

ELAINE TEIXEIRA ALVES DOS SANTOS

Políticas Públicas de Saúde, Risco e Vulnerabilidade em AIDS: Discursos e ações voltadas às travestis e transexuais no município de Franca/SP.

Dissertação apresentada a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, para a obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde sob orientação da Profa. Dra. Rosilda Mendes.

Santos
2014

Santos, Elaine Teixeira Alves dos, 1987-

S237p

Políticas públicas de saúde, risco e vulnerabilidade em AIDS : discursos e ações voltadas às travestis e transexuais no município de Franca/SP. / Elaine Teixeira Alves dos Santos ; Orientadora: Profa. Dra. Rosilda Mendes. – Santos, 2014.

121 f.: il. 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, 2014.

1. Promoção da saúde. 2. AIDS. 3. Transexualidade. I. Mendes, Rosilda, Orientadora. II. Título.

CDD M610.7

ELAINE TEIXEIRA ALVES DOS SANTOS

Políticas Públicas de Saúde, Risco e Vulnerabilidade em AIDS: Discursos e ações voltadas às travestis e transexuais no município de Franca/SP.

Dissertação apresentada a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, para a obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cláudia Maria Bógus
Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Cristiane Gonçalves da Silva
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista

Prof. Dr. Luiz Henrique Passador
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista

Profa. Dra. Rosilda Mendes (orientadora)
Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista

DEDICATÓRIA

Às mulheres que fizeram este trabalho possível, Vitória, Lorraine, Natasha e Bárbara, pela alegria que acolheram esta pesquisa, pela franqueza em seus posicionamentos e pelo carinho com que me receberam em suas vidas. E a todas as travestis e transexuais pela luta que travam diariamente por respeito e dignidade.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Mateus Henrique, pelo seu apoio incondicional. Por sempre se alegrar pelas minhas vitórias. Com seu bom humor inabalável você faz meus dias mais leves. Justamente por ser meu oposto, você me completa perfeitamente! Eu te amo. Obrigada.

Aos meus pais por nos ensinarem que através da educação poderíamos alçar voos cada vez mais altos. Ao meu pai José, homem de inteligência ímpar, meu maior entusiasta. À minha mãe Josefa, que nos mostra todos os dias que na maioria das vezes nós mulheres precisamos ser fortes, pois a realidade nem sempre é justa conosco, obrigada por ser este misto de delicadeza, sensibilidade e fortaleza.

Às minhas irmãs, por sempre quererem o meu bem. À Aline por encher todos os espaços com sua alegria. À Crislaine por não me deixar passar por mentirosa quando eu disse que você conseguiria, pela força que tem demonstrado ter, e que eu sempre soube que tinha. À Joana, minha princesa, linda, sensível, meiga, que cresça cada dia mais em graça e inteligência.

À Ingrid, minha amiga e mãe adotiva, o meu eterno agradecimento por ter acolhido minha irmã e feito dela sua filha também. Estendo os meus agradecimentos a toda família Polzer.

À minha tia Edileuza, com quem terei que dividir este título por todas as vezes que precisei da sua ajuda e acolhida, meu muito obrigada! Aos meus tios Zezinho e Maria por sempre se alegrarem com as minhas vitórias como se fossem de seus próprios filhos.

Aos meus amigos, padrinhos, compadres Aline e Eric, pela parceria em todos os momentos. Mas principalmente pela confiança de ter nos dado a Mariah por afilhada, que nos ensina todos os dias que o amor é mesmo incondicional.

À Anayara, amiga de longa data que me acompanha nesta caminhada desde os primeiros passos, você sempre será minha irmã.

Aos meus sogros Alba e Benedito pela forma sempre carinhosa com que me tratam. Ao Bene pelos ensinamentos sobre o que temos de mais importante na vida: a família. À Alba que é o oposto de todo o estereótipo de sogra, amiga, companheira, confidente, obrigada pela consideração e amizade. Ao meu cunhado Tiago pela amizade, cumplicidade e confiança.

Aos colegas de Mestrado da Turma 2012, pelo companheirismo e partilha das alegrias e dificuldades de sermos os pioneiros. Ao Luiz Eduardo (Du) a quem eu tenho o orgulho e o prazer de chamar de meu amigo, obrigada por esta amizade sem explicação!

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Rosilda Mendes, pela paciência com que administrou esta pesquisa/pesquisadora, por ter bancado comigo todas as mudanças pelas quais eu e este trabalho passamos. Serei sempre grata por ter compartilhado comigo tamanho conhecimento de forma tão generosa.

À Equipe do Centro de Infectologia de Itanhaém e do Programa Municipal de DST/AIDS de Itanhaém, que me auxiliaram no processo de criação deste trabalho, por todo aprendizado que me proporcionaram. Ao casal Laura e Carlos, amigos que conquistei nesta caminhada.

À Secretaria de Saúde de Itanhaém pelo apoio no início da pesquisa, e à Secretaria de Saúde de Franca, por permitir a materialização dos trabalhos, na pessoa da Secretária de Saúde de Franca e colega de profissão Rosane Moscardini, os meus agradecimentos.

Agradeço também aos colegas de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad) de Franca, pela torcida, em especial à minha coordenadora Sirlene Barretto, por viabilizar as liberações para as viagens à UNIFESP.

À Equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento de Franca na pessoa do coordenador João Carlos Sanches, e à equipe do SAE DST/AIDS, na pessoa da enfermeira e coordenadora do Programa Municipal de DST/AIDS de Franca, Carla Del Valle, por nos viabilizar parte importante dos dados utilizados nesta pesquisa, os meus sinceros agradecimentos.

À Banca Examinadora da disciplina de Interlocução, Prof^a. Dr^a. Andrea Perosa Saigh Jurdi e Prof^a. Dr^a. Cristiane Gonçalves Silva, por contribuírem substancialmente para a qualificação deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, por proporcionar a realização de um sonho que é parte de tudo que acredito ser de fato importante.



Hugo vira Muriel, em 2004; tira desencadeou o processo

RESUMO

A incidência de AIDS entre homens que fazem sexo com homens sofreu um importante aumento nos últimos anos no Brasil e dentre os grupos mais vulneráveis estão as travestis e as transexuais. Partimos da hipótese de que, apesar de haver uma política de prevenção e promoção da saúde voltadas para a população trans, existe uma dificuldade de garantir acesso a essas políticas de fato, tendo como pano de fundo a questão da AIDS ainda se fazendo presente na realidade desta população. O trabalho tem como objetivo principal analisar a produção dos discursos das políticas públicas em AIDS e a repercussão nas práticas de saúde e no cotidiano das travestis e transexuais no município de Franca – SP. Utilizamos a abordagem qualitativa para a realização da pesquisa. A coleta dos dados se deu por meio das técnicas de pesquisa de documentos relacionados às políticas públicas, construção de narrativas de quatro usuárias do Centro de Prevenção em DST/AIDS de Franca e registros do Diário de Campo. Utilizamos como critério de inclusão que os sujeitos frequentassem o Centro de Prevenção, que tivessem idade igual ou superior a 18 anos e que aceitassem participar da pesquisa. Os sujeitos foram eleitos com o auxílio dos profissionais da unidade, observando os critérios de inclusão. Organizamos os dados por meio da técnica de triangulação de métodos que permite a combinação e cruzamento dos dados extraídos das narrativas, da pesquisa documental e do diário de campo. A análise foi realizada à luz da perspectiva hermenêutica-dialética, sob três eixos fundantes: 1 - Do risco à vulnerabilidade em AIDS: mutações do discurso e manutenção das práticas; 2 - Prevenção da doença e Promoção da saúde; 3- (In)visibilidade, preconceito e discriminação: desdobramentos no processo saúde-doença. Por meio da pesquisa foi possível compreender que as travestis e transexuais ainda têm suas demandas relacionadas principalmente com a questão da AIDS, outra constatação importante é o fato desta população estar acessando os equipamentos de saúde da cidade, porém apenas o fazem quando estão em um processo de adoecimento, ou seja, a atenção junto às travestis e transexuais está centrada em intervenções preventivas e curativas.

Palavras-Chave: Risco, Promoção da Saúde, AIDS, vulnerabilidade, transexualidade.

ABSTRACT

The incidence of AIDS among men who have sex with men had a significant increase in recent years in Brazil and among the most vulnerable groups are the transvestites and transsexuals. We hypothesized that, despite a policy of prevention and health promotion aimed at transvestites and transsexuals, there is a difficulty of securing access to these policies in fact, with the backdrop of the issue of AIDS is still doing this in reality of this population. The work aims to analyze the production of speeches of public policies on AIDS and the effect on health practices and daily life of transvestites and transsexuals in the city of Franca – SP. We use a qualitative approach to the research. Data collection occurred through the techniques of research documents related to public policy, build narratives of four users of the Center for STD Prevention in Franca and record in the Field Journal. Inclusion criteria were that subjects attend the Center for Prevention, who was 18 years and who agreed to participate. The subjects were chosen with the aid of the unit staff, noting the inclusion criteria. Organize data using the technique of triangulation method that allows combining the cross data extracted from the narratives of documentary research and field diary. The analysis was conducted in light of the hermeneutic-dialectic perspective, in three foundational pillars: 1 - From risk to vulnerability to AIDS: changes in discourse and maintenance practices; 2 - Disease Prevention and Health Promotion; 3- (In) visibility, prejudice and discrimination: developments in the health-disease process. Through research it was possible to understand that transvestites and transsexuals even have higher demands mainly related to the issue of AIDS, another important finding is the fact that this population is accessing the health facilities of the city, but only do when they are already in the disease process, ie, with attention to transvestites and transsexuals is focused on curative and curative interventions.

Keywords: Risk, Health Promotion, AIDS, vulnerability, transsexuality

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS ou SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

AME - Ambulatório Médico de Especialidades

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia de Saúde de Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.

HPV – Papilomavírus humano

HSH – Homens que fazem sexo com homens

LGBTT - Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

PAM – Programação de Ações e Metas

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde.

TIG – Transtorno de Identidade de Gênero

UBS – Unidade Básica de Saúde

Centro Pop – Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

SUMÁRIO

• Introdução.....	12
2. Referenciais da Análise.....	17
2.1. DST/AIDS: o lugar das travestis e transexuais nas políticas públicas de saúde.....	17
2.2. Discursos do risco, vulnerabilidade, prevenção da doença e promoção da saúde.....	26
3. Percurso Metodológico.....	39
3.1. Produção de dados.....	40
3.2. Análise dos dados.....	46
4. Resultados.....	49
4.1. Do risco à vulnerabilidade em AIDS: mutações do discurso e manutenção das práticas.....	49
4.2. Promoção da saúde e Prevenção da doença.....	60
4.3. (In)visibilidade, preconceito e discriminação: desdobramentos no processo saúde-doença.....	74
5. Considerações Finais.....	89
Referências.....	92
Anexo 1. TCLE.....	99
Anexo 2. Parecer de Aprovação do CEP.....	101
Apêndice 1. Roteiro para Construção de Narrativas.....	105
Apêndice 2. Narrativas.....	106
Apêndice 3. Produto Técnico.....	118
Apêndice 4. Quadro 2.....	121

1. INTRODUÇÃO

As surpresas e peculiaridades de um Mestrado Profissional.

Esta dissertação é simplesmente a realização de todo um ideal de vida. Foi marcada por uma série de conturbações, mas aqui estamos nós.

Este é um tema que surgiu com a sugestão do Prof. Dr. Carlos Roberto de Castro e Silva, que ao ler a minha proposta de projeto de pesquisa, me alertou sobre a necessidade da produção de conhecimento acerca das populações vulneráveis às DST/AIDS, justamente em um momento da minha vida profissional em que estive muito envolvida com as histórias de vida das travestis que atendíamos no Centro de Infectologia de Itanhaém. Chamou-me a atenção o número considerável de novas usuárias do serviço que haviam adoecido de AIDS, algumas travestis vieram a óbito neste período, o que disparou uma série de questionamentos em relação às especificidades que permeiam a realidade desta população.

Ao ingressar no Mestrado Profissional submeti meu projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa em 2013 e obtive aprovação, o que significa que eu poderia iniciar a pesquisa, correto? Estaria se eu não fosse surpreendida com uma convocação para assumir um cargo na Prefeitura de Franca, cidade em que me formei assistente social, que conheci meu esposo e que possuía vínculos muito significativos. A proposta era extremamente tentadora e não pude recusar. Neste momento tivemos que redirecionar toda a pesquisa e recomeçar todo o processo. Reescrevemos o projeto, resubmetemos ao Comitê de Ética, recomeçamos a pesquisa e eu só não abri mão do mestrado, pois a minha orientadora soube conduzir os meus momentos de desânimo e desesperança com muita sabedoria e tranquilidade. São por estes motivos todos que esta pesquisa se confunde com a minha vida, pois ambas passaram por mudanças inesperadas. Entendemos que o Mestrado Profissional têm peculiares que esta pesquisa elucida muito bem, pois foi elaborada, norteada e transformada de acordo com a realidade profissional desta pesquisadora/trabalhadora.

Este recomeço nos custou tempo para conhecer a realidade das travestis e transexuais do município de Franca e das políticas públicas locais. Foi um processo trabalhoso, pois hoje sou assistente social do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-AD), e ao

mesmo tempo em que estava empenhada em reconhecer o novo território e as características da política local no que se refere às DST/AIDS, foi necessário estudar e explorar a história da saúde mental para minha nova área de intervenção. Foi preciso construir novos vínculos, apresentar a pesquisa às chefias para obter a autorização para realizá-la, enfim, foi um recomeço bastante conturbado e que nos forçou a reavaliar e reelaborar todo o cronograma de trabalho.

Acreditamos ser importante o registro deste relato, pois os Programas de Mestrados Profissionais estão sendo implantados em várias Universidades do país, e é preciso compreender que existem questões com as quais a Academia ainda não estava disposta a lidar, como com o fato de que existem muitos trabalhadores com ânsia por estudo, e é fato que muitos Programas de Mestrados Acadêmicos estão literalmente com as portas fechadas para quem não pode se dedicar exclusivamente à pesquisa. O movimento dos Mestrados Profissionais é um verdadeiro marco, pois abriu-se um novo espaço nas Universidades para que nós, trabalhadores, pudéssemos dar visibilidade a todo o conhecimento contido na intervenção e no cotidiano profissional, por meio de uma produção científica que aproxima ainda mais a Academia da realidade das pessoas, fortalecendo o diálogo entre a teoria e a prática.

Trazer à tona as questões da realidade das travestis e das transexuais é um exercício de resignificações do que socialmente nos é dado como “correto”, “normal”, e uso estas terminologias entre aspas para que não fiquem dúvidas em relação ao posicionamento que assumimos nesta pesquisa, que é o da defesa e apoio intransigentes às diferenças, e de absoluto repúdio ao preconceito e a discriminação.

São estudos como os de Pelúcio (2007), que abordou o cotidiano das travestis na dura realidade da prostituição e as intervenções de prevenção às DST/AIDS junto a esta população, os estudos de Bento (2012), que tratam das questões de gênero e da transexualidade, e os de Arán (2008) que trazem as políticas públicas que permitem o acesso às intervenções clínicas de adequação do sexo para transexuais, que nos permitiram realizar as primeiras aproximações com os entraves vivenciados por esta população no que se refere ao acesso aos direitos sociais, civis, entre outros. É sabido que existe uma série de questões determinantes e determinadas pela invisibilidade que esta população vivencia todos os dias, em relação ao acesso à saúde pública de forma integral, portanto, este trabalho está diante de um caminho desafiador a percorrer, sempre

objetivando contribuir, mesmo que de forma tímida, com a luta pelos direitos das travestis e transexuais.

O Mestrado Profissional nos possibilitou mergulhar em nossas próprias intervenções, as que muitas e repetidas vezes realizamos sem percebermos a quantidade de conhecimento possível de se produzir, justamente por não haver espaço para pensar e discutir a prática. E por este motivo a prática se torna cerceadora, ensimesmada, castradora do exercício de reflexão. Foi ao longo deste percurso de reflexão-desconstrução-reconstrução que esta pesquisa foi se transformando aos poucos e a cada conhecimento adquirido, ganhando novos entornos.

Iniciei a pesquisa propondo analisar as intervenções de prevenção junto às travestis e transexuais no serviço de DST/AIDS no qual trabalhava. Percebemos, portanto a necessidade de ampliar este olhar para além da prevenção, tão incutida nos discursos e ações de nós trabalhadores da saúde. As questões que serão abordadas nesta dissertação foram surgindo pela necessidade de se observar da maneira mais ampla possível à realidade da população alvo, pois entendemos que para discutirmos prevenção da doença seria necessário discutirmos também a promoção da saúde, refletir acerca das vulnerabilidades desta população nos levou a discutirmos a noção de risco, que traz questões relacionadas à discriminação, ao adoecimento, entre outras. Portanto, esta pesquisa vem ao encontro dos anseios de uma profissional que se inquieta com situações de preconceito, principalmente pelo fato de ser mulher, negra e vivenciar tudo isto bem de perto e por entender que toda e qualquer forma de discriminação deva ser combatida. Pretendemos ainda contemplar a realidade das travestis e transexuais e contribuir para um SUS (Sistema Único de Saúde) com políticas públicas que viabilizem a inclusão de fato.

Para tanto esta pesquisa tem como objetivo principal:

Analisar a produção dos discursos das políticas públicas em AIDS e a repercussão nas práticas de saúde e no cotidiano das travestis e transexuais no município de Franca – SP.

E ainda, outros objetivos específicos:

- Compreender as mudanças históricas do conceito epidemiológico de risco à perspectiva da vulnerabilidade e seus desdobramentos nas práticas de saúde voltadas para as travestis e transexuais.

- Resgatar os sentidos das políticas públicas e das ações na percepção das travestis e transexuais.
- Identificar os limites e possibilidades das intervenções traçadas pelo Programa Municipal de AIDS no município de Franca.
- Conhecer os rumos das políticas de atenção integral, prevenção da doença e promoção da saúde voltadas para as travestis e transexuais.
- Contribuir para a qualificação das ações de educação em saúde e ampliação da rede de atenção às travestis e transexuais do município.

Este trabalho é composto por três partes e as considerações finais. A primeira parte diz respeito aos referenciais de análise, onde discorreremos sobre as políticas públicas voltadas para as travestis e transexuais, e as muitas questões presentes na realidade desta população como a invisibilidade frente a estas políticas, o preconceito, a violência, o corpo e a autoimagem. Discutimos também como os discursos e conceitos de risco, vulnerabilidade, prevenção da doença e promoção da saúde se fazem presentes e de que forma estes discursos dão corpo a estas políticas, norteadoras das ações voltadas para as travestis e transexuais.

Na segunda parte do trabalho elucidamos a trajetória pela qual percorremos na elaboração da pesquisa, os métodos utilizados, as peculiaridades desta pesquisa, as dificuldades e surpresas que se fizeram presentes no processo investigativo.

Os resultados da pesquisa estão contidos na terceira parte desta dissertação, onde apresentamos os discursos das participantes, das políticas públicas e a forma com que tais discursos se fazem presentes na realidade das travestis e transexuais, analisando como os conceitos norteadores analisados nesta pesquisa apontam os direcionamentos mais atuais destas políticas.

As considerações finais por fim, apresentam o balanço dos resultados da pesquisa e a reflexão acerca das hipóteses inicialmente apresentadas em relação ao que de fato a pesquisa nos possibilitou encontrar. Este processo de investigação nos proporcionou sanar algumas questões, por outro lado uma série de outros questionamentos se fizeram presentes, pois o propósito deste trabalho não foi esgotar a temática em hipótese alguma, mas o contrário, pretendíamos apresentar

uma série de provocações e muitas perguntas ainda se farão presentes tamanha a complexidade do tema abordado. Nossa contribuição com a questão das travestis e transexuais pode não ser tão significativa quanto desejamos, mas esperamos poder fazer parte, mesmo que timidamente, da história da luta pelos direitos desta população.

Elaboramos ainda um Produto Técnico da pesquisa (APÊNDICE 3). O Mestrado Profissional propõe que pensemos para além da produção científica, e que coloquemos o conhecimento produzido à serviço da realidade com a qual intervimos, portanto propusemos à Secretaria Municipal de Saúde de Franca o “Projeto Chega Mais!”, com o objetivo de aproximar os serviços de saúde, principalmente os de atenção primária, à realidade das travestis e transexuais do território, aliando ao projeto dos Agentes Comunitários de Saúde, recentemente ampliado na cidade.

2. REFERENCIAIS DA ANÁLISE

2.1. DST/AIDS: o lugar das travestis e transexuais nas políticas públicas de saúde.

A revisão de literatura realizada nos apresenta que as parcas políticas que tratam da questão das travestis e transexuais ainda estão, em sua maioria, ligadas à questão das DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e à AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Portanto é importante compreendermos como se deram as formulações destas políticas.

Os primeiros casos de AIDS no Brasil surgiram no início da década de 1980, época de mobilizações efervescentes em prol de uma transformação societária em meio à ditadura militar. A mobilização por uma saúde pública de qualidade para todos, esteve presente durante todo este período, juntamente a outras bandeiras, como as frentes de luta por liberdade de expressão, educação, entre outros. O movimento conhecido como “Reforma Sanitária”¹ ganha força junto aos movimentos de redemocratização do país. Teixeira (2006) conceitua o Movimento de Reforma Sanitária como:

[...] um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado. (TEIXEIRA, 2006, p. 39)

Campos (2006) faz a discussão acerca da questão política que permeia a área da saúde. Sua causa esteve sempre articulada às prioridades e interesses comuns a toda sociedade, daí o seu caráter mobilizatório.

Portanto, é possível observar a centralidade do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, redirecionando os rumos da

¹ Compreendermos a importância do Movimento de Reforma Sanitária para a análise de qualquer trabalho que se debruce sobre a questão das políticas públicas de saúde no cenário atual, porém, não nos aprofundaremos no tema. Para tanto foi fundamental a leitura das obras de Sônia Fleury Teixeira (2006); Gastão Wagner de Souza Campos (1997); Maria Inês Souza Bravo (2006).

política nacional de saúde pública com a criação do SUS implementado a partir de 1987. É fundamental entendermos este fato histórico, pois ele ocorre, como dito logo acima, juntamente com o início da epidemia de AIDS. É sabido que a política brasileira de DST/AIDS é referência em todo mundo, acerca disto Granjeiro et al (2009) afirma que “Muitos fatores contribuíram para o alcance desses resultados. Dentre eles julgamos como os mais relevantes a reforma sanitária, o contexto sociocultural dos anos 1970 e 1980 [...]” (GRANJEIRO, et al., 2009, p. 87). Neste trabalho os autores analisam a influência dos movimentos sociais para os rumos das políticas de AIDS no país.

O movimento LGBTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis) para além da luta por seus direitos, estava inserido no movimento geral pela redemocratização do país, porém com o advento da AIDS, este se reorganizou para unir esforços na luta contra a doença, parte muito importante das conquistas dentro do cenário das DST/AIDS ocorreu em função deste movimento, que ampliou a visibilidade acerca da questão da AIDS.

Os atores sociais do movimento pelos direitos das travestis e transexuais, também se mostraram fundamentais no movimento de vanguarda da AIDS, prova disto é que a primeira casa de apoio para à PVHA (Pessoa que vive com HIV/AIDS) foi fundada na década de 1980 por uma travesti, Brenda Lee, com o objetivo de acolher travestis com AIDS em situação de vulnerabilidade social. Observamos, portanto que a história do movimento social pelos direitos das PVHA se confunde com o movimento LGBTT. Acreditamos que este seja um fator importante para analisarmos os motivos pelos quais as políticas públicas voltadas para as travestis e transexuais estão em sua maioria vinculadas à questão da AIDS.

Podemos observar a importância dos movimentos sociais na criação e elaboração de uma nova política pública de saúde, porém é nítido que estamos vivenciando um verdadeiro esvaziamento dos espaços reivindicatórios e de controle social, um desmantelamento da mobilização social, que segundo Campos (2006) se configura com o avanço do projeto neoliberal e conservador dos anos de 1990, o autor aponta:

O imobilismo dos dirigentes políticos da denominada Nova República, o pragmatismo de expressivos setores da esquerda tradicional ou populista, que quando governantes procedem de forma muito semelhante àquela característica

das elites, e mesmo a dura e persistente intransigência das classes dominantes, que vêm derrotando sistematicamente o esforço militante de milhares de pessoas, todos estes fatores vêm transformando o ‘conformismo’ em senso comum. (CAMPOS, 2006, p. 19).

O cenário político dos anos 1990 teve grande influência para o progressivo enfraquecimento dos movimentos sociais. Na Baixada Santista havia grupos muito fortes de apoio e luta pelos direitos das PVHA, e no início dos anos 2010 pudemos observar as últimas Organizações Não Governamentais (ONG) e instituições para estes fins, fechando as portas ou tendo que redirecionar seus objetivos para se manterem abertas.

Esta reflexão inicial é importante para compreendermos as políticas atuais de DST/AIDS, pois os movimentos sociais tiveram um papel central nesta realidade. Apesar das inegáveis conquistas no campo da AIDS no Brasil, sabemos que este é um movimento dinâmico, dialético. E percebemos a importância de pensarmos continuamente os rumos das políticas públicas que garantem a efetivação dos nossos direitos. Ora, se estes movimentos estão perdendo sua força, é possível inferir que as políticas públicas, em especial neste trabalho, voltadas para as travestis e transexuais tendem a não avançar o quanto necessitam?

Outra realidade que ilustra o lugar das travestis e transexuais no interior das políticas públicas de saúde, é o fato de que o primeiro Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (Ambulatório TT), criado em 2010, foi criado pelo Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS (CRT AIDS). Não estamos aqui negando a importância da criação deste serviço pelo pioneirismo, e principalmente, pelo objetivo de ofertar um cuidado integral a esta população. Porém não podemos deixar de problematizar a questão deste serviço estar localizado no CRT AIDS. Obviamente esta iniciativa partiu do Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais de São Paulo, e as razões pelas quais as políticas para as travestis e transexuais estão visceralmente ligadas às políticas de DST/AIDS já foram explanadas anteriormente. Porém acredito ser um exercício fundamental para esta pesquisa a crítica a esta ligação que acaba por reforçar um posicionamento discriminatório em relação a esta população que vivencia questões de saúde muito amplas, que extrapolam o binômio travestis/transexuais e AIDS.

Contudo, pensando as políticas públicas que temos, Pelúcio (2007) afirma que as políticas de AIDS ainda estão pautadas nas intervenções preventivas, a autora defende que é preciso revisitar o modelo oficial de prevenção, para combatermos e evitarmos intervenções regulatórias, cerceadoras e de ajustamento. A autora realiza a crítica ao modelo preventista que norteia a política de AIDS: “O modelo preventivo não está circunscrito à prevenção da AIDS; trata-se, isto sim, de um conjunto de normas, parâmetros e diretrizes que permeiam hoje a visão médica, pautando condutas para os indivíduos evitarem agravos à saúde” (PELÚCIO, 2007, p. 138).

Contudo é fundamental reconhecermos a realidade das travestis e transexuais, para compreendermos que a problemática apresentada extrapola a questão da prevenção da doença, pois: “existem vulnerabilidades específicas que contribuem para que esses grupos estejam mais suscetíveis à infecção, apresentando taxas de prevalência superiores às encontradas na população geral” (BRASIL, 2009, p. 4).

