



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Isabele Barboza Moura

**Transfobia institucional a travestis e mulheres transexuais vivendo com
HIV**

Rio de Janeiro

2021

Isabele Barboza Moura

Transfobia institucional a travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Identidades, Cultura, Políticas Públicas e Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Carla Cristina Lima de Almeida

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

M929 Moura, Isabele Barboza.
Transfobia institucional a travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV
/Isabele Barboza Moura. – 2021.
88 f.

Orientadora: Carla Cristina Lima de Almeida.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Serviço Social.

1. Transexuais – Teses. 2. Travestis – Teses. 3. HIV (Vírus) – Teses. 4.
Transfobia – Teses. I. Almeida, Carla Cristina Lima de. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 613.885

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Isabele Barboza Moura

Transfobia institucional a travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Identidades, Cultura, Políticas Públicas e Serviço Social.

Aprovada em 1 de março de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Carla Cristina Lima de Almeida
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof. Dr. Maurílio Castro de Matos
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof.^a Dra. Emília Moreira Jalil
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

“Mestrado não é fácil”, ouvi muitas vezes. “Sobretudo para quem trabalha”, ouvi outras tantas. E, bem, realmente não foram os 24 meses mais tranquilos desses meus 25 anos de sonho, sangue e América do Sul (viva Belchior!). Mas, se fosse católica, diria que é até pecado responsabilizar o mestrado pelas dificuldades desses últimos anos. Jamais tiraria o mérito da conjuntura sociopolítica na qual estamos inseridos (e pisoteados), por tamanho transtorno causado nesses últimos – muitos – meses.

Inclusive, se esse agradecimento fosse um depoimento de Orkut, começaria dizendo: “2020, o que dizer desse ano que passou tão rápido e que odiamos pacas?”. 2020 veio para comprovar, de todas as formas, que nada é tão ruim que não possa piorar. Não bastasse um genocida na presidência, um genocida no governo do Estado e um genocida na prefeitura, vem uma pandemia mundial avassaladora, levando tantos de nós, deixando tantas sequelas, acirrando ainda mais a desigualdade.

No fim de ano, em tempo de declarações otimistas e balanços do ano que passou, vi muitas pessoas dizendo que a palavra que representou 2020 foi “sobrevivência”. Bem, levando em consideração que cerca de DOIS MILHÕES E DUZENTAS MIL pessoas morreram no mundo vítimas do combo vírus + capitalismo, faz sentido usar essa palavra. Mas posso garantir que, como todos aqueles que se indignam, ou que Brecht chamaria de “imprescindíveis”, sobrevivi com muitos ferimentos.

Parafraseando Che, posso dizer que 2020 me tornou muito mais dura do que antes, em muitos aspectos, mas ainda assim, não perdi a ternura. E não perdi a ternura graças a um elemento crucial da existência humana e que mobiliza toda minha existência: o afeto. E seria impossível falar de afeto, sem falar das pessoas a seguir.

Mãe, pai, irmão, irmã, cunhada, avó e sobrinhos: obrigada por tanto, obrigada por tudo. A vocês todo meu amor, dedicação e agradecimento. Dos clichês mais verdadeiros, posso garantir que realmente seria impossível sem todo apoio e suporte que tive de vocês.

Às grandes mestras e mestres que tive ao longo da vida. É impossível citar todos os nomes, mas me sinto honrada por ter cruzado caminhos com tantos educadores incríveis, durante toda a minha trajetória na educação pública, da creche ao ensino superior. Destaco aqui Marcus Vinicius e Luiz Guilherme, meus queridos professores do ensino médio; Ana Tatagiba, Rachel Gouvea, Maria Inês Bravo, Rodriane de Oliveira, Ana Ines, Maria Helena entre tantos e tantas que me atravessaram com tantos ensinamentos ao longo da graduação. Além, é claro, de Maurilio Matos, que além de professor e supervisor no projeto Políticas

Públicas Pela Saúde, me deu a honra de compor a banca e de trazer tantas considerações importantes para esse trabalho.

Ainda no corpo docente, agradeço especialmente à minha orientadora Carla Cristina por toda paciência, pelas trocas, pelo afeto, pelas palavras compreensivas e de afago e por cada ensinamento em todo esse processo. Você é gigante, Carla, que honra aprender tanto com você nesses anos todos.

Preciso agradecer também àquela que me apresentou esse campo de discussão, que me ajudou a enxergar cada reflexão exposta nessa dissertação: Marcia Brasil, nossa mamis galinha (piada interna), que é uma das pessoas mais generosas que já conheci em toda minha vida. Eu me declaro sempre para você, mas nunca vai ser suficiente. Obrigada, super!

Agora, impossível não falar da minha veterana-gêmea-boa/má. Não sabemos quem é a Ruth e a Raquel nessa nossa versão de Mulheres de Areia, mas eu não teria chegado aqui, definitivamente, senão tivesse ela do lado. Camis, ainda bem que você existe. Você contribuiu absurdamente para eu realizar o sonho do mestrado, você é parte fundamental na mulher e profissional que sou hoje, você é um presente lindo que a UERJ me deu.

