi transexual para minha família. Só que no início eles não aceitavam não. Aí, entrei em depressão, vim a usar drogas, sabe. [Eu quis me matar pelo] fato da minha mãe não me aceitar, meu pai também não, o fato de ela não procurar saber sobre. Eu pedia para ela procurar, ela não procurava sabe. O fato de ter vergonha de falar com ela, de eu não ter coragem. A falta de coragem de poder chegar nela e contar que sou trans, que quero tirar o peito, que quero usar roupa masculina, a falta de coragem. A dificuldade da minha família foi o que o povo de fora ia pensar de mim, é essa a dificuldade da minha família. Mas primeiro eu tive que quase morrer para os meus pais me aceitarem. – (Samuel, homem trans)*

*[Minha família] Me adoeceu, né?! Cê viu que eu tentei suicídio. Eu tive que quase morrer pra eles [Família] me verem! Pode sim. Levar uma pessoa a depressão, a tudo. Por esse motivo que eu te falei, é não aceitar o outro, não ter respeito pelo outro. Durante a minha vida toda, eu nunca fui cuidado. Às vezes eu fico doente, numa cama e tal, eu tenho que me virar só, não tem ninguém, sou só eu mesmo. Na minha doença eu ficava internado e sempre estava só. Sou sobrevivente. Tem uma amiga minha que fala que eu sou sobrevivente. Eu sobrevivi a muita coisa. – (Gael, homem trans)*

*Já, sim [tentei suicídio]. Já foi muitas vezes. “N” vezes que eu me deparei com situações que eu não consigo mais, eu não tenho força, então... não só pela falta de apoio, mas pela agressão verbalmente constante e pela agressão fisicamente, tudo ao mesmo tempo, e aquilo tudo junto. Até que eu me vi em um quarto fechado e não consegui sair por nada. Cheguei em um estágio*

*assim que tava bem crítico, bem crítico mesmo! Eu não comia mais, eu emagreci muitíssimo... então, assim, já tava fora de mim. – (Daniel, homem trans)*

Samuel compartilha o sentimento de sentir-se doente ao perceber-se como transexual. É importante lembrar que a transexualidade já foi (ainda é?<sup>81</sup>) significada como uma doença que demandava intervenção médica, sendo a cirurgia uma possível “solução terapêutica” (Lionço, 2009). Emerge um importante aspecto dessa concepção de saúde enquanto decepção e abandono: o suicídio. Assim como o ato de sair de casa parece ser a expressão máxima da significação de família enquanto decepção e abandono, o suicídio parece ser a expressão máxima da concepção de saúde enquanto decepção e abandono.

Segundo Hatchel, Polanin, Espelage (2019), em sua meta análise com 44 estudos sobre a temática suicídio nos últimos 20 anos, jovens lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e *queers* (LGBTQ) têm maior propensão a tentar suicídio do que a mesma população não LGBTQ. Segundo esse estudo, é evidente que as relações familiares, os valores culturais e a dinâmica interpessoal desempenham um papel relevante nos pensamentos e comportamentos suicidas entre jovens LGBTQ.

Estudos com essa população que investiguem a variação dos pensamentos e comportamentos suicidas atribuíveis à identidade de gênero e sexualidade, bem como a relação disso com as normas e relações culturais, serão contribuições valiosas para o campo. Além disso, destaca-se que os(as) profissionais de saúde devem incentivar os pais a aceitarem e apoiarem seus/suas filhos(as) e podem incentivar e apoiar as pessoas *trans* a expressarem suas performances identitárias. Da mesma forma, a validação, a afirmação e a educação facilitarão a expressão identitária (Hatchel et al., 2019).

---

<sup>81</sup> Apesar das mudanças na consideração da transexualidade como uma condição de vida e não como uma doença, ainda se pode encontrar na prática de cuidado em saúde situações que remetem à patologização da transexualidade, conforme os relatos das pessoas transexuais, apresentados nesta análise.



O estudo de Thoma et al. (2019), em sua pesquisa nacional com adolescentes nos Estados Unidos para comparar o suicídio entre adolescentes transgênero e cisgênero, evidenciou que os(as) adolescentes *trans* tiveram maiores chances para cometer suicídio, com alto risco de ideação e tentativas suicidas. Assim, concluíram que os(as) jovens *trans* têm maior chance de ideação e tentativa suicida quando comparados a seus pares cisgêneros. Enfatizam ainda que os(as) jovens *trans* devem ser priorizados(as) em investigações futuras acerca de suicídio entre adolescentes, incluindo mecanismos explicativos entre eles(as), para que se possa construir ações de intervenção e prevenção futuras, para reduzir os índices de tentativa de suicídio nessa população vulnerável (Thoma et al., 2019).

Interessante observar como as pesquisas atuais estão voltadas para as pessoas transexuais jovens, com pouca ou nenhuma informação acerca das pessoas transexuais adultas ou idosas na temática de suicídio. Teria esse aspecto relação com a expectativa de vida dessa população ou, até mesmo, por elas não se identificarem como tais nos serviços e pesquisas?

Samuel e Gael também associam o reconhecimento de sua identidade e o pertencimento familiar buscados às suas “*quase mortes*”. Seus relatos se somam aos de outras pessoas transexuais que participaram desta pesquisa. É como se a tentativa de suicídio não efetivada<sup>82</sup> proporcionasse às pessoas *trans* a visibilidade e o pertencimento que não têm no ambiente familiar, quando da expressão de performances identitárias diferentes das esperadas para seus sexos biológicos.

Entendemos que o não-reconhecimento implica a subordinação social, pois priva as pessoas *trans* de participarem da vida social como iguais. Ele nasce quando as instituições baseiam o encontro entre as possibilidades existenciais dos sujeitos segundo as normas culturais hegemônicas, que

---

<sup>82</sup> Importante destacar que esta pesquisa não afirma nem incentiva que o suicídio seja o caminho para a aceitação familiar para as pessoas transexuais. Pelo contrário, ao identificar a relação entre tentativa de suicídio e aceitação familiar relatada pelos entrevistados, almeja-se pensar estratégias que possam identificar essa relação no atendimento às pessoas *trans* antes que a tentativa de suicídio ocorra para, assim, preveni-lo.

inviabilizam a participação equânime das pessoas que não se submetem a essas normas (Lionço, 2009).

Por vezes, a demanda por reconhecimento e validação de suas performatividades *trans* – além de fortalecer os discursos normativos ao reafirmar as categorias homem ou mulher – pode impedir que iniciativas transversais em distintas políticas de saúde viabilizem o desenvolvimento de ações para a atenção integral à saúde das pessoas transexuais no SUS (Lionço, 2009). Como, por exemplo, práticas de Educação em Saúde dialógicas e contextualizadas em cada realidade de cuidado em saúde às pessoas *trans*. Tendo à parte as questões psíquicas singulares de cada situação, como enfrentar essa realidade, especialmente nos casos em que a tentativa acaba por provocar a morte dessas pessoas?

Por fim, apresenta-se o relato de João Lucas, que destaca como a ausência de uma formação profissional para atender às demandas *trans* pode acionar ou agravar a questão do suicídio e acarretar graves conflitos e prejuízos às pessoas transexuais e à dinâmica de suas relações familiares:

*Eu acho que a palavra identidade de gênero – para as pessoas trans – e suicídio, andam de mãos dadas. Porque às vezes é o preconceito da parte de fora depois da transição, preconceito antes da transição, o medo também que te leva a isso, o desgosto. Eu lembro das primeiras vezes que eu pensei em suicídio eu tava com doze anos. Foi a primeira vez que eu fui no médico com a minha mãe, foi um médico particular inclusive, endocrinologista, e eu ouvi dele “- Isso que você quer fazer é impossível, eu não trato pessoas assim, você tem que procurar um psiquiatra porque isso é loucura!”. E eu saí do consultório com a minha mãe – tinha doze anos – e eu vi minha mãe chorando, porque eu já usava faixa, essas coisas, e eu não queria ver minha mãe sofrendo. Eu não aguentava acordar e saber que eu ia deixar a minha mãe triste ou que minha mãe ia sofrer alguma coisa por minha conta, isso ficava na minha cabeça vinte e quatro horas por dia. Outro momento foi quando aconteceu isso com o meu pai que, tipo, falei “- Nossa, tô dando um desgosto enorme pro meu pai, sou o caçula dele, como que eu faço isso com ele? Isso não*

*é atitude que um filho vai ter com um pai”. Você não corresponder a essas expectativas [dos pais e familiares] é bem difícil, então é bem estreita essa relação [entre saúde e família], como eu falei pra você.*  
– (João Lucas, homem *trans*)

A fala do médico que atendeu João Lucas no passado remete à patologização das identidades *trans*, bem como retoma a discussão das atitudes dos(as) profissionais de saúde no atendimento às pessoas *trans*. A sensação de erro e culpa, cerceavam a performance identitária de João Lucas, como se fosse um esforço (quase) silencioso de fazer com que ele permanecesse expressando as características esperadas socialmente para seu sexo de nascimento. Nesse contexto, a pesquisa de Turban et al. (2019) discute os esforços de conversão de identidade de gênero – como sendo as atitudes de profissionais de saúde de fazer com que as pessoas transexuais abandonem ou “desfaçam” o caminho da construção de uma performance identitária *trans* – amplamente debatidos como abordagens de tratamento potencialmente prejudiciais para pessoas *trans*.

Os resultados sugerem que a exposição a esforços de conversão de identidade de gênero está associada com resultados adversos na saúde mental. Em um estudo transversal com 27.715 transexuais adultos dos Estados Unidos da América, a exposição aos esforços de conversão de identidade de gênero associou-se significativamente a chances aumentadas de sofrimento psicológico e tentativas de suicídio – como o ocorrido com João Lucas e outras pessoas transexuais – em comparação com adultos *trans*, que tiveram suas performances identitárias acolhidas por profissionais de saúde, que não os expuseram a esforços de conversão (Turban et al., 2019).

No estudo conduzido por Jaffee; Shires and Stroumsa (2016) foi identificada uma correlação entre a discriminação percebida pelas pessoas transexuais e o ato de evitar os serviços de saúde. Por isso, esses autores destacam a necessidade da formação dos profissionais de saúde para cuidar da população *trans*.

Assim, é possível identificar nessa análise como saúde pode ser significada como decepção e abandono para as pessoas transexuais e seus familiares, seja na relação com os serviços de saúde, seja na dinâmica das relações familiares. Identifica-se a importância de uma formação e atuação profissional acolhedora, para que o direito à saúde seja concretizado na prática dos serviços de saúde, de forma integral, universal e equânime. Observou-se no serviço como as suas profissionais lutam cotidianamente para superar a abordagem biomédica, marcante na formação e atuação do Hospital Universitário em questão, e adotar uma abordagem integral no cuidado em saúde das pessoas *trans*.

O diálogo entre as concepções de saúde identificadas nos participantes do estudo com as dos(as) profissionais dos serviços pode ter potencial para auxiliar no enfrentamento da patologização, do discurso do não-saber e de uma atuação que tenta converter ou impedir as performances identitárias ou mesmo que produz adoecimentos, quando deveria promover cuidado e saúde. Verificou-se nesta análise uma presença mais significativa da concepção de saúde como decepção e abandono nos relatos das mulheres transexuais mais velhas e/ou pertencentes às camadas sociais mais pobres.

Ao enfrentarem um contexto muito difícil de vida, as pessoas *trans* significam o serviço de saúde como um *locus* de reconhecimento de direitos, objetivando materializar o que as Políticas Públicas visam garantir. Entretanto, há dificuldades e limitações que podem ser encontradas em alguns serviços, conforme relatado aqui, com o uso do nome social como sendo o primeiro obstáculo para acesso aos serviços de saúde e para a garantia do direito à saúde.

Então, a população *trans* somente teria seus direitos respeitados em serviços de saúde específicos? Qual seria o impacto econômico para os sistemas de saúde quando as pessoas *trans* não conseguem acessar os serviços de Atenção Primária à Saúde e significam como família os serviços de saúde voltados ao cuidado *trans* específico? Seria a falta de Políticas Públicas que leva a isso?

O objetivo não é esgotar essa discussão, até porque essas perguntas podem ser base para pesquisas futuras. Entretanto questiona-se que mesmo existindo Políticas Públicas no Brasil para evitar tais situações, elas seguem acontecendo. Algumas ativistas *trans* em nosso país argumentam que essas políticas devem ter força de lei a fim de que possam ser, minimamente, garantidas pelo Estado, para que os direitos das pessoas *trans* sejam assegurados, independentemente, das mudanças de governo. (Brasil, 2015).