Em relação a isto o próprio Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais, órgão responsável pela formulação e implementação das políticas públicas na área, reconhece que:

No caso do segmento das travestis, não há dados epidemiológicos específicos que possibilitem identificar a magnitude da epidemia ou suas tendências e perfil. No entanto, convém salientar que os contextos de vulnerabilidade entre as travestis tais como a violência, as condições das práticas sexuais, acesso aos serviços de saúde e sua inserção social demonstram claramente a precariedade no que se refere à adoção de práticas sexuais seguras (BRASIL, 2009, p.5).

Esta constatação elucidada bem a questão da invisibilidade vivenciada por esta população, ou seja, não existem dados que permitem visualizar em termos epidemiológicos, a situação das travestis e transexuais em relação às DST/AIDS. Outro ponto que ilustra esta situação é o fato de que os levantamentos epidemiológicos não contemplam as travestis e transexuais, pois elas estão situadas no grupo dos HSH (Homens que fazem sexo com homens) apesar de sabermos que a sua realidade difere em muito da realidade vivenciada por homossexuais por exemplo. Esta é uma problemática que merece destaque, pois um dos objetivos desta produção é denunciarmos esta invisibilidade em relação às políticas públicas. Ora, apesar de acreditarmos que as políticas públicas de saúde não podem ser baseadas unicamente por números, admitimos a importância

inegável da epidemiologia no que diz respeito aos processos decisórios e de implementação destas políticas.

Para compreendermos o complexo emaranhado de conceitos, discursos, ações e como tudo isto reverbera na realidade das travestis e transexuais é preciso conhecer o que Pelúcio (2007) denomina de “modelo oficial preventivo para HIV/AIDS”, que funciona em um esquema de repasse de verbas. Os municípios recebem do Departamento Nacional de DST/AIDS um incentivo financeiro para o fortalecimento das ações de assistência, mas principalmente de prevenção. Para tanto, é necessário que os Programas Municipais de DST/AIDS elaborem anualmente as Programações de Ações e Metas (PAM) (BRASIL, 2002). As PAM contêm as estratégias elencadas pelo município como sendo prioritárias para aquele território, levando em consideração as populações mais vulneráveis e as ações possíveis. Para nortear tais ações o Departamento Nacional e o Programa Estadual de DST/AIDS elaboram agendas para atender às demandas emergentes. Para esta pesquisa lançaremos mão de documentos que tratam da questão das transexuais e travestis frente à epidemia de AIDS, entre eles estão os Planos Nacional e Estadual de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e outras DST entre Gays, HSH e travestis, cujo um dos objetivos é: “Produzir conhecimento sobre a representatividade na população brasileira, participação na epidemia da AIDS, características e vulnerabilidades socioculturais e econômicas e práticas das travestis frente à infecção das DST e HIV” (BRASIL, 2009, p.27).

Este é um universo denso, com inúmeras questões para serem exploradas como as relações existentes no mundo do trabalho, da prostituição, da violência, das drogas e da AIDS, e ainda muitas outras questões que dizem respeito à saúde pública como o manuseio e auto-aplicação de silicone industrial e a auto-administração de hormônios. Com a finalidade de conquistar o corpo almejado os homens e mulheres trans colocam a própria vida em risco em procedimentos clandestinos, sem o mínimo de segurança e confiabilidade.

O trabalho de Pelúcio (2007) tornou-se uma referência para estudos que se dedicam à temática das travestis e transexuais, pois descreve com riqueza de detalhes o cotidiano da noite, da prostituição. Esta é uma realidade que muitas delas vivenciam por falta de opção profissional, porém as histórias de vida revelam mais: “A avenida pode ser o único lugar onde a travesti se sinta bonita e desejada. Além de ser um espaço onde pode encontrar homens que não se

identificam com o universo gay, os 'homens de verdade'" (PELÚCIO, 2007. p. 86). Ou seja, a rua é também o espaço de afirmação da sua condição feminina.

A realidade das ruas traz consigo problemáticas que não se resumem às relações de trabalho, ou sexuais. A autora expõe uma série de códigos de conduta e convivência que permeiam a realidade da prostituição, estabelecidos por quem tem na rua o seu meio de vida. Este é um espaço cujos papéis são muito bem definidos na relação com as outras profissionais do sexo, com os clientes, a polícia, ou seja, a lei das ruas, de certa forma, ordena as relações existentes na noite. Porém, o papel de maior vulnerabilidade é desempenhado, certamente, pelas travestis e transexuais, que acabam por se sujeitar à violência no cotidiano do seu trabalho. Larissa Pelúcio traz em sua tese, os relatos de mulheres que passaram por situações que muitas vezes ofereceram risco às suas vidas, na relação com clientes, com a polícia, com a intolerância de parte da população, que usam do artifício da violência para afirmarem seus posicionamentos em relação à travestilidade/transexualidade.

Bento fala ainda sobre os sentimentos que o simples fato de se fazerem presentes, geram em uma sociedade intolerante como a que vivemos, e justamente por esta total inabilidade de lidar com a diversidade que: “As mortes das travestis e transexuais se caracterizam pelo ritual de perversidade” (BENTO, 2011, p. 553). Este é um fato mobiliza nesta pesquisadora o mais profundo sentimento de indignação.

O uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas também permeia a realidade desta população, as razões que levam as travestis e transexuais para o submundo das drogas são inúmeras. Larissa Pelúcio (2007) aborda a questão da dependência química, e sua pesquisa apresentou dados que permitem considerar a problemática das drogas como a principal demanda de saúde das travestis, e não a AIDS. E a relação com a droga se dá de muitas maneiras, nas ruas existem as que se encontram na condição de traficantes, outras de usuárias como meio de tornar suportável a realidade nas ruas, e ainda aquelas que trocam sexo por drogas, tamanho o grau da dependência química. A vulnerabilidade social desta população agrava-se na medida em que são negligenciadas todas as demandas por políticas públicas.

O posicionamento ético-político desta pesquisadora, fez com que tivéssemos o cuidado com as terminologias utilizadas, baseado em nosso referencial teórico (DUQUE, 2012; ARÁN,

2008; BENTO, 2011, 2012; PELÚCIO, 2007) concluímos que não há um consenso na academia em relação aos termos utilizados. O que ocorre em muitas ocasiões é que a busca por estas terminologias deixa de realizar sua função no distanciamento de posturas antiéticas e discriminatórias, para atender a uma demanda do que consideramos politicamente correto. Acerca disto Duque afirma que: “Assim, não são os termos necessariamente que merecem maior atenção e crítica, mas as formas e as intencionalidades com que eles têm sido usados. Negá-los, deixar de criá-los ou substituí-los não vai nos livrar de posturas simplistas, unilaterais e/ou pouco complexas” (DUQUE, 2012, p. 498). E o exercício que realizamos neste trabalho é de justamente evitarmos aproximações simplistas, para nos aprofundarmos de fato do local ocupado pela população de transgêneros na política pública de saúde.

A discussão acerca das nomenclaturas utilizadas está ligada à nossa necessidade de enquadrarmos esta população nesta ou noutra tipificação, evidenciando inclusive como a questão de gênero permeia a realidade das travestis e transexuais. Entendemos por gênero a construção social do que concebemos por feminino e masculino, que extrapola o binômio biológico fêmea/macho, mulher/homem.

Bento (2011) trata dos entraves vivenciados por travestis e transexuais nas instituições sociais pelo fato de não se encontrarem no padrão socialmente almejado. A autora inicia sua argumentação nos remetendo a fatos dos quais não nos damos conta, de tão introjetado que está em cada um de nós, como no exemplo da espera de um filho: na gestação, ao descobrirmos o sexo da criança, já iniciamos as projeções de vida de acordo com o sexo identificado. “Daí o perigo que a transexualidade e a travestilidade representam para as normas de gênero, à medida que reivindicam o gênero em discordância com o corpo-sexuado” (BENTO, 2011, p. 552). A questão de gênero e sexualidade no universo trans não estão unidas da mesma forma como em outras realidades, portanto propomos um exercício de transitar entre o masculino e o feminino de uma forma mais livre, sem nos apegarmos a rótulos, que em definitivo não cabem neste processo de investigação.

O trabalho de Bento (2011) analisa a escola enquanto espaço produtor de uma cultura “Heteroterrorista”, pois a autora entende que estas instituições não estão preparadas para lidar com as diferenças. A autora expõe depoimentos de pessoas que abandonaram os estudos em

decorrência da intolerância por parte dos colegas, somada à intolerância/ negligência dos educadores. Este é um dado que se transforma em um círculo vicioso, a evasão escolar das travestis e transexuais resulta em uma baixa escolaridade, que desdobra-se em não qualificação de mão de obra, que resulta na não absorção desta população no mercado formal de trabalho, e obviamente o preconceito e a discriminação permeando e tornando esta realidade ainda mais limitante. Este é um fato que ceifa as possibilidades de serem trabalhadas as potencialidades desta população para as diversas atividades laborais, intelectuais, produtivas. A prostituição é muitas vezes a opção mais próxima do que socialmente lhes foi reservado.

Bento (2011) afirma que o gênero se torna vivo por meio dos gestos, das predileções, das roupas, que desempenham a função de nos localizarmos socialmente no binômio homem/ mulher. Na experiência de transexualidade e travestilidade, esta vivificação do gênero também se dá por meio da transformação corpórea para adequação do sexo. Arán (2008) apresenta um estudo acerca do histórico dos Transtornos de Identidade Sexual (F64 no Código Internacional de Doenças), “transexualismo” (F64.0), “travestilismo” (F64.1), que são termos utilizados para designar os transtornos mentais ainda registrados no Código Internacional de Doenças (CID10), ou seja, a transexualidade é considerada pela ciência médica como uma doença. Este é um fato que nos causa muita indignação, pois a condição de gênero e/ou afetiva das transexuais e travestis ainda é considerada uma patologia, passível, portanto de tratamento.

Por outro lado, existem questões, inclusive de foro ético, que causam divergências dentro do próprio movimento pelos direitos das travestis e transexuais, como os ganhos decorrentes do diagnóstico de “F64.0” que garante o direito à cirurgia de adequação do sexo pelo SUS, entre outros ganhos, que tornam esta discussão ainda mais complexa. Para garantirem o direito de entrar na fila para a cirurgia de transgenitalização, as transexuais passam por um processo de acompanhamento com equipe multidisciplinar por no mínimo dois anos, para receberem o diagnóstico de “F64.0”. Existe, porém, um movimento social organizado das transexuais que luta pela despatologização da transexualidade, com o intuito de romper com a perspectiva discriminatória e pejorativa do cuidado ofertado às transexuais.

Sendo assim, evidenciou-se a necessidade de considerar a transexualidade para além da questão pré e pós-operatória, sendo a questão mais complexa e danosa à própria representação social sobre a transexualidade, que patologiza e estigmatiza este segmento populacional. A cirurgia de transgenitalização, comumente apresentada como central na demanda de transexuais, foi problematizada como solução não-consensual entre as diferentes pessoas transexuais. (ARÁN, 2008, p. 1146)

A autora explicita que as demandas das transexuais, extrapolam a questão da cirurgia em si, e o fato de serem consideradas doentes mentais apenas reforça o estigma vivenciado por elas.

Neste sentido, as travestis, por não receberem o diagnóstico de transexualidade, ficam à margem destas políticas públicas (Conselho Federal de Medicina: Resoluções 1955/2010) que garantem o acesso aos procedimentos de adequação do sexo que vão além da transgenitalização, continuando à mercê da intervenção das bombadeiras (pessoas que aplicam silicone clandestinamente), ou do mercado clandestino da venda de hormônios.

No Ambulatório TT, existe a oferta de atendimento realizado por uma equipe multiprofissional, formados por assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, médicos de várias especialidades, entre outros, que viabiliza um cuidado que aprimora o olhar para questões importantes como a saúde mental desta população e o acompanhamento clínico do processo de adequação do corpo. Porém, coloco aqui outro questionamento, acerca da tendência da criação espaços exclusivos para atendermos demandas diferenciadas. Obviamente que esta tendência está amparada no princípio de equidade do SUS, que garante o atendimento de acordo com a complexidade requerida e de forma especial se necessário. Acreditamos, porém que este deva ser um movimento transitório, e que as travestis e transexuais não tenham mais que receber atendimento em um espaço especial, exclusivo, escondido, mas que possam transitar por todos os espaços que lhe são de direito como cidadãs.

Todas estas questões tornam as travestis e transexuais mais vulneráveis à infecção pelo HIV, pelos inúmeros desafios que precisam transpor para vivenciar a cidadania de forma plena.

Por isso, a necessidade de desenvolvermos esta pesquisa vislumbrando as questões que permeiam as políticas de prevenção das DST/AIDS e promoção da saúde junto a esta população, analisando os discursos, e observando as abordagens que norteiam a oferta de cuidado, para

pensarmos o processo saúde-doença em sua totalidade por meio de políticas públicas que atendam à complexidade que a realidade das travestis impõe.

A investigação que seguirá tem o intuito de aprofundar questões importantes para conhecermos de fato as características das práticas de saúde em relação às políticas públicas, não com o objetivo de encontrar respostas prontas ou esgotar as temáticas presentes, mas sim com o propósito de provocar e suscitar novas indagações. Pois afinal, de que prevenção nos reportamos? De que forma o conceito de promoção da saúde pode contribuir para a qualificação das práticas de educação em saúde? O quanto o discurso epidemiológico dos grupos e comportamentos de risco ainda estão presentes nas nossas intervenções? De que maneira compreender o conceito de vulnerabilidade nos ajuda a superar o que denominamos de “cultura do risco”? De que forma as ações de prevenção e promoção da saúde são implementadas para as travestis e transexuais?

2.2. Discursos do risco, vulnerabilidade, prevenção da doença e promoção da saúde.

As discussões acerca destes discursos ocorreram de forma a produzir o diálogo entre eles, por esta razão, as terminologias serão evocadas durante todo o texto de maneira bem livre, a fim de apontar os conceitos e reforçar os posicionamentos que se farão presentes a cada discussão proposta.

Para começarmos a pensar os muitos questionamentos desta pesquisa/pesquisadora, precisamos compreender um pouco do histórico da AIDS no Brasil, como os conceitos e discursos presentes nas políticas de AIDS vão dando forma ao modelo de atenção que conhecemos hoje, e a forma com que reverberam nas políticas públicas de saúde voltadas para as transexuais e travestis. Apesar de ser uma doença conhecida muito recentemente a AIDS tem uma história carregada de discriminações e preconceitos. No início da epidemia, que data da década 1980, muito pouco se sabia a respeito desta doença que ficou conhecida como “peste gay” devido às primeiras infecções que ganharam visibilidade, ter ocorrido em homens que fazem sexo com homens (HSH). O pouco conhecimento somado ao preconceito resultaria em uma das patologias mais estigmatizadas de que se tem relato. Prova disto é o fato de que as primeiras

intervenções do Estado para tentar coibir o aumento de casos da doença no Brasil, foi o uso do aparato midiático, por meio de propagandas que se valiam da figura do doente terminal com o intuito de estimular a prevenção à AIDS. Estratégia esta que segundo Ayres (2002), não surtiu efeito algum sobre o controle da epidemia, e pelo contrário, serviu apenas para instaurar o terror e reforçar o preconceito e a discriminação. No Brasil a epidemia se alastrou muito rapidamente, ganhando visibilidade principalmente com a morte de ídolos como Cazusa, impulsionando o movimento social a se organizar e criar ações visando combater o preconceito e recuperar a autoestima das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA). (NILO et al, 2005).

A expectativa de vida das PVHA aumentou significativamente após a introdução da terapia antirretroviral, também conhecida como “coquetel”, cujo acesso foi ampliado a partir de 1996. Foi por meio de muita luta e da mobilização social que foi redigida a Lei nº 9.313/96 (BRASIL, 1996) que garante a distribuição gratuita desses medicamentos por meio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010a). É importante ressaltarmos o papel do movimento social como peça chave na luta pelos direitos das PVHA, e que se tornou parte fundamental na história do movimento LGBTTT.

Embora a AIDS seja uma doença grave, que ainda causa aproximadamente 11,5 mil óbitos por ano no Brasil, é considerada uma doença crônica, ou seja, não é possível curá-la, mas com o acesso ao tratamento adequado, é possível controlar a doença, considerando, obviamente os desafios da cronicidade da doença em relação ao acesso adequado ao tratamento, à adesão aos antirretrovirais, entre outros. Podemos avaliar que nos primeiros anos da epidemia os esforços estiveram voltados para os desdobramentos da doença e seus agravos, com o objetivo primordial de controlar a epidemia, e para a criação de novas tecnologias que pudessem proporcionar qualidade de vida às pessoas que vivem com HIV. Os esforços dos pesquisadores e trabalhadores da área tornaram possíveis avanços significativos sobre o controle dos agravos, porém, outros desafios se configuraram centrais no cenário atual da AIDS no Brasil.

Segundo Ayres (2002), a prevenção é um importante desafio no campo da AIDS, criar tecnologias para evitar novas infecções é um dos objetivos dos Programas que gerenciam a política pública de enfrentamento às DST/AIDS. Czeresnia define prevenção como “[...] intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e

prevalência nas populações” (CZERESNIA, 2003, p. 4). O contexto histórico nos auxilia na percepção das tendências e rumos destas políticas públicas e as transformações observadas nas décadas de 1970 e 1980.

Arouca, (1975) analisa a história da medicina preventiva, que surge com a proposta de superar paradigmas: “A Medicina Preventiva desenvolveu-se nas escolas americanas em decorrência da necessidade de se aprimorar a medicina individualista numa tentativa de corrigir as distorções da extrema fragmentação da atenção médica, resultante da tendência de especialização.” (AROUCA, 1975, p. 107). Surge, portanto, da necessidade de superar o modelo curativo. As propostas de mudança que se observaram na forma de conceber e produzir saúde são em parte, fruto das discussões fomentadas pelo Movimento de Reforma Sanitária. A discussão sobre a saúde pública no Brasil ampliou-se e ganhou espaço nos diversos movimentos populares, como as organizações de bairro, os feministas, de negros, católicos, etc. “A saúde deixou de ser um problema apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia”. (BRAVO, 2007, p. 44). E neste mesmo cenário histórico surgem os primeiros casos confirmados de AIDS no Brasil, como mais um grande desafio à nova saúde pública que emergia.

Por todo este histórico, a prevenção à doença é um discurso impregnado nas ações dos trabalhadores da área das DST/AIDS, que muitas vezes não nos permite vislumbrar ou lançar mão de novas possibilidades e formas de intervir. Portanto, mais adiante, iremos explorar os diversos conceitos e posicionamentos presentes nesta realidade. Outra questão central que também iremos abordar é a que diz respeito aos discursos do risco e vulnerabilidade, sua relação histórica no campo das DST/AIDS. O que todos estes termos têm em comum é o fato de possibilitar a compreensão de que existem populações que expiram maiores cuidados e necessitam de uma maior atenção, e como veremos no decorrer da dissertação, cada conceito traz consigo formas de pensar e produzir saúde mais ou menos complexas, integrais ou horizontais. Portanto entendemos que é preciso pensar nas populações a serem trabalhadas prioritariamente, de forma a atingirmos o público mais exposto à infecção pelo HIV, por isso, iremos pensar em ações equânimes direcionadas a uma das populações mais vulneráveis ao HIV: as travestis e transexuais.

É importante ressaltar que iremos abordar as questões referentes às travestis e transexuais apesar de termos claro de que fazem parte de grupos identitários distintos, justamente pelo fato de que as características que as diferem muitas vezes não se tornam aparentes em uma aproximação superficial, e qualquer exclusão neste sentido poderia desdobrar-se em produções de análises reducionistas. A constatação de Pelúcio ilustra muito bem nossa argumentação:

Convivi com pessoas que se identificavam como transexuais mas viviam, segundo elas mesmas, como travestis, pois se prostituíam e faziam uso sexual do pênis. Assim como estive com travestis que, em algum momento da vida, desejaram tirar o pênis; e outras que jamais tinham pensado naquilo, mas que começavam a estudar essa possibilidade mais recentemente, passando a cogitar possibilidade de serem transexuais. (PELÚCIO, 2007, p. 35)

Podemos observar, portanto que se trata de grupos com peculiaridades muito próximas, que se confundem muitas vezes. Segundo Ramsey (1998) a transexual nega todo e qualquer aspecto do seu sexo biológico, sendo, em muitos casos, necessários procedimentos clínicos, como o uso de medicações, hormônios e cirurgias para a adequação do sexo. Porém, a travesti, convive com seus órgãos genitais e outros órgãos definidores do sexo sem maiores conflitos de identidade e prejuízos para a saúde mental. Acerca disto Pelúcio (2007), também afirma que:

Ainda que cautelosamente, creio que posso afirmar que as travestis são pessoas que se entendem como homens que gostam de se relacionar sexual e afetivamente com outros homens, mas que para tanto procuram inserir em seus corpos símbolos do que é socialmente tido como próprio do feminino. Não desejam, porém, extirpar sua genitália, com a qual, geralmente, convivem sem grandes conflitos. (PELÚCIO, 2007, p. 37).

Portanto, contemplaremos os dois grupos, pois existem questões comuns às duas realidades, considerando que o processo de auto-identidade ocorre de forma muito peculiar, pois são elas mesmas que definem o grupo identitário a que pertencem (BENTO, 2012). E ao contrário do que preconiza a ciência biomédica, não existem meios para mensurar, categorizar, discriminar e diagnosticar, da maneira com que acreditam que o fazem, por se tratar de uma

questão fundamentalmente plural. A experiência da transexualidade ou da travestilidade não permite que as coloquemos neste ou noutro grupo socialmente acordado ou pré-estabelecido.

Como exposto inicialmente alguns discursos como os de risco e vulnerabilidade são centrais para as políticas públicas de saúde para travestis e transexuais voltadas ao enfrentamento da epidemia de AIDS. Segundo Castiel (2007), as doenças transmissíveis são historicamente abordadas sob a lógica do risco epidemiológico, lógica esta ampliada à esfera do comportamento, presentes nos discursos de grupos e comportamentos de risco, de práticas seguras, autocuidado e hábitos saudáveis. O autor realiza uma análise acerca do conteúdo penalizador e culpabilizante contido nos discursos da saúde de forma massiva, que transferem a responsabilidade do processo saúde/doença para a esfera individual. “Em síntese, o autocuidado é uma estratégia de tornar indivíduos pessoalmente responsáveis pela gestão de riscos socialmente gerados.” (CASTIEL, 2007, p. 61). Em decorrência disso, o cuidado na esfera da AIDS está centrado no controle da doença, na vigilância dos comportamentos por meio de ações preventivas.

Ayres (2011) explora a centralidade que o conceito de risco tem nos discursos científicos de determinados períodos históricos, desta forma, podemos compreender a influência da “Epidemiologia do Risco” nas estratégias das políticas de prevenção. Uma das características dessas ações é o que o autor denomina de “preventismo”:

[...] práticas de caráter eminentemente técnico, essencialmente dirigidas ao âmbito dos cuidados individuais e apoiadas em ações assistenciais e educativas simplificadas, com baixa densidade de tecnologia especializada e equipamentos (AYRES, 2011, p.1307).

É sabido que no início da epidemia da AIDS trabalhou-se consubstancialmente com o conceito de “grupos de risco”. Com base em estudos probabilísticos do risco de novas infecções, definiram-se os grupos populacionais que estariam fatalmente fadados à AIDS. A disseminação do conceito de grupos de risco foi alvo de críticas severas dos movimentos sociais, pois se tratava de uma distinção que consideravam os gays, os profissionais do sexo, as travestis e transexuais candidatos óbvios à infecção pelo HIV. Acerca disso, o autor afirma:

Tomar associações probabilísticas entre variáveis abstratas como principal, quando não única, orientação para ações de prevenção, centrando as estratégias de intervenção no “isolamento epidemiológico” dos chamados grupos de risco, ou na modelagem universal dos ditos comportamentos de risco, tem sido um erro frequente (AYRES, 2002, p.15).

Os estudos desenvolvidos por Ayres (2002, 2003, 2011) nos oferecem subsídios para a reflexão do quanto os conceitos de grupo de risco e comportamento de risco ainda se fazem presentes em nossos discursos e fortemente incutidos em nossas ações de caráter educativo, pois ainda são pautadas basicamente na transmissão de conhecimento técnico especializado para a mudança de comportamento, de forma mecanicista, descontextualiza da realidade da população, responsabilizando unicamente o indivíduo por suas condutas e tomadas de decisões de forma moralizadora. São ações extremamente reducionistas que ainda se valem da equação “informação+vontade=mudança de comportamento” (Ayres, 2003).

Referimo-nos ao termo “ações de caráter educativo” e não a “ações educativas”, pois entendemos que estas terminologias desempenham funções distintas. Discutir educação é fundamental para compreendermos as formas de organização das intervenções na área da saúde, e a educação em saúde que almejamos. Charlot (1983) desenvolve sua argumentação inicial acerca da função política da educação, afirmando que a educação dissemina modelos sociais de comportamento em várias esferas do cotidiano (trabalho, autoridade, religião, relações sociais).

Por meio da educação é possível assimilar os modelos da classe social a que pertencemos e os modelos das classes sociais dominantes e influi ainda sobre as estruturas subjetivas das significações dos sujeitos. Ou seja, a educação difunde ideias políticas e define as características de determinada sociabilidade, por meio das noções de liberdade, justiça, igualdade, entre outras. Esta reflexão ilustra a centralidade da educação para a formação da sociedade. Portanto, para trabalharmos educação em saúde, é imperioso termos claro a real proporção dessas ações, que desdobram diretamente sobre o modo de vida dos sujeitos.

Quando destacamos que há ações que tem um caráter educativo, me refiro às intervenções que tratam do tema da educação, porém não se dão na amplitude e perspectivas à altura de sua centralidade. Isto se dá quando essas ações ocorrem fora do processo de reflexão-ação-reflexão.

Giroux (1997) analisa as vertentes teóricas tradicionais e radicais, e propõe uma terceira via que seja crítica, reflexiva, sem deixar, porém, de transitar no terreno das possibilidades, das ações. A reflexão acerca do processo educativo nos auxilia a situar as ações no campo da AIDS que chamamos de educativas. Portanto deixo este questionamento: estamos elaborando ações de educação em saúde, ou estamos apenas disseminando informações, comportamentos, sem a necessária reflexão?

Pensando o processo de educação em saúde, em resposta à mobilização e críticas dos atores sociais em relação ao “terrorismo do risco”, e em consonância com as produções científicas mais progressistas, as políticas públicas no campo da AIDS incorporam o discurso da vulnerabilidade, com a pretensão de contemplar a concepção ampliada de saúde em seus mais variados determinantes. Ou seja, por entender que o processo saúde-doença é determinado pelas condições gerais de vida da população, como trabalho, moradia, educação, saneamento básico, entre outras, é que o discurso da vulnerabilidade é inserido nas políticas públicas em AIDS.