E por falar em UERJ, obrigada à universidade mais popular de todas. Aquela que se pinta de povo a cada ano que passa, apesar do sucateamento, do descaso. Como diz numa frase que circula pela internet, de autor desconhecido: “eu não caí na universidade pública. Ela me levantou, me abraçou, me ensinou sonhos coletivos e me mudou para sempre.” À UERJ, tudo!

E voltando para a história do afeto, o que seria dessa vida, que insiste em ser árdua, sem as amizades? Como diria Emicida “quem tem um amigo tem tudo (...) é um ombro para chorar depois do fim do mundo”. Meu super obrigada à Natália Russo, Marcela Vendramini, Carolini Lyra, Isabella Maio, Maiara, Fabiano, Daniel Carvalho, Natália Proença, Jessica, Karina, Thamara, Isabela Vicarpi, Ana Paula, Ulysses, Gustavo, Iris Carvalho. Amigues, sou mais eu porque sou vocês. E, um agradecimento especial ao Felipe Lima, por todo apoio, suporte e incentivo nesse processo, inclusive pelos puxões de orelha necessários.

Bom, não poderia, claro, deixar de agradecer especialmente à minha chefe Emilia Jalil, por ter aceitado o convite de fazer parte da banca, mas sobretudo, por todo encorajamento, por toda compreensão, pelo apoio, pelas considerações e ensinamentos tão pertinentes e por todas as portas que têm me aberto e me ajudado a atravessar.

Agradeço também à dupla de psicólogos(as) mais amada: Nilo Fernandes e Cristiane Castro. Quão maior eu me sinto pela honra de trabalhar com vocês, de ter vocês fazendo parte do meu dia a dia e compartilhando tantas experiências comigo. Nilo, você é imprescindível,

não faz ideia do quão grata eu sou pela sua amizade, carinho, por aprender tanto com você, por poder rir, chorar e dividir tantos sentimentos e indignações. Ter você do lado é nunca me sentir sozinha, mestre. E Cris, que sorte eu tenho de ter você como minha dupla, como a vida é mais leve com a sua energia, com as suas risadas, com as nossas palhaçadas. Tudo é mais fácil quando você está comigo e eu te agradeço muito por todo carinho e suporte nos últimos meses e sempre.

Por fim, agradeço às minhas e meus companheiros de militância. Às educadoras e educadores populares do Movimento de Educação Popular +NÓS. Às voluntárias e voluntários da Casinha. À todas e todos que dividem comigo tantos sonhos coletivos na reivindicação e luta por um mundo mais justo. E, claro, agradeço ao meu partido, pois como bem definiu Neruda, “me fizeste indestrutível porque contigo eu não termino em mim mesma”.

“A utopia está lá no Horizonte.
Me aproximo dois passos, ela corre dois passos.
Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.
Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.
Para que serve a utopia? Serve para isso:
Para que eu não deixe de caminhar.”

Eduardo Galeano

RESUMO

MOURA, Isabele Barboza. **Transfobia institucional a travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV**. 2021. 88 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

A presente dissertação de mestrado, desenvolvida no curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que tem como tema *A transfobia institucional a travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV*, tem por objetivo evidenciar e analisar de que modo a transfobia, em seu caráter estrutural e institucional, somada ao estigma do HIV impactam diretamente o processo de saúde e doença de travestis e mulheres transexuais vivendo com o vírus. Diante disso, aponta elementos que visam contribuir para o debate acerca da transfobia institucional, do estigma relacionado ao HIV e de como essas duas questões são somatizadas e acabam por gerar uma série de condicionantes à saúde dessa população, além de se desdobrar num processo de violência, que se expressa das mais diversas formas e que atravessa a existência de travestis e mulheres transexuais. A dissertação discute os conceitos de gênero, sexualidade, transexualidade e travestilidade, além de contextualizar historicamente o campo de discussão e apontar alguns elementos para se pensar tal processo de violência, também identificado como *transfobia*. Traz algumas considerações a respeito do campo dos direitos sexuais, conceitua brevemente o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e discute o impacto do estigma e da discriminação em torno da infecção pelo vírus. Por fim, aborda a experiência de trabalho junto a travestis e mulheres transexuais que vivem com o vírus HIV, que são acompanhadas através de uma pesquisa clínica realizada numa instituição do Rio de Janeiro, a partir de relatos registrados no diário de campo da presente pesquisadora.

Palavras chaves: Transexualidade. Travestilidade. HIV. Violência. Transfobia. Saúde.

ABSTRACT

MOURA, Isabele Barboza. **Institutional transphobia towards *travestis* and transgender women living with HIV**. 2021. 88 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

The present master's thesis, developed in the Master's course of the Post-Graduate Program in Social Work at the State University of Rio de Janeiro, whose theme is Institutional transphobia to *travesti* and transsexual and women living with HIV, aims to highlight and to analyze how transphobia, in its structural and institutional character, added to the HIV stigma, directly impact the health and disease process of transsexual and transvestite women living with the virus. Given this, it points out elements that contribute to the debate about institutional transphobia, the stigma related to HIV and how these two issues are summed up and end up generating a series of conditions for the health of this population, in addition to unfolding in a process of violence, which is expressed in the most diverse ways and which crosses the existence of transsexual and transvestite women. The master's thesis discusses the concepts of gender, sexuality, transsexuality and transvestite, besides historically contextualizing the field of discussion and pointing out some elements to think about this process of violence, also identified as transphobia. It brings some considerations regarding the field of sexual rights, briefly conceptualizes the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and discusses the impact of stigma and discrimination around the virus infection. Finally, it addresses the experience of working with transsexual and transvestite women living with the HIV virus, who are followed up through clinical research conducted at an institution in Rio de Janeiro, based on reports recorded in the field diary of the present researcher.