Entretanto, nem mesmo o direito à saúde, expresso em nossa Constituição Federal, protege as pessoas *trans* para acessarem os serviços de saúde. Então, argumenta-se que faz se necessário desenvolver ações informando sobre essas Políticas Públicas, ao mesmo tempo em que garantam e incentivem que elas sejam aplicadas nos serviços de saúde.

#### **4.3.3 “Espero que [no futuro] eu esteja bem, com saúde”: o sentido de “saúde como projeto”**

O sentido de saúde como projeto emerge do material de campo quando as concepções expressas (res)significam plano(s) para o futuro. Pode(m) ser externalizada(s) na vontade de “*ter saúde*” para si ou para a sua família, na busca de que família e ambulatório se encontrem e convivam harmonicamente em prol da saúde de seus/suas usuários(as) ou até mesmo na construção de uma corporeidade correspondente à performance *trans* buscada.

Dessa forma, ao falar de saúde constrói-se um projeto que aponta para o futuro almejado pelas pessoas *trans* e por seus familiares. Resgata-se para esse projeto a concepção de saúde como proteção ideal, onde ela é novamente significada com um valor positivo, um *lócus* de apoio que torna possível a existência e, por vezes, até mesmo permite que essa seja socialmente possível e moralmente aceitável.

Observa-se que as concepções de saúde (res)significam os planos para o futuro, que invariavelmente envolvem a família e a expressão

identitária. A análise tem início a partir das falas, que apontam um projeto de saúde associado à transição corporal<sup>83</sup>.

*Espero que [no futuro] eu esteja bem, com saúde e esteja cada vez mais completa no sentido de plenitude assim, de passar pelas intervenções que eu ainda tenho vontade né, pra fechar esse ciclo. Estar feliz! – (Nice, mulher trans)*

*[No futuro] Ah, eu me vejo... deixa eu ver... com a minha transição! Eu não digo que eu “tô” incompleta. Eu só digo que eu quero estar com o meu corpo e minha alma conectados, onde eles deveriam estar há muito tempo. Eu estar em paz, me sentindo bem do jeito que eu deveria estar sentindo há muito tempo. Com a minha identidade de gênero reconhecida pelo governo, pelo meu país, pelo meu nome também! – (Suzana, mulher trans)*

*A saúde é importante em primeiro lugar. Porque se a gente não tiver saúde, a gente nem vai conseguir alcançar os sonhos da gente, que é lá na frente conseguir a tão sonhada cirurgia, a tão sonhada retificação. Então eu acho assim, é importante que cuide da saúde, pra gente poder alcançar os objetivos. – (Murilo Francis, homem trans)*

A produção dos corpos *trans* pode carregar consigo os ideais de saúde e beleza almejados por essa população e, partindo dos diferentes referenciais de beleza, as significações sobre saúde, doença e morte vão sendo construídas. Os procedimentos que contribuem com a construção de um corpo, que permita a performatividade *trans* buscada, como a utilização de hormônios (com ou sem seguimento médico), significam a saúde como projeto, uma vez que concretizam o “corpo bonito”, em sintonia com os planos de cada pessoa *trans* (Rocon et al., 2017).

Importante ressaltar que os mesmos mecanismos que modificam o corpo podem significar a perda da beleza ou da saúde, a depender dos

---

<sup>83</sup> As respostas dos(as) participantes, nessa categoria de análise, derivam das perguntas que estão descritas nos roteiros de entrevistas, no Bloco “Perspectiva Futuras”. Em síntese, eles(as) foram interrogados(as) sobre o que esperam para sua vida em um futuro próximo.

resultados alcançados. Uma vez que a aparência “feia”, não buscada, coloca o projeto de saúde, performance identitária e família em risco de execução “plena”, já que “a vida, a beleza e a saúde se apresentam como aspectos inseparáveis no exercício da transformação do corpo *trans*” (Rocon et al., 2017, p. 528). O mesmo estudo aponta que esses mecanismos de produzir um corpo são constituídos pela experiência de vida de cada pessoa *trans*, acrescentada pelas significações de saúde e doença, que emergem na sociabilidade vivida.

A necessidade de reconhecimento pela sociedade, *pelo país e pelo governo*<sup>84</sup>, parece dizer de uma legitimação da existência que só pode ser alcançada após essa transição, o que parece fazer sentido em uma sociedade/cultura em que as normas de gênero são fixas e binárias. Assim percebemos como a “regulação de gênero”, através da institucionalização dos mecanismos pelos quais as pessoas se tornam “normais” – entendendo que “as normas que governam essas regulações superam as próprias instâncias nas quais são corporificadas” (Butler, 2014, p. 251) – expressa-se por meio da concepção binária das expressões de gênero, que conforta e reitera as regulações, conforme aponta a autora.

Ver o futuro com esperança é algo que também foi encontrado nessa e em outras pesquisas com pessoas *trans* (Hines, 2007; Budge et al., 2015; Katz-Wise et al., 2017b). No campo, ainda que os sentimentos de esperança pareçam prevalecer na significação de saúde como projeto, encontramos algumas preocupações dos familiares em relação ao futuro de seus/suas filhos(as):

*[Pro futuro] eu tenho medo de doença; ele é jovem, entendeu? Eu falo pra ele: “- Use camisinha!”, né?! “- Não entre nas drogas!”. “- Cuidado com os cafetões que se aproveitam da prostituição!”. “- Se [você se] prostituir, use camisinha!”. “- Não entre em qualquer carro!”. Cuidado, né? Converso com ele. Da violência... [Tenho medo] Dele entrar no mundo do crime, de roubar, de*

---

<sup>84</sup> Referência à fala de Suzana, apresentada anteriormente.

*usar drogas, entendeu? Da bebedeira. Isso é o meu medo! – (Vicente, pai)*

*Ser transexual não é defeito, não é doença, ela não é a única. [Mas] eu “tô” preparada até pra morte. Porque o mundo “tá” aí, o mundo é preconceituoso, tem gente que não gosta. Eu como mãe, vou te falar o que que eu penso, o que que eu desejo pra ela: eu já cheguei a desejar até – que Deus me perdoe – que [ela] morresse. Uma árvore que não produz fruto e ocupa terreno e espaço, você tem que tirar; e a Mariana é essa árvore, ela não produz nada. Não, não quero [que ela morra]. Mas como se diz, se Deus o livre e guarde vier a morrer, eu “tô” preparada. Porque assim, acabou o problema, acabou. Descansou. Mas eu torço pra que ela termine os estudos, pra que ela arrume um trabalho, pra que ela venha pra cá que é o sonho dela, pra que ela viva a vida dela. Ela não precisa nem me visitar. E me deixa viver! – (Ivone, mãe)*

A preocupação de Vicente perpassa também a possibilidade do filho performar a travestilidade, com todos os estigmas relacionados e já discutidos previamente neste texto. As angústias do processo de transição, o mobilizaram na busca pelo serviço de saúde. Afinal, quem é seu filho? O que esperar para seu futuro? Como ficará a sua saúde com o passar dos anos? Como o serviço de saúde pode evitar o adoecimento e a morte de seu filho?

Assim, não apenas para as pessoas *trans*, mas também para as pessoas da família, o serviço de saúde pode configurar-se como um apoio, um cuidado. Talvez então a pergunta a ser feita seja como cuidar da equipe e do serviço de saúde, para que as pessoas que o compõem não adoçam diante dessas relações e conflitos?

Ao lidarem com um(a) filho(a) transexual, os membros da família relatam uma sensação de perda do sexo prévio de seus/suas filhos(as) ao mesmo tempo em que compartilham medo de *bullying*, violência física, riscos associados às intervenções médicas, habilidade de construir um relacionamento com outra pessoa e, em termos gerais, aceitação na sociedade (Katz-Wise et al., 2017a). Como ocorre com Ivone, que compartilha encarar a morte como um evento esperado para uma mulher *trans* jovem. Ao



mesmo tempo, conta que já desejou a morte da filha, mas igualmente espera a concretização de um projeto de vida a partir do estudo, do trabalho e da realização de sonhos, para que ela também possa viver. Seu forte relato explicita as multiplicidades e ambivalências de sentimentos, dúvidas e angústias vividos pelos familiares.

Ivone também mostra que ao tempo em que se vê obrigada a aceitar e a entender não se tratar de uma doença, deseja a morte como se essa fosse capaz de resolver o “problema”. Percorre um matiz de sensações explicitando como o apoio e o reconhecimento de um(a) filho(a) *trans* não é receita simples, capaz de ser realizada com um ou dois encontros com o serviço de saúde. Isso evidencia que a maneira como as famílias lidam com os desafios em apoiar e defender um parente *trans* influencia o desenvolvimento do processo de transição (Ryan et al., 2010; Katz-Wise et al., 2017a).

Percebe-se como muitas vezes os projetos de saúde envolvem os serviços, como o ambulatório na busca por apoio e recursos, que permitam enfrentar o adoecimento e as violências sofridas por cada performance *trans* vivida na interação social.

Nesse sentido, ao se pensar nos recursos e apoios disponíveis não apenas às pessoas *trans*, mas também a seus familiares, encontram-se os chamados ativos para a saúde, entendidos como qualquer fator ou recurso que possa potencializar as capacidades dos indivíduos, comunidades e populações para a manutenção da saúde e do bem-estar (Morgan e Ziglio, 2007; Hernán, Lineros, Morgan, 2010). A ideia é que, ao identificar esses ativos, se amplie o acesso às ações promotoras de saúde e bem-estar ao longo do desenvolvimento de cada pessoa (Hernán, Lineros, Morgan, 2010).

Identificar esses ativos é reconhecer as potencialidades e limitações das pessoas, considerando-as inseridas em um contexto sócio-histórico-cultural. Nesse contexto, a construção de ações de Saúde Pública deve responder às necessidades de saúde de cada população, de forma real, contextualizada e possível. Isto possibilitaria – ao buscar e encontrar recursos para o enfrentamento das questões de adoecimento nos contextos reais de

vida de cada pessoa – ampliar o alcance da concepção de saúde como bem-estar para além das classes favorecidas social e economicamente?

Desde a concepção de saúde da OMS (1946) até a definição da Promoção da Saúde como objetivo das Políticas Públicas de Saúde, expressa na Carta de Ottawa (1986) o foco cada vez mais tem estado no desenvolvimento e na potencialização de recursos de saúde para a população. Hoje, o encontro entre profissional de saúde e usuário(a) visa (ou deveria visar) um compromisso mútuo, um processo de empoderamento, em que as pessoas se tornam mais conscientes de suas concepções e estados de saúde, tomando decisões partilhadas entre aqueles(as) que estão envolvidos(as) com o processo de saúde-adoecimento-cuidado de cada um(a), baseadas em informações e opções compartilhadas pelos profissionais de saúde (Rivera et al., 2010).

Refletindo sobre os ativos para a saúde e as concepções de saúde analisadas (das pessoas *trans* e de seus/suas familiares e, também, da literatura sobre o tema), agrega-se ao debate a salutogênese<sup>85</sup> (Antonovsky, 1979; 1996), que apesar de não aparecer de forma explícita na Carta de Ottawa (1986) tem contribuído para o desenvolvimento da Promoção da Saúde na Saúde Pública. Na medida em que, identifica os chamados recursos gerais de resistência aos processos de adoecimento, sustentando o comportamento do indivíduo, do seu contexto sociocultural e do seu entorno físico e natural (Rivera et al., 2010). Assim, o enfoque está na saúde e não na doença, buscando de forma objetiva a resolução de problemas das populações (Lindström e Eriksson, 2006; Rivera et al., 2010).

No caso da população *trans* e de seus familiares, a salutogênese poderia ser vivenciada ao buscar-se identificar quais ativos para a saúde, ou seja, quais recursos estão disponíveis no ambiente familiar, social e de atenção à saúde para enfrentar o adoecimento a partir das performances *trans*

---

<sup>85</sup> Antonovsky desenvolveu a noção de salutogênese ao conduzir um estudo epidemiológico sobre problemas na menopausa de mulheres em Israel. Neste estudo, ele trabalhou com um grupo de mulheres que sobreviveram aos campos de concentração da Segunda Guerra Mundial e descobriu que, entre elas, havia um grupo que tinha a capacidade de manter uma boa saúde apesar das adversidades do contexto em que estavam inseridas (Lindström e Eriksson, 2006).

buscadas (ao invés de focar-se somente no adoecimento em si e em suas causas).