Segundo Meyer et al (2006) pensar a vulnerabilidade é uma forma de construir intervenções que ampliem os olhares para além da doença, é trazer para o processo de ensino-aprendizagem elementos da sociabilidade dos sujeitos. Nesta perspectiva pensar o sujeito coletivo é fundamental, uma vez que trabalha com o componente social do processo saúde-doença, acerca disto os autores afirmam que:

[...] o referencial da vulnerabilidade pode contribuir para a renovação das práticas de saúde em geral e, particularmente, para as práticas de educação em saúde, porque consiste precisamente na busca de um novo horizonte para situar e articular riscos, “causalidades” e “determinações”, trazendo a saúde – assim como a possibilidade de adoecer – para o campo da vida real, para o mundo dos sujeitos em relação ao qual esses processos ganham sentidos singulares (MEYER et al, 2006, p.1341).

A perspectiva da vulnerabilidade traz a possibilidade de uma intervenção ampliada, pois entende a saúde em todos os aspectos que a permeia, como as questões socioeconômicas, políticas, culturais, entre outros, articulando-se, portanto, com ações mais amplas de promoção da saúde integral das populações em situação de vulnerabilidade (AYRES, 2004).

Apesar do discurso da vulnerabilidade ter sido incorporado nas políticas públicas e trazer à tona uma nova forma pensar e elaborar estas políticas, propomos uma análise dos conceitos de risco e vulnerabilidade nas práticas de saúde, para compreendermos como esta relação se dá no campo da AIDS.

Nos propomos a debater os discursos sobre risco, grupo de risco e vulnerabilidade presentes nas políticas públicas de saúde e nas falas das transexuais e travestis, porém reconhecendo que todos estes discursos têm seus limites e possibilidades, pois não se trata de eleger este ou aquele discurso, cada concepção veio ao encontro de uma determinada demanda em um determinado recorte histórico. Acerca disto Ayres et al (2003) elaboram o seguinte Quadro:

Quadro 1: Interesses e Dificuldades dos Conceitos

Conceito	Interesse	Dificuldade
Grupo de risco	Capacidade de particularização tecnicamente operacional	-Estigma; discriminação; -Negligência
Comportamento de risco	Universalização do compromisso com a prevenção	-Intervenções inespecíficas; -Culpabilização individual
Vulnerabilidade	Universalidade do compromisso com particularização operacional	-Vitimização; tutela; -Ampliação paralisante.

Fonte: Ayres, 2003, p.130

O quadro apresenta os prós e contras de cada conceito e ilustra o posicionamento que assumimos durante esta pesquisa ao realizarmos as críticas, sem desmerecermos as conquistas possíveis em cada momento histórico. O conceito de “risco” permite uma intervenção técnica bastante específica, particularizada, porém tende a estimular reações discriminatórias, estigmatizantes. Já o conceito de “comportamento de risco”, segundo o autor, tem a vantagem de

universalizar o compromisso com a prevenção, ou seja, todos corremos maior ou menor risco de infecção, de acordo com o comportamento adotado, contudo este conceito traz consigo a problemática da individualização e culpabilização do sujeito por questões de caráter social, coletivo. E por fim, Ayres (2003) apresenta o conceito da vulnerabilidade que universaliza a intervenção para as populações mais vulneráveis, porém este conceito tende a metamorfosear a população vulnerável em vítima, desconsiderando muitas vezes, a corresponsabilização do sujeito com o processo de saúde-doença. É um erro recorrente na apropriação do conceito de vulnerabilidade, desconsiderarmos os sujeitos enquanto possuidores de direitos, capazes de fazerem escolhas, inclusive no que tange à prevenção às DST/AIDS. Este posicionamento tende a promover intervenções paternalistas. A ampliação paralisante diz respeito ao sentimento de impotência em relação à noção da vulnerabilidade, pois ao ampliarmos o conceito do processo saúde-doença, as demandas se complexificam, havendo a necessidade de respostas igualmente complexas.

Estaremos sempre diante de um desafio quando tratamos dos rumos que as políticas públicas tomam no decorrer da história, cada discurso vêm atender às demandas sociais, econômicas, políticas distintas, e o quadro acima, elucida muito bem os desafios, fragilidades, assim como as potencialidades que cada proposta de ação traz consigo.

As políticas públicas de saúde e conseqüentemente as ações no campo da AIDS, são basicamente voltadas para a prevenção da doença ou agravos, construídas historicamente, tendo como base o referencial do risco epidemiológico. Como exposto anteriormente, são intervenções por muitas vezes reducionistas, com discursos pré-fabricados que não causam impactos significativos na realidade dos sujeitos envolvidos. Entendemos que:

As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. (CZERESNIA, 2003, p.45)

Esta é a base das ações preventivas: a divulgação de informação científica. Questionamos aqui os impactos destas ações na realidade dos sujeitos envolvidos nestas práticas. Apesar de estudos (CZERESNIA, 2003; PELÚCIO, 2007) apontarem os limites do modelo preventista, este ainda é o discurso que norteia as políticas de AIDS, e que se reproduz nas falas dos profissionais da área. Ora, se propomos uma nova forma de olhar para este sujeito, de forma ampliada, integral, é necessário renovarmos também na forma de intervir.

Para tanto o conceito de promoção da saúde surge com a pretensão de responder de maneira mais consistente à complexidade que envolve a realidade da população de transexuais e travestis, por exemplo, pois promover saúde, pressupõe construção, algo que não está dado, mas que pode ser provocado, conquistado (CZERESNIA, 2003).

É preciso que fique claro que a crítica que desenvolvemos não tem por finalidade desmerecer ou ignorar tudo o que foi possível conquistar por meio da concepção de risco ou das técnicas de prevenção (AYRES, 2002a; CASTIEL, 2007; 2010), pois o que difere as ações de prevenção da doença e promoção da saúde é uma linha tênue: ambas se valem do mesmo conhecimento técnico-científico para compor as intervenções. Porém a perspectiva da promoção da saúde propõe ir além da simples transmissão de informações, para ser parte das significações dos sujeitos, com o estímulo ao empoderamento e respeitando as escolhas que seguirão, não como uma prescrição correta para todos os males, mas como mola propulsora para possíveis transformações. (CZERESNIA, 2003).

Para trazer à tona a discussão da promoção da saúde, é importante pensarmos na centralidade da participação dos sujeitos no processo saúde-doença e na reflexão acerca da nossa ação política, ou seja, promover saúde é também assumir um posicionamento político. Fernandez (2008), afirma que abordar a promoção da saúde, implica na abordagem de questões mais amplas, e que nós enquanto intelectuais, não podemos nos furtar da oportunidade de suscitar estas reflexões. Entendemos que a participação dos sujeitos envolvidos na prática, sob a perspectiva da promoção da saúde, se dá por meio da promoção da sua autonomia, como forma de superarmos os determinismos.

Não exploraremos a questão da autonomia dos sujeitos como desejaríamos², porém este é um tema que se faz central nesta discussão, uma vez que defendemos durante todo este trabalho, uma saúde que seja inclusiva, participativa e que respeite as decisões dos usuários. Este se configura um grande desafio para os profissionais de saúde habituados a prescrever sem serem questionados, por isso se caracteriza um exercício político de respeito ao posicionamento do outro, que muitas vezes será contrário ao nosso. A promoção da saúde requer o protagonismo dos sujeitos para a construção de novas bases para a saúde coletiva.

O termo “promoção da saúde” se faz presente nos diversos documentos oficiais que norteiam as políticas públicas de saúde, porém há uma discussão conceitual em curso no que se refere à abordagens mais ou menos críticas ou progressistas da promoção da saúde, que se faz imperiosa para alcançarmos os objetivos desta pesquisa. Acerca disto Castiel (2010) afirma que: “Embora haja autores que já dediquem estudos à questão, trata-se de uma tarefa árdua e ainda inconclusa, uma vez que o conceito de risco epidemiológico aparece como elemento essencial das abordagens hegemônicas de promoção da saúde” (CASTIEL, p. 34, 2010).

As diferentes abordagens de promoção da saúde se dão historicamente com as primeiras adesões à terminologia, que a traziam como parte das intervenções de prevenção do conhecido modelo da História Natural da Doença de Leavell & Clark (1976) com todas as questões inerentes à abordagens individualizantes, psicologizantes, culpabilizantes. Ainda hoje, a promoção da saúde é evocada para estipular os hábitos e comportamentos saudáveis, por meio dos discursos científicos e biomédicos que prescrevem as fórmulas para uma boa alimentação, atividade física, dieta, como metas a serem alcançadas individualmente. Estas fórmulas só não são seguidas cegamente por mulheres e homens cuja “força de vontade” anda em falta, ou por aqueles que tomaram a embaraçosa decisão de não aderir ao que o conhecimento biologicista afirma que é “bom” (CASTIEL, 2010; CZERESNIA, 2003; FERNANDEZ & MENDES, 2007).

2 Compreendemos a centralidade desta discussão, quando se trata da busca por uma sociabilidade mais justa e uma política pública de saúde que seja de fato participativa. Para tanto, são muitos os trabalhos que tratam desta temática como as produções de Paulo Freire (Pedagogia do Oprimido, Pedagogia da Autonomia); Fernandez (2007; 2008) que trata da questão da promoção da saúde e autonomia dos sujeitos, entre outros. Esta é uma discussão fundamental para compreendermos o papel dos sujeitos na elaboração das políticas públicas e afirmarmos o nosso posicionamento político de estimularmos a autonomia da população em suas escolhas e nos espaços decisórios.

O tema da promoção da saúde é controverso, justamente pelo fato da mesma terminologia ser utilizada em abordagens conservadoras e em abordagens mais progressistas que vislumbram uma saúde pública integral, universal e cada vez mais próxima da realidade da população.

O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (empowerment) (CZERESNIA, 2003).

Esta forma de fazer de pensar e produzir saúde tem muito a agregar às políticas públicas voltadas para as travestis e transexuais, pois não estamos nos referindo a doenças e sim à saúde, não falamos apenas de números e sim de pessoas, não nos apoiamos em normas e condutas prescritas, mas buscamos a singularidade e autonomia dos sujeitos. “Enfatizaremos a Promoção da Saúde como uma nova forma de pensar e de fazer saúde, que se reflete nas condições de vida da população, focalizando a qualidade de vida como seu objeto de trabalho” (FERNANDEZ & MENDES, 2007).

Assim como no Quadro 1 elaborado por Ayres et al (2003) exposto anteriormente, a concepção de promoção da saúde pode produzir uma “ampliação paralisante”, ou seja, de tão ampliada, as ações podem não encontrar caminhos exequíveis, concretos, justamente pela limitação óbvia que a saúde tem para dar respostas à todos os determinantes internos e externos ao processo saúde doença. Surge aí a necessidade das ações serem elaboradas e executadas de forma intersetorial, que ocorre por meio de um processo que envolve os seguintes elementos:

[...] articulação de sujeitos e processos organizacionais, superação de fragmentações, tomada do território como referência para as ações, sinergia para dar potência no enfrentamento de problemas complexos e, por último, a

intersetorialidade como um meio e não um fim em si mesmo para produzir melhor saúde, implementar políticas públicas e superar a exclusão social. (FERNANDEZ & MENDES, 2007, p. 60-61).

Todos estes discursos, concepções que abordamos será o nosso referencial para analisarmos as políticas públicas em AIDS voltadas para as transexuais e travestis, pois as questões que pretendemos responder dizem respeito à articulação destes posicionamentos que são ético-políticos, na realidade local das transexuais e travestis do município de Franca.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi realizada no município de Franca, cidade situada ao norte do Estado de São Paulo, com uma população de aproximadamente 336 mil habitantes. Fundada em 28 de novembro de 1824, Franca têm no agronegócio, na indústria do couro e do sapato suas principais atividades econômicas. A Secretaria Municipal de Saúde gerencia 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 5 Programas de Saúde da Família (PSF), 13 unidades de atenção especializada, além do pronto atendimento infantil e adulto, entre outros serviços de apoio. A cidade é sede da Direção Regional de Saúde - DRS VIII, composta por 22 municípios.

O Serviço Especializado em DST/AIDS – SAE atende 15 municípios da região. O primeiro caso de AIDS em Franca foi registrado em 1986 e até agosto de 2013 foram registrados 2445 casos de HIV/AIDS. O Centro de Prevenção em DST/AIDS foi fundado em 2004 e realiza projetos direcionados à usuários de drogas, profissionais do sexo, estudantes, homossexuais e travestis. O Centro de Prevenção é um serviço gerenciado pelo Programa Municipal de DST/AIDS que observa as orientações do Programa Estadual e Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais.

A pesquisa realizada tem por característica o que Minayo (2004) denomina de pesquisa social, pois procuraremos proporcionar a reflexão de posições e preocupações frente a uma determinada realidade social, captando sua dinâmica, sua história. Este é o movimento que se fez presente neste estudo, no sentido de buscar os elementos da realidade das travestis e transexuais para que daí possamos refletir acerca das políticas públicas de saúde, sempre com o cuidado de não fazer o caminho inverso, pois não são as políticas públicas que vão dar visibilidade à realidade analisada, mas é a realidade experienciada que nos dará pistas dos rumos destas políticas.

A abordagem qualitativa veio exatamente ao encontro do cerne desta investigação, pois “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.” (MINAYO, 2012, p.21). Adentrando

ao universo das transexuais e travestis, pudemos transitar entre a realidade delas e das políticas públicas, o que nos permitiu extrair os significados submersos, subjacentes.

3.1. Produção de dados

A produção de dados foi realizada por meio das técnicas de pesquisa documental, construção de narrativas e do diário de campo, seguidos da análise dos dados coletados de acordo com as seguintes etapas:

Pesquisa documental

Dentre as muitas mudanças que este projeto sofreu desde seu início, uma questão nunca mudou para esta pesquisadora: a necessidade de nos debruçarmos sobre as políticas públicas. Entendemos que o acesso à saúde pelas minorias, passa pela elaboração, implantação e implementação de políticas públicas que as representem. Surgiu daí a necessidade de se realizar uma pesquisa documental que se caracteriza pela extração de informações, dados e aspectos da realidade social contidas nos documentos que se pretendia explorar.

A pesquisa documental nasceu da necessidade de resgatar a história, seja ela recente ou não, para dialogar com o objeto de estudo. A pesquisa documental realizada por Ayres (2011) apresentou registros que trazem elementos sobre o histórico do conceito de risco na história da saúde pública brasileira, o formato metodológico deste estudo contribuiu para que alcançássemos o formato adequado à nossa investigação. Realizamos nesta pesquisa, por meio dos documentos, um levantamento da história recente da política de DST/AIDS voltada para as transexuais e travestis.

Esta técnica de coleta de dados requer o cumprimento de etapas importantes para garantirmos a credibilidade e a coerência dos conteúdos (SÁ-SILVA et al, 2009). A primeira delas é a pré-seleção e avaliação dos documentos no que se refere à sua pertinência para a investigação. É fundamental observarmos aspectos dos documentos como o contexto histórico em que foram produzidos, os autores e a confiabilidade dos textos, para que a análise seja viável, sendo esta a principal e mais complexa etapa da pesquisa documental:

A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. É condição necessária que os fatos devem ser mencionados, pois constituem os objetos da pesquisa, mas, por si mesmos, não explicam nada. O investigador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer a inferência. (SÁ-SILVA et al, 2009, p.10).

Antes de apresentarmos os documentos analisados, é imprescindível que não fiquem dúvidas em relação à necessidade de analisarmos políticas públicas de AIDS em busca de elementos da realidade das travestis e transexuais, para não assumirmos posicionamentos superficiais e discriminatórios ao relacionarmos esta população diretamente à questão da AIDS. Bento (2012) destacou a problemática de que as poucas políticas públicas em saúde voltadas para esta população concentram-se na área das DST/AIDS. Portanto, esta foi a forma que encontramos de nos aproximarmos do posicionamento do Estado em relação às questões que emergem da realidade das travestis e transexuais no que diz respeito às políticas de saúde, por ser esta a fonte mais abundante de dados para explorarmos.

Realizamos o estudo de documentos oficiais que nos trazem elementos do direcionamento das atuais políticas públicas de enfrentamento à AIDS, de prevenção das doenças e promoção da saúde voltadas para as transexuais e travestis. São eles:

- Programações de Ações e Metas do município de Franca – SP – As PAM são os documentos que tratam das ações propostas pelo município para implementar as ações de assistência e de prevenção das DST/AIDS, é por meio desta programação que o município tem acesso à “verba PAM”. As metas são elaboradas anualmente, de acordo com as prioridades do município e agendas propostas pelos gestores Estaduais e Federais. Realizamos a leitura dos documentos dos anos de 2005 a 2014, porém os dados relativos às metas, pontos críticos, não se alteraram significativamente, portanto, decidimos analisar as três programações mais recentes. São objetos da pesquisa as PAM dos anos de 2012, 2013 e 2014.
- Plano Estadual de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e outras DST entre Gays, HSH e travestis do estado de São Paulo (referente ao período de 2009 a 2012) –

Traz os objetivos, diretrizes e metas das ações a serem desenvolvidas no Estado de São Paulo, neste documento estão contidas as ações consideradas prioritárias, assim como as intervenções junto às populações mais vulneráveis ao HIV. Este Plano é elaborado de acordo com as diretrizes do Plano Nacional e é a base para elaboração das Programações de Ações e Metas dos municípios.

- Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e outras DST entre Gays, HSH e travestis – (2007) É o documento que orienta a política de enfrentamento à epidemia junto às populações de HSH, gays e travestis, traz as considerações acerca da realidade epidemiológica, posicionamentos políticos, diretrizes e objetivos. Este Plano norteia a elaboração de todos os Planos Estaduais e Programações de Ações e Metas.
- Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2010) – Este documento trata da questão da saúde pública da população de transgêneros, suas diretrizes e objetivos. Aborda ainda questões referentes à cidadania, movimentos sociais, à discriminação e aos direitos desta população à saúde pública. Este documento, apesar de não tratar unicamente da questão da AIDS, é fundamental para esta investigação, pois nos permitiu compreender o que o Estado está propondo para a saúde das travestis e transexuais para além da AIDS.
- Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST. (2007, 2010, 2011) – Trata de problemáticas da realidade trans, inscritas nas agendas voltadas para a questão feminina. São três documentos, o primeiro de 2007, aborda as questões de gênero que afligem o universo feminino, e os segmentos das mulheres mais vulneráveis como as negras, as lésbicas, mulheres que vivem a transexualidade, entre outros grupos. O segundo de 2010 é uma avaliação das ações que se desdobraram a partir do primeiro Plano nos Estados e Municípios. O terceiro documento de 2011 foi elaborado a partir da avaliação, e é perceptível a evolução em relação ao primeiro documento, pois aborda os segmentos das mulheres de

forma muito mais consistente, aprofundada, este Plano traz as agendas a serem observadas pelos Estados e Municípios.

Para facilitar a leitura, a compreensão e a localização dos documentos no decorrer das análises que seguirão, utilizaremos as seguintes legendas:

- Para, Programações de Ações e Metas do município de Franca – SP, utilizaremos PAM 2012, 2013, 2014;
- Para, Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e outras DST entre Gays, HSH e travestis – (2007), utilizaremos PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007;
- Para, Plano Estadual de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e outras DST entre Gays, HSH e travestis do estado de São Paulo, utilizaremos PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO, 2009;
- Para, Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST. (2007, 2010, 2011), utilizaremos PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, (2007a, 2010b, 2011c).
- Para, Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2010), utilizaremos POLÍTICAS NACIONAL LGBTT, 2010c.

Alguns documentos foram centrais para dialogar com esta pesquisa, mas não foram eleitos para compor os documentos analisados, por não atenderem ao intuito de trazer elementos para a análise de políticas públicas de saúde, no campo da AIDS voltadas para travestis e transexuais. Documentos como “Brasil sem homofobia – programa de combate à violência e a discriminação com GLTB e de promoção da cidadania homossexual”, ou a “Política Nacional de Promoção da Saúde” são documentos de apoio para a investigação.

Buscamos nos documentos os conceitos e discursos que norteiam tais políticas em relação ao contexto e realidade social das travestis e transexuais, assim como entender o posicionamento do Estado frente às estas questões que se fazem presentes. A importância de dialogarmos com os Planos, Políticas, documentos, está justamente no fato de entendermos as vicissitudes destes dados, que confrontam, conformam, dão pistas, debatem e iluminam a trajetória da pesquisa,

estes documentos são reflexo de uma realidade social historicamente construída que revelamos a cada leitura, releitura, análise.

Construção de Narrativas

O método de construção de narrativas foi eleito por proporcionar ao narrador a possibilidade de trazer elementos que extrapolam os objetivos academicamente elaborados. Pensar o universo trans é um exercício, como já dissemos, de desconstrução, portanto, nada mais pertinente do que uma metodologia de coleta de dados que não se prenda a questionários, ou gravadores, mas que esteja ligado à história, às lembranças, às expectativas de vida de cada sujeito.

A narrativa enquanto método investigativo possibilita o resgate das experiências dos sujeitos, seus significados, por meio da análise dos discursos presentes nas histórias de vida. Em resumo: “[...] narrativa é o estudo das diferentes maneiras como os seres humanos experienciam o mundo”. (GALVÃO, p. 328, 2005).

Para a construção das narrativas utilizamos um roteiro para nortear as questões mais relevantes para a pesquisa, porém realizamos o processo de coleta de dados de forma bastante aberta, para viabilizar um diálogo livre entre o investigador e os sujeitos da pesquisa e extrair daí os diversos significados contidos na vivência das travestis e transexuais em relação às políticas de saúde no município de Franca. Grossman & Cardoso (2006) apontam as etapas pertencentes à construção das narrativas, são elas:

[...] pressupor a existência de um narrador e um ouvinte, cujas visões de mundo estão embutidas no como as histórias são contadas; preocupar com os indivíduos e como eles se sentem assim como as pessoas se sentem a respeito deles; prover itens de informação não diretamente pertencentes ao desenrolar dos acontecimentos e, finalmente, engajar o ouvinte e o convidar a uma interpretação. (GROSSMAN & CARDOSO, 2006, p.7)

Como expus no início desta dissertação, na mudança para Franca, não continuei a trabalhar com DST/AIDS, portanto os profissionais do SAE nos auxiliaram na eleição das participantes.

Participaram da pesquisa quatro usuárias, observando os seguintes critérios: 1 - que tivessem idade igual ou superior a 18 anos; 2 - que frequentassem o grupo de prevenção para travestis - grupo Fênix ou que fossem atendidas na intervenção de rua junto a profissionais do sexo; 3 - que aceitassem participar da pesquisa. Considerando o fato de que acessar as travestis e transexuais é uma tarefa bastante complexa, pois, apesar de serem pessoas bastante abertas ao diálogo, esta pesquisadora está a pouco tempo prestando serviço para a Prefeitura de Franca, portanto, não familiarizada totalmente com os serviços e seus usuários. Daí a importância de contar com o apoio dos profissionais que já realizam trabalhos com as travestis e transexuais, pois eles fizeram a ponte entre a pesquisadora e as participantes da pesquisa.

A construção de narrativas é bastante trabalhosa, pois prevê encontros sucessivos para a criação do vínculo, para a construção das narrativas e ainda mais um encontro para a devolutiva do trabalho concluído, que pode não ser o último encontro, pois dependendo da avaliação do sujeito da pesquisa, poderão ser necessários outros encontros até a finalização do material. Portanto, optamos por trabalhar com a construção de quatro narrativas, por entendermos que produziríamos dados suficientes, observando as limitações do cronograma da pesquisa. Por esta razão, avaliamos que este número foi suficientemente satisfatório para os objetivos traçados nesta investigação.

Cada narrativa foi construída em quatro encontros, que foram registrados sob a forma escrita pela pesquisadora. Os encontros se deram em locais cujas participantes consideravam mais adequados, para tanto a investigadora adequou-se aos horários indicados por elas. Apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, ANEXO 1) orientamos acerca da voluntariedade da participação na pesquisa, assim como em relação ao sigilo inerente a ela.

Todas as participantes receberam nomes fictícios para que suas identidades fossem preservadas. A narradora Natasha foi a primeira participante da pesquisa. Para que esta primeira aproximação fosse feita da forma mais natural e tranquila possível, pedi a Natasha que começasse falando sobre qualquer assunto que ela tivesse vontade, isso proporcionou que criássemos uma afinidade, pois ela deixou que eu conhecesse um pouco da intimidade dos seus dias. Nossos

encontros ocorreram no Centro Pop, serviço da Secretaria de Assistência Social que presta atendimento às pessoas em situação de rua, este foi o local indicado pela usuária.

A segunda participante foi a Vitória, que me recebeu em sua casa, onde ocorreram todos os encontros. A terceira narrativa foi a de Bárbara, que também indicou sua casa como local mais apropriado para os trabalhos. E a quarta e última narrativa, foi construída com Lorraine, que indicou a casa de Bárbara para os encontros.

Diário de Campo enquanto instrumento de produção de dados.

As conversas, impressões, anotações diversas, foram registradas no Diário de Campo, que tem a função de apoiar os dados coletados da pesquisa documental e das construções de narrativas. Este será também um recurso utilizado para produzir dados, uma vez que compõe o corpo da pesquisa o olhar e posicionamentos da pesquisadora, além das sutilezas que emergem nos encontros com os sujeitos, que podem enriquecer os dados coletados. Acerca disto os autores falam sobre o diário de campo e sua capilaridade: “Escrever, ou refazer o passado no presente, é uma ação de trazer à superfície certa vontade ou ato de vir a ser, de transformação, é produção de subjetividade.” (AZEVEDO & CARVALHO, 2009, p. 209).

3.2. Análise dos dados

Esta etapa da análise constituiu-se da ordenação dos dados, a leitura e releitura exaustiva do material coletado na pesquisa documental, construção de narrativas e registros do diário de campo. Estas etapas possibilitaram a construção de uma classificação que teve por base o referencial teórico e pressupostos que orientam a temática de estudo. A leitura repetida e exaustiva foi o primeiro passo deste momento interpretativo. Essa atividade nos auxiliou no estabelecimento processual das categorias de análise.

A partir daí construímos um quadro de análise (exemplo no APÊNDICE 4) que destacou as posições muito ou pouco valorizadas nos documentos e nas falas, trechos mais significativos dos discursos e as impressões iniciais que servirão de base para a análise final, destacamos um recorte do quadro para ilustrarmos o trabalho realizado.

Na análise realizamos o exercício de transitar entre o concreto e o abstrato, entre o teórico e o empírico, buscamos nos aproximar da realidade, interpretá-la, atribuir-lhe significados e sentidos até então desconhecidos.

Para viabilizar a organização, categorização e análise dos dados utilizamos a técnica de triangulação de métodos, que se caracteriza pela combinação e cruzamento de múltiplas técnicas e pontos de vista projetados para um objetivo específico. “Os diferentes métodos, técnicas e estratégias são vistos aqui como ‘grades’ por meio das quais se pode observar e compreender a realidade” (MINAYO, 2005, p. 99). Os dados coletados foram analisados com a finalidade de conhecermos os discursos e posicionamentos que norteiam as intervenções junto à problemática das travestis e transexuais no contexto da AIDS. A triangulação dos dados obtidos por meio da pesquisa documental, das narrativas e diário de campo, nos permitiu compreender a relação entre os discursos presentes nos documentos e o que se observa no âmbito das práticas de saúde.

Com a organização dos dados já coletados estabelecemos as categorias de análise buscando temáticas relativas à prevenção de doenças, risco, vulnerabilidade, AIDS, travestis, transexuais e promoção da saúde.