Keywords: Transgender. *Travesti*. HIV. Violence. Transphobia. Health.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO: UMA PERSPECTIVA PARA O DEBATE	15
1.1	Os conceitos de gênero, sexualidade e transexualidade	15
1.2	Contextualizando historicamente o campo da sexualidade	21
1.3	A violência que se perpetua contra quem desafia a cisheteronormatividade	27
2	DIREITOS SEXUAIS E HIV: O IMPACTO DO ESTIGMA E DA DISCRIMINAÇÃO	38
2.1	Breves considerações sobre o campo dos Direitos Sexuais	38
2.2	Breve histórico do ativismo social e da organização civil no contexto da epidemia	40
2.3	Conceituando o Vírus da Imunodeficiência Humana	45
2.4	O impacto do estigma e da discriminação	49
3	A EXPERIÊNCIA DAS TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS VIVENDO COM HIV	53
3.1	Breve excursão sobre a relação entre teoria e metodologia	53
3.2	Apontamentos e análises do diário de campo	55
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	85

INTRODUÇÃO

A aproximação com o tema da transexualidade e travestilidade se deu a partir da experiência de estágio, vivenciada por mim nos anos de 2016 a 2018, junto à equipe de Serviço Social da Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), onde se desenvolve a ação chamada “Processo Transexualizador”, com base na portaria do Ministério da Saúde que regulamenta a cirurgia transgenitalizadora dentre outros procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais direcionados para travestis e pessoas transexuais.

A partir do acompanhamento dos atendimentos realizados pela equipe e das demais atividades relacionadas ao estágio como, por exemplo, a participação em mesas redondas, grupos de discussão, mini-cursos e as próprias supervisões de estágio, foi possível perceber o quanto as questões relacionadas ao gênero e suas múltiplas expressões influenciam e condicionam a vida das travestis e pessoas transexuais, que se deparam com barreiras particulares ao acesso à saúde devido à sua condição de transexualidade/travestilidade, configurando situações de violência e violação de direitos que denominamos por transfobia.

Iniciei, então, a partir desse momento, um estudo sobre a saúde da população travesti e transexual, onde o objetivo foi apontar a hipótese da transfobia enquanto um determinante social do processo de saúde e doença e discutir os principais impactos da violência transfóbica em seus cotidianos.

Como desdobramento do trabalho anterior, ao ingressar no mestrado, surge a intenção de discutir o agravamento da saúde de mulheres transexuais e travestis, com ênfase na vivência daquelas que possuem o diagnóstico de infecção pelo HIV. A suspeita era de que em que pesem os avanços nos tratamentos a *pessoas vivendo com HIV (PVH)*, a ponto de ser considerada hoje uma doença crônica, travestis e mulheres transexuais apresentavam uma pior condição de cuidados de saúde e acesso a serviços devido a sua identidade de gênero. Busca-se uma análise do caráter institucional da transfobia e de seus impactos sobre as condições de saúde dessa população. Assim, pretendo discutir a relação entre o estigma relacionado a PVH a partir de um olhar direcionado para o campo da saúde, em sua perspectiva ampliada, ou seja, a partir dos determinantes sociais do processo de saúde e doença.

A aproximação com a população de travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV me fez perceber como a transfobia, somada ao estigma em relação ao HIV, produz uma série de dificuldades concretas no acesso à saúde, com possíveis impactos na qualidade de vida e no modo de reprodução social dessas pessoas. O que desejo discutir, diante disso, são as

particularidades que atravessam essa população, que carrega consigo dois grandes estigmas sociais e que sofre com o preconceito e a discriminação nos mais variados espaços, inclusive na saúde.

Esse objeto, especificamente, surgiu através da experiência de trabalho enquanto pesquisadora, sobretudo no ano de 2019, numa instituição pública federal localizada no Rio de Janeiro. A partir de atendimentos realizados num centro de pesquisa clínica, localizado dentro desta instituição, identifiquei uma série de questões que atravessam a vivência de travestis e mulheres transexuais, sobretudo as que vivem com HIV, impactando diretamente sua saúde e gerando um processo de adoecimento. Em tais atendimentos, que são orientados pela aplicação de questionários sociodemográficos, comportamentais e socioeconômicos, são discutidas questões como violência, estigma, saúde, preconceito, arranjo familiar, escolaridade, dentre outros diversos elementos cruciais para uma análise concreta da inserção de travestis e mulheres transexuais na sociedade. Neste local, elas vão em busca da realização de testes rápidos para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e, por consequência, encontram e acessam uma série de serviços disponibilizados no âmbito da pesquisa clínica, ou seja, mediante os chamados critérios de elegibilidade¹. Dentre essas pesquisas, há aquelas envolvendo prevenção ao HIV, inclusive envolvendo a profilaxia pré-exposição (PrEP), possíveis interações medicamentosas entre hormônios feminizantes e terapia antirretroviral (TARV), relacionadas ao próprio HIV e doenças oportunistas, coinfeção entre HIV e tuberculose, dentre outras.