A partir das concepções de saúde analisadas e da busca de apoio que se observou no ambulatório, a prática da salutogênese poderia ser um caminho possível para que os serviços de saúde abordem as questões de família, identidade e saúde das pessoas transexuais. Ao invés de perguntarem como, ou o que/quem te adoeceu, os serviços de saúde poderiam focar também em quais recursos as pessoas trans e seus familiares têm, na interação com as diversas instituições e setores responsáveis pela saúde de indivíduos e comunidades, para enfrentar o adoecimento e aproximar-se das concepções de saúde, identidade e família promovendo bem-estar e cuidado. Importante, assim, responsabilizar as pessoas e instituições envolvidas no processo, evitando a culpabilização única e exclusiva do sujeito por suas condições de vida e saúde, entendendo também que se trata de um processo dinâmico e interativo e, portanto, sem garantias e promessas de um constante estado de bem-estar.

Ao pensar sobre o futuro para as pessoas *trans*, considerando seus projetos de família, performances e saúde, perguntou-se aos(às) familiares do que elas e eles precisariam para lidar com as pessoas transexuais. Suas respostas perpassaram a busca de auxílio do serviço de saúde e a busca por conhecimento, o que pode apontar a salutogênese como um caminho possível:

*Ter mais conhecimento, buscar apoio em outras pessoas. (Tereza, mãe)*

*Procurar ajuda, porque sem ajuda a gente não consegue. Eu tô fazendo [aqui no ambulatório], procurando pra minha filha, procurando pra mim, pra gente chegar num foco pra resolver as coisas. (Renata, mãe)*

*O serviço de saúde pode ajudar, igual ele quer fazer esse negócio dele. Se ele conseguir ele acha bom, como se diz, eu também não acho ruim não. Só tenho muito medo, por causa que é muito perigoso e tudo. Mas eu*

*rezo, peço a Deus pra Deus dar pra ele o que for o melhor pra ele. (Neli, mãe)*

*Buscar ajuda nos postos de saúde com psicólogos, psiquiatras, né? Assistentes sociais, a gente tem que dar o apoio para as pessoas que precisam de autoajuda. (Vicente, pai)*

Dessa forma, os recursos gerais de resistência podem estar na interação com a família, o serviço de saúde e na produção de conhecimento de forma dialógica, interativa e que faça sentido para as pessoas. O projeto de futuro para as pessoas *trans* inicia-se, então, com o reconhecimento de tudo aquilo que parte dessas interações e que tem relevância para os seus múltiplos e singulares processos de saúde-adoecimento-cuidado.

As ações de Educação em Saúde devem estar alicerçadas em uma Educação de Gênero, compreendo os dispositivos reguladores de gênero, seus impactos na vida e no adoecimento das pessoas e construindo estratégias para enfrentá-los em cada esfera da vida.

## 5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da trajetória empreendida são tecidas algumas considerações. Diante da análise realizada foi possível perceber como os três eixos (família, identidade e saúde) são estreitamente relacionados e se constituem um em relação ao outro.

A “proteção ideal” expressa o sentido proveniente de valores construídos, incorporados e buscados com as interações sociais. Além disso, expressa um ideal em que a categoria gênero apresenta-se como um elemento central na organização das relações, seja em relação à família, à identidade e à saúde. Assim, esse ideal (re)constrói as performances de gênero nas relações familiares e sociais, atribuindo expectativas às pessoas que se ancoram nas normas. Expectativas essas construídas a partir de uma noção binária das performances de gênero, que estabelece, consolida e incorpora valores a partir do sexo biológico nas interações sociais e que, quando não correspondidas, expressam a significação de família, identidade e saúde de forma negativa.

Diante disso, o sentido de “decepção e abandono” emerge da significação das experiências vividas no encontro com o ideal esperado (o que “se vive” *versus* o que “deveria ser vivido”). Dessa forma, problematizam-se os regimes de verdades cristalizados, que compõem as normativas sobre as possibilidades inteligíveis e as fronteiras dessas inteligibilidades. Essa significação explicita as diferenças que marcam as trajetórias das pessoas transexuais e familiares, especialmente ao se refletir sobre o pertencimento a diferentes camadas sociais e etnias.

Por fim, o “projeto” é um sentido que se exterioriza a partir da busca por alcançar um suposto ideal, na tentativa de superar a decepção, o abandono, sair da margem e existir da forma menos violenta e abjeta possível. Destaca-se que nesta análise, os sentidos de “projeto” ainda se estruturam a partir de uma concepção binária. O que pode expressar a força da regulação de nossa sociedade em relação às possibilidades existenciais de família,

identidade e saúde, capaz de conferir um certo grau de legitimidade, bem como a sensação de uma suposta segurança. Ademais, os sentidos de “projeto” exemplificam as negociações com essas normas e ideais morais, que foram demonstradas pela “passabilidade”, buscando adequar-se às expectativas hegemônicas. Nessas adequações, há, a partir da análise, uma busca por assegurar a existência em relação às possibilidades de família, identidade e saúde.

No contexto da assistência à saúde e nas políticas relacionadas aos direitos humanos, as demandas trazidas pelas pessoas *trans* vão além da necessidade de “ajustar” seus corpos aos seus sentimentos. Elas estão relacionadas ao desafio de tentar sobreviver em um contexto social marcado pelas tênues linhas de demarcação, que classificam as pessoas em um ou outro polo de expressão de gênero.

Diferentemente de pesquisas realizadas na Atenção Primária à Saúde ou fora dos serviços de saúde, desenvolver a investigação em um serviço especializado para o cuidado *trans* específico permitiu deslindar a dinâmica das relações familiares e a sua interface com a saúde, por ser esse serviço, muitas vezes, a única alternativa para o exercício do direito à saúde das pessoas *trans*.

Nesse contexto, visibilizar os significados de família, identidade e saúde das pessoas *trans* e seus familiares trouxe elementos para que os serviços de saúde e as Políticas Públicas possam considerar a perspectiva dessas pessoas envolvidas conduzindo suas práticas além da supostamente simples inadequação à genitália de nascimento. Trata-se de uma realidade complexa, multifatorial e que generalizações e receitas simples de entendimento das pessoas *trans* e de suas vidas devem ser evitadas, visando um cuidado em saúde integral e Políticas Públicas que tenham maior potencial para impactar a realidade de vida e saúde dessa população.

Os achados com relação aos marcadores sociais da diferença – como classe social, gênero e etnia/raça – analisados nesta tese apontaram para a necessidade de aprofundamentos dessas questões em estudos futuros. Acredita-se que o processo de expressão de performances *trans* tem mais

barreiras quando se é negro/negra ou pobre. Essas barreiras vão desde o acesso à formação e mercado de trabalho até práticas de violência verbal e física.

A existência de Políticas Públicas de Saúde voltadas à população *trans*, não tem garantido que suas realidades sejam modificadas nos serviços de saúde e, portanto, o direito à saúde dessa população não tem sido exercido de forma integral. Dessa forma, é necessário desenvolver estratégias para incentivar e avaliar a aplicação dessas Políticas Públicas na realidade dos serviços de saúde e na sociedade.

A sensibilização e a formação dos(as) profissionais de saúde para um cuidado que leve em conta essas questões, é um caminho necessário para o início do enfrentamento das condições de vida e adoecimento dessa população. O desafio para os serviços e profissionais de saúde está na legitimação desses aspectos “não clínicos” como fundamentais para a clínica, a saúde e o bem-estar das pessoas objetivando realizar um cuidado em saúde integral e equânime.

Os familiares e usuários(as) apontaram um caminho possível: a Educação em Saúde dos(as) profissionais da saúde e das comunidades. Em adição às políticas públicas, essa pode ser uma estratégia para lidar com o preconceito e permitir que o direito à saúde esteja sendo efetivado. Há que se ter em conta que as ações de Educação em Saúde – que se defende ser Educação de Gênero – devem levar em consideração os contextos e os marcadores sociais da diferença nos locais em que se desenvolverem.

## 5.0 CONCLUSIONS

From the trajectory undertaken, some considerations are made. It can be seen how the three axes (family, identity and health) are closely related and constitute themselves one in relation to the other.

The “ideal protection” expresses a meaning that comes from values constructed, incorporated and that are searched with the social interactions. In addition, it expresses an ideal in which gender presents itself as a central element in the organization of relationships, whether in relation to the family, identity and health. This ideal (re)constructs gender performances in family and social relationships, assigning to people expectations that are anchored in the norms. These expectations are built from a binary notion of gender performances, which establishes, consolidates and incorporates values from biological sex in social interactions and which, when not achieved, express the meaning of family, identity and health in a negative way.

Therefore, the sense of “disappointment and abandonment” emerges from the meaning of the experiences lived in the encounter with an expected ideal (what “is lived” versus what “should be lived”). In this way, crystallized truths’ regimes that make up the norms about intelligible possibilities and the boundaries of these intelligibilities are questioned. This meaning makes the differences that mark the trajectories of transsexual and family people visible, especially when reflecting on belonging to different social and ethnic groups.

Finally, the “project” is a sense that is expressed through the seek for a supposed ideal. This possibly occurs in an attempt to overcome disappointment, abandonment, to leave the margin and to exist in the least violent and abject way possible. It is noteworthy that in these analysis, the meanings of “project” are still structured from a binary conception. Which can express the strength of the regulation of society in relation to the possibilities of family, identity and health – capable of conferring a certain legitimacy, as well as the feeling of a supposed security. In addition, the meanings of “project” exemplify the negotiations with these norms and moral ideals, which are



demonstrated by the “passability”, seeking to adapt to hegemonic expectations. In these adaptations, there is, from these analysis, a seek to ensure the existence in relation to the possibilities of family, identity and health.

In the context of health care and public policies related to human rights, the demands brought by trans people go beyond the need to “adjust” their bodies to their feelings. They are related to the challenge of trying to survive in a social context marked by the tenuous lines that classify people in one or another pole of gender expression.

Differently from research carried out in Primary Health Care Centers or outside health services, conducting research in a health service devoted specifically for trans people care has allowed the dynamics of family relationships and their interface with health to be unraveled, since this service is often , the only alternative to exercise the trans people’s right to health.

In this context, making visible the meanings of family, identity and health of transgender people and their family members brought elements so that health services and Public Policies can consider the perspective of these people, conducting their practices beyond the supposedly simple inadequacy to the birth genitalia. It is a complex, multifactorial reality, and generalizations and simple recipes for understanding trans people and their lives should be avoided, aiming the comprehensive health care and the Public Policies that have the greatest potential to impact the lifes and health of this population.

The findings regarding the social markers of difference – such as social class, gender and ethnicity – analyzed in the thesis point to the need for further study of these issues in future studies. It seems that the process of expressing trans performances has more barriers when one is black or poor. These barriers range from access to education and employment to verbal and physical violence.

The existence of Public Health Policies devoted to the trans population has not guaranteed that their realities will be modified in health services and, therefore, their right to health has not yet been fully exercised. Thus, it is necessary to develop strategies to encourage and evaluate the application of these Public Policies in the reality of health services and in society.

The awareness and training of health professionals so that the health care of trans people takes these issues into account, is a necessary way to start coping with the life and illness conditions of this population. The challenge for health services and professionals is to legitimize these “non-clinical” aspects as fundamental to the clinic, health and well-being of people, aiming to provide comprehensive and equitable health care.

Family members and trans people indicated a possible path: Health Education for health professionals and communities. In addition to Public Policies, this can be a strategy to deal with prejudice and allow the right to health to be a reality for trans people. It must be considered that Health Education— advocated to be Gender Education - must take into account the contexts and social markers of the difference in each place it will be done.

## 5.0 CONCLUSIONES

A partir de la trayectoria emprendida, se hacen algunas consideraciones. En vista del análisis realizado, se puede ver cómo los tres ejes temáticos (familia, identidad y salud) están estrechamente relacionados y se constituyen uno en relación al otro.