A análise dos conteúdos já triangulados foi realizada à luz do desenho hermenêutico-dialético, que consiste na interpretação crítica dos dados. De acordo com Minayo (2005) a proposta de análise sob esta perspectiva é fundamental para processos investigativos que tenha a linguagem como núcleo central.

Hermenêutica e dialética também ultrapassam a tarefa de serem simples ferramentas para o pensamento e estão referidas à práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho. No entanto, enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica. (MINAYO, 2005 p. 89-90).

O referencial da hermenêutica-dialética trouxe à pesquisa subsídios para que pudéssemos alcançar os objetivos de realizar uma análise que além de crítica, fosse também propositiva, pois entendemos que o Mestrado Profissional tem o compromisso de refletir e propor ações pertinentes ao cotidiano das nossas intervenções.

Compreendendo este compromisso com a qualificação de nossas intervenções, apresentamos à Secretaria de Saúde de Franca, o projeto “Chega Mais!”, produto técnico deste trabalho (APÊNDICE 3) que propõe uma intervenção junto às transexuais e travestis em seu território, buscando uma aproximação desta população com a Unidade Básica de Saúde, e estimulando o respeito e a valorização das travestis e transexuais por parte da equipe de saúde, compreendendo a importância do acesso à atenção primária.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em dezembro de 2013, aprovado em 08/01/2014 sob o registro nº 100501/2013. (ANEXO 2).

4 – RESULTADOS

A análise das políticas públicas de saúde foi elaborada para trazer à tona a vivência das transexuais e travestis. Para tanto realizamos as discussões nos debruçando sobre três categorias de análise: 1 - Do risco à vulnerabilidade em AIDS: mutações do discurso e manutenção das práticas; 2 – Promoção da saúde e Prevenção da doença; 3 – (In)visibilidade, preconceito e discriminação: desdobramentos do processo de saúde-doença.

4.1. Do risco à vulnerabilidade em AIDS: mutações do discurso e manutenção das práticas

Natasha não tem boas lembranças da infância. Se lembra que percebeu que gostava de meninos com apenas 5 anos “Eu gostava de brincar de boneca, meu pai não deixava, mas eu brincava escondido”. Na escola as professoras perceberam logo, sempre chamavam seus pais na escola pois escrevia bilhetinhos de amor para os meninos da sala. “Mas o pior era ficar de castigo no arroz, era ‘o ó’! [...] de joelhos meu amor”. Apanhava muito dos pais, eles nunca entenderam ou aceitaram sua condição afetiva. (Diário de Campo, 17/02/2014 e Narrativa de Natasha).

Início as análises com este trecho da narrativa, pois os primeiros passos da trajetória desta pesquisa, já apontaram para necessidade de discutirmos e analisarmos os desdobramentos da discriminação sofrida pelas transexuais e travestis. O preconceito, a vergonha, a violência se iniciam em casa, na família, que também é vítima da ignorância e do mesmo preconceito. As manifestações homoafetivas são encaradas como um erro tão grave que devem ser repreendidas com o joelho no arroz, e é para contribuir para que este tipo de violência não ocorra mais, e compreendendo que esta é uma realidade que potencializa a vulnerabilidade desta população é que propomos esta reflexão. Discutiremos a relação existente entre os conceitos de risco e vulnerabilidade, e como estes se apresentam nas políticas públicas de saúde e nas narrativas das travestis e transexuais.

Como já explanamos anteriormente, o início da história da AIDS é marcado por políticas de saúde com posicionamentos que precisaram ser superados, alvo de críticas severas, principalmente advindas do movimento social pela luta dos direitos das PVHA, pois no princípio: “As ações estiveram orientadas para a culpa e a responsabilidade individual, norteadas, portanto, por conceitos equivocados e desfavoráveis à promoção da saúde. (PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007, p.5).

As ações das quais o documento trata, são aquelas baseadas nos discursos de risco. As terminologias que se referem à grupos de risco ou comportamento de risco foram totalmente abandonadas nos documentos analisados. Ayres, (2002, 2002a, 2011), Czeresnia (2001), abordam as especificidades e diferenças entre risco e vulnerabilidade. A vulnerabilidade é um termo que veio ao encontro das aspirações dos movimentos sociais e críticas da academia em relação ao conceito de risco, por esta razão, encontramos nas políticas analisadas, os posicionamentos e conceituações sobre o tema:

O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização do HIV/Aids e Outras DST, lançado em 2007, é uma proposta de ação intersetorial visando a reduzir o impacto da epidemia do HIV/aids e da morbidade por DST entre as mulheres no Brasil, pautada pelo conceito de vulnerabilidade - articulação entre fatores individuais, estruturais e institucionais na determinação da suscetibilidade a um agravo específico. (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2010b, p. 5).

O documento conceitua, mesmo que de forma superficial, a vulnerabilidade, passo importante para o processo de análise dos documentos, compreender como as políticas públicas se apropriam deste conceito nos permite encontrar pistas dos posicionamentos e intencionalidades contidos nas políticas a serem analisadas. Podemos considerar que pensar vulnerabilidade pressupõe pensar os determinantes do processo saúde-doença e a realidade da população com quem se trabalha. Meyer (2006) explora o significado de vulnerabilidade.

Adentrando o campo da AIDS a partir da interseção entre o ativismo nesse campo e o movimento internacional pelos Direitos Humanos, o conceito de vulnerabilidade, hoje incorporado ao repertório teórico-metodológico em saúde, pode ser resumido como ‘o movimento de considerar a chance de exposição das

peças ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [e] contextuais’ que estão implicados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção. (MEYER, 2006, p. 123)

O autor evidencia que a incorporação do conceito da vulnerabilidade, tem desdobramentos na forma de conceber os processos de saúde, a partir da compreensão de que extrapolam a questão da doença. Acerca disto muitas questões são influenciadas e influenciam a saúde e o adoecimento, a realidade das travestis e transexuais se configura um verdadeiro desafio à superação das vulnerabilidades:

“[...] continua morando na rua, já está no mundão de Deus desde muito cedo [...] Estudou apenas até a 7ª série, com catorze anos saiu de casa” (Diário de Campo, 25/02/2014).

“Percebo em Natasha uma imaturidade, que não é só aquela inerente à uma jovem de apenas dezoito anos, mas é como se lhe tivessem roubado parte da infância, que ela tenta manter viva por meio das brincadeiras sem hora, e do sorriso largo” (Diário de Campo, 25/02/2014).

Dentro dos padrões estabelecidos em nossa sociedade, uma adolescente aos catorze anos de idade, não estaria preparada para enfrentar sozinha as responsabilidades para consigo mesma. O Estatuto da Criança e do Adolescente garante direitos especiais para esta população por entender que são pessoas em desenvolvimento. Este é certamente um fato que potencializa os fatores de vulnerabilidade social e conseqüentemente, às doenças como a AIDS.

Outro relato que também ilustra a realidade das travestis, em relação à sua infância, que incide sobre a vulnerabilidade em AIDS:

“Comecei a trabalhar muito cedo [...] mas no ‘norte’ é assim mesmo, eu com dez anos já trabalhava na casa dos outros, já ganhava dinheiro e eu mesmo pagava pelas minhas coisinhas... amadureci muito cedo”. (Narrativa de Vitória)

Mais uma história que atenta aos direitos da criança e do adolescente. O trabalho infantil, no caso de Vitória, foi a única saída para independe-se de sua família, e poder arcar com suas

próprias decisões, uma vez que as narrativas apontam que todas elas descobriram muito cedo que tinham uma orientação afetiva que divergia com a de seus pares. Ambas as histórias retratam suas infâncias sendo interrompidas precocemente. Entendemos que estas são problemáticas que elucidam que a vivência da vulnerabilidade por esta população começa desde muito cedo. Em relação a isto o documento afirma ainda que:

“Reconhecer que as desigualdades de gênero, em interação com a pobreza, o racismo, a violência, o estigma e, também, a discriminação relacionada à orientação sexual e identidade de gênero, à vida com HIV e à pessoa com deficiência, estilo de vida e a prostituição incrementam as vulnerabilidades das mulheres adolescentes, jovens, adultas e idosas as DST/HIV/aids. (PLANO DE ENFRENTAMENTO À FEMINIZAÇÃO, 2010b, p. 38).

É possível compreender que todas estas questões somadas trazem desdobramentos para a saúde das transexuais e travestis, observamos ainda que há uma carência generalizada de políticas sociais para esta população. As narrativas apresentam múltiplas questões, que demandam políticas de educação, assistência social, trabalho e emprego, entre outras.

O conceito de vulnerabilidade foi incorporado às políticas de saúde como uma alternativa mais abrangente ao conceito de risco, pois viabiliza uma análise universal da realidade a que se propõe intervir. As mais recentes produções científicas (AYRES, 2011, 2013; MEYER, 2006; CZERESNIA, 2003) têm indicado que elaborar, implantar e implementar políticas públicas sob a ótica da vulnerabilidade amplia a oferta de cuidado e potencializa o acesso. Porém ainda encontramos muitas inconsistências nos discursos acerca da vulnerabilidade, nos questionamos acerca da forma com que o conceito de vulnerabilidade está sendo apropriado. As políticas de DST/AIDS apresentam discursos de uma visão que contempla o sujeito em suas vulnerabilidades, mas continua propondo ações de prevenção, centradas na doença. Portanto nos fazemos o seguinte questionamento: estes conceitos comungam em seu cerne das mesmas intencionalidades? Ayres (2002) expõe que a vulnerabilidade, além de outros elementos relacionados ao processo saúde-doença, também gerencia riscos.

O referencial da vulnerabilidade pode contribuir para a renovação das práticas de saúde em geral e, particularmente, para as práticas de educação em saúde, porque consiste precisamente na busca de um novo horizonte para situar e articular riscos, “causalidades” e “determinações”, trazendo a saúde – assim como a possibilidade de adoecer – para o campo da vida real, para o mundo dos sujeitos em relação no qual esses processos ganham sentidos singulares (AYRES, 2002, p. 1341).

Este dado vem reforçar o posicionamento desta pesquisadora em relação a todos os discursos que analisamos, os novos posicionamentos, conceitos, não excluem os antigos, pois o conhecimento produzido se renova, e o processo histórico traz novos contornos. Assim como o conceito de risco na epidemiologia, que apesar de todas as críticas que realizamos, é fundamental para compreendermos os atuais rumos das políticas de saúde. Desta forma, os conceitos de risco e vulnerabilidade, se articulam de forma mais ou menos explícitas. O autor expõe que há um processo de mudança de paradigma em curso:

Migrar do risco para a vulnerabilidade, como já foi apontado, é outro importante desafio. Em termos bem sintéticos, trata-se de não centrar as políticas, programas e ações tanto em grupos identitários, ou grupos de risco, mas nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos grupos populacionais e suas interdependentes e cambiantes identidades. Por outro lado, não tratar as práticas que expõem as pessoas ao HIV e ao adoecimento por Aids como fruto exclusivo da vontade e do grau de esclarecimento dos indivíduos, mas ver os comportamentos como a resultante final de um conjunto de condições estruturais e contextuais de onde essas práticas emergem. (AYRES, 2002, p. 20)

Os mais diversos estudos de Ayres, Czeresnia (2003) e Castiel (2007; 2010), que aqui tomamos como referência, trazem a importância do conceito de risco para a epidemiologia. Mas procuraremos nos aproximar de direcionamentos teóricos que contemplem as problemáticas das travestis e transexuais, por esta razão comungamos da compreensão do autor quando afirma que: “[...] os conhecimentos epidemiológicos experimentam dificuldades para lidar concretamente com os processos de saúde e doença” (AYRES, 2011, p. 1309).

Os discursos de risco podem não estar mais presentes nos documentos, mas ainda permeiam as nossas falas, e se desdobram em nossas intervenções, pois, segundo Castiel (2010),

vivemos em uma sociedade cuja cultura do risco se faz presente cotidianamente, como na fala a seguir:

“A gente já entra na prostituição sabendo do risco [...] AIDS vira sarro, palhaçada” (Narrativa de Lorraine).

Percebemos que esta fala não evidencia apenas a presença do medo que permeia nossas relações. A narrativa trata ainda de uma problemática da relação do trabalho e seu meio de vida, com o adoecimento. Esta relação por si só já é adoecedora, daí a necessidade de “virar sarro”, para que lidar com o “risco iminente” da AIDS possa ser encarado no dia a dia da profissional do sexo de forma naturalizada.

Pensar a saúde em seus mais variados determinantes, pressupõe a necessidade de trabalharmos em rede, na perspectiva da intersectorialidade, uma vez que localizamos e apontamos as vulnerabilidades, mas continuamos respondendo a elas por meio de ações que se resumem à distribuição de preservativo ou palestras nas escolas. Pelúcio (2007) faz uma crítica ao modelo preventivo das políticas de AIDS. O trecho a seguir compreende a importância de repensar as ações de prevenção, mesmo que pautadas nelas.

[...]os contextos de vulnerabilidade dos gays, outros HSH e das travestis, indicando que estratégias de prevenção fracassam quando prevalecem restrições legais e programáticas combinadas com preconceito e estigma. Tais circunstâncias relegam esses grupos populacionais à clandestinidade e à invisibilidade, dificultando o acesso aos serviços de saúde e às ações de prevenção.” (PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007, p. 12).

Podemos inferir que não realizamos ações que extrapolam de fato o conhecimento produzido na saúde, para a saúde. Obviamente, que nos referimos a um processo em curso, pois a incorporação da concepção de vulnerabilidade na saúde é recente, porém é preciso ampliar as intervenções, torná-las exequíveis, para que não nos deixemos paralisar pela amplitude desta concepção. (AYRES et al, 2003).

São muitas as questões que tornam as experiências em saúde para as transexuais e travestis ainda mais complexas, o documento a seguir traz a compreensão de que:

“A homofobia e a transfobia têm sido apontadas como elementos estruturantes da vulnerabilidade de gays, outros HSH e travestis. Elemento derivado da cultura machista, sexista e heteronormativa, ainda hegemônica na sociedade, acompanha os sujeitos em toda sua vida” (PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007, p. 12).

As políticas trazem discursos que permitem o entendimento da extensão da problemática vivenciada por esta população, portanto apresentaremos algumas questões que se fizeram mais evidentes no processo de análise.

“As desigualdades de gênero constituem fatores estruturantes da vulnerabilidade das mulheres à epidemia de aids e outras DST.” (PLANO DE ENFRENTAMENTO À FEMINIZAÇÃO, 2011c, p.24). A questão de gênero é fundamental para a análise deste material, pois se caracteriza um dos principais fatores determinantes da vulnerabilidade desta população. Bento (2012) realiza um trabalho que expõe o conceito de gênero e as formas como se apresenta em diferentes momentos históricos, problematizando a questão da população trans. Apresenta ainda a dificuldade do conhecimento acadêmico e biomédico de localizar o lugar exato das transexuais e travestis dentro dos padrões de “normalidade”, daí a necessidade de controlar, patologizar o que este conhecimento não é capaz de responder. Ainda sobre os fatores que potencializam a vulnerabilidade da condição feminina, o documento a seguir destaca elementos que permeiam esta realidade.

A análise dos contextos de vulnerabilidade é bastante complexa, uma vez que eles também englobam outros fatores que contribuem para a manutenção das desigualdades de gênero, e compõem o conjunto de fatores que estruturam a vulnerabilidade das mulheres, tais como: 1) violência doméstica e sexual, 2) estigma e violação dos direitos humanos, 3) não reconhecimento das adolescentes e jovens como sujeitos de direitos; 4) racismo e desigualdades étnico-raciais, 5) pobreza e outras desigualdades socioeconômicas 6) uso abusivo de drogas. (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2011c, p.25).

Pensar a transexualidade é um convite a revisitar os conceitos mais arraigados que possuímos. Podemos observar, portanto, os desdobramentos das intervenções dos movimentos sociais, da comunidade acadêmica, no que diz respeito à produção de conhecimento, elaboração das políticas públicas mais atuais, que forcejam para um novo pensar. Estas mudanças nos

convidam a pensar a vulnerabilidade da população de transexuais por meio das vulnerabilidades comuns às mulheres, que estão relacionadas principalmente às questões de gênero. É importante ressaltarmos o que significa em termos históricos, vislumbrar as transexuais inclusas em uma política que discute, elabora e norteia ações voltadas para as questões femininas. Este é um dado que nos dá pistas acerca do posicionamento das políticas públicas de saúde. A mulher transexual e a travesti estão sujeitas a toda problemática advinda da condição feminina, porém com outros agravantes, que potencializam a submissão, a violência, o medo.

Todas as participantes da pesquisa são conhecedoras dos métodos de proteção contra as DST/AIDS, porém a realidade nas ruas pode facilmente inutilizar estes conhecimentos:

“Se a ambição falar mais alto a pessoa se destrói... tem proposta para ter relação sem camisinha, para fazer uso de drogas” (Narrativa de Vitória).

Porém, muitas profissionais do sexo fazem a opção pelo uso do preservativo somente no trabalho, contudo o mesmo não se aplica com seus parceiros fixos, namorados ou maridos. Este é um dado que se faz presente na realidade das mulheres da sociedade em que nos inserimos. A mulher raramente tem argumentos para sustentar o uso de preservativo em um relacionamento estável. Relatos como os de a seguir, nos mostram que a decisão pelo uso ou não de preservativo tem que ser um acordo consciente do casal:

“[...] 'já moramos juntos, mas não deu certo, agora é cada um na sua... já sofri muito com ele' Foi traída pelo namorado, e ele tem um filho fruto desta traição, 'depois disso perdeu um pouco do encanto', 'Ele é um pouco egoísta e volúvel', por este motivo sempre usam camisinha, e faz questão que ele sempre tenha camisinha com ele, 'se for aprontar, você se cuida!'" (Diário de Campo, 24/03/14 e Narrativa de Vitória).

Este fato retrata que nas relações afetivas as transexuais e travestis ocupam os papéis referentes às mulheres, que acreditam, fazem planos, se casam, e apesar de todo o ocorrido, redefiniu a relação, mas continua com o namorado que é figura central para a auto-afirmação feminina.

Mas, como expusemos anteriormente, as transexuais e travestis estão sempre vivenciando fatores que potencializam a vulnerabilidade, e a rua é por muitas vezes, sua casa e seu local de trabalho. A prostituição é um meio de vida para grande parte das travestis (PELÚCIO, 2007). Temos a tendência de satanizar a prostituição, esta investigação nos apresentou um dado importante: cada pessoa tem uma relação diferente com a rua:

“Não sofre pelo fato de trabalhar na prostituição, 'se eu não gostasse um pouco eu não faria'” (Diário de Campo, 12/03/14 e Narrativa de Vitória).

Para Natasha a prostituição significou liberdade:

“Adoro! Prostituir pra mim é diversão, nem gosto de chamar de prostituição, eu saio me divertir, conheço novas pessoas...” (Narrativa de Natasha).

Observamos que a pesquisa confirmou dados já encontrados em outros estudos de que a prostituição é também o lugar em que as transexuais e travestis vivenciam a feminilidade de forma mais intensa, enquanto objeto de desejo dos homens.

Natasha começou a se prostituir no primeiro dia em que saiu de casa, por isso para ela este é o seu meio de vida desde os 14 anos de idade, mas foi na prostituição que foi apresentada às drogas. Muitas usam drogas para se prostituir, muitas outras se prostituem para poderem usar a droga.

“A realidade para quem está nas ruas é muito dura, e o uso de drogas é parte integrante deste cenário. 'Todas usam para suportar a realidade das ruas... praticamente todas'”. (Diário de Campo, 17/05/14 e Narrativa de Bárbara).

Os fatores potencializadores da vulnerabilidade desta população passam por inúmeras questões, mas uma das principais e mais preocupantes é o uso abusivo de álcool e drogas. Existe a crença de que a vida nas ruas simboliza liberdade, falta de regras, porém, isto não é totalmente verdade, a rua tem leis muito severas, a pessoa em situação de rua está sujeita à violência, ao frio,

ao medo, à invisibilidade, ao descaso, e neste contexto as drogas, como já afirmou Bárbara, é um meio de suportar a dura realidade das ruas. Todos os documentos analisados trazem a questão da dependência química e/ou uso abusivo de drogas como um problema central: “O consumo de álcool e outras drogas também poder ser considerado um fator de vulnerabilidade ao HIV entre gays, outros HSH e travestis” (PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007, p. 15). Encontramos também:

É importante considerar que o consumo de tais substâncias exerce influência na capacidade de julgamento e tomada de decisão, o que pode aumentar a vulnerabilidade às DST e ao HIV, seja pelo não uso do preservativo, pela troca de sexo desprotegido por drogas, ou ainda por situações de violência sexual. (Plano de Enfrentamento da Feminização, 2011, p.35).

Em relação à política local, todas as PAM analisadas preveem ações junto a usuários de drogas, como mais uma intervenção no sentido de enfrentar a epidemia de AIDS. O uso de substâncias psicoativas é uma grande preocupação para sociedade e traz desdobramentos significativos para o campo da saúde pública. Acerca disso, em seu estudo etnográfico Pelúcio (2007) observou:

Outro dado que salta aos olhos de quem vai a campo nos espaços de prostituição travesti é o uso que elas fazem de drogas lícitas e ilícitas. O álcool é bastante consumido, principalmente destilados como conhaque e pinga, mais do que fermentados como cerveja, que além de mais cara é uma bebida gelada, que não contribui para dar o conforto térmico que a noite por vezes pede. Muitas travestis contam que o crack é a droga da vez e que tem causado mortes e decrepitude entre elas. (PELÚCIO, 2007, p. 34)

A autora aponta ainda que a principal questão de saúde das transexuais e travestis não é a AIDS, mas sim a dependência química. Esta é uma realidade vivenciada por grande parte da população de travestis principalmente, marcada pelas mazelas da rua, da violência, das drogas. A narradora conta sobre seus piores dias de uso intenso de drogas.

“Estava enfurnada no crack, dormindo na rua.” (Narrativa de Natasha).

Os dados confirmam a necessidade do trabalho sob a perspectiva intersetorial, as políticas públicas em AIDS apontam para a necessidade das ações contemplarem os outros setores e políticas públicas.

Por fim, encontramos dados que reforçam a invisibilidade desta população em relação às políticas públicas de saúde. E este fato se evidencia inclusive nas ações propostas para as travestis e transexuais. O trecho a seguir, foi extraído do documento que realiza a avaliação da política de enfrentamento à feminização da epidemia de HIV, para isto foram criadas agendas para cada segmento populacional nele contemplado, cada agenda descreve as ações e metas a serem executadas nas esferas estaduais e municipais.

Em muitos estados, as ações estão direcionadas às mulheres de uma forma geral, às mulheres vivendo com HIV/aids e às mulheres em situação de violência, havendo um volume menor de ações voltadas para os grupos de mulheres contemplados nas agendas afirmativas - mulheres profissionais do sexo, mulheres que fazem sexo com mulheres e mulheres transexuais”. (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2010b, p. 4).

Este documento traz uma constatação importante para este estudo, a avaliação revela que as ações voltadas para os grupos de mulheres mais vulneráveis ao HIV não contemplam em um número satisfatório as mulheres transexuais. Podemos inferir, portanto, que apesar de estarem contempladas nesta política, as transexuais femininas não estão sendo cuidadas de fato e por uma série de fatores: preconceito, dificuldade de acessar esta população, mas, principalmente, pela dificuldade destas mulheres acessarem os serviços, portanto, estas questões foram trabalhadas ao longo do processo de análise.

Apesar da priorização dada às mulheres contempladas nas agendas afirmativas, segundo análise feita a partir de palavras-chave nos PAM de 2008 e 2009, o maior volume de ações se mantém voltado para as mulheres da população geral e corresponde a 75% das ações propostas, enquanto que as ações realizadas para os segmentos de mulheres contempladas nas agendas afirmativas não chegam a representar 15% das ações. (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2010b, p. 8).

Este é um dado que vem confirmar a tese inicial de que apesar das políticas públicas estarem voltando os olhares para as questões emergentes da transexualidade, ainda são poucas as ações realizadas de fato. Este é um dado que evidencia a invisibilidade desta população em relação às políticas públicas. Acerca disto Pelúcio afirma que:

Nos “Boletins Epidemiológicos” do Programa Nacional de Aids usa-se o termo “homossexual” como guarda-chuva para se referir a diferentes formas de viver a sexualidade. Ao acharem as peculiaridades de comportamentos e práticas, as políticas preventivas não apresentaram dados estatísticos sobre a prevalência da aids entre travestis e, até muito recentemente, não havia medidas de intervenção que tratassem da travestilidade para além da chave da “homossexualidade.” (PELÚCIO, p.19, 2007).

Este é um processo em construção, pois o referencial nos aponta que os indicadores para a população trans estão sendo propostos. As políticas analisadas têm como meta a inserção da coleta de informações acerca desta população em seus bancos de dados, meta esta que deveria ter sido cumprida em 2010, mas que ainda não se consolidou.

As questões levantadas nos dão um parâmetro dos entraves vivenciados por esta população, e todas que ainda terão que enfrentar para vivenciar a cidadania, direito de todos nós. Observamos que todas as considerações reforçam a ideia de que os discursos de vulnerabilidade presentes nas políticas públicas forcejam para uma atenção à saúde que seja integral. Porém, esta nova forma de conceber saúde, ainda está muito distante da realidade das travestis e transexuais, e o que as políticas de saúde reservam para elas é basicamente as políticas de AIDS. O que reforça o estigma e não dá visibilidade às outras questões de saúde, tão ou mais importantes.

4.2. Promoção da saúde e Prevenção da doença

“Da tia (HIV)? Tenho medo não [...] porque bicha é terrível, pra te ser sincera, quem tá na prostituição quer morrer sem saber” (Narrativa de Bárbara).

Nos questionamos sobre a fala acima, onde Bárbara afirma que não tem medo da AIDS. As intervenções de cunho preventivo se valem de informações acerca dos perigos, riscos que se correm ao contrair AIDS, ora, como conceber então uma afirmação desta, tão destemida. A resposta que propomos à esta questão é a ampliação da forma de conceber saúde.

Os discursos acerca da prevenção e promoção da saúde, estão ambos presentes nos documentos pesquisados, e por vezes aparecem de forma concomitante, como no documento a seguir:

As ações de implantação e implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST devem, portanto, partir da integralidade e intersetorialidade para a efetiva prevenção e controle das epidemias entre as mulheres e promoção de sua saúde. (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2011c, p.7).

O trecho acima traz que as ações do plano devem objetivar a prevenção efetiva, o controle da epidemia e a promoção da saúde, mas que dizem respeito a duas perspectivas distintas: prevenção e controle centrados na doença e a promoção centrada na saúde. Czeresnia (2003) aborda neste estudo as diferenças terminológicas e conceituais entre prevenção e promoção da saúde:

É justamente aí que se afirma a radical e, ao mesmo tempo, pequena diferença entre 'prevenção' e 'promoção' da saúde. Radical porque implica mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na formulação e operacionalização das práticas de saúde e isso só pode ocorrer verdadeiramente por meio da transformação de concepção de mundo, conforme problematizado anteriormente. Pequena porque as práticas em promoção, da mesma forma que as de prevenção, fazem uso do conhecimento científico. (CZERESNIA, 2003, p. 47)

Observamos que o termo “promoção da saúde” se faz presente em todos os documentos analisados, a discussão que propomos é em relação ao tipo de apropriação da concepção de promoção da saúde que se faz presente nestes documentos. Czeresnia (2003), traz em seu trabalho que a terminologia “promoção da saúde” tem significados diferentes de acordo com a

perspectiva a que servem. A Política Nacional de Promoção da Saúde, por exemplo, transita, por diversos momentos, entre a concepção conservadora e moderna (BRASIL, 2006). Observo, portanto, que as políticas públicas em AIDS fazem o mesmo movimento, pois trazem a terminologia da promoção da saúde, mas suas ações são pautadas, na realidade, na prevenção das doenças.