Importante ressaltar que o foco do presente trabalho se baseia na experiência de travestis e mulheres transexuais que estão em uso de TARV para tratamento da infecção pelo HIV e que, para além de estarem inseridas no contexto ambulatorial do serviço, também se encontram enquanto participantes dessas pesquisas, tendo respondido aos questionários de elegibilidade, nos quais constam tais questões apontadas nesta introdução.

Foi a partir desses questionários que pude identificar outra questão central para este trabalho – que será apontada e discutida com mais cuidado ao longo da dissertação –, e justifica a escolha de abordar não só a população de mulheres transexuais, mas também as travestis. Percebi, durante uma das primeiras perguntas que consta nos questionários, que

¹ Critérios de elegibilidade: são os critérios utilizados como forma de avaliação para decidir se uma pessoa cabe ou não como participante numa determinada pesquisa clínica. Por exemplo, para as pesquisas de profilaxia pré-exposição (PREP), é necessário que a pessoa – para ingressar no estudo – tenha um comportamento vulnerável para a infecção pelo HIV, logo, um dos critérios de elegibilidade é essa pessoa não se prevenir em suas relações sexuais, se relacionar sem preservativo com uma pessoa sabidamente HIV positiva, dentre outros possíveis marcadores. Importante apontar que esses critérios são gerados pelas instituições que propõem e gerenciam a pesquisa, variando conforme o objetivo e a finalidade de cada uma.

muitas travestis e mulheres transexuais não fazem distinção entre suas identidades. Algumas chegam a perguntar “o que a senhora acha que eu sou? Existe diferença?”, “qual a diferença entre travesti e transexual, pra mim é a mesma coisa, tanto faz”. Já outras retomam uma concepção ainda utilizada no campo biomédico de que “transexual é quem fez ou deseja fazer a cirurgia e travesti é quem não quer tirar o pênis”. É fundamental apontar que esta última concepção tem sido questionada ao longo dos anos, sobretudo pelos movimentos sociais LGBTQIA+ e também pelo campo das ciências sociais, no qual se discute que as identidades de gênero, em sua completude e diversidade, constroem-se socialmente e independem da genitália.

Há também um debate fundamental feito por uma parcela dos movimentos sociais, que será mencionado no primeiro capítulo, da importância de se apropriar do termo *travesti* enquanto uma identidade política, uma vez que é uma identidade exclusivamente latino-americana e que foi (e segue) marginalizada, sendo usada para designar aquelas inseridas no trabalho sexual ou em situação de maior vulnerabilidade e que, a partir disso, não há diferença entre as duas identidades.

A partir disso, tomando como problema a ser aprofundado o modo como esse grupo se reconhece em relação a sua identidade de gênero e a permanência de uma classificação distinta para travestis e mulheres transexuais, utilizarei os dois “termos” como duas “construções identitárias que se localizam no campo do gênero e representam respostas aos conflitos gerados por uma ordem dicotomizada e naturalizada para os gêneros” (BENTO, 2008, p. 520), uma vez que, tal como aponta Moira (2017), enquanto mulheres que recusam uma ordem de gênero normativa, ambas identidades experienciam a transfobia que é dirigida ao grupo “T”, posto que socialmente “não é possível reconhecer no “olhômetro” quem é travesti e quem é mulher trans” (p. 327).

Diante do exposto, espera-se com essa pesquisa evidenciar como o estigma relacionado ao HIV tem produzido dificuldades concretas no modo de reprodução social dessas mulheres. Tais dificuldades se manifestam através do preconceito e das múltiplas formas de violência que atingem essa população específica, tornando-se um condicionante no processo de determinação social da saúde e doença do público alvo deste trabalho. Além disso, também se expressam nas múltiplas facetas da transfobia em seu caráter institucional fundamentada na natureza contraditória do Estado democrático nas sociedades capitalistas contemporâneas.

Pretende-se gerar ainda uma contribuição para o campo do Serviço Social e a categoria profissional, enquanto categoria “reconhecida na divisão social do trabalho” (IAMAMOTO,

2003, p.77), que tem como uma de suas principais competências segundo o Artigo 4 da Lei de Regulamentação da Profissão, “orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”. Também a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) destaca como uma das funções profissionais identificar as “demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado” (1996). Consideramos que o serviço social é uma categoria de extrema importância nos atendimentos junto à população travesti e transexual, e de grande potência para pensar e discutir essa expressão da questão social, uma vez que:

O Assistente Social ocupa um lugar privilegiado no mercado de trabalho: na medida que ele atua diretamente no cotidiano das classes e grupos sociais menos favorecidos, ele tem a real possibilidade de produzir um conhecimento sobre essa mesma realidade. E esse conhecimento é, sem dúvida, o seu principal instrumento de trabalho, pois lhe permite ter a real dimensão das diversas possibilidades de intervenção profissional. (SOUSA, 2008, p.122)

Inclusive um dos marcos da atuação do Serviço Social no campo da diversidade de gênero e, conseqüentemente, da atuação junto à travesti e população transexual, ocorreu em 2006, quando o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em conjunto com os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) lançaram a campanha nacional “O amor fala todas as línguas: assistente social na luta contra o preconceito” pela livre expressão e orientação sexual.