La "protección ideal" expresa el sentido derivado de los valores construidos, incorporados y buscados con las interacciones sociales. Además, expresa un ideal en el que el género se presenta como un elemento central en la organización de las relaciones, ya sea en relación con la familia, con la identidad y con la salud. Por lo tanto, este ideal (re)construye los papeles de género en las relaciones familiares y sociales, asignando a las personas expectativas que están basadas en las normas. Estas expectativas se construyen a partir de una noción binaria de las performances de género, que establece, consolida e incorpora valores del sexo biológico en las interacciones sociales y que, cuando no son alcanzadas, expresan el significado de familia, identidad y salud de manera negativa.

Por lo tanto, el sentido de "decepción y abandono" surge del significado de las experiencias vividas en el encuentro con el ideal esperado (lo que "se vive" *versus* lo que "se debería vivir"). De esta manera, se problematizan los regímenes de verdades cristalizadas que conforman las normas sobre posibilidades inteligibles y los límites de estas inteligibilidades. Este significado explica las diferencias que marcan las trayectorias de las personas transexuales y familiares, especialmente al reflexionar sobre la pertenencia a diferentes grupos sociales y étnicos.

Finalmente, el "proyecto" es un sentido que se expresa a través de la búsqueda de alcanzar un supuesto ideal, en un intento de superar la decepción, el abandono, de dejar el margen y existir de la manera menos violenta y abyecta posible. Es de destacar que en nuestro análisis, los significados de "proyecto" todavía están estructurados desde una concepción binaria. Lo que puede expresar la fuerza de la regulación de la sociedad en

relación con las posibilidades existenciales de familia, identidad y salud, capaces de conferir cierto grado de legitimidad, así como el sentimiento de supuesta seguridad. Además, los significados de "proyecto" ejemplifican las negociaciones con estas normas e ideales morales, que se demuestran por la "pasabilidad", buscando adaptarse a las expectativas hegemónicas. En estas adaptaciones, existe, desde nuestro análisis, una búsqueda para asegurar la existencia en relación con las posibilidades de familia, identidad y salud.

En el contexto de la atención a la salud y de las políticas relacionadas con los derechos humanos, las demandas de las personas trans van más allá de la necesidad de "ajustar" sus cuerpos a sus sentimientos. Están relacionados con el desafío de intentar sobrevivir en un contexto social marcado por líneas de demarcación tenues, que clasifican a las personas en uno u otro polo de expresión de género.

A diferencia de investigaciones hechas en la Atención Primaria a la Salud o en otros servicios de salud, la realización de una investigación en un servicio especializado en la atención a la salud de la población trans, ha permitido que la dinámica de las relaciones familiares y su interfaz con la salud se desvelasen, ya que este servicio es a menudo, la única alternativa para el ejercicio del derecho a la salud de las personas trans.

En este contexto, hacer visibles los significados de familia, identidad y salud de las personas transgénero y sus familias trajo elementos para que los servicios de salud y las Políticas Públicas puedan considerar la perspectiva de estas personas, para que sus prácticas puedan ir más allá de la supuestamente simple incompatibilidad con los genitales de nacimiento. Es una realidad compleja y multifactorial y se debe evitar las generalizaciones y recetas simples para comprender a las personas trans y sus vidas, con el objetivo de una atención a la salud integral y políticas públicas que tengan el mayor potencial para impactar en la vida y la salud de esta población.

Los resultados con respecto a los marcadores sociales de la diferencia – como la clase social, el género y la etnia – analizados en esta tesis, apuntan a la necesidad de profundizar la investigación acerca de estos temas en futuros estudios. Se cree que el proceso de expresar identidades trans tiene

más barreras cuando uno es negro o pobre. Estas barreras van desde el acceso a la educación y a empleos hasta la violencia verbal y física.

La existencia de políticas de salud pública dirigidas a la población trans no ha garantizado que sus realidades se modifiquen en los servicios de salud y, por lo tanto, no se ha ejercido plenamente el derecho a la salud de esta población. Por lo tanto, es necesario desarrollar estrategias para estimular y evaluar la aplicación de estas Políticas Públicas en la realidad de los servicios de salud y en la sociedad.

Concienciar y capacitar los profesionales de la salud para la atención que tiene en cuenta estos problemas es una forma necesaria para comenzar a hacer frente a las condiciones de vida y enfermedades de esta población. El desafío para los servicios y profesionales de la salud es legitimar estos aspectos "no clínicos" como fundamentales para la clínica, la salud y el bienestar de las personas, con el objetivo de proporcionar una atención a la salud integral y equitativa.

Los miembros de la familia y las personas transexuales indicaron un posible camino: educación para la salud para profesionales de la salud y comunidades. Además de las Políticas públicas, esta puede ser una estrategia para hacer frente a los prejuicios y permitir que el derecho a la salud sea una realidad para la población trans. Debe tenerse en cuenta que las acciones de Educación para la Salud, que se defiende como Educación de Género, deben tener en cuenta los contextos y los marcadores sociales de la diferencia en los lugares donde se desarrollan.

## 6.0 ANEXOS

### ANEXO A – DECLARAÇÃO DUPLA TITULAÇÃO



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA  
Av. Dr. Arnaldo, 455 – 2º andar – Sala 2214  
Cep 01246-903 – São Paulo

#### DECLARAÇÃO

São Paulo, 01 de junho de 2020

Declaro que a tese de doutorado intitulada “A família e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de transexuais”, de autoria de Danilo Borges Paulino, sob orientação da Profa. Dra. Rosana Machin Barbosa e coorientação da Profa. Dra. Maria Pastor Valero, foi desenvolvida no âmbito do Convênio de Dupla Titulação de Doutorado Internacional entre o Programa de Doctorado en Salud Pública, Ciencias Médicas y Quirúrgicas da Facultad de Medicina da Universidad Miguel Hernández de Elche na Espanha e o Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no Brasil. Esta tese encontra-se de acordo com as normas para o doutorado de ambas as instituições. O doutorando Danilo Borges Paulino permaneceu na instituição conveniada entre 03/09/2018 a 31/07/2019.

Atenciosamente.

Profa. Márcia Thereza Couto Falcão  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

## ANEXO B – PARECER DO CEP

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** As famílias e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de travestis e transexuais

**Pesquisador:** Rosana Machin Barbosa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 64944417.1.0000.0065

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.001.841

#### Apresentação do Projeto:

Estudos mostraram que a população de travestis e transexuais ("trans") enfrenta diversas formas de discriminação social. Essas experiências causam muito mais sofrimento quando são acompanhadas de rejeição familiar. Trata-se de pesquisa com vinculação acadêmica – doutorado, etnográfica junto a pacientes de um ambulatório especializado atrelado a uma IES, na qual serão adotados: diário de campo, observação participante, entrevistas, grupos focais e levantamento de dados secundários. São critérios de inclusão da população no estudo, apresentar maioria penal e civil; ser ou ter sido paciente do ambulatório, identificar-se como sendo da população "trans"; aceitar participar livremente da pesquisa, permitir o diálogo/interação com aqueles(as) que forem considerados(as) como parte de suas famílias. Estima-se a participação de 45 sujeitos no estudo.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Compreender a construção de sentidos de família de pacientes travestis e transexuais em atendimento num ambulatório especializado em uma cidade de porte médio.

**Objetivos secundários:** Identificar como as construções dos sentidos de família (re)configuram a dinâmica das relações familiares e impactam o cuidado em saúde das pessoas "trans"; problematizar o cuidado em saúde para as pessoas "trans" e suas famílias, a partir da

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
**Bairro:** PACAEMBU **CEP:** 01.246-903  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.001.841

compreensão dos seus conceitos e de seus familiares, sobre família e dinâmica das relações familiares; investigar como esses conceitos se interconectam e (re)configuram o cuidado em saúde das pessoas "trans" e suas famílias; fornecer subsídios para futuras ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e educação em saúde

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são considerados mínimos e na nova versão do TCLE, referem-se a desconforto durante os procedimentos de pesquisa e possível insegurança dos pesquisados quanto à divulgação de seus nomes como participantes. Formas de contornar esses riscos foram previstas.

Benefícios: Considerando-se que a dinâmica das relações familiares das pessoas "trans" impacta nos processos saúde adoecimento-cuidado dessas pessoas, espera-se identificar de que forma esse impacto ocorre, oferecendo contribuições aos profissionais para promover um cuidado integral, equânime e universal às pessoas "trans" e suas famílias e, subsídios às Políticas Públicas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é de grande relevância social e científica, está muito bem fundamentada, tanto no que se refere ao tema, quanto a metodologia adotada. Os procedimentos guardam estreita relação com os objetivos, e são compatíveis com a proposta de um doutorado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Constam todos os termos necessários à proposta. Ainda conforme parecer anterior os pesquisadores, reviram TCLEs por procedimento, incluindo um específico para o processo de observação participante. Nas novas versões dos TCLEs por procedimento, fica claro sobre o que versará a entrevista e o grupo focal, há maior precisão quanto aos riscos e formas de saná-los

**Recomendações:**

Nada a declarar

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nada a declarar

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br



USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.001.841

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BÁSICAS DO PROJETO 827762.pdf	22/03/2017 15:29:08		Aceito
Outros	Roteiro_para_Obs_Participante.docx	22/03/2017 15:28:04	Rosana Machin Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Obs_Participante.docx	22/03/2017 15:27:28	Rosana Machin Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Grupos_Focais.doc	22/03/2017 15:27:15	Rosana Machin Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Consentimento_Entrevistas.docx	22/03/2017 15:27:03	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Outros	Resposta_Parecer_CEP.docx	22/03/2017 15:26:45	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	22/03/2017 15:26:24	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Outros	assinaturas_cadastro_protocolo_pesquisa.pdf	18/02/2017 20:43:05	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Outros	Cadastro_Protocolo_Pesquisa.pdf	18/02/2017 20:42:47	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer.pdf	18/02/2017 20:29:44	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Outros	Roteiro_para_Entrevista_Familiares_dos_usuarios.docx	18/02/2017 20:28:25	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Outros	Roteiro_para_Entrevista_Usuarios.docx	18/02/2017 20:23:10	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Outros	Roteiro_para_grupo_focal_familiares_dos_usuarios.docx	18/02/2017 20:20:21	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Outros	Roteiro_para_grupo_focal_Usuarios.docx	18/02/2017 20:19:39	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_para_coleta_de_dados.pdf	18/02/2017 20:11:42	Rosana Machin Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	18/02/2017 20:10:25	Rosana Machin Barbosa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.001.841

Não

SAO PAULO, 05 de Abril de 2017

---

**Assinado por:**  
**Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
**Bairro:** PACAEMBU **CEP:** 01.246-903  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

## ANEXO C – INDICIOS DE CALIDAD

### 1 – Certificado – I Congreso Internacional sobre Masculinidades e Igualdad

I CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE

# *Masculinidades e Igualdad*

**EN BUSCA DE BUENAS PRÁCTICAS DE  
MASCULINIDADES IGUALITARIAS  
DESDE EL ÁMBITO DE LA UNIVERSIDAD**

La Dra. Anastasia Téllez Infantes, como presidenta del Congreso, hace constar que,

**DANILO BORGES PAULINO**

ha participado con el póster “¿Nuevas Masculinidades? Las concepciones de familia de hombres transexuales y sus reflejos en la equidad de género” en la Sesión 1: La construcción sociocultural de las masculinidades. Los hombres, sus vidas y su género, en el I Congreso Internacional sobre Masculinidades e Igualdad. En busca de buenas prácticas de masculinidades igualitarias desde el ámbito de la universidad, celebrado en la Universidad Miguel Hernández de Elche los días 4, 5 y 6 de abril de 2019.

Y para que conste a los efectos que sean oportunos, firma el presente documento en Elche, a 6 de abril de 2019.