O documento a seguir faz este mesmo movimento, admite a necessidade de ampliarmos a discussão, mas volta a propor ações voltadas para a questão da doença: “As demandas desses grupos ampliaram a discussão e, conseqüentemente, redirecionaram as estratégias da prevenção e do cuidado das pessoas em relação ao HIV/AIDS” (POLÍTICA NACIONAL LGBTTT, 2010c, p. 6).

Temos obviamente que considerar os avanços, as políticas estudadas trazem discursos sobre a ampliação do olhar sobre a questão da AIDS junto às transexuais e travestis. Este outro trecho nos mostra o compromisso com esta ampliação na forma de conceber a saúde:

“Esta Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Por isso, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular” (POLÍTICA NACIONAL LGBTTT, 2010c, p. 5).

Ou ainda:

“Sua construção parte da perspectiva de que a resposta nacional à epidemia não é uniforme no país, que existem diferentes contextos de vulnerabilidade e que a vivência da sexualidade impõe novos desafios para a abordagem de promoção da saúde” (PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007, p. 4).

Analisar os discursos de promoção da saúde é uma tarefa bastante trabalhosa, justamente pelo fato de não haver consenso em relação à sua fundamentação teórico-prática, e por este termo ter significados que diferem em relação ao posicionamento à que foi submetido. Uma questão sempre presente nas políticas públicas de saúde analisadas, diz respeito à necessidade de se

trabalhar a intersetorialidade, como forma de se pensar e produzir saúde de forma integral, propondo mudanças que se referem à ampliação do conceito de saúde enquanto processo complexo que demanda respostas igualmente complexas. Em relação a isto o documento a seguir aponta como um dos objetivos:

“Garantir a intersetorialidade e a transversalidade na formulação e execução deste Plano promovendo, entre outras, alianças estratégicas entre governo e o movimento dos homossexuais, das travestis e de luta contra a aids” (PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007, p. 17).

Este outro documento também aborda a importância do trabalho intersetorial: “Nos estados, a expansão da atenção básica, com ênfase na Promoção da Saúde e nas ações intersetoriais, cria oportunidades de abordagem da feminização da epidemia do HIV/AIDS” (BRASIL, 2010b, p.3). Este documento realiza o monitoramento das ações propostas pelo primeiro plano de enfrentamento à Feminização da epidemia de Aids de 2007 e a primeira constatação geral deste documento se refere aos bons resultados obtidos por meio de ações intersetoriais. Em relação à realidade de Franca, as PAM, 2012, 2013, 2014, trazem como ponto crítico para a política local a inexistência de articulação com a rede, o que limita o alcance de metas relacionadas à promoção da saúde.

Acredito que este seja um importante dado para a implementação das ações que visam o controle da doença, uma vez que a intersetorialidade permite intervenções que extrapolam o biologicismo predominante no setor saúde. Porém se trata de uma questão relativamente nova para a área da saúde, que culturalmente ainda é hospitalocêntrico, medicocentrado e especializado.

Em relação a isto destacamos ainda o seguinte trecho: “Falta de experiência com o trabalho intra e intersetorial; dificuldades com esse tipo de trabalho e com a criação de uma proposta na qual todos os parceiros tenham seus interesses contemplados” (BRASIL, 2010b, p.10). Este documento apresenta as dificuldades encontradas na execução das políticas de enfrentamento à epidemia, e entre elas está o pouco manejo com a perspectiva intersetorial. Acerca disto Czeresnia afirma:

As ações próprias dos sistemas de saúde precisam estar articuladas, sem dúvida, a outros setores disciplinares e de políticas governamentais responsáveis pelos espaços físico, social e simbólico. Essa relação entre intersetorialidade e especificidade é, não obstante, um campo problemático e deve ser tratado com cuidado, pois sustenta uma tensão entre a demarcação dos limites da competência específica das ações do campo da saúde e a abertura exigida à integração com outras múltiplas dimensões. Se a especificidade não é disciplinar, ela deve constituir-se a partir da delimitação de problemas, possibilitando a implementação de práticas efetivas. (CZERESNIA, 2003, p. 46).

Ora, como podem as transexuais e travestis experienciarem a interdisciplinaridade no cuidado ofertado, se ainda observamos que as políticas de saúde voltadas para elas estão em sua maioria ligadas à questão da AIDS? É claro que o processo de aproximação desta população com o setor da AIDS não ocorreu de forma instantânea, e nem por acaso. A história da AIDS, como já salientamos, é regida pela história da sexualidade, da pluralidade afetiva, portanto podemos destacar dois pontos principais que justificam a vinculação da população das transexuais e travestis aos serviços de DST/AIDS: o primeiro diz respeito à história dos movimentos sociais de travestis e transexuais que tinham a AIDS como uma de suas principais bandeiras reivindicatórias, e o segundo ponto, diz respeito à expertise que os serviços de atenção às PVHA adquiriram em relação a esta população desde os primórdios da AIDS, pois trabalhamos com as demandas das transexuais e travestis diariamente.

Porém, as falas das participantes da pesquisa evidenciam que esta população está mais aberta a experienciar o SUS para além dos serviços de prevenção e assistência em DST/AIDS:

“Eu vou a todos os lugares, vou no ‘NUBS da Vila Tião’ (UBS), no AME passar no vascular, no cirurgião plástico”. Frequenta todos os serviços de saúde e transita por todos os espaços sem se deixar abater, “A gente tem que saber se impor!”. (Diário de Campo, 03/06/2014 e Narrativa de Lorraine).

A fala deixa claro que para poder adentrar estes espaços, elas precisam se posicionar, ignorando, muitas vezes, a falta de preparo das equipes de saúde. Outras falas também tratam das experiências e “descobertas” dos equipamentos de saúde pelas transexuais e travestis:

“Vou onde eu preciso ir, seja aqui na São Sebastião (UBS), onde for [...] eu acho que a gente tem que saber entrar nos lugares bem...” O único lugar que não foi bem atendida foi no Pronto Socorro, “O Janjão deixa bastante a desejar [...] tem que ter educação e tratar as pessoas de forma correta [...] as pessoas se acham superior.” (Diário de Campo, 12/03/2014 e Narrativa de Vitória).

Mais uma vez observamos os entraves vivenciados por elas para receberem atendimento nos serviços de saúde, ficando sempre evidente a falta de preparo dos profissionais da área. Acerca disto, o documento propõe ações para qualificar a atenção da rede: “Ampliar o acesso de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais aos serviços de saúde do SUS, garantindo o respeito às pessoas e acolhimento com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades” (POLÍTICA NACIONAL LGBTT, 2010c, p. 16).

“Nunca tinha ido no NUBS (UBS) antes, o povo não sabe receber as 'transexual', as pessoas não 'sabe' como tratar a gente, por isso que vira briga, um erro que você fala já é motivo, precisa conscientização do povo, saber que existe travesti, porque cada vez essa população cresce mais!”. (Narrativa de Bárbara)

“Ontem foi a primeira vez que passou pela UBS. Bárbara está com problemas de saúde devido a complicações decorrentes da aplicação de silicone industrial que agora está afetando a circulação das pernas. O atendimento não foi dos melhores, 'ela (a médica) nem quis saber o que eu tinha” (Diário de Campo, 08/04/2014 e Narrativa de Bárbara)“.

Pudemos observar que quase todas as narrativas trazem experiências das travestis e transexuais na rede SUS de Franca, e este é um dado significativo, que nos dá pistas de que esta população está mais empoderada, ciente de seus direitos, até porque apenas uma das participantes não havia completado o ensino médio, e é sabido que quanto mais anos de estudo se tem, maior é a capacidade dos sujeitos de fazerem escolhas conscientes. Porém o que problematizo é que elas estão chegando até os serviços, porém o contrário não acontece. Este fato fica evidente ao notarmos que todas elas só procuraram os serviços quando já estavam doentes, e mesmo assim nem sempre foram bem atendidas. A política de saúde é clara quando traz a noção de que a atenção primária é responsável por ofertar o cuidado básico, caracteriza-se principalmente por

uma atenção que acontece antes do processo de adoecimento. Entendemos, portanto que as travestis e transexuais não vivenciam experiências de promoção da saúde, de cuidado das especificidades inerentes à sua condição, são alvo de ações de cunho meramente curativo/preventivo.

As questões de saúde desta população, como já afirmei anteriormente não são limitadas à questão da AIDS. O uso de substâncias psicoativas é um problema que podemos considerar central na realidade das travestis e transexuais. Este é um problema de saúde de difícil tratamento, e no caso desta população torna-se ainda mais difícil:

“Foi quando tentei me reconciliar com meu pai, parei de me vestir de menininha em fui ‘pra’ internação [...] Ah não dei conta não!” (Narrativa de Natasha).

Obviamente a internação não deu certo, pelo simples fato de termos desrespeitado o direito de ter um tratamento adequado à sua condição feminina. Outra participante expõe as dificuldades encontradas por elas:

“o tratamento é mais difícil para nós, não existem clínicas para travesti, tinha que ter, porque travesti tem gênio forte, logo arranja confusão!”, quando conseguem uma vaga para internação é em clínica masculina “aí as bicha não vai, prefere morrer a ter que vestir de 'hominho' de novo” (Diário de Campo, 26/05/2014 e Narrativa de Lorraine).

Vitória passou por uma situação parecida:

“Foi internada na Santa Casa uma vez, devido a uma infecção intestinal, fui tratada muito bem, mas fiquei na ala masculina e isso me incomodou um pouco, mas eu já sabia que seria assim...” (Diário de Campo, 17/03/2014 e Narrativa de Vitória).

Não defendo aqui a criação de leitos próprios para transexuais e travestis, mas me posiciono favorável a ouvirmos suas demandas, pois não existem estudos suficientes que possam dizer sobre estas demandas melhor que elas. Estes relatos dizem respeito a uma carência muito séria de políticas públicas de proteção social. A elaboração e disseminação dos direitos da

população trans evoluem muito lentamente, apesar das políticas públicas de saúde já terem apontado para a necessidade de uma intervenção para além da doença. Neste documento uma das metas é:

“Promoção da discussão e identificação de agenda de trabalho comum entre áreas de Saúde, Educação, Assistência Social, Judiciário e Emprego e Renda que possam contribuir para a redução das vulnerabilidades das travestis associadas às dimensões sociais e institucionais” (PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007, p. 21).

Outro problema de saúde está relacionado ao manuseio de silicone industrial, que nas palavras de Bárbara “é o básico das travestis”. Se trata de uma questão seríssima de saúde pública que está sendo negligenciada. Os documentos pesquisados trazem a necessidade de pensar em práticas para equacionar este problema.

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. Mesmo sem estudos específicos sobre o assunto, o dimensionamento do problema justifica a necessidade de definir e praticar protocolos clínicos para os serviços do SUS (POLÍTICA NACIONAL LGBTTT, 2010c, p. 11).

Há ainda outra questão igualmente grave, que é o uso de hormônios de forma indiscriminada. Todas as narrativas trazem a realidade do uso dessas medicações.

“Tem um corpo vistoso, sempre com vestidos bem curtinhos 'antes eu era uma vareta de tão magrela, depois dos hormônios, tenho coxão, carne aqui ó (risos)'. Faz uso de hormônios sem prescrição médica, mas não tem vontade de fazer alterações cirúrgicas de nenhuma espécie, nem mesmo colocar silicone, 'morro de medo!’” (Diário de Campo, 13/03/2014 e Narrativa de Natasha).

Esta é mais uma problemática ignorada pela política de saúde, pois estas mulheres fazem uso dos hormônios sem orientação alguma. Em relação a isto existem planos, que ainda não saíram do papel. “Elaborar protocolos para a rede SUS sobre o uso de hormônios, implante de próteses de silicone e extração de silicone industrial para travestis e transexuais” (POLÍTICA

NACIONAL LGBTTT, 2010c, p. 19). Estamos tratando de uma intervenção de baixíssima demanda tecnológica, que pode ser ofertado tranquilamente nos serviços de saúde presentes nos territórios. Estes são dados que reforçam a necessidade de pensarmos um cuidado que seja integral, que veja o sujeito como um todo, que conheça sua realidade, para assim poder dar visibilidade as demandas que surgem daí.

A integralidade e universalidade das ações em saúde pressupõem a inserção dos sujeitos no SUS como um todo, porém o documento a seguir nos apresenta um dado importante, no monitoramento da referida política, notou-se que os planos estaduais estão buscando ampliar o cuidado no nível de atenção básica: “A consulta aos sítios eletrônicos das Secretarias Estaduais de Saúde e aos Planos Estaduais de Saúde mostra a priorização dada à ampliação da atenção básica” (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2010b, p. 8).

As ações que se referem ao enfrentamento da epidemia de AIDS ainda estão concentradas nos serviços especializados, o que inviabiliza ainda mais o acesso das travestis e transexuais femininas ao cuidado. Porém, observamos que as políticas públicas estão forcejando no sentido de ampliar a atuação dos serviços de atenção básica, buscando priorizar a promoção da saúde e a atenção integral. Portanto, o primeiro passo para promover a intersetorialidade é articular a rede de cada setor, a saúde, por exemplo, poder realizar este diálogo na perspectiva interdisciplinar e com diferentes instituições, já que intersetorialidade não se refere apenas aos serviços de saúde.

Assume-se portanto, neste estudo, que a prática da intersetorialidade na saúde propõe um diálogo e ações complementares entre setores diversos, sem desconsiderar a necessidade de integrar ações dentro de cada setor. Ou seja, pode-se dizer que ao buscar a intersetorialidade, espera-se encontrar ações conjuntas que perseguem o mesmo objetivo entre setores diferentes; entre o público e o privado e entre a sociedade civil e o Estado em instâncias nas quais essas dicotomias ainda persistem. (AZEVEDO, 2012, p. 1336)

A intersetorialidade se faz presente em todos os documentos, como podemos observar nos seguintes trechos:

“Promover políticas e ações intersetoriais para a redução das vulnerabilidades as DST/HIV/ aids vivenciadas por Gays e outros HSH e Travestis” (PLANO ESTADUAL DE

ENFRENTAMENTO, 2009, p. 2); “Implementar ações intersetoriais de promoção da saúde integral de LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação” (POLÍTICA NACIONAL LGBTTT, 2010c, p. 20).

A intersectorialidade é um conceito que está sempre ligado à concepção de promoção da saúde, partindo do entendimento de que ao abordar a saúde em sua complexidade, é imperioso que façamos isto de forma articulada e ampliada, acerca disto Czeresnia (2003) expõe que:

Ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído a responsabilidade de uma área de conhecimento e prática. (CZERESNIA, 2003, p. 46)

Esta ampliação pode ter como desdobramento o que AYRES et al (2003) denomina de “ampliação paralisante”, pois a proposta de tão ampla, torna-se aparentemente inexecutável. Este é um dos motivos pelos quais as ações preventivas são, muitas vezes, a opção mais simples, pois se centramos a questão na doença, respondemos o problema culpabilizando o indivíduo. É muito mais fácil trabalhar sob a perspectiva da doença do que sob a perspectiva da saúde, pois este demanda de nós um envolvimento de ordem ético-político. Justamente por reconhecermos as limitações teórico-práticas da perspectiva biomédica em relação ao processo saúde-doença, é que surge a necessidade das ações interdisciplinares, também com suas limitações, porém, com a possibilidade de responder de forma mais adequada aos diversos fatores que compõem o processo saúde-doença.

A necessidade de realizar ações e pensar políticas públicas de forma intersetorial se destaca nos textos das políticas investigadas. Observamos no trecho abaixo a importância de convocarmos uma ação que conte com a intervenção de diversos atores, para a garantia de uma atenção que seja de fato integral e efetiva.

Desse modo, o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, reconhece a importância das políticas de gênero para o controle da epidemia de aids e outras DST entre as mulheres, e convoca os

representantes de governo (gestores e gestoras), a sociedade civil organizada e os movimentos sociais, para desenvolver, monitorar e avaliar políticas, programas, ações e estratégias equitativas e integrais para promover o acesso universal à prevenção, diagnóstico, tratamento e apoio às pessoas que vivem com HIV e aids. (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2007a, p. 38).

O documento expõe a necessidade da participação de diversos atores sociais para promover o acesso à prevenção. O que ilustra a centralidade da prevenção para as políticas públicas em DST/AIDS, onde as ações se voltam para o controle das doenças e as questões que a permeiam, determinam e condicionam continuam em um plano secundário. Este mesmo posicionamento podemos observar a seguir: “Para prevenir e controlar a epidemia de AIDS e outras DST são necessárias ações intersetoriais, envolvendo organizações da sociedade civil” (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2011c, p.37).

O discurso da prevenção norteia as políticas públicas de DST/AIDS por se tratar de uma doença infecto-contagiosa, matéria esta da epidemiologia. Esta, por sua vez, se baseia em dados probabilísticos do risco de adoecer, e propõe como resposta ações de prevenção às doenças. Ayres trata da questão da centralidade da prevenção para a epidemiologia.

A prevenção tem sido, desde o início da epidemia, uma questão crucial para os programas de controle da Aids. Naqueles primeiros tempos, era grande o desconhecimento acerca da doença e sua distribuição e poucos os subsídios para guiar ações preventivas. Desde então, esse quadro sofreu profundas alterações. Houve um aumento substantivo do grau de conhecimento científico acerca do vírus, suas interações com o organismo, sua epidemiologia e sobre os principais determinantes sociais dessa epidemia. (AYRES, 2002, p. 12)

Destaco outro trecho que reforça a análise que realizamos: “As propostas se concentram em atividades de prevenção para as mulheres de modo geral, reforço ou implantação de rotinas de serviços e promoção de eventos.” (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2010b, p. 4). Este é um dado que ilustra a realidade das intervenções dos Programas de AIDS, como já abordamos anteriormente, voltadas primordialmente para ações preventivas. Natasha também faz sua crítica:

“Acha que deveriam ter mais projetos de distribuição de camisinha para as profissionais do sexo ‘Ele passam lá só de vez em quando’, queixa-se que não recebe informação sobre o serviço. ‘É só camisinha, distribuiu e tchau amor!’” (Diário de Campo, 25/02/2014 e Narrativa de Natasha).

Entendo que ações de educação em saúde contemplam a disseminação de informações, mas permite também abordar questões da realidade da população alvo que incide sobre o processo saúde/doença.

As ações precisam ser mais amplas para alcançar de fato a população trans, conhecemos as dificuldades práticas de se trabalhar nesta perspectiva, pois existe uma tendência ao esvaziamento dos espaços coletivos:

“Deixou de frequentar o grupo Fênix, ‘as bicha sumiu tudo, no começo lotava aquilo ali, a gente vai desanimando né?’. Porém mantém contato com a equipe, ‘eles passam toda quarta-feira, conversam com a gente, entregam preservativo, gel, que é o mais importante’” (Diário de Campo, 08/04/2014 e Narrativa de Bárbara)

Na mesma fala, temos outra problemática importante, Bárbara classifica a entrega de preservativo como mais importante. E esta é uma questão que merece nossa atenção, qual a real intencionalidade dessas ações? O preservativo pelo preservativo? Estamos buscando construir vínculos significativos com os sujeitos envolvidos em nossas intervenções? É importante refletirmos sobre a saúde que produzimos, e a que desejamos produzir.

Estamos aprendendo algumas lições, mas o processo não permite avançarmos tão rápido quando gostaríamos. Apesar de mascarado, o terrorismo, a culpabilização, o medo da doença que se transfere quase que automaticamente para o doente (ou para àqueles considerados candidatos óbvios à doença, como as travestis) continua assombrando a sociedade e as suas relações com o processo de adoecimento. O campo da AIDS experiencia este processo de superação do terrorismo do risco, que hoje ganha outros contornos, com os discursos conservadores da promoção da saúde, que transfere para a esfera individual responsabilidades de amplitude social. Acerca deste processo Ayres aponta uma lição que o setor das DST/AIDS apreendeu após as primeiras intervenções de prevenção:

Primeira lição: terrorismo não funciona A primeira lição aprendida, logo nos primeiros anos da epidemia, é que o caminho do terror, do susto, de que quanto mais assustadora a propaganda melhor seu efeito preventivo, é extremamente limitado. Essa via mostrou-se ineficiente, estéril, afastando mais que aproximando as pessoas do problema. (AYRES, 2002, p.14)

Natasha expressa o medo da herança deste terrorismo:

“Não quer mais saber de médico, tem medo de descobrir outras doenças, tem medo de descobrir que está com AIDS. Não tratou a sífilis corretamente, ‘Só tomei uma injeção e não voltei mais, Deus me livre!’” (Diário de Campo, 17/02/14 e Narrativa de Natasha).

Esta fala nos permite algumas reflexões. Fica evidente a centralidade da doença e da figura do médico. Este medo externado nesta fala, diz respeito à herança do terrorismo, da cultura do risco. Outro ponto importante é o fato de estarmos analisando os dados sob a ótica da AIDS, mas sem nos esquecermos de que as transexuais e travestis são igualmente vulneráveis a outras doenças sexualmente transmissíveis como a sífilis, o HPV, a gonorreia, que trazem prejuízos não só à saúde física, mas à saúde mental e social dos sujeitos.

Os dados epidemiológicos norteiam quase que totalmente os rumos das ações no campo da AIDS, sempre baseados em números e acompanhados de perto pela vigilância em saúde. Em relação a isto tenho a experiência, ocorrida em 2011, da pressão sofrida pela equipe do Centro de Infectologia de Itanhaém, obrigada a responder ao Programa Estadual de DST/AIDS os motivos pelos quais o número de óbitos por AIDS aumentou naquele ano. Recebemos uma comitiva do Programa Estadual, nos sentimos todos responsabilizados, expostos perante a Secretaria Municipal de Saúde e culpados por aquelas mortes. Em se tratando de um Mestrado Profissional, entendo que as nossas experiências em relação à temática da pesquisa se entrelaçam e dialogam entre si, este episódio evidencia a centralidade das bases probabilísticas que norteiam as ações no campo da AIDS, por fim, acabamos todos nós nos tornando vigilantes de nós mesmos e um dos outros.

A vigilância epidemiológica, sob esse aspecto, não seria mais externa, nem proveniente do aparelho estatal de saúde, mas estaria instalada no interior mesmo dos grupos, principalmente daqueles considerados “vulneráveis”. Isso se daria por meio da promoção de “programas educativos” e “de conscientização política”, que dizem respeito não somente à divulgação de informações sobre a doença, mas almejam a mudança de comportamento dos grupos populacionais que estariam “em risco”, ou teriam “comportamentos de risco”. (PELÚCIO, 2007)

Esta é uma crítica que faço aos Programas de AIDS, que em muitas experiências realizam intervenções pontuais, campanhistas e tão somente preventivas. Entendemos que o trabalho preventivo já é por si só um avanço bastante significativo frente ao cuidado curativo e hospitalocêntrico, porém existe a necessidade iminente de avançarmos nos discursos e práticas.

Assim, necessidade de mudar as práticas de saúde ou reestruturar os serviços de saúde vem sendo apontada como antecedentes fundamentais para a promoção da saúde, pois o modelo de saúde adotado privilegia práticas voltadas apenas para mudanças no estilo de vida, em que as atividades de saúde estão voltadas para os riscos e grupos vulneráveis como, por exemplo, a redução do tabagismo, ficando ainda restrita às medidas de prevenção das doenças. Nessa perspectiva, a reorientação dos serviços de saúde deve estar pautada em políticas mais abrangentes, que além de modificarem os comportamentos individuais para se alcançar uma saúde melhor, devem transcender o setor saúde, com ações e compromissos tanto locais como globais, atuando sobre os diversos atores determinantes do processo saúde-enfermidade-cuidado, no sentido de romper com a lógica da medicalização da saúde e procurar integrar os saberes técnicos e populares. (LOPES, 2010, p. 465 - 466)

Apesar de ser uma citação longa, Lopes (2010) sintetiza com muita propriedade os desafios de uma intervenção sob uma perspectiva ampliada, pois vai na contramão da forma clássica de pensar as ações. A discussão acerca da promoção da saúde e da prevenção da doença é fundamental para a reflexão sobre as formas de cuidado que estamos ofertando. Falo sobre a importância desta reflexão com a certeza de quem iniciou estes questionamentos por meio deste trabalho. Ficamos totalmente submergidos em nossas práticas, metas, agendas, que abrimos mão do processo reflexivo. Ao nos afastarmos da teoria, perdemos a capacidade de inovar e criticar. Assumimos um referencial teórico-político que nos possibilita defender uma nova forma de conceber as práticas de saúde. Esta nova concepção é trabalhosa, pois demanda de nós,

profissionais da saúde, empenho, conhecimento, senso crítico. Estamos, portanto, forcejando, mesmo que de forma incipiente, para a mudança do paradigma da saúde enquanto ausência de doença.

4.3. (In)visibilidade, preconceito e discriminação: desdobramentos no processo saúde-doença

“Travesti pra sociedade é sexo, drogas e AIDS” (Narrativa de Bárbara).

Esta frase com que iniciamos esta última etapa de análises, traz consigo todo o peso da estigmatização experienciada por esta população. As políticas públicas que analisamos trazem o preconceito e a questão de gênero como elementos fundantes na elaboração de ações no setor AIDS. As transexuais e travestis carregam consigo uma carga de discriminação somada, pois se une a homofobia, a transfobia, além da discriminação inerente à condição feminina, acerca disto o trecho a seguir aborda os papéis socialmente destinados ao homem e à mulher.

Na perspectiva dos papéis relacionados ao exercício da masculinidade em nossa sociedade, noções como a de que os homens devem iniciar a vida sexual o mais cedo possível, ter muitas parceiras sexuais, ‘controlar’ suas parceiras e que as práticas sexuais sem o uso do preservativo são mais prazerosas, se constituem o centro da vulnerabilidade das mulheres no que diz respeito à prevenção da infecção pelo HIV/AIDS e outras DST. A reprodução de gênero e das relações de poder entre os gêneros interfere no poder de negociação de práticas de sexo mais seguro com seus parceiros (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2007a, p.13).

Este documento trata da vulnerabilidade que está relacionada à questão feminina, portanto é possível compreender o porquê as travestis e transexuais são mais vulneráveis à infecções pelo HIV. Socialmente as travestis ocupam o lugar do feminino, pois de fato pertencem à este universo. E acredito que sofram a discriminação de forma ainda mais intensa, pois a nossa sociedade ainda se pergunta o porquê uma pessoa que biologicamente masculina, precisa vivenciar a feminilidade com todos os seus complexos de inferioridade, abrindo mão dos

benefícios, da superioridade e do poder que a sociedade lhe conferiu ao nascer homem. Este é um dos motivos pelos quais a condição da travesti nos confunde a todos, pois somos educados de forma a dicotomizar as relações, ou é certo ou errado, ou se é de esquerda ou de direita, ou se é homem ou mulher, porém a travesti é tudo ao mesmo tempo se ela assim o quiser, e muitas vezes não vão se enquadrar em nenhum padrão já estabelecido.