A campanha teve como objetivo abordar a desconstrução da heterossexualidade como única orientação sexual aceita socialmente e denunciar a negação de direitos que sofre a população LGBTQIA+ com todas suas expressões de gênero e sexualidade. Importante ressaltar que, como citam Mesquita e Matos² no texto de referência sobre essa campanha, não houve o apoio de toda a categoria. Pelo contrário, houve resistência de muitos profissionais que alegavam a existência de outros temas mais “importantes” e “relevantes” para a categoria discutir.

Outras iniciativas se sucederam a essa. Ainda em 2006, o CFESS promulgou a Resolução nº 489/2006, que estabelece normas, vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício

² MESQUITA, M. e MATOS, M. C. de. “O amor fala todas as línguas: assistente social na luta contra o preconceito” – reflexões sobre a campanha do conjunto CFESS/CRESS. Diversidade Sexual e de Gênero. Revista em Pauta. Rio de Janeiro: UERJ, nº28, p.131-146, dezembro de 2011.

profissional da/o assistente social e a Resolução CFESS nº 615/2011, que dispõe sobre a inclusão e uso do nome social da assistente social travesti e de assistentes sociais transexuais nos documentos de identidade profissional. No ano de 2013, publicou o CFESS Manifesta no Dia Nacional da Visibilidade Trans, pelo “Direito à identidade Trans”. Em junho de 2015, realizou o Seminário Nacional Serviço Social e Diversidade Trans: exercício profissional, orientação sexual e identidade de gênero em debate, envolvendo a categoria numa agenda de compromissos que visam à defesa de direitos e da vida de pessoas TRANS. Em 29 de agosto de 2017, no Dia Nacional da Visibilidade Lésbica, o CFESS Manifesta lançou “Família é diversidade: pelo direito de amar e conviver!”. Recentemente, no último dia 29 de janeiro de 2021, Dia Nacional da Visibilidade TRANS, mais uma iniciativa das entidades profissionais, agora da ABEPSS, que publicou em seu site entrevistas realizadas com assistentes sociais trans a fim de “promover uma reflexão sobre a importância do debate acerca da identidade de gênero na área”.³

A categoria do Serviço Social tem como uns dos seus princípios fundamentais: (1) o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes; (2) defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; (3) empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; (4) exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, idade e condição física (CFESS, 1993). Assim, é fundamental a aproximação com o campo da diversidade sexual e de gênero, para uma prática profissional coerente com tais princípios.

Por essas razões consideramos pertinente e relevante que o campo de estudos e pesquisas em Serviço Social alcance e aprofunde reflexões que atingem as particularidades da população LGBTQIA+ e problematize os efeitos das políticas sociais e do Estado na proteção social desses sujeitos. Esperamos que essa pesquisa contribua para esse processo.

³Disponível em: <http://www.abepss.org.br/noticias/wwwabepssorgbrvisibilidadetrans-425> Acesso em 02/02/2021.

1 DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO: UMA PERSPECTIVA PARA O DEBATE

1.1 Os conceitos de gênero, sexualidade e transexualidade

Abordar a questão da transfobia institucional, especialmente no campo da saúde, com um recorte para travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV, requer a alusão a alguns elementos e conceitos que surgem ao se discutir gênero e sexualidade. Essas considerações são fundamentais, sobretudo, para compreendermos a forma como se expressa a discriminação e o preconceito direcionado a população e o que constrói este fenômeno da violência, que se dá em diversas esferas e espaços vivenciados por essa população durante sua existência.

A partir disso, pretendo contextualizar o que se entende por gênero e quais suas expressões e facetas, abordando as diferenças entre identidade de gênero, sexo biológico e orientação sexual, trazendo a discussão de como se dá a inserção das expressões da diversidade sexual na sociedade, que impõe uma série de condutas e regras a serem seguidas e constantemente viola direitos, corpos e vivências diversas. Para tal, aponto o que se entende por transexualidade e travestilidade e trago a discussão da violência transfóbica em seu caráter institucional, sinalizando algumas expressões desse fenômeno, bem como outros aspectos importantes para compreendermos o tema principal deste estudo e, por fim, busco trazer um breve histórico sobre o surgimento do HIV, como parte do processo de construção do estigma que permeia a vida de PVH e também seus efeitos sobre as identidades travestis e transexuais.

Inicialmente, é preciso identificar a trajetória da população alvo desse estudo, que trata de travestis e mulheres transexuais. Desse modo, para Bento (2008, p.18) “(...)a transexualidade é uma experiência identitária, caracterizada pelo conflito com as normas de gênero”. Nesse sentido, a transexualidade é a condição da pessoa que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer, a partir do referencial biológico, ou seja, da genitália. De acordo com Almeida (2012), falar sobre transexualidade significa,

(...)falar de pessoas que, em diferentes contextos sociais e culturais, conflituam com o gênero (com que foram assignadas ao nascer e que foi reiterado em grande parte da socialização delas) e, em alguma medida (que não precisa ser cirúrgica/química), decidem modificá-lo. (2012, p. 515).