**ECULGE**  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN ECONOMÍA, CULTURA Y GÉNERO  
UNIVERSITAS Miguel Hernández

Dra. Anastasia Téllez Infantes  
Presidenta del Congreso  
Directora del grupo de investigación ECULGE  
Universidad Miguel Hernández de Elche



## 2 – Comunicación – I Congreso Internacional sobre Masculinidades e Igualdad

**Título:** ¿Nuevas Masculinidades? Las concepciones de familia de hombres transexuales y sus reflejos en la equidad de género

**Title:** New Masculinities? Family conceptions of transsexual men and their reflections on gender equity

### **Sesión Científica: SESIÓN 1 - LA CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DE LAS MASCULINIDADES. LOS HOMBRES, SUS VIDAS Y SU GÉNERO.**

**Palabras Clave:** Transexualidad ; Familia ; Masculinidad ; Salud ; Género

**Key Words:** Transsexuality ; Family ; Masculinity ; Health ; Gender

#### **RESUMEN**

A partir de una investigación etnográfica desarrollada en un servicio de salud para el cuidado de personas transexuales en Brasil identificamos las concepciones de familias de las personas transexuales usuarias del mismo. La parentalidad puede ser un recurso para empoderar la transexualidad, pudiendo tener un papel importante en el proceso social para alejar el estigma y llevar a la inclusión social. En este sentido, las concepciones de familia como proyectos (re)construyen las masculinidades transexuales a partir de la masculinidad hegemónica, heterosexual, expresada en la noción de paternidad como (res)significación moral de sus identidades. El estudio fue realizado a través de entrevistas, grupos focales y observación participante de usuarios del servicio de salud y sus familiares, entre 2017 y 2018. Se entrevistaron a 16 hombres transexuales y 5 familiares. Se destaca que los "dividendos patriarcales" se expresan en los proyectos familiares de los hombres trans, manteniendo una división no igualitaria de los roles de género, aunque sus sufrimientos hayan emergido de las nociones patriarcales de familias y masculinidades. El deseo de tener hijos parece servir para comprobar el atributo físico de la paternidad, y conseguir sostenerlos

comprobaría su atributo moral. Argumentamos que las concepciones de género reverberan en la vida de los hombres transexuales, y las emociones surgidas de los dolores de la transición acaban por condenarlos a repetir las normas de género que los violentaron. En la búsqueda de la legitimación de sus cuerpos y de la existencia como ciudadanos reproducen papeles de género, que amenazan una construcción ecuánime para hombres y mujeres transexuales, con impacto directo en sus relaciones familiares y condiciones de salud.

### **ABSTRACT**

We carried out an ethnographic study in a Brazilian healthcare service which attends transgender people. This study aimed to identify these people's concepts regarding family. Parenting can be a means of empowering transsexuality and can play an important role in the social process of moving away from stigma and towards a greater social inclusion. In this sense, conceptions of family as projects (re)construct transsexual masculinities from hegemonic, heterosexual masculinity, expressed in the notion of paternity as a moral (res)signification of their identities. The study was conducted through interviews, focus groups and participative observation of users of this health service and their relatives from 2017 to 2018. We interviewed 16 transsexual men and 5 relatives. We observed that "patriarchal dividends" are expressed in the family projects of transgender men, and lead to a continuation of the unequal division of gender roles, even though their own suffering has arisen from patriarchal notions of families and masculinities. The desire to have children appears to reinforce the physical attribute of paternity, and to be able to sustain them would prove its moral attribute. We argue that gender conceptions reverberate in the lives of transsexual men, and the emotions of transitional pain end up condemning them to repeat the gender norms that cause their own suffering. In seeking legitimacy of their bodies and existence as citizens, they reproduce the gender roles that constitute a threat to an equitable construction for transsexual men and women, with a direct impact on their family relationship and health.

## CERTIFICADO

Certificamos para os devidos fins que **Danilo Borges Paulino** apresentou o trabalho "*As famílias e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de travestis e transexuais*" no IV Simpósio dos Pós-Graduandos do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IV SIMPREV-FMUSP), na modalidade trabalho ORAL no dia 09 de dezembro de 2016.

São Paulo, 09 de dezembro de 2016.



Comissão Organizadora do IV SIMPREV  
Departamento de Medicina Preventiva  
Faculdade de Medicina - USP



Prof.ª Dra. Marcia Thereza Couto Falcão  
Coordenadora docente do IV SIMPREV  
Departamento de Medicina Preventiva  
Faculdade de Medicina - USP



São Paulo, 10 de fevereiro de 2020.

#### DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que **DANILO BORGES PAULINO** apresentou trabalho, oriundo de seu projeto de Tese de Doutorado, intitulado “As famílias e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de travestis e transexuais”, no IV Simpósio de Pós-Graduandos do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IV SIMPREV), na modalidade Apresentação Oral, em 09 de dezembro de 2016. O referido trabalho conta com a coautoria das professoras Rosana Machin e Maria Pastor Valero

**Marcia Thereza Couto Falcão**

Professora Associada  
Departamento de Medicina Preventiva  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FM USP  
Coordenadora docente do IV SIMPREV  
Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo/USP

#### **4 – Comunicación – IV SIMPREV**

**TÍTULO:** As famílias e a dinâmica de suas relações no cuidado em saúde de travestis e transexuais.

**TITLE:** Families and the dynamics of their relationships in the health care of transvestites and transsexuals.

#### **RESUMO:**

A transexualidade pode ser considerada uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero. Pesquisas sobre a população trans são normalmente limitadas ao cuidado médico dessas pessoas, em especial seu bem-estar mental. Pesquisas sociológicas acerca das pessoas trans são relativamente escassas e a maioria é direcionada a considerações teóricas acerca do gênero e como a identidade de gênero e a transição de gênero são socialmente construídas. O ambiente social e familiar no qual uma transição de gênero acontece foi no passado muitas vezes esquecido. Estudos mostraram que a população trans enfrenta taxas significativamente altas de desemprego, discriminação no mundo do trabalho, situações de ausência de moradia e assédio em ambiente de trabalho. Essas experiências aumentam muito em qualidade (fazendo referência ao sofrimento) e quantidade quando são enfrentadas juntas à rejeição familiar. Assim, mostra-se o quão necessário se torna compreender e trabalhar com as famílias trans no âmbito do cuidado atualmente, compreendendo as pessoas trans em sua integralidade, promovendo saúde e prevenindo agravos a partir da perspectiva da determinação social do processo saúde-doença-cuidado. O objetivo desta pesquisa é compreender a construção de sentidos de família de pacientes travestis e transexuais em atendimento em um ambulatório de saúde voltado a travestis e transexuais de uma cidade de porte médio, identificando como as construções dos sentidos de família (re)configuram a dinâmica das relações familiares bem como impacta o



cuidado em saúde das pessoas trans. O percurso metodológico escolhido para desenvolver essa pesquisa é a etnografia. Nos estudos com família, essa abordagem permite a apreensão do caráter multidimensional dos fenômenos estudados, bem como consegue captar diferentes significados de experiências vividas, falas e comportamentos interligados ao contexto. A pesquisa de campo utilizará os seguintes procedimentos que acompanham esse método: pesquisa de campo – fontes primárias – diário de campo, observação participante, entrevistas, grupos focais e levantamento de dados secundários.

**Palavras-chave:** Relações Familiares ; Pessoas Transgênero ; Cuidado em Saúde

**ABSTRACT:**

Transsexuality can be considered as an identity experience, characterized by the conflict with gender social standards. Research on trans people is usually limited to the medical care of these people, especially their mental well-being. Sociological research on transgender people is relatively scarce, and most are directed at theoretical considerations about gender and how gender identity and gender transition are socially constructed. The social and family environment in which a gender transition takes place was in the past often overlooked. Studies have shown that trans people face significantly high rates of unemployment, discrimination in the workplace, homelessness and harassment in work environment. These experiences increase greatly in quality and quantity when faced together with family rejection. Thus, it is shown how necessary it becomes to understand how trans' families functionate in the scope of care today, understanding trans people in their integrality, promoting health and preventing injuries from the perspective of social determination in health/sickness/care processes. The objective of this research is to understand the construction of family meanings of transvestite and transsexual

patients under care in a health clinic for transvestites and transsexuals in a medium sized city, identifying how the constructions of the family senses (re)configure the dynamics of family relationships as well as impacts health care of transgender people. The methodological path chosen to develop this research is ethnography. In family studies, this approach allows the apprehension of the multidimensional character of the studied phenomena, as well as allowing to capture different meanings of lived experiences, speeches and behaviors interconnected to the context. Field research will use the following procedures that accompany this method: field research - primary sources - field diary, participant observation, interviews, focus groups and secondary data collection.

**Key Words:** Family Relations ; Transgender Persons ; Health Care Quality, Access, and Evaluation.

## 7.0 REFERÊNCIAS

Almeida AS. *Vidas em espera: uma etnografia sobre a experiência do tempo no processo transexualizador* [dissertação]. Goiânia: Faculdade Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás; 2018.

Almeida Filho N, Jucá V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciênc. saúde coletiva*. 2002;7(4):879-89.

Almeida G. 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades?. *Rev. Estud. Fem.* 2012;20(2):513-23.

Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 1996;11(1):11-8.

Anzaldúa G. La consciência de la mestiza / rumo a uma nova consciência. *Rev. Estud. Fem.* 2005;13(3):704-19.

Arán M. A Transexualidade e a Gramática Normativa do Sistema Sexo-Gênero. *Ágora*. 2006;9(1):49-63.

Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(4):1141-9.

Aureliano W. Políticas públicas, gênero e moralidades. *Hist. Ciênc. Saúde*. 2019;26(3):1058-60.

Ayres JRC. A. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):16-29.

Baker K, Beagan B. Making assumptions, making space: an anthropological critique of cultural competency and its relevance to queer patients. *Med Anthropol Q*. 2014;28(4):578-98.

Balzer C, Lagata C, Berredo L. *2,190 murders are only the tip of the iceberg – an introduction to the Trans Murder Monitoring project*. TMM annual report 2016. Berlin: TvT Publication Series; 2016. 14v.

Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

Barbosa BC. Doidas e putas: uso das categorias travesti e transexual. *Sex Salud Soc*. 2013;(14):352-79.

- Barros NF. *As ciências sociais na educação médica*. São Paulo: Hucitec; 2016.
- Batistella C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca AF, Corbo AMD'A. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p.25-49.
- Benedetti M. *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
- Bento B. A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. *Bagoas*. 2009;3(4):95-112.
- Bento B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
- Bento B. As famílias que habitam “a família”. *Soc. e Cult.* 2012;15(2):275-83.
- Bento B. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. *Contemporânea*. 2014;4(1):165-82.
- Bento B. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense; 2008.
- Bento B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciên. saúde coletiva*. 2012;17(10):2655-64.
- Bento B, Pelúcio L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Rev. Estud. Fem.* 2012;20(2):569-81.
- Bertaux D, Kohli M. The life history approach: a continental view. *Ann. Rev. Sociol.* 1984;10:215–37.
- Bhabha H. *O local da cultura*. 2 ed. Belo Horizonte: UFMG; 2013.
- Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. *Am J Public Health*. 2013;103(5):943–51.
- Böing E, Crepaldi MA, More CLOO. Pesquisa com famílias: aspectos teórico-metodológicos. *Paidéia*. 2008;18(40):251-66.
- Boltanski L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
- Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*. 1977;44:542-73.
- Borba R. *O (des)aprendizado de si: transexualidades, interação e cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016a.

Borba R. Receita para se tornar um "transexual verdadeiro": discurso, interação e (des)identificação no processo transexualizador. *Trab Ling Aplic.* 2016b;55(1):33-75.

Borba R, Ostermann AC. Gênero limitado: a construção discursiva da identidade travesti através da manipulação do sistema de gênero gramatical. *Rev. Estud. Fem.* 2008;16(2):409-32.

Bourdieu P. À propos de la famille comme catégorie réalisée. *Actes de la recherche en sciences sociales.* 1993;100(1):32-6.

Bourdieu P. Objetificação participante. Tradução de Mauro Guilherme Pinheiro Koury. *RBSE.* 2017;16(48):73-86.

Brah A. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cad. Pagu.* 2006;(26):329-76.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Protocolo nº. 1.529/79. Parecer consulta de 31/03/1980. Assunto: transexualismo. 1980 31 mar. Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1980/3\\_1980.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1980/3_1980.htm)>. Acesso em 23 out 2019.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.482 de 19 de setembro de 1997. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1997 19 set: 20.944.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.265 de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2020 9 jan.; Secção 1: 96.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF). 1990 20 set.

Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2ª ed. Brasil: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília (DF). 2017 22 set.; Secção 1:69.

Brasil. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de Saúde integral da População negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

Brasil. Portaria n. 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine a amplia o Processo Transsexualizador no SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF). 2013c 19 de nov.; Seção1:25.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e travestilidade na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Budge SL, Orovecz JJ, Thai JL. Trans men's positive emotions: The interaction of gender identity and emotion labels. *The Counseling Psychologist*. 2015;43:404–34.

Butler J. Los cuerpos que importan. In: Butler J. (org.). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós; 2002.

Butler J. O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cad. Pagu*. 2003a;(21):219-60.

Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016.

Butler J. Regulações de gênero. *Cad. Pagu*. 2014;(42):249-74.