Porém, pudemos observar uma ampliação significativa em pouco mais de uma década, das políticas públicas voltadas para as travestis e transexuais no Brasil. Como já expusemos anteriormente, esta ampliação se deu em muito em decorrência da discussão elaborada no campo da AIDS, mas que proporcionou algumas conquistas mais gerais, o trecho a seguir apresenta a inserção das transexuais no contexto da feminização da epidemia de AIDS.

Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST devem contemplar as mulheres em suas especificidades¹: gestantes; mulheres vivendo com HIV e aids; adolescentes e jovens; lésbicas; bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres; transexuais; negras; indígenas; mulheres em situação de prisão; prostitutas; trabalhadoras do campo e da cidade, mulheres em situação de violência sexual e doméstica; mulheres com deficiência; ciganas; quilombolas; mulheres em comunidades tradicionais, favelas, periferias; mulheres usuárias de drogas; mulheres em situação de rua; mulheres no climatério; mulheres idosas e outras. (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2011c, p.5 – grifo nosso).

Podemos considerar um avanço no processo de reconhecimento dos direitos sociais e civis desta população, o fato de hoje pertencerem a uma agenda voltada para a questão feminina, que tem ainda um longo percurso pela frente. O que deixa claro também a diferença entre estes dois grupos populacionais, as travestis e as transexuais, que fazem parte de grupos identitários distintos, e são assistidos por políticas públicas também distintas. Porém as questões do universo feminino permeiam ambas as realidades.

“Hoje sou tratada como mulher”. “Trabalha como auxiliar de cozinha em uma rede de casa de sucos muito conhecida na cidade.”. “Hoje vive um sonho que muitas meninas gostariam de viver, nada muito pretensioso, só um marido e uma casinha com cachorros.” (Diário de Campo, 26/05/2014 e Narrativa de Lorraine).

As falas evidenciam a busca por um ideal feminino em seu cotidiano. Destaco abaixo o trecho desta política que justifica a inserção das transexuais.

Mulheres que Vivenciam a Transexualidade – A agenda afirmativa das mulheres que vivenciam a transexualidade parte da proposição política de que esse grupo social está inserido no campo de políticas públicas destinadas às mulheres. Tem como objetivo promover o reconhecimento da vivência da transexualidade, na perspectiva de gênero e de direitos sexuais [...] (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2011c, p.12).

Apesar de estarem contempladas nestas agendas, há uma dificuldade de ordem prática no desenvolvimento de ações voltadas para as travestis e transexuais. A avaliação desta política pública aponta alguns dos entraves observados:

Dois estados propõem ações específicas para mulheres transexuais, já que a maioria dos estados as incorpora nas ações dirigidas a travestis e transgêneros. Alguns estados incorporam as mulheres transexuais nas ações voltadas para HSH, e alguns também agregam as prostitutas nesses grupos, de forma especial em eventos. (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2010b, p. 9).

De todos os Estados no país, apenas dois realizam ações voltadas para esta população, e outros as incluem em grupos mais generalizados, como os do HSH. Este é um dado que suscita uma série de provocações. A primeira como já abordamos é a questão de não haver ações que de fato contemplem esta população para além da questão da AIDS. Outra questão que emerge nesta discussão é a necessidade de ampliarmos as agendas afirmativas voltadas para esta população. Apesar de controverso, defendemos que neste caso deva prevalecer o princípio da equidade, onde o cuidado é diferenciado enquanto estiverem em posição de desvantagem em relação à população geral. Volto a afirmar que há uma carência generalizada no que diz respeito às políticas públicas para esta população, e apesar de estarmos aqui analisando políticas públicas de saúde, compreendermos a importância de ações na área da assistência social, emprego, educação.

Berenice Bento realiza um estudo que aborda as políticas públicas voltadas para homens e mulheres trans, acerca disto a autora afirma:

“Atualmente, a única política pública que existe para a população trans está voltada ao combate e controle do HIV/AIDS.” (BENTO, 2012, p. 2659). Este é um fato que justifica inclusive o fato de trabalharmos a questão das transexuais e travestis sob a ótica das políticas públicas em AIDS, porém não podemos deixar de lamentar a escassez de políticas públicas nos demais áreas sociais.

A convivência em meio às travestis foi revelando a centralidade do estigma marcado pelo embaralhamento de gêneros e, sobretudo, pela construção do feminino em corpos masculinos. Essa marca corporal encarna aspectos de uma sexualidade vista como exacerbada e, por isso mesmo, desregrada e, portanto, problemática. Associar as travestis à AIDS via patologização da própria sexualidade, não exigiu grandes esforços. (PELÚCIO, 2007, p.19)

Esta dissertação pretende suscitar o debate sobre a importância de ampliarmos as políticas públicas de saúde para travestis e transexuais para além da questão da AIDS, e ainda debatermos a falta de políticas sociais em outras áreas como educação e assistência social. Algumas questões sobre a vida das interlocutoras da pesquisa, nos apresentam realidades que tangem problemáticas extremamente complexas, como na fala a seguir:

“Gosta de beber sozinha, trabalha para não ter que pedir a ninguém para pagar sua bebida. Culpa os homens que passaram pela sua vida por ter lhe apresentado às drogas. 'Ai! É que eu tô precisada de tratamento” (Diário de Campo, 17/02/2014 e Narrativa de Natasha).

“Antes de ser iniciada a pesquisa, eu já havia visto Natasha passando pelo atendimento no CAPS. Eu não a atendi, pois eu faço o acolhimento das famílias e as psicólogas dos usuários, por este motivo eu sei que Natasha procurou ajuda sozinha. Me recordo que havia vaga para internação, mas somente seria aceita na instituição masculina. Ela deveria estar muito motivada para o tratamento, pois voltou ao serviço no outro dia com vestimentas masculinas. Foi encaminhada para internação, mas ficou apenas quatro dias, obviamente desistiu da internação. O objetivo era se recuperar para voltar a morar com o pai” (Diário de Campo, 17/02/2014).

A discriminação começa no próprio serviço de saúde, também reprodutor de um sistema social excludente. A verdade é que este tratamento já começou fadado ao fracasso, por uma série de questões, primeiramente pela ideia errônea de que doenças psiquiátricas, como a dependência química, devam ser tratadas em meio fechado, contrariando todos os avanços conquistados por meio do movimento antimanicomial. Outra questão central neste caso é o fato da usuária ter sido encaminhada para uma instituição masculina, e ela deveria estar realmente muito motivada, pois retornou no dia seguinte com vestimentas masculinas para dar entrada na comunidade terapêutica que a encaminhamos, mas obviamente que o tratamento proposto fracassou e Natasha permaneceu internada por apenas quatro dias, quando a média para este formato de internação é de seis meses. Fica evidente o impacto deste episódio sobre o seu processo de saúde-doença, uma vez que Natasha não retornou ao CAPS para dar seguimento ao tratamento para a dependência química. Em relação ao uso de drogas, as políticas analisadas trazem o entendimento da gravidade da situação e propõe:

“Reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre LGBT, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde” (POLÍTICA NACIONAL LGTBTT, 2010b, p. 18).

Ainda em se tratando de discriminação, e assim como a questão do uso de drogas, outra problemática também mostrou seus desdobramentos no processo de adoecimento: as relações familiares. As narrativas trazem relatos de situações complexas. Temos a família como o primeiro espaço de socialização, de amparo, carinho, proteção. Porém observamos histórias como esta:

“Lorraine foi impedida de ter contato com o seu sobrinho, hoje com seis anos de idade, que mora na mesma rua que ela. 'Fui processada e acusada de coisas horríveis, só pra me afastarem do meu sobrinho. Nós somos muito ligados, ele me chama de 'tia forte', porque eu dou conta de carregar ele no colo, de brincar...'. A família do pai do menino a processou e isso quase acabou com a vida de Lorraine, 'tentei suicídio, tomei uma 'par' de remédio, fiquei duas semanas no Alan Kardec (hospital psiquiátrico) [...] jogaram meu nome no lixo” (Diário de Campo, 26/05/2014 e Narrativa de Lorraine)

Este relato é impactante ao passo em que é possível observar até onde a intolerância humana é capaz de chegar. Este é um episódio na vida de Lorraine que nunca poderá ser apagado,

que deixará marcas profundas para toda vida. Vitória também relatou os entraves experienciados por ela para poder vivenciar sua condição feminina.

“Minha irmã falou que na casa dela eu não entraria vestida de mulher, foi uma época muito difícil, fui humilhada por muitas vezes, mas nunca aceitei ser diminuída” (Narrativa de Vitória).

Sem o apoio da família e ainda muito meninas, elas muito provavelmente irão se deparar com a realidade das ruas. Porém, a pressão social exercida sobre elas é um complicador para a manutenção da condição feminina, em relação a isto:

“Tem gente desvirando, tem uma amiga que foi pra igreja, tirou silicone dos ‘peito’, pra poder voltar pra casa, não aguentou a rua” (Narrativa de Bárbara).

Estas histórias nos trazem dados que só evidenciam o quanto suas demandas são negligenciadas, e a invisibilidade desta população em relação às políticas sociais. O trecho abaixo traz outros elementos que elucidam a invisibilidade desta população, inclusive nas políticas públicas voltadas para as transexuais e travestis que nem sempre se apropriam de sua realidade e especificidades de forma adequada.

Historicamente, o grupo populacional de mulheres que vivenciam a transexualidade tem sido relacionado como integrante da categoria epidemiológica HSH (Homens que fazem Sexo com Homens), composta por homossexuais, homens que fazem sexo com homens e travestis. [...] Deslegitima-se, assim, a identidade de gênero feminina experienciada por esse grupo populacional específico. Tal contexto resulta na errônea concepção de que essas pessoas não são mulheres, mas “homens que querem mudar de sexo. (PLANO ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2011c, p. 52).

Este trecho aborda a problemática da invisibilidade das transexuais e travestis em uma das únicas políticas de saúde que se dedicam à questão. A invisibilidade das travestis frente às políticas públicas é abordada em outros documentos, o próximo trecho apresenta um dos objetivos da política de enfrentamento à epidemia de das DST/AIDS em HSH, lésbicas e travestis: Inclusão da categoria “travesti” nos sistemas de informação e de monitoramento dos

Centros de Testagem e Aconselhamento, (BRASIL, 2007), ainda em outro documento “Ter, até dezembro de 2010, proposto a inclusão do tema prevenção as DST/HIV/Aids para Gays, outros HSH e travestis como transversalidade em 4 programas estaduais de saúde: Atenção Básica, Saúde da Família, Saúde do Idoso e Saúde dos adolescentes” (PLANO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO, 2009, p. 6).

Este é um ponto passível entre os documentos analisados, o Departamento Nacional de AIDS admite que:

“No caso do segmento das travestis não há dados epidemiológicos específicos que possibilitem identificar a magnitude da epidemia ou suas tendências e perfil. No entanto, convém salientar que os contextos de vulnerabilidade entre travestis tais como a violência, as condições das práticas sexuais, acesso aos serviços de saúde e sua inserção social demonstram claramente a precariedade no que se refere à adoção de práticas sexuais seguras” (PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007, p. 5).

Este é um dado importante para compreendermos a extensão desta invisibilidade, que se dá em todos os espaços, inclusive na questão do trabalho, onde ela é bastante significativa. Ao iniciarmos os estudos, ainda na elaboração do projeto de pesquisa, fui questionada sobre a importância de tratar da questão da prostituição, pelo fato de propor uma discussão sobre a saúde das transexuais e travestis. Obviamente esta discussão se fez necessária no próprio processo de investigação, porém como mais um dado que permeia esta realidade. Este fato está intimamente ligado ao trecho ao seguir:

“Mas a associação da travesti com a prostituição ainda é muito forte [...] as pessoas acham que eu me prostituo só porque eu sou travesti”. (Narrativa de Lorraine).

A prostituição na realidade das transexuais e travesti se dá por uma questão que é inclusive cultural, porém a falta de oportunidades aparece na construção das narrativas. Bárbara acredita que a maioria das travestis e transexuais que estão hoje na prostituição, foram levadas por este caminho por falta de oportunidade no mercado de trabalho formal.

“As meninas 'escolhe' a prostituição porque tem que ir, precisa ir pra rua ganhar dinheiro, [...] uma ou duas que 'salva', mas também trabalha de cabeleireira, de doméstica ou faxineira, falta oportunidade”. (Narrativa de Bárbara).

O preconceito, a discriminação, a falta de oportunidade refletem o lugar que ocupam no mercado de trabalho,

“não tem ninguém em posto de chefia, olha só aquela menina (se referindo à Lorraine), a bicha é um arraso, podia muito bem ir trabalhar no shopping, mas tá onde? Na cozinha, coloca a gente tudo escondido” (Narrativa de Bárbara).

Em mais uma situação em suas vidas a invisibilidade se faz central na discussão, pois quando sua mão de obra é absorvida em outros campos, ela ocorre de forma a manter sua invisibilidade. Considerando isso a política estabelece como meta: “Promover a visibilidade positiva das travestis junto às instâncias governamentais, serviços de saúde e população em geral para reduzir as vulnerabilidades que deixam esse grupo mais suscetível à infecção pelo HIV e pelas DST” (PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007, p. 27).

A questão do trabalho é um importante fator de transformação das condições gerais e qualidade de vida, daí a necessidade de pensarmos e propormos ações que possam contribuir para a formação, qualificação desta população. Mas é importante ir além e criar meios de incentivar a absorção da mão de obra em outros espaços. Neste momento voltamos à discussão da impossibilidade de trabalharmos sob a ótica da vulnerabilidade, com ações fundamentalmente preventivas, centradas na doença. Intervir sobre as condições gerais de vida das pessoas, requer de nós um trabalho em rede, com o envolvimento de outros setores.

Por esta razão é que temos que voltar à afirmação da falta de políticas sociais, acerca disto o documento traz que é necessário:

“Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde” (POLÍTICA NACIONAL LGBTTT, 2010c, p. 10).

A experiência de uma cidadania plena, passa pela superação dos limites referentes aos direitos sociais, principalmente. A sociedade traz consigo, inserida na cultura de seu povo, uma série de estereótipos aceitáveis ou não. Nos habituamos a realizar julgamentos de valores quase que instintivamente, daquilo que consideramos “normal” nesta sociabilidade. O preconceito é parte da formação histórica de cada um de nós, portanto, pensar de forma crítica a respeito já uma forma de combatermos o preconceito e a discriminação que vivenciamos todos os dias. Especialmente na análise da realidade das travestis e transexuais, se despir dos preconceitos é o principal passo para nos aproximarmos de uma intervenção isenta e desmistificadora.

Os biótipos desejáveis para uma mulher são perseguidos pelas travestis e transexuais como uma forma de se afirmarem no universo feminino e também por almejam a aceitação do grupo.

“Estudou apenas até a 7ª série, com 14 anos saiu de casa. Conheceu um menino que é homossexual e que se 'montava', 'quando descobri que ele também era gay, aí eu senti em casa'. Foi a primeira vez que se vestiu de menina. 'Me senti super bem, à vontade sabe, parecia uma bonequinha’”. (Diário de Campo, 25/02/2014 e Narrativa de Natasha).

Na fala a narradora expressa o sentimento de conforto ao se travestir pela primeira vez e satisfazer o desejo de pertencer ao universo feminino.

O desejo de se ver cada vez mais feminina, isto é, “bela”, se sobrepõe aos receios em relação ao uso do silicone, como já discutido, pois se impõe como valor moral entre as travestis o “cuidar-se”, que implica a busca permanente por padrões estéticos e comportamentais atribuídos à mulher (PELÚCIO, P. 269).

As questões que permeiam a realidade desta população são as mais diversas e complexas possíveis. Questões de gênero, relacionadas ao preconceito, à violência, à falta de acesso aos serviços de saúde, entre outros que tornam esta população ainda mais vulnerável ao HIV. Entendendo isto, políticas públicas que tratam da saúde integral desta população trazem à tona a necessidade de se pensar ações para além do curativo, para além inclusive do preventivo. Portanto, concordamos que ainda há muito o que conquistar. Um exemplo claro está no fato da transexualidade ainda ser considerada uma patologia, que inclusive as vincula ao direito de

realizarem os procedimentos clínicos de adequação corporal. Elas só desejam ficar belas, mas precisam antes de um diagnóstico:

Em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução nº 1.4821, autorizou a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais no país, alegando seu caráter terapêutico. Esta resolução parte do princípio de que “o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou auto-extermínio”. (ARÁN, 2008, p. 1142)

Este dado divide opiniões, inclusive dentro do movimento social, que teme perder os benefícios secundários decorrentes do diagnóstico de TIG. É importante ressaltar que nos posicionamento contrários à patologização da condição transexual. As travestis neste sentido ficam à margem desta lei, pois sem diagnóstico, não tem acesso ao tratamento para alteração corporal.

“Tem um corpo vistoso, sempre com vestidos bem curtinhos ‘antes eu era uma vareta de tão magrela, depois dos hormônios, tenho coxão, carne aqui ó (risos)” (Diário de Campo 25/02/2014 e Narrativa de Natasha).

Este trecho ilustra a realidade das travestis, a conquista do corpo desejado passa pela auto-administração de medicações, hormônios e colocação de silicone de forma clandestina.

Ainda sobre a adequação corporal, observamos que os documentos estudados até reconhecem as dificuldades e perigos subjacentes à realidade das travestis e transexuais, porém ainda não observamos a materialidade dos objetivos e metas das políticas públicas:

A implementação do Processo Transexualizador no SUS, que regulamenta os procedimentos para a readequação cirúrgica genital, se insere no contexto desta Política e o desafio subsequente é a garantia do acesso a todas as pessoas que necessitam desta forma de cuidado. 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 (PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007, p. 11-12).

Porém é inegável que algumas conquistas no campo da saúde, mesmo que incipientes, se fizeram fundamentais para o empoderamento desta população, como o direito ser tratada pelo nome social, ou o acesso à cirurgia de adequação corpórea. Nada disso seria possível sem a intervenção dos movimentos sociais:

Na década de 90 o movimento de travestis se institui em coletivos como no caso da Associação das Travestis e Liberados do RJ (ASTRAL), pautando o Governo para o atendimento de suas demandas específicas, além de atuarem nas Ações da prevenção da AIDS. Na mesma época, a causa de transexuais foi incluída na agenda deste movimento (POLÍTICA NACIONAL LGBTTT, 2010c, p. 6).

Assim como Arán, entendemos que: “Cabe ressaltar, no entanto, que avanços significativos nas discussões sobre saúde de transexuais vêm se consolidando, através de sólida pactuação de interesses entre o movimento social de transexuais e o Ministério da Saúde” (ARÁN, 2008, p.1146).

Toda a política de AIDS foi sendo desenhada com a participação de grupos de luta pelos direitos das PVHA. Estes movimentos estão sofrendo um processo de esvaziamento, certamente por uma cadeia de razões, mas principalmente pelo fato de vivermos um triste momento de perda da mobilização social por causas coletiva, advinda de uma sociedade cada vez mais individualista. Este é um dado que gera consequências na organização dos movimentos sociais: “A exiguidade de ações voltadas para as mulheres que fazem sexo com mulheres e as transexuais talvez reflita a organização ainda frágil desses grupos nos estados”. (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2010b, p. 9). Observamos ainda outro trecho que trata desta questão: “Fragilidade e baixa participação dos movimentos sociais de mulheres” (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2010b, p.10).

Nos dois trechos acima o monitoramento aponta a falta de mobilização social como um dos fatores para a baixa quantidade de ações voltadas para as populações mais vulneráveis como as transexuais. O documento a seguir aborda como a questão social interfere do processo de saúde-doença:

O movimento social das mulheres que vivenciam a transexualidade relata que a dificuldade acesso, adesão e permanência na rede de serviços devem-se, principalmente, às situações de discriminação e violência institucional, uma vez

que grande parte dos serviços limita-se a enxergá-las e a tratá-las como “homens”, que se refletem ao não reconhecimento de sua identidade de gênero. (PLANO DE ENFRENTAMENTO DA FEMINIZAÇÃO, 2007, p. 53).

O documento trata ainda da discriminação institucional, que se materializa de diversas maneiras no cotidiano dos serviços de saúde e outros. Esta discriminação se faz no momento em que não viabilizamos o acesso e não as respeitamos em sua condição feminina. No município de Franca, o Programa Municipal, por meio do Centro de Prevenção, mantém um trabalho voltado para esta população. O grupo Fênix é um grupo de apoio a travestis e homossexuais que trata de questões relativas à saúde, prevenção das DST/AIDS, movimento LGBTT, entre outras. Há ainda o trabalho de rua, com profissionais do sexo. Ambas as ações estão presentes em todos os documentos como ação estratégica das metas de promoção, prevenção e proteção (PAM, 2012, 2013, 2014).

Além da escassez de políticas públicas, é importante compreendermos que as transexuais e travestis, enfrentam impedimentos de ordem jurídica, como a grande dificuldade de ter sua documentação alterada para o nome de preferência, ou nome social. Este é um dado que se fez presente na construção das narrativas. Para as transexuais e travestis o nome é um símbolo social do reconhecimento da sua condição feminina. Sabemos que este ainda é um desafio para os serviços de saúde, apesar de ser um direito reconhecido legalmente (Portaria nº 1820 de 13 de agosto de 2009), as experiências das participantes da pesquisa revelam um despreparo somado ao preconceito.

“A questão do nome é muito importante para a travesti ou para a transexual, 'quando eu fui lá agendar a consulta, a menina queria porque queria me chamar de (nome de batismo) [...] dessa vez elas me 'chamou' lá dentro, ela sabia que eu ia dar um 'bafão'” (Diário de Campo, 24/03/2014 e Narrativa de Bárbara).

Em relação a este direito o documento admite que:

“A falta de respeito ao nome escolhido pelas pessoas travestis e transexuais se configura como uma violência que acontece diariamente nas suas vidas sociais. Pode ser contabilizada como decorrência desta Política, a inclusão da garantia do uso do nome social para os usuários da saúde, na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007, p. 12).

Está incluída ainda a negligência da política pública de saúde que não garante o acesso aos procedimentos clínicos e cirúrgicos para a adequação de sexo, entre outras questões extremamente complexas que permeiam esta realidade. A fala a seguir traz o desejo pela adequação do corpo:

“quando a gente decide não dá pra continuar na casa da mãe, é o mesmo que decidir que agora eu dou conta sozinha [...] aí a gente fica louca pra mudar logo o corpo, pra ter peitão, bundão...” Hoje em dia tem bombadeiras (que fazem a aplicação do silicone industrial), que financiam a aplicação. “A base da travesti é o industrial [...] tem muitas que vão colocar o silicone e já chega pra trabalhar, vira escravas delas (bombadeiras) e nunca mais sai da rua”. (Diário de Campo, 24/03/2014 e Narrativa de Bárbara).

Este dado expõe a questão da invisibilidade vivida por elas, o documento a seguir reconhece que “Um exemplo clássico desse fato se relaciona com as travestis que vivenciam cotidianamente os inúmeros efeitos dessa realidade, originando uma cultura de automedicação e de utilização de silicone e hormonioterapia de maneira clandestina”. (PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO, 2007, p. 14).

Estes procedimentos clandestinos e/ou sem orientação foram observados na construção de todas as narrativas:

“Tem um corpo que chama a atenção, faz uso de hormônios há cerca de 10 anos, sempre por conta própria. Não fez nenhum tipo de adequação cirúrgica, se considera uma transexual, “me sinto satisfeita com meu corpo!” (Diário de Campo, 12/03/2014, Narrativa de Vitória).

Acerca disto a política nacional pretende: “Elaborar protocolos para a rede SUS sobre o uso de hormônios, implante de próteses de silicone e extração de silicone industrial para travestis e transexuais” (POLÍTICA NACIONAL LGBTT, 2010c, p. 19).

Duas das narrativas abordaram o envelhecimento como uma preocupação.

“[...]tinha que ter alguma coisa pra essas bicha velha, um dia a beleza acaba meu bem! [...] eu vejo elas ‘passar’ por cada humilhação” (Narrativa de Bárbara).

Este é mais uma problemática que surge da falta de políticas sociais mais abrangentes. Não trataremos com aprofundamento o tema, mas acreditamos ser fundamental a problematização de mais um dado que confirma a escassez de políticas públicas para além do setor saúde.

Dando sequência à afirmação acima, e para concluir as análises, venho discutir a importância dos olhares de outros setores sobre as questões das travestis e transexuais. De acordo com os dados, uma das áreas de maior problemática e que têm maior influência sobre a vida em sociedade é a educação. Acerca disto têm-se a seguinte afirmação:

“Eu gostava de brincar de boneca, meu pai não deixava, mas eu brincava escondido'. Na escola as professoras perceberam logo, sempre chamavam seus pais na escola porque escrevia bilhetinhos de amor para os meninos da sala”. (Narrativa de Natasha).

Os educadores parecem não estar preparados para lidar com a questão da diversidade sexual.

Bento (2011) realizou um estudo sobre a escola enquanto um espaço estigmatizante. Segundo a autora, as crianças que destoam das outras em relação à sua condição de gênero, são agredidas pelas outras crianças, espelhos de uma sociedade heterossexista exemplificada pelos pais, não recebem o apoio necessário dos educadores, que não estão capacitados para lidar com questões tão complexas. Acerca disto a autora analisa que:

As reiterações que produzem os gêneros e a heterossexualidade são marcadas por um terrorismo contínuo. Há um heteroterrorismo a cada enunciado que incentiva ou inibe comportamentos, a cada insulto ou piada homofóbica. Se um menino gosta de brincar de boneca, os heteroterroristas afirmarão: “Pare com isso! Isso não é coisa de menino!”. A cada reiteração do/a pai/mãe ou professor/a, a cada “menino não chora!”, “comporta-se como menina!”, “isso é coisa de bicha!”, a subjetividade daquele que é o objeto dessas reiterações é minada. “heteroterrorismo” (Bento, 2011, p. 551)

A escola é o espaço de maior influência na sociabilidade atual, depois da família. Esta responsabilidade os espaços de educação trazem consigo, à medida que desempenha uma função

que é política formadora de opiniões e transmite os modelos sociais vigentes (CHARLOT, 1983). Encerramos as análises propondo uma reflexão acerca da centralidade da educação na construção da sociedade, de seus valores, de sua gente. Se pudéssemos eleger a política social que mais tem impacto nas vulnerabilidades das transexuais e travestis, apontaria certamente a política educacional.

As narrativas nos apresentaram uma realidade carente de ações na área da educação. Encontramos pessoas que estudaram, mas não conseguiram avançar no sentido de galgar melhores espaços no mercado de trabalho. Encontramos relatos de quem cedeu à pressão social e abriu mão dos estudos. Esta é uma realidade que causa muita resistência da sociedade em geral, pudemos acompanhar nos últimos anos, o esforço de intelectuais, gestores, do movimento social, para inserir a discussão da homofobia nas escolas, porém este projeto não saiu do papel, pela intervenção das igrejas, pelo preconceito da comunidade, pela ignorância das famílias dos alunos. Por fim, acreditamos ser possível realizar grandes mudanças societárias por meio da educação, por esta razão acredito que ações nesta área podem contribuir de forma decisiva para a construção de uma sociedade mais tolerante, respeitosa, inclusiva, que acolha as travestis e transexuais em suas demandas, fragilidades e complexidades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo que percorremos nesta investigação nos permitiu lançar luz sobre questões fundamentais para pensarmos as políticas públicas de DST/AIDS voltadas para travestis e transexuais.