Já a travestilidade, segundo a definição utilizada pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), pode ser identificada como a identidade de pessoas que vivem uma construção de gênero feminino, oposta à designação de sexo atribuída no nascimento, seguida de uma construção física, de caráter permanente, que se identifica na vida social, familiar, cultural e interpessoal, através dessa identidade. Nesse sentido, segundo Bento (2008)

“Tanto a transexualidade quanto a travestilidade são construções identitárias que se localizam no campo do gênero e representam respostas aos conflitos gerados por uma ordem dicotomizada e naturalizada para os gêneros. (p. 520).”

Importante apontar, que a partir da minha experiência de trabalho com a população travesti e transexual, percebi que essa diferença entre a identidade de gênero *mulher transexual* e a identidade de gênero *travesti*, não é completamente demarcada e nem há uma definição universal que diferencie uma da outra. É comum nos atendimentos, ao serem perguntadas “qual sua identidade de gênero?”, as próprias travestis e mulheres transexuais perguntarem qual é a diferença entre travesti e transexual, ou ainda dizerem que “tanto faz, é a mesma coisa”. Quanto a isso, cabe apontar que, uma parcela significativa das participantes das pesquisas, não fazem parte de movimentos sociais organizados e acabam por não ter um contato tão próximo com os debates que são realizados no cerne da militância. Esse distanciamento muitas vezes contribui para a reprodução de alguns conceitos/definições que são questionados pelo ativismo, mas legitimados pelo senso comum. Nesse sentido, Bento (2008) aponta que,

Por estarem referenciadas no gênero, é comum escutarmos mulheres transexuais diferenciando-se radicalmente das travestis. Nas diversas listas de discussão na internet esse é um debate recorrente. São comuns as divergências quando alguém escreve uma mensagem que discute as diferenças entre identidade transexual e travesti. (p. 520)

Essa diferenciação, muitas vezes, aparece relacionada à cirurgia de transgenitalização. Ou seja, mulheres transexuais seriam aquelas que operaram ou que desejam operar e as travestis seriam as que não demonstram interesse pela cirurgia. A própria medicina utilizou (e em parte ainda utiliza) esse argumento para diferenciá-las. Tal como coloca Bento (2008),

Uma das diferenças tradicionalmente apontadas entre transexualidade e travestilidade estava na realização da cirurgia. Considerava-se que todas as pessoas transexuais atrelavam sua reivindicação de mudança de gênero à realização das cirurgias. Nos últimos anos, esta centralidade começou a ser relativizada por pessoas

transexuais que reclamam a mudança do gênero e não a condicionam à cirurgia. Essa relativização assumida aumentou o embaralhamento das fronteiras identitárias.

Não à toa, a primeira portaria⁴ relacionada ao Processo Transexualizador⁵, ainda em 2008, não contemplava as travestis. Foi apenas em 2013, com a portaria nº 2.803, que há a ampliação do Processo Transexualizador, contemplando as travestis e homens transexuais, que também não constavam na portaria anterior. Ainda segundo Bento (2008), “embora haja certa ocorrência dessa demarcação, não se pode afirmar que haja consenso em torno dessa posição entre as pessoas que vivem a transexualidade (p. 530)”. A autora ainda aponta que,

Essa linha rígida, como se fosse um muro que separasse transexualidade e travestilidade, para muitas pessoas transexuais é uma ficção. Muitas se definiram ao longo de suas vidas como travestis, embora se sentissem mulheres. (p. 534)

Por outro lado, identifica-se que essa diferenciação se dá num processo de disputa das identidades, enquanto uma é historicamente marginalizada (travestis) a outra (transexual) parece ser “um pouco mais aceita”. Acerca disso, Bento (2008) considera que,

Parece que ser transexual ainda soa como algo que confere mais legitimidade e poder, enquanto a travesti é construída como a outra radical. É como se a categoria médica “transexual” fizesse o trabalho de limpeza, assepsia de uma categoria da rua. O mais intrigante é que essa disputa efetivada às margens não reverbera no centro. Os “normais” não diferenciam estas experiências identitárias, simplificam tudo sob a rubrica de “anormais”, “aberrações”, “coisas esquisitas”. (p. 572).

A partir do exposto, considerando a discussão realizada pelos movimentos sociais LGBTQIA+ da importância de se apropriar do termo *travesti* – uma identidade exclusivamente latino-americana – e ressignificar essa identidade, escolhi discutir a condição tanto de mulheres transexuais quanto de travestis, pois parto da compreensão de que as duas identidades experienciam de forma muito semelhante a discriminação, o preconceito e demais expressões da violência *transfóbica* que se encontra tão enraizada na sociedade capitalista.

De qualquer modo, Bento (2008) aponta que pessoas transexuais e travestis não são as únicas que rompem e cruzam os limites estabelecidos socialmente para os gêneros. Existem as

⁴ Portaria nº 1107/2008 do Ministério da Saúde.

⁵ Portaria do Ministério da Saúde que realiza a cirurgia de redesignação sexual (“mudança de sexo”) e demais procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais a pessoas transexuais e travestis pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No Rio de Janeiro, o hospital que presta esse serviço é o Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

drag queens, os *drag kings*, as pessoas transgêneros⁶, não-binárias, dentre outras possíveis identidades existentes que desfazem essa relação simplista e imposta que vincula vagina-feminino e pênis-masculino. Assim, ainda segundo a autora, a transexualidade é apenas uma das múltiplas expressões identitárias que surgem como uma resposta inevitável a esse sistema que “organiza a vida social fundamentada na produção de sujeitos “normais/anormais” e que localiza a verdade das identidades em estruturas corporais”. (p. 132).