Butler J. Sujeitos do sexo/gênero/desejo. In: Butler J. (org.). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2003b.

Butler J. *Undoing gender*. New York: Routledge; 2004.

Cairus HF, Ribeiro Junior WA. *Textos Hipocráticos: o Doente, o Médico e a Doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.

Carsten J. *Cultures of relatedness - new approaches to the study of kinship*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.

Contatore OA, Malfitano APS, Barros NF. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface: Comunic, Saúde, Educ.* 2017;21(62):553-63.

Carvalho EC. "Eu quero viver de dia" - Uma análise da inserção das transgêneros no mercado de trabalho. In: Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero VII, p. 1-8, 2006, Florianópolis. *Anais eletrônicos...* Florianópolis: UFSC, 2006. Disponível em: <[www2017.eventos.dype.com.br/fg7/artigos/E/Evelyn\\_Carvalho\\_16.pdf](http://www2017.eventos.dype.com.br/fg7/artigos/E/Evelyn_Carvalho_16.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2016.

Carvalho M, Carrara S. Em direito a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad.* 2013;(14):319-51.

Carvalho M. Travesti", "mulher transexual", "homem trans" e "não binário": interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas. *Cad. Pagu.* 2018;(52):33-67.

Carvalho MFL. *Que mulher é essa?: identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais [dissertação]*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.

Cecilio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Matos RA (Org.), *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco; 2001. p. 113-26.

Charmaz K. *Constructing Grounded Theory* (2nd ed.). London: Sage; 2014.

Chehuen Neto JA, Fonseca GM, Brum IV, Santos JLCT, Rodrigues TCGF, Paulino KR, Ferreira RE. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015;20(6):1909-16.

Clements K, Katz M, Marx R. *The transgendercommunity health project: Descriptive results*. San Francisco: San Francisco Department of PublicHealth; 1999.

Connell R. *Masculinities: knowledge, power and social change*. Berkeley: University of California Press; 1995.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 553, de 09 de agosto de 2017. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF). 15 jan. 2018; Seção 1:41-4.

Couto MT, Dantas SMV. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. *Saúde soc.* 2016;25(4):857-68.

Cúnico SD, Arpini DM. A família em mudanças: desafios para a paternidade contemporânea. *Pensando famílias*. 2013;17(1):28-40.

Das V. Gênero e identidade: mapeando as questões. In: Sallum-JrB, Schwarcz LM, Vidal D, Catani A (Orgs.). *Identidades*. São Paulo: Edusp; 2016.

Denzin NK. *The Research Act*. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1989.

Dias RCP. Resenha: modernidade e identidade. *Psicol. Soc.* 2005;17(3):87-8.

Di Ceglie D, Thümmel EC. An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2006;11(1):387-96.

Dierckx M, Motmans J, Mortelmans D, T'sjoen G. Families in transition: a literature review. *International Review of Psychiatry*. 2016;28(1):36-43.

Dierckx, J, Mortelmans, D, Motmans, J. Role ambiguity and role conflict among partners of trans people. *Journal of Family Issues*. 2019;40(1):85-110.

Douglas M. *Pureza e Perigo*. Lisboa: Edições 70; 1966.

Duarte LFD. *Da Vida Nervosa* (nas classes trabalhadoras urbanas). Rio de Janeiro: Zahar/CNPq; 1986.

Duarte LFD. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciê. saúde coletiva*. 2003;8(1):173-83.

Duque T. Montagens e desmontagens: vergonha, estigma e desejo na construção das travestilidades na adolescência [dissertação]. São Carlos: Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos; 2009.

Ehrensaft D. Boys will be Girls, Girls will be Boys - Children Affect Parents as Parents Affect Children in Gender Nonconformity. *Psychoanalytic Psychology*. 2011;28(4):528-48.

Elias N. *O Processo Civilizador: Uma história dos costumes*. Tradução de Ruy Jungman. 2. ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1994.

Ferreira J. O Corpo Sínico. In: Alves PC, Minayo MCS (Orgs.). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1994.

Flick U. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Fonseca C. Amor e Família: vacas sagradas da nossa época. In: Ribeiro I, Ribeiro ACT (Orgs.). *Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Loyola; 1995. p. 69-89.



Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde Soc.* 2005;14(2):50-9.

Fonseca C. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. In: Althoff CR, Elsen I, Nitscke RG (Orgs.). *Pesquisando a família: Olhares contemporâneos*. Florianópolis: Papa-Livro; 2004. p. 55-68.

Foster DW. Consideraciones sobre el estudio de la heteronormatividade en la literatura latinoamericana. *Letras: literatura e autoritarismo.* 2001;22(1):49-53.

Foucault M. *Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1987.

Foucault M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2015.

Foucault M. *Vigiar e punir – o nascimento das prisões*. 42. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2014.

Freire EC, Araújo FCA, Souza AC, Marques D. A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros. *Saúde em Debate.* 2013;37(98):477-84.

Galán JIP. *Entender la diversidad familiar*. Relaciones homosexuales y nuevos modelos de familia. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2009.

Georges I, Santos YG. As “novas” políticas sociais brasileiras na saúde e na assistência: uma produção local do serviço e das relações de gênero. Belo Horizonte: Fino Traço; 2016.

Giammattei SV. Beyond the Binary: Trans-Negotiations in Couple and Family Therapy. *Fam. Process.* 2015;54(3):418-34.

Giddens A. *Modernidade e Identidade*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2002.

Giovanardi G, Vitelli R, Vergano CM, Fortunato A, Chianura L, Lingardi V, Speraza AM. Attachment patterns and complex trauma in a sample of adults diagnosed with gender dysphoria. *Frontiers in Psychology.* 2018;9:1-13.

Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company; 1967.

Goffman E. *Estigma*. São Paulo: LTC; 2004.

Gold R. Roles in Sociological Field Observations. *Social Forces.* 1958;36(1):217-23.

GrantJM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*,

Executive Summary. Washington: National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Taskforce; 2011.

Grossman AH, D'Augelli AR, Howell TJ, Hubbard S. Parents' reactions to transgender youth's gender nonconforming expression and identity. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*. 2005;18(1):3-16.

Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*. 2006;18(1):59-82.

Hall S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Lamparina; 2015.

Hall S. *Da diáspora: identidades e mediações culturais*. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG; 2013.

Hatchel T, Polanin JR, Espelage DL. Suicidal Thoughts and Behaviors Among LGBTQ Youth: Meta-Analyses and a Systematic Review. *Archives of Suicide Research*. 2019;10:1-37.

Hernán M, Lineros C, Morgan A. Los activos para la salud personales, familiares y comunitarios. In: Hernán M, Morgan A, Mena AL. *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. 2010. p.15-26.

Hines S. Intimate transitions: Transgender practices of partnering and parenting. *Sociology*. 2006;40:353-71.

Hines S. (Trans)forming gender: Social change and transgender citizenship. *Sociological Research Online*. 2007;12(1):1-14.

Jaffee KD, Shires DA, Stroumsa D. Discrimination and Delayed Health Care Among Transgender Women and Men: Implications for Improving Medical Education and Health Care Delivery. *Medical Care*. 2016;54(11):1010-6.

James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality, 2016.

Johnson SL, Benson KE. 'It's always the mother's fault': Secondary stigma of mothering a transgender child. *Journal of GLBT Family Studies*. 2014;10(1):124-44.

Katz-Wise SL, Bugde SL, Fugate E, Flanagan K, Touloumtzis C, Rood B, Perez-Brumer A, Leibowitz S. Transactional Pathways of Transgender Identity Development in Transgender and Gender Nonconforming Youth and Caregivers from the Trans Youth Family Study. *Int J Transgend*. 2017a;18(3):243-63.

Katz-Wise SL, Bugde SL, Orovecz JJ, Nguyen B, Nava-Coulter B, Thomson K. Imagining the future: Perspectives among youth and caregivers in the Trans Youth Family Study. *J Couns Psychol.* 2017b;64(1):26–40.

Kofes S. Experiências sociais, interpretações individuais: histórias de vida, suas possibilidades e limites. *Cad. Pagu.* 1994;(3):117-41.

Kuvalanka KA, Weiner JL, Mahan D. Child, family, and community transformations: Findings from interviews with mothers of transgender girls. *Journal of GLBT Family Studies.* 2014;10(1):354-79.

Laplantine F. *A descrição etnográfica.* Tradução de João Manuel Ribeiro Coelho e Sergio Coelho. São Paulo: Terceira Margem; 2004.

Laqueur T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud.* Rio de Janeiro: Relume-Dumarã; 2001.

Le V, Arayasirikul S, Chen Y-H, Jin H, Wilson EC. Types of social support and parental acceptance among transfemale youth and their impact on mental health, sexual debut, history of sex work and condomless anal intercourse. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(3Suppl2):20781.

Leite Junior J. *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico.* São Paulo: Annablume – FAPESP; 2011.

Lev Al. *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families.* New York: The Haworth Clinical Practice Press; 2004.

Lévi-Strauss C. La familia. In: Velasco HM (Compilador). *Lecturas de Antropología Social y Cultural.* La Cultura y Las Culturas. 3ª ed. Madrid: UNED; 2010. p.195-222.

Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in Public Health development. *Health Promot Int.* 2006;21(3):238-44.

Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS. *Physis.* 2009;19(1):43-63.

Lionço, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc.* 2008;17(2):11–21.

Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: Transgender experiences with violence and discrimination. *J Homosex.* 2001;42(1)89-101.

Longaray DA, Ribeiro PRC. Travestis e transexuais: corpos (trans)formados e produção da feminilidade. *Rev. Estud. Fem.* 2016;24(3):761-84.

Louro GL. *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2013.

Loyola MA. *Médicos e curandeiros - conflito social e saúde*. São Paulo: Difel; 1984.

Machado, LZ. Famílias e individualismo: tendências contemporâneas no Brasil. *Interface: Comunic, Saúde, Educ*. 2001;4(8):11-26.

Machin R. Homoparentalidade e adoção: (re)afirmando seu lugar como família. *Psicol. Soc*. 2016;28(2):350-9.

Machin R. Sharing motherhood in lesbian reproductive practices. *BioSocieties*. 2014;9(1):42-59.

Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, Valença OA, Pinheiro TF. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(11):4503-12.

Malpas J. Between pink and blue: A multi-dimensional family approach to gender nonconforming children and their families. *Family Process*. 2011;50(1):453-70.

Mason-Schrock D. Transsexuals' narrative construction of the 'true self'. *Social Psychology Quarterly*. 1996;59(3):176–92.

McNair RP, Hegarty K. Guidelines for the primary care of lesbian, gay, and bisexual people: a systematic review. *Ann Fam Med*. 2010;8(6):533-41.

Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex salud soc*. 2011;(9):7-28.

Menvielle EJ, Tuerl C, Jellinek MS. A support group for parents of gender-nonconforming boys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(1):1010-3.

Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

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.

Monzeli GA. *Em casa, na pista ou na escola é tanto babado: espaços de sociabilidade de jovens travestis [dissertação]*. São Carlos: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos; 2013.

Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*. 2007;(Suppl. 2):17-22.

Morse JM. Underlying ethnography. *Qualitative Health Research*. 2016;26(7):875-6.

Mota A, Machin R. Corpo e medicina: um encontro de (im)possíveis? Relato de um curso de extensão. *Rev Med*. 2018;97(4):415-21.

Motmans J, Nieder TO, Bouman WP. Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *Int J Transgend*. 2019;20(2-3):119-25.

Muller MI, Knauth DR. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado'! *Cadernos EBAPE*. 2008;6(2):1-14.

Oliveira EM, Oliveira JF, Porcino C, Campos LCM, Reale MJOU, Souza MRR. "Corpo de homem com (tre)jeitos de mulher?": imagem da travesti por enfermeiras. *Interface: Comunic, Saúde, Educ*. 2019;23:e170562, 2019.

Oliveira FJA. Concepções de Doenças: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: Duarte LFD, Leal OF (Orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1998. p.81-94.

Oliveira L. *Os sentidos da aceitação: família e orientação sexual no Brasil contemporâneo (tese)*. Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013.

Oliveira MB, Grossi MP. A invenção das categorias travesti e transexual no discurso científico. *Rev. Estud. Fem*. 2014;22(2):699-701.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Carta de Ottawa*. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: Organização Mundial da Saúde; 1986. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 03 jan. 2020

Pareja JMD, Guerra FF, Vieira SR, Teixeira KMD. A produção do espaço e sua relação no processo de saúde - doença familiar. *Saúde Soc*. 2016;25(1):133-44.