Partimos a princípio do pressuposto de que apesar de existirem políticas públicas de saúde para esta população, elas não acessavam estas políticas de fato, e a nossa pesquisa nos apontou que esta hipótese se confirma parcialmente. A revisão de literatura, somada às análises dos dados, evidenciaram que não é possível afirmar que existe de fato uma política pública de saúde voltada para as travestis e transexuais. O que existe na verdade são arranjos, adaptações, inclusões, onde esta população é vinculada às políticas de AIDS ou de combate à homofobia. Entendemos que as travestis e transexuais vivenciam uma realidade muito específica, que se diferencia das questões vivenciadas pelos homossexuais, e muitas vezes as transgêneros e homossexuais são englobados nas mesmas políticas públicas. As construções de narrativas nos apresentam claramente que existem demandas que extrapolam a questão de saúde, faltam políticas públicas de educação, de assistência social, de trabalho e emprego, entre outras.

Ainda analisando a hipótese inicial, que trata das dificuldades de acesso a essas políticas, a confirmamos parcialmente, uma vez que observamos que elas estão descobrindo o SUS, mesmo que tardiamente, pois as transexuais e travestis acessam os serviços de saúde quando já apresentam alguma questão de saúde, geralmente ligada às vulnerabilidades inerentes a esta população. A pesquisa evidenciou que as travestis e transexuais estão inseridas nas UBS por motivo de doença, em nenhum momento elas relataram ter participado de ações de educação em saúde, promoção da saúde, ou de simples orientação. O que confirma a hipótese de que as intervenções se dão no âmbito da doença, que continuam ditando a forma com que o cuidado é ofertado, ainda centrado no curativo.

Os documentos já apontaram que nem mesmo os próprios Programas Municipais de DST/AIDS, alcançaram de fato as travestis e transexuais no que se refere às políticas de prevenção.

Avalio que alcançamos os objetivos da pesquisa, ao passo que conseguimos realizar a análise dos discursos das políticas públicas de AIDS, trazendo as perspectivas da população alvo.

As narrativas também sintetizaram a avaliação das transexuais e travestis sobre qualidade dos serviços prestados. Em todas as narrativas os relatos de suas experiências nos serviços de saúde pública se mostraram desastrosas, pois as equipes de saúde não estão preparadas para acolher as demandas desta população de maneira respeitosa, desobservando inclusive os seus direitos mais fundamentais.

A política pública analisada tem posicionamentos e discursos centrados na doença, que norteiam o seu curso. As políticas públicas de saúde para travestis e transexuais estão relacionadas com a questão das DST/AIDS, que por sua vez tem discursos baseados no modelo de prevenção da doença. Este dado têm desdobramentos claros na relação que o setor saúde estabelece com esta população, um exemplo são as ações a nível municipal, onde as únicas intervenções partem do Programa de AIDS, ou seja, esta ação ilustra a linha de cuidado encontrada para travestis e transexuais.

A investigação também mostra que todos os documentos trazem a perspectiva da promoção da saúde, da intersetorialidade. Ora, como podemos fazer valer a perspectiva intersetorial, se não há políticas públicas que garantam o abarcamento desta população em outros setores sociais como educação, assistência social, segurança pública? Voltamos a realizar esta crítica, pois observamos discursos progressistas em relação à promoção da saúde, porém não visualizamos a ampliação desta rede de atenção. Neste sentido, os discursos distanciam-se das ações, na medida em que se propõe responder à questões de vulnerabilidade, por meio de ações de prevenção da doença.

E justamente pela inexistência desta rede de atenção, é que observamos o que há de mais bonito na realidade que adentramos, elas se uniram para criar uma rede própria de cuidado. O diário de campo nos auxiliou a registrar estes detalhes. As narrativas foram sendo construídas nas residências das participantes, e observamos que elas nunca estavam sozinhas, sempre havia a presença de uma ou mais travestis ou transexuais no local. A casa da Bárbara, por exemplo, mais parecia uma república. Elas nunca estão sozinhas, já que esta rede formal não existe, elas se unem para se protegerem, para apoiarem umas às outras. Uma das travestis mais conhecidas na cidade

esteve presente na casa de Bárbara em todos os nossos encontros, ela é mais velha, e apresenta algum déficit intelectual, porém aquela casa é o lugar onde há respeito e afeto de verdade, onde sua loucura encontra eco. Os vínculos construídos fazem com que o lugar que estejam juntas seja ideal, uma vez que a sociedade não lhes confere este lugar, elas criaram de forma independente, um espaço de proteção, amizade e solidariedade.

A experiência de realizar a pesquisa junto às travestis e transexuais foi profundamente transformadora, tocante, intensa. Adentrar às suas intimidades, e fazer parte dela, trouxe a esta pesquisadora uma nova forma de enxergar a nossa coexistência. Elas me ensinaram que as amizades muitas vezes valem mais que o vínculo sanguíneo, e que é possível superar as adversidades com bom humor, mesmo que nem sempre seja possível manter o sorriso no rosto. As problemáticas que expomos nestes trabalhos estão longe de serem esgotadas, mas ao conhecer as participantes desta pesquisa, tenho ainda mais convicção de que este tema precisa ser aprofundado, estudado exaustivamente, pois a produção de conhecimento nesta área extrapola a questão acadêmica, pois se configura um compromisso ético-político de proporcionar a elas a possibilidade de serem ouvidas.

REFERÊNCIAS

ARÁN, M ET AL. Transexualidade e saúde pública no Brasil. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008.

AROUCA, S. **O dilema preventista**: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. UNICAMP. 1975. (197p.) Tese (Doutorado). Universidade de Campinas: Campinas, 1975.

AYRES, J. R. C. M. Práticas Educativas e Prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. In: **Interface, Comunic., Saúde, Educ.**, v6, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/01.pdf>> Acesso em 03 jan. 2013. p.11-24.

_____. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. In: **Rev. Bras. Epidemiol**, v5, 2002a. p.28-42.

_____. Norma e Formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a06v09n3.pdf>>. Acesso em 20dez. 2012.

_____. Desenvolvimento Histórico-epistemológico da Epidemia e do Conceito de Risco: **Caderno de Saúde Pública**, 2011. p.1301-1311. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/06.pdf>> Acesso em 20 dez. 2012.

_____. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Ed. Fiocruz: Rio de Janeiro: 2003. p. 117-139.

AZEVEDO, E. et al. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. In **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2012. p. 1333 – 1356.

AZEVEDO, B. M. S., & CARVALHO, S. R. O Diário de Campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 204 - 219.

BENTO, B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. 2012. p. 2655 – 2664.

BENTO, B. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. In: **Estudos Femininos**. Florianópolis, 2011. p. 549 – 559.

BERTANI, I. F.; SARRETA, F. O.; LOURENÇO, E. A. S.(Org.). **Aprendendo a construir saúde: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde**. Franca: Ed. UNESP-FDHSS, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

_____, Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico DST e AIDS: Versão preliminar - 2011**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_preliminar3_pdf_20265.pdf. Acesso em: 6 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Resumo analítico dos dados do boletim epidemiológico – 2011**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/resumo_anal_tico_dos_dados_do_boletim_epidemiol__92824.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2011.

_____. Lei n°. 9313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_2_1_002.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do projeto atar.** Brasília, DF, 2010.

_____. **Conjugalidade e prevenção às DST/AIDS.** São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2010a.

_____. **Plano Nacional de enfrentamento da aids e outras DST entre gays, hsh e travestis.** Programa Nacional de DST/AIDS, Brasília, DF, 2007.

_____. Portaria n° 2313, de 19 de dezembro de 2002. **Institui Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST:** Diário Oficial da União, 20 dez. 2002. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexo_3_3_009.pdf>>. Acesso em: 20fev.2013.

_____. **Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST.** Brasília, DF, 2011c.

_____. **Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST.** Brasília, DF, 2007a.

_____. **Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST: Análise da situação atual e proposta de monitoramento.** Brasília, DF, 2010b.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.** Brasília, DF, 2010c.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico.** 6 ed, Rio de Janeiro: Forense, 2009.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. **A saúde persecutória:** os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____, L. D.; et al. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 31-66.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAMPOS, R. T. O; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, 2008. p. 1090 – 1096.

CHARLOT. B. **A mistificação Pedagógica:** Realidades sociais e processos ideológicos na teoria da educação. 2ed. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1983.

CORSETTI, B. A análise documental no contexto da metodologia qualitativa: uma abordagem a partir da experiência de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em educação da UNISINOS. **UNIrevista,** p. 32-46, 2006. Disponível em: <<http://www.unirevista.unisinos.br/pdf/ART%2005%20BCorsetti.pdf>> Acesso em 20 dez. 2012.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DUQUE, T. Reflexões Teóricas, políticas e metodológicas sobre um morrer, virar e nascer travesti na adolescência. In: **Revistas Estudos Femininos**, Florianópolis, 2012. p. 489 – 500.

ESCUDE, M. M. L.; MONTEIRO, P. H. N.; PUPO, L. R. **Acesso aos serviços de saúde em municípios da baixada santista**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo, 2007.

FERNANDEZ, J. C. A; et al. Promoção da saúde: elemento instituinte? In: **Saúde e Soc.** São Paulo, 2008. p. 153 – 164.

GALVÃO, C. Narrativas em Educação. In **Revista Saúde e Educação**, v.11, n.2, p. 327-345, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v11n2/12.pdf>> acesso em 14 out. 2013.

GIROUX, H. A. **Os professores como intelectuais**: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 1997.

GRANJEIRO, A.; SILVA, L. L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. In: **Rev. Panam Salud Publica**, 2009. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n1/13.pdf>> acesso em 06 nov. 2013, p. 87 – 94.

GROSSMAN, E.; CARDOSO, M. H. C. A. As narrativas em medicina: contribuição à prática clínica e ao ensino médico. In **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, p. 6-14, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a02.pdf>> acesso em 14 out. 2013.

LEAVELL, H.R. & CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo, McGraw-Hill, Rio de Janeiro, FENAME, 1976.

LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; FERNANDES, A. F. C.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. Florianópolis: **Texto Contexto Enferm**, 2010. p. 461 – 468.

MEYER, D. E. E et al. “Você aprende. Agente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 2006. p. 1335 – 1342.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 Ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

_____, (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____, (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31 Ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

NILO, A. et al. **Comunicaids: políticas públicas e estratégias para o controle social**. São Paulo: Ágil, 2005.

PELÚCIO, L. M. **Nos Nervos, na Carne, na Pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS**. 2007. (312p). Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Federal de São Carlos: São Carlos, 2007.

RAMSEY, G. **Transexuais**. São Paulo: SUMUS, 1998.

SÃO PAULO. Lei 10.948, de 5 de novembro de 2001. **Dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual e dá outras**

providências. São Paulo: Diário Oficial do Estado de São Paulo, 06 nov. 2001. Disponível em: <http://www.justica.sp.gov.br/Modulo.asp?Modulo=306> .Acesso em:16 jan. 2012.

_____. **Plano Estadual de enfrentamento da aids e outras DST entre gays, hsh e travesti.** Programa Estadual de DST/AIDS, 2009.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. P. Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, 2009. Disponível em: http://rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf> Acesso em 03 jan. 2013.

SOUZA, T. R. C. **Impacto psicossocial da AIDS: enfrentando perdas... ressignificando a vida.** São Paulo: Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, 2008.

TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortês, 2006.

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

PESQUISA:
POLÍTICAS PÚBLICAS, RISCO E VULNERABILIDADE EM AIDS:
Discursos e ações voltadas às travestis e transexuais no município de Franca- SP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está convidado a participar da pesquisa Políticas Públicas de Saúde, Risco e vulnerabilidade em AIDS: discursos e ações voltadas às travestis e transexuais no município de Franca- SP.

O objetivo geral deste estudo é analisar a produção dos discursos das políticas públicas em AIDS e a repercussão nas práticas de saúde e no cotidiano das travestis e transexuais no município de Franca.

Os objetivos específicos são:

- Compreender as mudanças históricas do conceito epidemiológico de risco à perspectiva da vulnerabilidade e seus desdobramentos nas práticas de saúde voltadas para as travestis e transexuais.
- Resgatar os sentidos que as políticas públicas e suas ações estão impressas na realidade desta população.
- Identificar os limites e possibilidades das intervenções traçadas pelo Programa Municipal de AIDS no município de Franca.
- Conhecer os rumos das políticas de atenção integral, prevenção da doença e promoção da saúde voltadas para a população de travestis e transexuais.
- Contribuir para a qualificação das ações de educação em saúde e ampliação da rede de atenção às travestis e transexuais do município.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar da construção de narrativas, nos encontros abordaremos questões relativas aos limites e possibilidades de intervenção junto à população de travestis e transexuais no que tange à prevenção das DST/AIDS e promoção da saúde. Os dados serão coletados em sessões, com duração média de 1 hora, os horários e locais serão estabelecidos de acordo com sua disponibilidade.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora responsável é a Sra. ELAINE TEIXEIRA ALVES DOS SANTOS, que pode ser encontrada no endereço Rua Rosa Candelária Oller Soto, 170 – Jd. Lima – CEP: 14403-114 ou através do telefone: (16)3723-6074.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1.º andar – Cj.14, pelos telefones (11)5571.1062, FAX.:(11)5539.7162 ou por e-mail, através do cepunifesp@epm.br.

É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento. Você pode deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Não será divulgada a identificação de nenhum sujeito da pesquisa. O pesquisador estará disponível para esclarecimento da pesquisa.

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O pesquisador afirma seu compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Eu _____, RG n.º _____, CPF n.º _____,

Abaixo assinado, acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou foram lidas para mim, descrevendo o estudo **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, RISCO E VULNERABILIDADE EM AIDS: discursos e ações voltadas às travestis e transexuais no município de Franca- SP.**

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e risco, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do Participante da pesquisa

____/____/____
Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Responsável pela pesquisa:

ELAINE TEIXEIRA ALVES DOS SANTOS

____/____/____
Data

ANEXO 2 - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Políticas Públicas, Risco e Vulnerabilidade em AIDS: discursos e ações voltadas às travestis no município de Franca - SP.

Pesquisador: Elaine Teixeira Alves dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23984813.6.0000.5505

Instituição Proponente: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 507.895

Data da Relatoria: 08/01/2014

Apresentação do Projeto:

A incidência de AIDS entre homens que fazem sexo com homens sofreu um importante aumento nos últimos anos no Brasil e dentre os grupos mais vulneráveis estão as travestis. Utilizaremos a abordagem qualitativa para a realização da pesquisa. Partimos da hipótese de que, apesar de haver uma política de prevenção e promoção da saúde voltadas para as travestis, existe uma dificuldade de garantir acesso à essas políticas de fato, tendo como pano de fundo da questão da AIDS ainda se fazendo presente na realidade desta população. A investigação terá início com a coleta de dados por meio das técnicas de pesquisa de documentos relacionados às políticas públicas e construção de narrativas de 4 usuários do Centro de Prevenção em DST/AIDS de Franca. Utilizaremos como critério de inclusão que os sujeitos frequentem o Centro de Prevenção e que tenham idade igual ou superior a 18 anos. Abordaremos os sujeitos por indicação dos profissionais da unidade. Organizaremos os dados por meio da técnica de triangulação de métodos que permite a combinação e cruzamento dos dados extraídos das narrativas e da pesquisa documental. Analisaremos as ações e discursos impressos nos documentos e falas acerca das travestis, para entender como as políticas públicas se expressam do cotidiano da população, trazendo à tona as questões referentes à prevenção da doença, à promoção da saúde, ao risco, à vulnerabilidade, à discriminação e preconceito, entre outras questões que se farão presentes no

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-051
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1052 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

Continuação do Parecer: 507.895

decorrer da pesquisa. A análise será realizada à luz da perspectiva hermenêutica-dialética, para compreendermos de que forma tais posicionamentos se moldam, se articulam e se expressam nas ações propostas pela Programas Nacional, Estadual e Municipal de DST/AIDS.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO

¿ Analisar a produção dos discursos das políticas públicas em AIDS e a repercussão nas práticas de saúde e no cotidiano das travestis no município de Franca ¿ SP.

2.1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

¿ Compreender as mudanças históricas do conceito epidemiológico de risco à perspectiva da vulnerabilidade e seus desdobramentos nas práticas de saúde voltadas para as travestis.

¿ Resgatar os sentidos das políticas públicas e das ações na percepção das travestis.

¿ Identificar os limites e possibilidades das intervenções traçadas pelo Programa Municipal de AIDS no município de Franca.

¿ Conhecer os rumos das políticas de atenção integral, prevenção da doença e promoção da saúde voltadas para as travestis.

¿ Contribuir para a qualificação das ações de educação em saúde e ampliação da rede de atenção às travestis do município.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

NÃO SE APLICA

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo envolverá coleta de dados por meio das técnicas de pesquisa documental e construção de narrativas, seguido da análise dos dados coletados de acordo com as seguintes etapas:

¿ Coleta de dados

Pesquisa documental

A pesquisa documental se caracteriza pela extração de informações, dados e aspectos da realidade social contidas nos documentos que se pretende explorar.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO Cep: 04.023-061
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)5539-7182 Fax: (11)5571-1082 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

Continuação do Parecer: 507.525

Esta técnica de coleta de dados requer o cumprimento de etapas importantes para garantirmos a credibilidade e a coerência dos conteúdos (SÁ-SILVA et al, 2009). A primeira delas é a pré-seleção e avaliação dos documentos no que se refere à sua pertinência para a investigação. É fundamental observarmos aspectos dos documentos como o contexto histórico em que foram produzidos, os autores e a confiabilidade dos textos, para que a análise seja viável, sendo esta a principal e mais complexa etapa da pesquisa documental: documentos oficiais que tragam elementos do direcionamento das atuais políticas públicas de enfrentamento à aids, de prevenção das doenças e promoção da saúde voltadas para as travestis. São eles:

¿ Programações de Ações e Metas do município de Franca ¿ SP, para identificarmos as ações adotadas pelo Programa Municipal de DST/AIDS voltadas para a população alvo desta pesquisa.

¿ Plano Estadual de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e outras DST entre Gays, HSH e travestis do estado de São Paulo.

¿ Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia da AIDS e outras DST entre Gays, HSH e travestis.

¿ Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

¿ Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST.

A análise dos documentos se fará pela busca dos conceitos e discursos que norteiam tais políticas em relação ao contexto e realidade social das travestis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos obrigatórios apresentados (FOLHA DE ROSTO, PROJETO DE PESQUISA)

Recomendações:

APRESENTAR AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DO MUNICÍPIO DE ITANHAÉM ASSINADA E DATADA, ASSIM QUE FOR OBTIDA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SEM INADEQUAÇÕES

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP Informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-081
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1052 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 507.595

SÃO PAULO, 08 de Janeiro de 2014

Assinado por:
maria del carmen janeiro perez
(Coordenador)

Endereço: Rua Celucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)5539-7182 Fax: (11)5571-1082 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

Página 04 de 04

APÊNDICE 1 - Roteiro para a construção de narrativas

Identificação

Idade:

Escolaridade:

Local de residência:

Profissão:

1 - Onde você mora? Com quem? É próximo do seu trabalho?

2 – Fale sobre um dia rotineiro de sua vida, e um dia fora de sua rotina como um final de semana. O que você costuma fazer nestes dias?

3 – Fale sobre as práticas e orientação sexual.

4 – Quais são os serviços que você costuma acessar? Para que? Com quais profissionais você é acompanhado? Os serviços são próximos de sua residência?

5 – Nas situações da sua vida em que você precisa de um apoio, quais são as pessoas que você acessa? São as mesmas pessoas que estão com você nos momentos de lazer? Se não, quem são elas?

6 – Como você é recebido nos serviços de saúde? Com quais profissionais você pode contar? Quais unidades de saúde você acha que funcionam bem, por quê? E quais não funcionam, por quê? O que você acredita que possa ser feito para melhorar?

7 – A mídia, os serviços públicos, estão constantemente realizando campanhas informativas sobre as DST/AIDS. Você tem acesso a essas informações? Se sim, qual a sua opinião a respeito? Essas informações fazem sentido na sua vida?

8 – Fale sobre o que é ser identificado como uma travesti na sociedade em que nos inserimos.

APÊNDICE 2 - Narrativas

Narrativa 1 - Natasha

Natasha, como gosta de ser chamada, tem apenas 18 anos, é ainda uma menina, mas com uma história de quem já viveu quase uma vida toda. É natural do Recife, mas foi adotada ainda muito pequena. Quando a mãe biológica tentou reavê-la, os pais adotivos vieram para Franca.

Chamou-lhe a atenção no nome da pesquisa e o termo “travesti (risos)”, mas diz que o termo tem sim a ver com ela.

Quis logo nos contar que está de namorado novo: “O namoro mais longo... acho que já tem... sei lá uns 2 meses, mas agora eu to firme com o Leandro”. “ Eu estava enfiada no crack”, estava muito emagrecida, dormindo na rua. Quando conheceu, na rua mesmo, Leandro, o seu marido, também dependente de drogas. Ele propôs a ela que saíssem daquela situação: “ele disse que queria cuidar de mim, ninguém nunca cuidou de mim!”. Mudaram então para Cássia, uma cidade mineira bem próxima à Franca, a ideia é que ele conseguisse um emprego e a tirasse do meio que a levava a usar o crack. Passaram duas semanas dormindo na rodoviária, ele acordava cedo, e Natasha ficava à sua espera até o final do dia. No último dia em que o viu ficou esperando o dia todo, mas Leandro não voltou, e ela saiu à sua procura. O primeiro lugar que procurou, o encontrou: na delegacia. O marido havia efetuado um assalto a uma loja de roupas e foi “pego” pela polícia. “Mas a culpa foi minha”, o marido só havia feito o que fez, para satisfazer sua dependência pela droga, o ameaçou, caso não trouxesse o dinheiro ela iria se prostituir para consegui-lo. “Me espera!”, foi o que Leandro disse antes de ser levado ao CDP. “Nós ainda estamos juntos sim, se não ele não pediria que eu guardasse a roupa dele, os documentos dele...” Está tudo guardado como ele pediu, “lavei a roupinha dele, só esperando ele voltar para eu ficar junto do meu maridinho!”. Há duas semanas escreveu-lhe uma carta mais ainda não obteve resposta.

Ficou sozinha em Cássia, sem conhecer ninguém, travou outra briga para conseguir voltar para Franca, ficou em uma peregrinação entre a rodoviária, e a Secretaria de Assistência Social,

mas o pedido era sempre negado. “Diziam que só tinha passagem pra Uberaba, o que é que eu vou cheirar em Uberaba?”. Só tinha uma alternativa mesmo, voltar a se prostituir, e em uma noite, conseguiu o dinheiro pra a passagem e duas pedras de crack.

De volta à Franca, continua morando na rua, já está no “mundão de Deus!” desde muito cedo. Natasha não tem boas lembranças da infância. Se lembra que percebeu que gostava de meninos com apenas 5 anos. “Eu gostava de brincar de boneca, meu pai não deixava, mas eu brincava escondido”. Na escola as professoras perceberam logo, sempre chamavam seus pais na escola porque escrevia bilhetinhos de amor para os meninos da sala. “Mas o pior era ficar de castigo no arroz, era ‘o ó!’ [...] de joelhos meu amor”. Apanhava muito dos pais, eles a nunca entenderam ou aceitaram sua condição afetiva. “Já me levaram em tanto psicólogo, e nenhum deu jeito em mim! (risos).”

Estudou apenas até a 7ª série, com catorze anos saiu de casa. Conheceu um menino que é homossexual e que se “montava”, “quando descobri que ele também era gay, aí eu senti em casa”. Foi a primeira vez que se vestiu de menina. “Me senti super bem, à vontade sabe, parecia uma bonequinha!”. Começou a se prostituir no mesmo dia. Saiu de casa, pois havia apanhado muito da mãe, e resolveu não suportar mais tantas agressões.

Há cerca de dois anos foi até o Recife, com o intuito de encontrar a mãe biológica, mas não conseguiu encontrar ninguém. O pai se separou da mãe que a adotou e hoje vive com outra mulher, que não a aceita em casa e desde os 14 anos vive nas ruas.

A prostituição não é nenhum tabu: “Adoro! Prostituir pra mim é diversão, nem gosto de chamar de prostituição, eu saio me divertir, conheço novas pessoas...” e foi contando todos os detalhes: “o boquete é R\$15 e o completo é R\$30, só precisa pagar quando eu terminar o serviço, eu não recebo adiantado”.

Nas ruas nunca sofreu violência, pois tem lá suas técnicas de sobrevivência “Eu era muito violenta quando estava sob o efeito de drogas, ia ‘pro’ ponto só ‘pra’ roubar os clientes, já chegava com faca e levava tudo mesmo [...], por isso hoje comigo ninguém mexe”. Trabalha em um ponto fixo, mas gosta mesmo é do forró, “de sentir o movimento”, às vezes prefere beber a usar o crack. Quando bebe se sente livre, ri e dança sozinha, passam e perguntam “Quem é essa bicha doida?” Mas está se divertindo tanto que nem liga... “To tentando variar, às vezes eu passo

até uma semana sem usar pedra. Acho que to preferindo beber mesmo...” Gosta de beber sozinha, trabalha para não ter que pedir a ninguém para pagar sua bebida. Culpa os homens que passaram pela sua vida por ter lhe apresentado às drogas. “Ai! É que eu to precisada de tratamento” quer estar bem para poder ajudar o marido.

Tem um corpo vistoso, sempre com vestidos bem curtinhos “antes eu era uma vareta de tão magrela, depois dos hormônios, tenho coxão, carne aqui ó (risos)”. Faz uso de hormônios sem prescrição médica, mas não tem vontade de fazer alterações cirúrgicas de nenhuma espécie, nem mesmo colocar silicone, “morro de medo!”. Nunca namorou uma menina, e não se chateia quando a chamam pelo nome de batismo.

Passa os dias no Centro Pop e as noites no abrigo provisório, não utiliza os serviços de saúde do município, frequenta só o “DST” “pra” pegar camisinha, não passa em outra unidade há anos, e até no DST não quis mais voltar em consulta. “Fui maltratada quando precisei tratar da sífilis”. Não quer mais saber de médico, tem medo de descobrir outras doenças, mas principalmente a AIDS. Não tratou a sífilis corretamente, “só tomei uma injeção e não voltei mais, Deus que me livre!” Acha que deveriam ter mais projetos de distribuição de camisinha para as profissionais do sexo “eles ‘passa’ lá só de vez em quando”, queixa-se que não recebe informação sobre o serviço. “é só camisinha, distribuiu e tchau amor!”

Já passou pelo CAPS ad, para tratar a dependência de drogas. “Foi quando tentei me reconciliar com meu pai, parei de me vestir de menininha em fui ‘pra’ internação”. A internação não durou muito, “Ah não dei conta não!” Foi muito difícil não poder se produzir, olhar no espelho e não enxergar a Natasha.