Para Jesus (2013),

No mundo contemporâneo, mais que vivenciar uma identidade de gênero, ser transgênero corresponde a representar uma identidade política, pautada pela desconstrução da crença em papéis de gênero considerados “naturais”, construídos biologicamente; e pela visibilização de identidades particulares historicamente estigmatizadas(...). (p. 119)

Segundo Butler (2019), a travestilidade, transexualidade, transgênero são expressões identitárias que estão em divergência com as normas de gênero, já que estas se fundam na heterossexualidade, no dimorfismo, ou seja, na lógica binária de que ou se é homem ou mulher (sendo ambas possibilidades definidas única e exclusivamente a partir do sexo biológico). Assim, como coloca Moira (2017) no livro *Vidas Trans*,

A transexualidade não é um transtorno, uma doença ou um problema psiquiátrico, pelo contrário. Na teoria, é algo mais simples: você não se identifica com o gênero que lhe designaram ao nascer. Imagine ter de se obrigar a viver uma vida que não é a sua, você, atriz/ator, atuando em uma eterna peça de teatro sem poder errar as falas (senão, ai de você!)? Parece ruim, mas é isso que cobram das pessoas trans. (p. 69-70).

A transexualidade se insere enquanto o T na sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis), que recentemente incluiu o Q, I, A, e o símbolo de +, tornando-se LGBTQIA+, agregando, assim, a identidade *Queer*, a população *intersex*⁷ – que compreende

⁶ “É comum escutarmos a expressão “transgênero” para designar as experiências de gênero que se deslocam do referencial binário. No entanto, a discussão de como identificar e nomear experiências de gênero que se constroem em uma tensa negociação com as normas de gênero está longe de um consenso na academia e na militância. Para muitos, o guarda-chuva “transgêneros”, amplamente utilizado nos Estados Unidos e em outros países, nada revela das especificidades daqueles que reivindicam o reconhecimento social do gênero identificado (as pessoas transexuais), tampouco a dimensão conflituosa de assumir-se e reivindicar a posição identitária “travesti”.” (Bento, 2008, p. 382)

⁷ “A obsessão pelo sexo verdadeiro e a correção de possíveis “disfarces” da natureza também estão em curso no século XIX. A identificação das “perversões” e do verdadeiro sexo dos *hermafroditas* seria uma tarefa para o olhar do especialista, que conseguiria pôr um fim às dúvidas sobre as ambiguidades das genitálias, apontando o sexo predominante. A luta para a construção de uma leitura dos corpos fundamentada na diferenciação radical entre os corpos-sexuados se impõe hegemonicamente no século XIX, propiciando a emergência de novas subjetividades e de novas identidades coletivas.” (Bento, 2008, p.142)

peçoas que possuem a genitália ambígua (anteriormente chamadas de hermafroditas), ou seja, cuja “anatomia sexual ou reprodutiva que não se encaixam nas definições tradicionais de ‘sexo masculino’ ou ‘sexo feminino’”⁸ e a orientação sexual Assexuados(as), que são as peçoas que não se relacionam sexualmente. De acordo com Almeida (2016) a sigla,

(...)se popularizou na última década, tanto nas discussões do movimento social que luta contra a homofobia e suas variantes (lesbofobia, travestifobia, transfobia), quanto nos documentos oficiais que estabelecem políticas públicas em âmbito nacional, nos estados e municípios. Apesar de apontar para um grande campo que costumamos chamar de diversidade sexual e de gênero, a sigla agrupa uma variedade de identidades sociais que, embora sejam conformadas por expressões semelhantes do preconceito, também tem características próprias, histórias e demandas distintas por direitos”. (2016, p. 7)

Importante apontar, que essa sigla está em constante alteração, pois essas definições não são fixas, mas se constroem em função de uma série de questões como pertencimento, visibilidade, reconhecimento e reivindicação de direitos sociais e políticos. Não à toa, no Brasil, vimos algumas alterações da sigla. No início dos anos 90, ela aparece como GLS (gays, lésbicas e simpatizantes). Já nos anos 2000, tornou-se LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis), sigla que já era utilizada nos EUA e que veio para substituir a anterior, sendo aprovada através de um congresso que reuniu a comunidade em Brasília⁹. Já no presente momento, defendem-se algumas variações entre LGBTQ+, LGBTQI+, LGBTQIA+, incorporando mais identidades. Cabe ressaltar que tais identidades não estão dadas e não se limitam às já reconhecidas socialmente de modo que o símbolo de + (mais) é uma forma de evidenciar que para além das identidades e orientações representadas pelas letras que compõem a sigla, existem outras.

Na literatura sobre diversidade de gênero, uma importante diferenciação se dá entre o conceito de identidade de gênero e orientação sexual, pois apesar de comporem a mesma sigla, o ‘L’, o ‘G’, o ‘B’ e o ‘A’ dizem respeito a orientações sexuais (lesbianidade, homossexualidade, bissexualidade e assexualidade respectivamente), enquanto o T, Q e o I referem-se às identidades de gênero (transexuais, travestis, *queer* e *intersex*). Moira (2017)

Adendo sobre a nota de rodapé n^o7: aqui a autora utiliza o termo “hermafrodita”, o qual designava peçoas com genitália ambígua ou indefinida, antigamente. Hoje, a partir de uma série de debates no campo da saúde, das ciências sociais e dos próprios movimentos sociais, o termo utilizado é *intersex/intersexual*.