Patterson CJ. Children of lesbian and gay parents. *Current Directions in Psychological Science*. 2006;15(1):241-4.

Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods* (3<sup>rd</sup>edn). London: SAGE; 2001.

Paulino DB, Rasesa EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface: Comunic, Saúde, Educ*. 2019;23:e180279.

Pelúcio L. Travestis, a aids e o modelo oficial preventivo: uma etnografia dos cuidados em saúde de um grupo de trabalhadores do sexo. In: *Anais do XVIII Encontro Anual ANPOCS*. Caxambu, Minas Gerais; 2004. p.1-30.

Pelúcio L. “Toda quebrada na Plástica” – Corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. *Campos*. 2005a;6(1-2):97-112.

Pelúcio L. Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. *Saúde soc*. 2011;20(1):76-85.

Pelúcio L. Na noite nem todos os gatos são pardos: notas sobre a prostituição travesti. *Cad. Pagu*. 2005b;25:217-48.

Pelúcio L. *Nos nervos, na carne, na pele*: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS [tese]. São Carlos:Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de São Carlos; 2007.

Peres WS. *Subjetividade das travestis brasileiras*: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2005.

Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(5):1509-20.

Prado MAM. *Ambulare*. – Belo Horizonte (MG): PPGCOM UFMG; 2018.

Raimondi GA. *Saúde da população “trans”*: uma revisão sistemática da produção teórica brasileira [dissertação]. Uberlândia: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia; 2016.

Raimondi GA, Paulino DB, Hattori WT, Limirio Junior V, Silva VMOL, Zaidhalf S. Ensinoaprendizagem de Gênero e Sexualidade em um Curso de Medicina no Brasil: promovendo o Cuidado Integral em Saúde e os Direitos Humanos. *Rev. bras. educ. med*. 2019a;43(2):130-42.

Raimondi GA, Teixeira FB, Moreira C, Barros, NF. *Corpos (Não) Controlados*: Efeitos dos Discursos sobre Sexualidades em uma Escola Médica Brasileira. *Rev. bras. educ. med*. 2019b;43(3):16-26.

Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. A paternidade e a parentalidade como questões de saúde frente aos rearranjos de gênero. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(11):3589-98.

Riggs DW, Due C. Support experiences and attitudes of Australian parents of gender variant children. *J Child Fam Stud*. 2015;24:1999–2007.

Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M, García-Moya I. Análisis del modelo salutogénico y del sentido de coherencia: retos y expansión de un enfoque

positivo de la salud y el desarrollo. In: Hernán M, Morgan A, Mena AL. *Formación en salutogénesis y activos para la salud*; 2010. p.27-46.

Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciêns saúde coletiva*. 2016;21(8):2517-25.

Rocon PC, Silva AI, Sodré F. Diversidade de g nero e Sistema  nico de Saúde: uma problematiza o sobre o processo transexualizador. *Ser Social*. 2018;20(43):432-48.

Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A, Barros MEB, Pinto GSS, Roseiro MCFB. Vidas após a cirurgia de redesigna o sexual: sentidos produzidos para g nero e transexualidade. *Ciên saúde coletiva*. 2020;25(6):2347-56.

Rocon PC, Sodré F, Rodrigues A, Barros MEB, Wandekoben KD. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema  nico de Saúde. *Interface: Comunic, Saúde, Educ*. 2019;23:e180633.

Rocon PC, Zamboni J, Sodré F, Rodrigues A, Roseiro MCFB. (Trans)forma es corporais: reflexões sobre saúde e beleza. *Saúde soc*. 2017;26(2):521-32.

Romano VF. As Travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde Soc*. 2008;17(2):211-19.

Ross-Reed DE, Reno J, Pe alozza L, Green D, FitzGerald C. Family, School, and Peer Support are associated with rates of violence victimization and self-harm among Gender Minority and Cisgender Youth. *J Adolesc Health*. 2019;65(6):776-83.

Roudinesco E. *A Família em desordem*. Tradu o de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2003.

Russell ST, Pollitt AM, Li G, Grossman AH. Chosen Name Use is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation and Behavior among Transgender Youth. *J Adolesc Health*. 2018;63(4):503-5.

Ryan C, Russel ST, Huebner D, Diaz R, Sanchez J. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2010;23(4):205-13.

Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic wellbeing. *Annual Review of Psychology*. 2001;52:141-66.

Sampaio JV, Germano IMP. "Tudo   sempre de muito!": produ o de saúde entre travestis e transexuais. *Rev. Estud. Fem*. 2017;25(2):453-72.

Sampaio LLP, Coelho MTAD. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. *Interface: Comunic, Saúde, Educ.* 2012;16(42):637-49.

Sander V. Patologização das travestilidades: entre a doença nos manuais e a saúde no cotidiano travesti. *Revista Três Pontos.* 2012;9(2):37-44.

Sander V, Oliveira L. “Tias” e “novinhas”: envelhecimento e relações intergeracionais nas experiências de travestis trabalhadoras sexuais em Belo Horizonte. *Soc Cult.* 2016;19(2):69-81.

Sarti CA. “Deixarás pai e mãe”: notas sobre Lévi-Strauss e a família. *Revista AntHropológicas.* 2005;16(1):31-52.

Sarti CA. *A família como espelho.* Um estudo sobre a moral dos pobres. 7ª ed. São Paulo: Cortez; 2011. Cap. 3, p.55-86: A família como universo moral.

Sarti CA. A família como ordem simbólica. *Psicol. USP.* 2004;15(3):11-28.

Schilt K, Westbrook L. Doing gender, doing heteronormativity: “Gender normals,” transgender people, and the social maintenance of heterosexuality. *Gender & Society.* 2009;23:440–64.

Schrader A. *Introdução à Pesquisa Social Empírica.* Porto Alegre: Globo; 1987.

Schwartz M, Schwartz CG. Problems in Participant Observation. *American Journal of Sociology.* 1955;60(4):343-53.

Scliar M. História do Conceito de Saúde. *Physis.*2007;17(1):29-41.

Scott J. A Invisibilidade da Experiência. *Projeto História.* 1998;(16):297-325.

Scott J. Gender: Still a useful category of analysis? *Diogenes.* 2010;57(1):7–14.

Setton MGJ. A teoria do “habitus” em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Rev. Bras. Educ.* 2020;(20):60-70.

Shiffman M, Vanderlaan DP, Wood H, Zucker KJ. Behavioral and emotional problems as a function of peer relationships in adolescents with gender dysphoria: a comparison with clinical and nonclinical controls. *Psychol. Sex. Orientat. Gend. Divers.* 2016;3(1):27–36.

Short E, Riggs DW, Perlesz A, Brown R, Kane G. *Lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) parented families: A literature review prepared for the Australian Psychological Society.* Melbourne: Australian Psychological Society; 2007.



Silva LKM, Silva ALMA, Coelho AA, Martiniano CS. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis*. 2017;27(3):835-46.

Silva LMV. Saúde e espaço social. In: Passos R. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p.180-200.

Silva RGLB, Bezerra WC, Queiroz SB. Os impactos das identidades transgênero na sociabilidade de travestis e mulheres transexuais. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2015;26(3):364-72.

Simons L, Schrage SM, Clark LF, Belzer M, Olson J. Parental support and mental health among transgender adolescents. *J. Adolesc. Health*. 2013;53(6):791-3.

Simpson K. Transexualidade e travestilidade na saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. p.9-16.

Sousa JA, Rocha TMAC, Barros CRS. Prevalência de Discriminação na Vida, entre Travestis, Transexuais e Transgêneros. *Cadernos de Gênero e Diversidade*. 2018;4(1):43-65.

Souza MHT, Signorelli MC, Coviello DM, Pereira PPG. Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciêns saúde coletiva*. 2014;19(7):2277-86.

Strathern M. *O efeito etnográfico*. São Paulo: Cosac Naify; 2014.

Strathern M. *Parentesco, direito e o inesperado: parentes são sempre uma surpresa*. São Paulo: Unesp; 2015.

Teixeira FB. (Re)encontrando Berenice Bento: uma década de afetações\*. *Cad Pagu*. 2016;48:e164818.

Teixeira FB. *Dispositivos de dor: saberes-poderes que (con)formam as transexualidades*. São Paulo: Annablume, FAPESP; 2013.

Teixeira FB. Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. *Rev. Estud. Fem.* 2012;20(2):501-12.

Teixeira FB, Paulino DB, Raimondi GA, Crovato CAS, Prado MAM. Entre o segredo e as possibilidades do cuidado: (re)pensando os silêncios em torno das narrativas das travestis sobre HIV/AIDS. *Sex Salud Soc*. 2018;(29):373-88.

Teixeira FB, Raimondi GA, Paulino DB, Feibelmann TM, Ribeiro CT, Crovato CAS, Araújo JR, Prado MAM. Políticas Públicas e o Cuidado Integral em Saúde para os Homens Trans: disputas, ausências e desafios. In: Araújo JS,

Zago MMF (Orgs.). *Pluralidade Masculina: contribuições para pesquisa em saúde do homem*. Curitiba: CRV; 2019. p.383-407.

Thoma BC, Salk RH, Choukas-Bradley S, Goldstein TR, Levine MD, Marshal MP. Suicidality Disparities Between Transgender and Cisgender Adolescents. *Pediatrics*. 2019;144(5):e20191183.

Tran V-T, Porcher R, Tran V-C, Ravaud P. Predicting data saturation in qualitative surveys with mathematical models from ecological research. *J Clin Epidemiol*. 2017;82:71-8.

Tronto JC. "Mulheres e Cuidados: O que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso?". In: Jaggar AM, Bordo SR (Orgs.). *Gênero, Corpo, Conhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1997. p.186-203.

Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, Keuroghlian AS. Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. *JAMA Psychiatry*. 2019;11:1-9.

Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(4):497-504.

Vale de Almeida M. *Senhores de Si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Etnográfica Books; 2018.

Veldorale-Griffin A, Darling CA. Adaptation to Parental Gender Transition: Stress and Resilience Among Transgender Parents. *Arch Sex Behav*. 2016;45(3):607-17.

Velho G. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar; 2008. Cap. 3; p.55-64: Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea.

Vergueiro V. *Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade* [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015.

Vigoya MV. Contemporary Latin American perspectives on masculinity. *Men and Masculinities*. 2001;3(3):237-60.

Weston K. *Families we choose: Lesbians, gays, kinship*. New York: Columbia University Press; 1991.

Whitley CT. Trans-kin undoing and redoing gender: Negotiating relational identity among friends and family of transgender persons. *Sociological Perspectives*. 2013;56:597-621.

Willging C, Gunderson L, Shattuck D, Sturm R, Lawyer A, Crandall C. Structural competency in emergency medicine services for transgender and gender non-conforming patients. *Soc Sci Med*. 2019;222:67-75.

Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, Wylie K. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet*. 2016;388:390-400.

Woodward K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Silva TTS (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes; 2012. p.7-72.

World Health Organization (WHO). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO; 1946. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2019

World Health Organization (WHO). *International classification of diseases*. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>. Acesso em: 04 nov. 2019

Wren B. 'I can accept my child is transsexual but if I ever see him in a dress I'll hit him': dilemmas in parenting a transgendered adolescent. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2002;7(3):377-97.

Xavier J, Bradford JB, Hendricks M, Hannold JA. Transgender Health Care Access in Virginia: A Qualitative Study. *Int J Transgend*. 2013;14(1)3-17.

Yazbek MC. *Classes Subalternas e Assistência Social*. São Paulo: Cortez; 2018.

Yin RK. *Pesquisa Qualitativa do Início ao Fim*. Porto Alegre: Penso; 2010.

Zambrano E. "*Nós também somos família*": estudo sobre a parentalidade homossexual, travesti e transexual [tese]. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

Zambrano E. Parentalidades "impensáveis": pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horiz. antropol*. 2006;12(26):123-47.

Zambrano E. *Trocando os documentos*: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo [dissertação]. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.

## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

**PASSO 01:** Apresentação do pesquisador e da pesquisa aos(às) usuários(as) do serviço e seus/suas familiares. Apresentar às pessoas (usuários(as) e familiares) a observação participante como método de pesquisa, buscando sua autorização para acompanhar os(as) atendimentos no serviço de saúde.