Apesar de tudo quando as coisas andam mal, é o pai que a apoia, sempre recorre ao pai “ele nunca me negou ajuda”, quando o dinheiro falta ou quando a fome aperta. Tem também “minha assistente social a Cati”, todos os meus documentos ficam com ela.

Mas apesar de tudo ela tem sonhos, nada de mais, só uma vida simples, uma casa, construir uma família, ela sente que faltou isso: “nunca tive o amor dos meus pais”.

Narrativa 2 - Vitória

Nascida em Parambú, Ceará, Vitória tem 33 anos e há 14 vive em Franca, “ter vindo para cá significou minha liberdade”, pois foi aqui que pôde se expressar como sempre quis.

Tinha apenas cinco anos de idade quando percebeu sua orientação afetiva, “cresci para o lado feminino”, foi nesta época que conheceu um amigo de seu pai e percebeu nele uma beleza que ele não via nas meninas. “Eu tinha só cinco anos, mas eu sabia que eu seria diferente”. Na escola sempre andou com as meninas, pois se identificava com elas. Os pais falavam “estava na cara [...] eles diziam que eu tinha nascido no corpo errado”. Sempre se destacou na escola, era a líder, organizava as brincadeiras e sempre gostou de estudar.

Tinha 15 anos quando conheceu o primeiro namorado, na mesma época em que decidiu sair de casa para trabalhar em Fortaleza.

“Comecei a trabalhar muito cedo [...] mas no ‘norte’ é assim mesmo, eu com dez anos já trabalhava na casa dos outros, já ganhava dinheiro e eu mesmo pagava pelas minhas coisinhas... amadureci muito cedo”. Tem oito irmãos, mas não foi criada pelos pais, a irmã mais velha a levou para sua casa quando tinha apenas três anos. “Não que tenha faltado nada, mas a gente fica com aquela ‘magozinha’”, quando se refere à sua mãe. Os pais e alguns irmãos moram no Recife e sente uma diferença em relação aos outros irmãos. Na última viagem de sua mãe à Franca, ao se despedirem, sentiu esta diferença até no abraço “quando ela me abraçou, não foi aquele abraço”.

No ano de 2000 mudou-se para Franca, para ajudar a irmã com os sobrinhos, mas neste tempo ainda vestia-se como “menino”, “esperei ter meu cantinho para me assumir”, Vitória mora sozinha e tem muito orgulho em dizer que hoje não depende de ninguém para se manter. Se lembra como se fosse hoje do dia em que comunicou à sua família que daquela data em diante passaria a ser chamada de Vitória e se vestiria com roupas femininas. As irmãs e os cunhados não aceitaram a princípio, “Minha irmã falou que na casa dela eu não entraria vestida de mulher”. Foi uma época muito difícil, pois foi humilhada por muitas vezes, “mas nunca aceitei ser diminuída”. Mas Vitória soube esperar, e as duas irmãs que vivem em Franca, um dia precisaram da sua ajuda. Uma das irmãs ficou grávida, e foi Vitória que ficou com ela na Santa Casa e no pós parto,

ajudando-a com os sobrinhos, e também quando outra irmã separou-se do marido, Vitória acolheu a ela e seus sobrinhos, ficaram quase seis meses morando em sua casa, “quando minha família precisou eu estava à disposição”. Ainda sente que as irmãs tem um pouco de vergonha da sua condição feminina, mas entende que o importante foi ter conquistado o respeito delas. Tem uma relação muito forte com os sobrinhos que ajudou a criar.

Vitória trabalha como profissional do sexo há 10 anos, mas antes já havia trabalhado como doméstica, babá e em fábrica de sapato “e eu ia vestida de menina!”. “Trabalho por conta própria, quando preciso de um dinheiro a mais, posso escolher trabalhar até um pouco mais tarde, mas eu não gosto, meia noite eu já quero estar em casa”. Muito consciente em relação à proteção às DST/AIDS, “se a ambição falar mais alto a pessoa se destrói... tem proposta para ter relação sem camisinha, para fazer uso de drogas”, mas nunca aceita.

Procura não saber o nome dos clientes, não quer envolvimento emocional com nenhum deles, tem também aqueles que são fixos, aos quais chama de amigos, “Tem amigos que saem desde que comecei a trabalhar [...] conversamos sobre a vida, os problemas, rimos juntos...” É uma mulher muito bonita, com os cabelos longos e louros, muito bem tratados, chama muito a atenção dos homens. “Já recebi muitas propostas de clientes que queriam me tirar desta vida, pagar meu aluguel, me dar mesada, para ter exclusividade [...] eu não nasci para ser objeto de ninguém!”.

Não sofre pelo fato de trabalhar na prostituição, “se eu não gostasse um pouco eu não faria”, porém é uma mulher com muitos sonhos, “eu quero vencer na vida, ter um bom trabalho”.

Nunca usou nenhum tipo de droga e não bebe mais, sabe que a maioria das colegas usa droga “eu não quero ser igual a todo mundo”. Já sofreu tentativa de assalto, mas nunca foi agredida, “eu sei como trabalhar, muitas não são de confiança”, “A pessoa tem que ter talento e carisma, as pessoas (clientes) só querem ser bem tratados”, Não gosta de reclamar da vida, “quando me perguntam, respondo sempre que estou maravilhosamente bem!”.

Está sempre atenta às informações que veiculam na televisão, ou impressos nos folhetos dos serviços de saúde, “eu conheço bem os riscos que eu to correndo”.

Transita por todos os serviços de saúde, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Unidade Básica de Saúde (UBS), Pronto Socorro (P. S.), Ambulatório de DST (conhecido como

Posto de Saúde). Frequenta o CTA, pois faz teste a cada seis meses, busca gel e preservativo. Frequenta a unidade de saúde do seu bairro, “fui sempre muito bem tratada, mas eu também sei me posicionar.” Pede sempre para ser chamada pelo seu nome social “Quando não me chamam de Vitória, eu finjo que não é comigo e vou embora”. Foi internada na Santa Casa uma vez, devido a uma infecção intestinal, “fui tratada muito bem, mas fiquei na ala masculina e isso me incomodou um pouco, mas eu já sabia que seria assim...” “Conheço muitas meninas que se escondem, que vão no CTA e olhe lá [...], mas eu não! Vou onde eu preciso ir, seja aqui na São Sebastião (UBS), onde for [...] eu acho que a gente tem que saber entrar nos lugares bem...” O único lugar que não foi bem atendida foi no Pronto Socorro, “O Janjão deixa bastante a desejar [...] tem que ter educação e tratar as pessoas de forma correta [...] as pessoas se acham superior.”.

É bastante caseira, quando não está trabalhando, ou fazendo algum curso, gosta mesmo é de ficar em casa, que é alugada e há quatro anos reside no mesmo endereço. “Também não recebo muita gente aqui, só minha amiga Jaque, minha irmã ou a minha vizinha aqui da frente [...] já tive muita amizade, e me decepcionei...”.

Tem um namorado, estão juntos há sete anos, “já moramos juntos, mas não deu certo, agora é cada um na sua... já sofri muito com ele” Foi traída pelo namorado, e ele tem um filho fruto desta traição, “depois disso perdeu um pouco do encanto”, “Ele é um pouco egoísta e volúvel”, por este motivo sempre usam camisinha, e faz questão que ele sempre tenha camisinha com ele, “se for aprontar, você se cuida!”.

É muito esforçada, inteligente, carismática. Concluiu o ensino médio, “a maioria das minhas colegas de rua, não fizeram nem a 4ª série [...] mas não foi fácil me formar”. Na época trabalhava em dois empregos e estudava à noite. Mas nunca parou, fez vários cursos, hoje faz curso de cabeleireiro e planeja poder abrir o seu próprio salão. Tem vontade de fazer faculdade de gastronomia, é uma mulher de muito potencial.

Tem um corpo que chama a atenção, faz uso de hormônios há cerca de 10 anos, sempre por conta própria. Não fez nenhum tipo de adequação cirúrgica, se considera uma transexual ainda não operada, “me sinto satisfeita com meu corpo!”.

Narrativa 3 - Bárbara

Bárbara começou a fazer faculdade de Educação Física, “sempre gostei de estudar”. Mas acabou deixando a os estudos, “comecei a pensar nas dificuldades de se trabalhar na área, se eu fosse trabalhar numa escola, por exemplo, os pais não 'ia' aceitar uma professora travesti”. Hoje trabalha como profissional do sexo, mas já trabalhou em fábrica de sapato. Buscou diversas vezes por empregos formais, “teve uma vez na fábrica que eu fiz uma entrevista e me disseram que já tinham preenchido a vaga e era mentira, porque quando eu passei na porta no outro dia, a placa da vaga continuava lá. [...] aí eu desisti mesmo”.

Acredita que não só a maioria, mas todas as travestis e transexuais que estão hoje na prostituição, foram levadas por este caminho por falta de oportunidade no mercado de trabalho formal. “As meninas 'escolhe' a prostituição porque tem que ir, precisa ir pra rua ganhar dinheiro, [...] uma ou duas que 'salva', mas também trabalha de cabeleireira, de doméstica ou faxineira, falta oportunidade”. Bárbara reflete sobre o lugar que ocupam no mercado de trabalho, “não tem ninguém em posto de chefia, olha só naquela menina (se referindo à Lorraine), a bicha é um arraso, podia muito bem ir trabalhar no shopping, mas tá onde? Na cozinha, coloca a gente tudo escondido”. A vida oferece poucas opções para ela, “Muitas 'bicha' estudou e nunca exerceu, a Alessandra (uma amiga) foi para a Europa, é 'enfermeira padrão', mas não virou nada nessa vida, se envolveu com as drogas e hoje tá presa”.

Acredita, porém que as travestis e transexuais são movidas por seus sonhos: “As 'bicha' tem muitos sonhos, de se montar, ficar toda linda, ter um marido pra chamar de seu, mas a realidade... por isso que as bicha acaba tudo nas drogas, virou epidemia isso aí”. A realidade para quem está nas ruas é muito dura, e o uso de drogas é parte integrante deste cenário. “Todas usam para suportar a realidade das ruas... praticamente todas”.

Bárbara mora com o marido e uma amiga, mas sua casa está sempre cheia, os amigos entram e saem o tempo todo. Os pais são separados, mas moram todos no mesmo bairro. Fomos interrompidas várias vezes pelo entra e sai de pessoas, inclusive o pai de Bárbara que entrou na casa, ficou alguns minutos e disse que voltaria mais tarde para tomar um café.

Apesar de muitas vezes trabalhar a noite toda, gosta de acordar cedo, aproveitar o dia. Nos dias de folga gosta mesmo é de ficar em casa, “adoro ficar jogada, curtindo minha caminha!”.

Ontem foi a primeira vez que passou pela UBS. Bárbara está com problemas de saúde devido a complicações decorrentes da aplicação de silicone industrial que agora está afetando a circulação das pernas. O atendimento não foi dos melhores, “ela (a médica) nem quis saber o que eu tinha”. Foi encaminhada para o especialista e ficará aguardando o agendamento da consulta. A verdade é que não conseguiu se sentir á vontade naquele lugar, com todos os olhares e o super cuidado desconcertante por parte das profissionais que a acolheram.

A questão do nome é muito importante para a travesti ou para a transexual, “quando eu fui lá agendar a consulta, a menina queria porque queria me chamar de (nome de batismo) [...] dessa vez elas me 'chamou' lá dentro, ela sabia que eu ia dar um 'bafão’”. Sabe que ser chamada pelo nome social é um direito seu, mas sente que os profissionais ainda são muito despreparados. “Nunca tinha ido no NUBS antes, o povo não sabe receber as 'transexual', as pessoas não 'sabe' como tratar a gente, por isso que vira briga, um erro que você fala já é motivo”. Há uma dificuldade evidente em lidar com a simples presença de uma travesti ou transexual na unidade de saúde, “Precisa conscientização do povo, saber que existe travesti, porque cada vez essa população cresce mais!”.

Sobre a AIDS a conversa se desenrola sempre em um tom de brincadeira, para tornar o ambiente e o assunto menos sérios: “Da tia (HIV)? Tenho medo não [...] porque bicha é terrível, pra te ser sincera, quem tá na prostituição quer morrer sem saber”. A ignorância muitas vezes nos protege das obscuridades da vida. “Tem muitas que tem (o vírus do HIV) e diz que não tem [...] Outras já conta pra todo mundo que tem 'vida eterna' (HIV), e ainda tem as bicha que não 'tão' nem aí, que porque pegaram vão passar, que dizem 'aqui mesmo eu peguei aqui mesmo eu vou passar’”.

Deixou de frequentar o grupo Fênix, “as bicha sumiu tudo, no começo lotava aquilo ali, a gente vai desanimando né?”. Porém mantém contato com a equipe, “eles passam toda quarta-feira, conversam com a gente, entregam preservativo, gel, que é o mais importante...”. O preservativo é também sua ferramenta de trabalho, “claro que tem gente que quer saber é de

ganhar dinheiro, principalmente as 'novata', tão nem aí não pra 'tia', se oferecer mais elas fazem de tudo sem camisinha”.

Mas este começo não é nada fácil, lembra quando decidiu que não dava mais para continuar atuando no papel de menino, ainda nem tinha dezoito anos, “quando a gente decide não dá pra continuar na casa da mãe, é o mesmo que decidir que agora eu dou conta sozinha [...] aí a gente fica louca pra mudar logo o corpo, pra ter peitão, bundão...” Hoje em dia tem bombadeiras (que fazem a aplicação do silicone industrial), que financiam a aplicação. “A base da travesti é o industrial [...] tem muitas que vão colocar o silicone e já chega pra trabalhar, vira escravas delas (bombadeiras) e nunca mais sai da rua”.

“Travesti pra sociedade é sexo, drogas e AIDS”, essa afirmação sai com um certo tom de revolta, o sentimento de não ser respeitada ronda o seu cotidiano, “vira e meche chega um já querendo passar a mão”, indignada, Bárbara já se cansou de passar ou ver suas companheiras passar por isso. “Não sei por que as pessoas acham que não tem que respeitar a gente”. Muitas das meninas desistem no meio de caminho, “tem gente desvirando, tem uma amiga que foi pra igreja, tirou silicone dos ‘peito’, pra poder voltar pra casa, não aguentou a rua [...] mas eu acho que ela não é feliz, ela adorava um bofe!”.

Há uma preocupação em relação às travestis mais velhas, “tinha que ter alguma coisa pra essas bicha velha, um dia a beleza acaba meu bem! [...] eu vejo elas ‘passar’ por cada humilhação” Muitas acabam mergulhadas nas drogas ou no álcool, e se sujeitam a qualquer coisa, porque a prostituição, muitas vezes, é a única fonte de renda delas durante toda a vida. “Elas tem que sobreviver, aí descobre que está doente e acha que todo mundo tem culpa”.

Bárbara é na verdade uma mãezona que acolhe todos em sua casa, é como um refúgio, onde as amigas se encontram, ela faz um almoço e todo mundo ajuda com alguma coisa, “Mas se a gente não se ajudar que vai ajudar a gente? Por isso essa casa ta sempre assim, essa confusão, tem traveco, tem gay, meus pais tão todo dia aqui, tem espaço pra todo mundo!”

Narrativa 4 - Lorraine

É de chamar a atenção sua beleza, morena, alta, com os cabelos compridos, Lorraine, aos 26 anos, sempre trabalhou muito para conquistar o respeito das pessoas. “Hoje sou tratada como mulher”. Trabalha como auxiliar de cozinha em uma rede de casa de sucos muito conhecida na cidade. É vizinha de Vitória, mora com o marido e cinco cachorros. As mulheres estão conquistando cada vez mais espaço na sociedade atual, “tem umas que é até chefe de família”, se referindo à Bárbara.

Conheceu o marido há cinco anos, antes de conhecê-lo trabalhava como profissional do sexo, “ele nunca aceitou, me conheceu na rua, mas foi ele que me tirou daquela vida”. “Quando eu casei, fomos no CTA, pus uma pedra na putaria”. Hoje os dois trabalham no comércio, mas antes de conseguir este emprego, ficou quase dois anos desempregada, “pra quem quer encontrar trabalho é difícil”. Mas a associação da travesti com a prostituição ainda é muito forte, “as pessoas acham que eu me prostituo só porque eu sou travesti”.

“Travesti é ser feita, ter quadril, se vestir de mulher de 24 horas, assumir que é mulher pra viver” Este não é uma questão complicada para ela, e ainda simplifica mais: “quem tem peito é travesti, quem não tem é gay”.

Lorraine, assim como todas as outras meninas, tiveram que enfrentar todo tipo de situação degradante em nome da possibilidade de vivenciar o universo feminino de forma plena. “Eu passei por cada uma... mas a pior delas veio da minha própria família”. Lorraine foi impedida de ter contato com o seu sobrinho, hoje com seis anos de idade, que mora na mesma rua que ela. “Fui processada e acusada de coisas horríveis, só pra me afastarem do meu sobrinho. Nós somos muito ligados, ele me chama de 'tia forte', porque eu dou conta de carregar ele no colo, de brincar...”. A família do pai do menino a processou e isso quase acabou com a vida de Lorraine, “tentei suicídio, tomei uma 'par' de remédio, fiquei duas semanas no Alan Kardec (hospital psiquiátrico) [...] jogaram meu nome no lixo”. A história se espalhou e os vizinhos e amigos foram se afastando, o que agravou seu quadro de depressão. Felizmente esta história acabou há poucos dias atrás, o caso foi levado a julgamento e Lorraine foi inocentada, “o advogado ainda perguntou se eu não queria processar a bruaca (sogra da sua irmã) por calúnia, mas eu pedi pra deixar pra lá”.

Depois de ter enfrentado toda esta situação, não é fácil permanecer na mesma cidade, e como no caso dela, no mesmo bairro em que foi criada, muitas meninas gostariam de se travestir, mas têm medo, vergonha, neste sentido morar no interior é um complicador, “tenho muitas amigas que foram ‘pra’ fora, ‘pra’ capital, onde é mais fácil ser travesti”. “Eu desde novinha tenho essa coisa de brincar de casinha [...] então é desde sempre [...] sempre pensei em ter meu canto, lavar minhas panelinhas”, ou seja, o típico sonho feminino de ter um lar para cuidar.

“Eu vou a todos os lugares, vou no ‘NUBS da Vila Tião’ (Unidade Básica de Saúde), no AME passar no vascular, no cirurgião plástico”. Frequenta todos os serviços de saúde e transita por todos os espaços sem se deixar abater, “A gente tem que saber se impor!”. É uma mulher muito educada, está fazendo curso de auxiliar de pet shop, quer sempre aprender mais, “se eu não correr atrás quem vai correr por mim?”.

Mas apesar disso, ela sabe que a realidade da maioria das suas amigas é bem diferente, “tanto que eu não abandonei nenhuma delas, e to na casa da Bárbara quase todo dia!”. Elas se preocupam muito umas com as outras, principalmente com as mais velhas, “tem as bicha que não sabe fazer outra coisa, que prostituiu a vida toda, a gente chama elas de 'vovó zona' [...] tenho muitas amigas que morreram de depressão, na cachaça, que não aguentou o baque”. Esta é um problema que aflige a todas, pois sabem que todas vão envelhecer um dia, se preocupam com aposentadoria, “mas não vi nenhuma ir lá pagar o seu 'carnezinho””. A realidade das ruas é muito cruel, e não permite muitas opções.

“A gente já entra na prostituição sabendo do risco [...] AIDS vira sarro, palhaçada”, muitas não dão tanta importância para a infecção pelo HIV, “é meio que normal, quem até tira vantagem”. Existem ganhos secundários com a doença, “porque tem tratamento, quem tem isso (HIV) tem tudo de graça, quem não tem até quer ter, por conta dos benefícios”.

Os clientes sempre oferecem dinheiro a mais para práticas sexuais desprotegidas “tem muito homem doido que quer fazer sem, que paga o triplo, às vezes o que você faria em uma noite de labuta”. E tudo se mistura, a prostituição, as doenças, as drogas, “as 'bicha' às vezes se entrega, não faz tratamento, se entrega pra drogas”.

Lorraine acredita que o uso de drogas seja uma problemática muito séria, “o tratamento é mais difícil para nós, não existem clínicas para travesti, tinha que ter, porque travesti tem gênio

forte, logo arranja confusão!”), quando conseguem uma vaga para internação é em clínica masculina “aí as bicha não vai, prefere morrer a ter que vestir de 'hominho' de novo”. E nas ruas esse problema se intensifica “Na rua tem muita tiração, por isso que as menina bebe, tem que ficar na rua, tá frio, tem que aguentar ficar muito tempo”. E nessa de usar para aguentar, relaxar, muitas se tornam dependentes dessas substâncias.

Lorraine se distanciou da realidade das ruas, mas tem a experiência de quem começou a se prostituir muito cedo. Hoje vive um sonho que muitas meninas gostariam de viver, nada muito pretensioso, só um marido e uma casinha com cachorros.

APÊNDICE 3 - PRODUTO TÉCNICO:

PROJETO CHEGA MAIS!

Introdução

Os primeiros passos desta pesquisa apontam, o que os trabalhos de Pelúcio (2007) e Arán (2008) já destacam: as travestis e transexuais não estão inseridas nos serviços públicos de saúde por questões historicamente já destacadas nas análises supracitadas, mas dentre estas questões, o preconceito e a discriminação, são certamente, os fatores mais predominantes. Por este motivo, propomos uma intervenção que venha contribuir para promover esta inserção e aproximar as travestis e transexuais dos serviços de saúde, principalmente os de atenção básica.

O projeto intitulado de “Chega Mais!”, será proposto em um momento da saúde pública do município de Franca bastante propício para realizar a aproximação desta população. Está sendo implementada no município a rede de atenção territorial, com a ampliação das equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que para além das Estratégias de Saúde da Família (ESF), farão parte também das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A proposta de ampliar a rede de atenção à saúde da família em Franca surge da necessidade de aproximar os serviços de atenção básica da comunidade em que se inserem. E se beneficiando destas mudanças que o projeto “Chega Mais!” é proposto. A intervenção dos ACS objetiva a princípio levar a saúde para mais perto da população, e é exatamente isto que propomos, que a saúde seja levada também para mais perto da população de transexuais e travestis. População esta que não encontramos nos serviços de saúde, mas que estão na comunidade, por muitas vezes se escondendo como forma de se proteger da discriminação, dos olhares e da violência que a sociedade produz.

Que fique bem claro, que não estamos propondo uma intervenção específica, ou um grupo específico para as transexuais e travestis, pois é justamente o contrário: propomos que a intervenção dos ACS, seja uma ponte, uma via para promover a inserção deste grupo nos mais diversos serviços de saúde.

Objetivo

- Proporcionar a inserção das travestis nos mais diversos serviços de saúde.
- Promover o acolhimento desta população.
- Estimular o cuidado de forma integral.

Método

Entendemos que o passo que antecede a intervenção neste projeto, é proporcionar conhecimento, pois os ACS precisam conhecer a população que será alvo da intervenção. E não só os ACS, toda a equipe precisa ser orientada acerca das especificidades desta população, pois um dos resultados que esperamos com este projeto, é que aumente a demanda desta população nos serviços de saúde, o que refletirá no trabalho de todos os profissionais.

A aproximação com as questões pertinentes às transexuais e travestis, se dará por meio de encontros com as equipes de saúde, para apresentarmos e discutirmos as questões que envolvem esta população. Serão realizados três encontros, que tratarão dos seguintes eixos temáticos:

1 – Travestis e transexuais: quem são elas?: Trataremos do reconhecimento desta população, políticas públicas e direitos da população como o direito de ser chamado pelo nome social ou de receber tratamento hormonal para adequação do corpo.

2 – Preconceito, sentindo na pele: O segundo encontro tratará das questões sociais, que interferem na inserção desta população aos serviços de saúde. Por meio de dinâmicas de grupo, realizaremos um trabalho de sensibilização acerca das problemáticas que esta população enfrenta em seu cotidiano como a discriminação e a violência que ganha as páginas policiais diariamente. Este encontro pretende abordar os limites de ordem pessoal que os profissionais poderão enfrentar no trabalho junto às travestis e transexuais, mas que poderão ser superadas no caminho a ser percorrido pelo projeto, no cotidiano das intervenções.

3 – Chega Mais!: Este será o último encontro preparatório, trataremos da intervenção de fato. Os primeiros contatos, a aproximação com o território, o acolhimento da equipe. O próprio

nome do projeto pressupõe que o trabalho dos ACS será o de fazer esta aproximação, convidar e ser convidativo, apresentar às travestis e transexuais que a UBS também pode ser um local de acolhida, escuta e cuidado.

Após os três encontros, serão realizadas supervisões trimestrais, para acompanhar, monitorar e avaliar o projeto. Além de acolher as dificuldades encontradas no percurso da ação e reforçar as intervenções exitosas.

Considerações finais

Este projeto não pretende criar um grupo específico na unidade, nem pretendemos realizar um treinamento acerca das doenças mais ou menos prevalentes, pretendemos elaborar uma ação que estimule algo que deveria ocorrer cotidianamente.

Buscamos superar o modelo dos Agentes de Prevenção, cuja ação é centrada nas DST/AIDS, mas trazer para o projeto o olhar e a experiência destes agentes, que são membros da comunidade, e qualificar a escuta, o trato, o contato.

Mas para isto é preciso refletir acerca das questões que estão impedindo esta inserção, pois acredito que este possa ser um pequeno passo para promover o convívio das travestis e transexuais na comunidade, e ainda mais, promover cidadania, promover saúde.

APÊNDICE 4 – Quadro 2

Quadro2. Esquema de organização dos dados produzidos

QUESTÕES PARA A ANÁLISE	TRECHOS SIGNIFICATIVOS	IMPRESSÕES	REFERÊNCIAS
Do risco à vulnerabilidade em AIDS: mutações do discurso e manutenção das práticas.	A partir da discussão sobre as especificidades de alguns segmentos de mulheres (relevância, prevalência, invisibilidade), foi aberto um diálogo entre o governo e a sociedade civil. Representantes desses segmentos reafirmaram a necessidade da construção de Agendas Afirmativas que possam contribuir para a promoção da equidade de gênero, reconhecimento das diversidades e dos contextos de vulnerabilidade de: (1) mulheres, adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids, (2) prostitutas (3) mulheres que vivenciam a transexualidade e (4) lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com outras mulheres. (PEF11, p.5)	O conceito de vulnerabilidade foi incorporado às políticas de saúde pública como uma alternativa mais abrangente ao conceito de risco, que está contido nele, porém viabiliza uma análise universal da realidade a que se propõe intervir. As mais recentes produções científicas têm indicado que elaborar, implantar e implementar políticas públicas sob a ótica da vulnerabilidade amplia a oferta e viabiliza o acesso. A agenda apresentada apresenta a transexual feminina dentre o grupo de mulheres com maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV por uma série de questões que serão trabalhadas ao longo desta dissertação.	“O referencial da vulnerabilidade pode contribuir para a renovação das práticas de saúde em geral e, particularmente, para as práticas de educação em saúde, porque consiste precisamente na busca de um novo horizonte para situar e articular riscos, “causalidades” e “determinações”, trazendo a saúde – assim como a possibilidade de adoecer – para o campo da vida real, para o mundo dos sujeitos em relação no qual esses processos ganham sentidos singulares” (Ayres, 2002, p. 1341).

Fonte: elaborado pela autora