**PASSO 02:** Obter o consentimento através do TCLE.

**Obs.:** Durante as atividades de observação participante da pesquisa, não haverá gravações em áudio e/ou vídeo e todos os ocorridos relevantes para a pesquisa serão registrados pelo pesquisador responsável no seu diário de campo, tão logo termine a observação.

### **ASPECTOS QUE SERÃO OBSERVADOS PELO PESQUISADOR DURANTE A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

- Observar a organização do espaço: disposição das cadeiras; presença de outros mobiliários/eletrodomésticos e como eles se inserem no ambiente em questão; disposição das pessoas; disposição da equipe de recepção do ambulatório; disposição de outros(as) usuários(as) naquele espaço.
- Observar as características de cada pessoa, incluindo sua vestimenta, gestos e comportamento não-verbal.
- Observar as interações entre as pessoas.
- Observar como as pessoas *trans* e seus familiares lidam com a dinâmica de funcionamento do serviço.
- Observar as ações que estão ocorrendo, humanas ou mecânicas.
- Observar as circunstâncias físicas, incluindo sinais sonoros e visuais

- Observar assuntos que emergem e são discutidos (ou não) nos espaços de cuidado do serviço entre as pessoas *trans*, seus familiares, e/ou outros usuários e/ou membros da equipe daquele serviço.
- Observar a interação entre a(s) pessoa(s) *trans* atendida(s) e seu(s) familiar(es); como eles se relacionam no cuidado em saúde.
- Observar as demandas trazidas pelas pessoas *trans* e suas relações com as dinâmicas de suas relações familiares.

## APÊNDICE B – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS COM USUÁRIOS(AS) DO SERVIÇO

### DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A):

Idade:
Profissão:
Religião:
Renda individual/familiar (em salários mínimos):
Cor/Raça/Etnia (auto referida):
Naturalidade:
Tempo de moradia neste local:
Como você se identifica (Identidade de Gênero)?
Mora com quem? Há quanto tempo?

Data:	Hora início:	Hora encerramento:
Nome do/a Entrevistador(a):		

### **BLOCO 01: *Performances trans***

- 1) Conte-nos um pouco da sua história. Como foi, para você, o seu relacionamento com a sua identidade *trans*?
- 2) Quando você se lembra da sua infância e adolescência, qual memória relacionada à sua família te vem à mente? Fale mais sobre isso.

### **BLOCO 02: *Família e performances trans***

- 3) O que é família para você?
- 4) Quem é sua família hoje?
- 5) Tem filhos(as) ou esposo(a)?
- 6) Como é a relação com a sua família de origem hoje?
- 7) Como foi lidar com a transexualidade em relação à sua família?
- 8) Quais foram as dificuldades?

- 9) Quais foram as facilidades?
- 10) Você considera que sua família te aceita? Por quê?
- 11) Você considera que sua família te apoia? Por quê?
- 12) Você e sua família conversam sobre ser *trans*? Fale mais sobre isso.
- 13) Você e sua família conversam sobre seu cuidado em saúde? Fale mais sobre isso.
- 14) Você gostaria que algo dessa experiência tivesse sido diferente?
- 14.1) Se sim, o quê? Se não, por quê?

### **BLOCO 03: A família e o cuidado em saúde da população trans**

- 15) O que é saúde para você?
- 16) Na sua opinião, há relação entre saúde e família?
- 16.1) Se sim, qual? Se não, por quê?
- 17) Há quanto tempo está em atendimento neste serviço?
- 18) Habitualmente vem às consultas acompanhado(a)?
- 18.1) Em caso afirmativo, de quem? Em caso negativo, gostaria de vir acompanhado(a)? Fale mais sobre isso.
- 19) Para você, qual é o papel da família no cuidado em saúde das pessoas?
- 20) E em relação a você, qual é o lugar da família no seu cuidado em saúde?
- 21) Quais são as dificuldades que você identifica nesse processo?
- 22) Quais são as aproximações que você identifica nesse processo?
- 23) Conte alguma situação que você viveu relacionada a saúde/adoecimento/cuidado na qual a presença ou ausência da sua família foi importante.

24) Conte como é a sua relação com o serviço de saúde. Quais experiências no cuidado em saúde (atenção primária, atenção secundária/terciária) você gostaria de compartilhar?

**BLOCO 04: *Perspectivas futuras***

25) Como você se vê daqui a cinco anos?

26) E como você se vê nesse mesmo período em relação à sua família?

**BLOCO 05: *Finalizando***

27) Existe algo relacionado ao tema dessa pesquisa/entrevista que eu não tenha perguntado e que você gostaria de falar a respeito?

28) Como foi para você, participar desta entrevista?

**Obrigado por participar!**



## APÊNDICE C – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS COM FAMILIARES DOS(AS) USUÁRIOS(AS) DO SERVIÇO

### DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A):

Idade:	Gênero (auto referido):
Profissão:	
Religião:	
Renda familiar/individual (em salários mínimos):	
Cor/raça/etnia (auto referida):	
Naturalidade:	
Tempo de moradia neste local:	
Qual o seu grau de parentesco com a pessoa <i>trans</i> atendida neste serviço?	
Há quanto tempo ele(a) está em atendimento neste serviço?	
Habitualmente você o(a) acompanha nas consultas?	
Ele(a) mora com você?	
Existe mais alguém na sua família que também é <i>trans</i> ?	
Como você se identifica (identidade de gênero)?	

Data:	Hora início:	Hora encerramento:
Nome do/a Entrevistador(a):		

### BLOCO 01: *Performances trans*

- 1) Você sabe o que é ser *trans*? Fale mais sobre isso.
- 2) Conte-nos um pouco da sua história. Como é, para você, o seu relacionamento com o(a) (nome da pessoa *trans*) atendida neste serviço?
- 3) Você tem alguma lembrança ou conhecimento da infância ou adolescência dele(a), relacionada à ele(a) e sua família?
- 4) Como foi para ele(a) compartilhar com você e/ou sua família essa situação? Fale mais sobre isso.
- 5) Você conversa com ele(a) sobre ser *trans*?
- 6) O cuidado em saúde dele(a) é algo que te desperta interesse? Por quê?
- 7) Você gostaria que algo dessa experiência tivesse sido diferente?
  - 7.1) Se sim, o quê? Se não, por quê?

8) Como é a relação dele(a) com você e/ou sua família hoje?

9) Se você soubesse que uma família soube que um de seus membros é *trans*, o que você diria para eles(as), a partir das suas vivências e aprendizados?

### **BLOCO 02: A família e o cuidado em saúde da população trans**

10) O que é saúde para você?

11) O que é família para você?

12) Na sua opinião, há relação entre saúde e família?

13.1) Se sim, qual? Se não, por quê?

14) Para você, qual é o papel da família no cuidado em saúde das pessoas?

15) E em relação às pessoas *trans*, qual é o papel da família no cuidado em saúde?

16) O que você acha que as famílias precisam para cuidar (melhor) das pessoas *trans*?

17) Conte-me alguma situação que ele/ela viveu relacionada a saúde/adoecimento/cuidado na qual a presença ou ausência da sua família foi importante.

18) Conte como é a relação dele(a) com o serviço de saúde. Quais experiências no cuidado em saúde (atenção primária, atenção secundária/terciária) você gostaria de compartilhar?

### **BLOCO 03: Perspectivas futuras**

19) Como você enxerga o futuro dele(a)? Por quê?

20) E na interação com a família? Fale mais sobre isso.

### **BLOCO 04: Finalizando**

21) Existe algo relacionado ao tema dessa pesquisa/entrevista que eu não tenha perguntado e que você gostaria de falar a respeito?

22) Como foi para você, participar desta entrevista?

**Obrigado por participar!**

## **APÊNDICE D – ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS COM USUÁRIOS(AS) DO SERVIÇO**

0.0 Apresentação do pesquisador e da pesquisa aos(às) usuários(as) do serviço. Envio dos convites para participação nos grupos focais (hora, data, local).

1.0 Recepção dos(as) participantes: apresentação do(a) moderador(a) e do(a) observador(a), a leitura e assinatura em duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido, confecção e distribuição dos crachás de identificação dos(as) participantes.

2.0 Pactuação dos acordos para convivência no grupo. Apresentar o acesso aos sanitários, oferecer água e, se possível, lanche. Apresentação do foco da pesquisa (dinâmicas familiares e saúde das pessoas *trans*), pactuações para o bom funcionamento do grupo focal (tempo previsto de duração, uso de celulares ou outros dispositivos eletrônicos, respeito à escuta e às falas de todos(as), gravação do grupo, possíveis interrupções); explicação dos papéis do(a) pesquisador(a) e do(a) observador(a).

3.0 Apresentação dos(as) participantes.

### **a) Introdução**

4.0 Questão de abertura: O que é ser *trans*?

5.0 Questão introdutória: O que é família?

### **b) Relações familiares:**

4.0 Questão de abertura: O que mudou na família quando você se revelou *trans*?

5.0 Questão introdutória: Quem é a pessoa da família que mais apoia/compreende você?

6.0 Questão chave: Qual o evento familiar mais marcante desde o início de sua transição?

**c) Cotidiano na família:**

7.0 Questão de abertura: Qual a maior dificuldade na relação com sua família?

8.0 Questão introdutória: Quais situações você evita na sua família?

9.0 Questão chave: Como sua família percebe/apresenta você?

**d) Relação família e cuidados em saúde**

10.0 Questão de abertura: O que sua família fala sobre transexualidade?

11.0 Questão introdutória: O que sua família mais pergunta sobre você?

12.0 Questão chave: Como a família pode ajudar a pessoa *trans* a cuidar de sua saúde?

13.0 Questão de fechamento: Como uma pessoa *trans* pode formar uma família?

14.0 Questão de verificação: De todas as coisas que discutimos hoje, o que pareceu mais importante para vocês?

15.0 Encerramento: Observador(a) faz breve resumo das questões trazidas pelo grupo. Explicitação dos agradecimentos à participação de todos(as).

## **APÊNDICE E – ROTEIRO PARA OS GRUPOS FOCAIS COM FAMILIARES DOS(AS) USUÁRIOS(AS) DO SERVIÇO**

0.0 Apresentação do pesquisador e da pesquisa aos(às) familiares dos(as) usuários(as) do serviço. Envio dos convites para participação nos grupos focais (hora, data, local).

1.0 Recepção dos(as) participantes: apresentação do(a) moderador(a) e do(a) observador(a), a leitura e assinatura em duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido, confecção e distribuição dos crachás de identificação dos(as) participantes.

2.0 Pactuação dos acordos para convivência no grupo. Apresentar o acesso aos sanitários, oferecer água e, se possível, lanche. Apresentação do foco da pesquisa (dinâmicas familiares e saúde das pessoas *trans*), pactuações para o bom funcionamento do grupo focal (tempo previsto de duração, uso de celulares ou outros dispositivos eletrônicos, respeito à escuta e às falas de todos(as), gravação do grupo, possíveis interrupções); explicação dos papéis do(a) pesquisador(a) e do(a) observador(a).

3.0 Apresentação dos(as) participantes.

### **a) Introdução**

4.0 Questão de abertura: O que é ser *trans*?

5.0 Questão introdutória: O que é família?

### **b) Relações familiares:**

4.0 Questão de abertura: O que mudou na família quando você descobriu que ele(a) era *trans*?

5.0 Questão introdutória: Quem é a pessoa da família que mais o(a) apoia/compreende?

6.0 Questão chave: Qual o evento familiar mais marcante desde o início da transição dele(a)?

**c) Cotidiano na família:**

7.0 Questão de abertura: Qual a maior dificuldade na relação dele(a) com sua família?

8.0 Questão introdutória: Quais situações ele(a) evita na sua família?

9.0 Questão chave: Como você o(a) percebe/apresenta?

**d) Relação família e cuidados em saúde**

10.0 Questão de abertura: O que sua família fala sobre transexualidade?

11.0 Questão introdutória: O que sua família mais pergunta sobre ele(a)?

12.0 Questão chave: Como a família pode ajudar a pessoa *trans* a cuidar de sua saúde?

13.0 Questão de fechamento: Como uma pessoa *trans* pode formar uma família?

14.0 Questão de verificação: De todas as coisas que discutimos hoje, o que pareceu mais importante para vocês?

15.0 Encerramento: Observador(a) faz breve resumo das questões trazidas pelo grupo. Explicitação dos agradecimentos à participação de todos(as).