⁸ Fonte: <https://orientando.org/o-que-e-intersexo/> Acesso em: 29/01/2020

⁹ Disponível em:

<http://g1.globo.com/Noticias/Rio/0,,MUL597188-5606,00-MUDANCA+DE+SIGLA+DE+GLBT+PARA+LGBT+DIVIDE+COMUNIDADE+GAY.html>
Acesso em: 10/12/2020

aponta que pelo fato de orientações e identidades comporem a mesma sigla, “muitas pessoas confundem orientação sexual (o gênero que o atrai) com identidade de gênero (o gênero em que se enxerga)”. (p. 93).

Quanto à identidade de gênero, Carrara (2009) aponta que,

A expressão “identidade de gênero” foi usada primordialmente no campo médico-psiquiátrico justamente para designar o que estas disciplinas consideravam “transtornos de identidade de gênero”, isto é, o desconforto persistente criado pela divergência entre sexo atribuído ao corpo e a identificação subjetiva com o sexo oposto. Nos últimos anos, outros campos da ciência, bem como as próprias pessoas que se identificam como travestis, transexuais, transgêneros, trans ou intersexuais têm retomado esse conceito, seja para questionar a perspectiva que avalia tais variações como patológicas, seja para reivindicar direitos relativos ao reconhecimento social da identificação com o sexo assumido pela pessoa quando a aparência e o comportamento são diferentes daqueles esperados para o sexo atribuído no nascimento com base nas características anatômicas. (2009, p. 123-124).

Para Moira (2017), a identidade de gênero é a forma como as pessoas se entendem independentemente de sua genitália. É como se a genitália, que sempre foi utilizada para definir e delimitar todas as possibilidades que aquele indivíduo teria ao longo da vida, “não dissesse mais quem a pessoa é, como ela deve viver sua vida, imaginar seu corpo.” (Moira, 2017, p. 77). Assim, a autora defende que, se em algum momento na vida, uma pessoa percebe que pertence não ao gênero que lhe designaram ao nascer, mas a outro, é importante que se lute para que ela possa ser respeitada e tratada pelo nome e pelo gênero que se identifica verdadeiramente.

Quanto à orientação sexual, Modesto (2008) aponta que essa é somente um dos componentes da sexualidade humana e é composta por diversos outros elementos, sendo ‘orientação sexual’ o termo que relaciona a forma de atração afetiva e sexual. É importante ressaltar que, de acordo com Campos e Alves (2015), “essa orientação do desejo não é uma escolha e não é aprendida. A pessoa se percebe heterossexual, homossexual ou bissexual” (2015, p.3) e isso pode se modificar ao longo da vida. Já a identidade de gênero, diz respeito à expressão de gênero com a qual a pessoa se identifica, a partir de uma construção social e não apenas biológica como o sexo. Sendo essa também uma questão de pertencimento e não “escolha”, o indivíduo pode se sentir parte do gênero feminino, masculino, nenhum destes, ou algum outro que o represente, independentemente da genitália, no caso, o sexo biológico.

1.2 Contextualizando historicamente o campo da sexualidade

Gênero e sexualidade são questões que estão intimamente ligadas na sua construção histórica e, para fins desse estudo, são essenciais para a compreensão de como travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV terminam por ser classificadas e expostas a uma série de violências e violações de direitos, muitas vezes, consideradas como algo natural.

Para Foucault (2019) sexualidade é,

(...)o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder. (2019, p. 115)

Nesse sentido, é fundamental compreendermos o gênero e a sexualidade a partir das relações sociais e culturais pré-estabelecidas. Segundo Louro,

(...)podemos entender que a sexualidade envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções... Processos profundamente culturais e plurais. Nessa perspectiva, nada há de exclusivamente "natural" nesse terreno, a começar pela própria concepção de corpo, ou mesmo de natureza. Através de processos culturais, definimos o que é — ou não — natural; produzimos e transformamos a natureza e a biologia e, conseqüentemente, as tornamos históricas. Os corpos ganham sentido socialmente. A inscrição dos gêneros — feminino ou masculino — nos corpos é feita, sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas dessa cultura. As possibilidades da sexualidade — das formas de expressar os desejos e prazeres — também são sempre socialmente estabelecidas e codificadas. As identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas por relações sociais, elas são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade. (2000, p. 6).

Esse referencial analítico de gênero tem suas origens localizadas no movimento feminista, dentro do contexto acadêmico estadunidense e europeu. Tal perspectiva de gênero questiona o determinismo social e biológico e, segundo Couto (2008),

(...)as explicações que sustentavam assimetrias sociais entre homens e mulheres são questionadas e confrontadas, mas é apenas nos anos 80 do século XX, com a inserção crescente de feministas no espaço acadêmico europeu e, especialmente, norte-americano, que a reflexão teórica se projeta como argumento forte e capaz de desconstruir a naturalização das assimetrias de desigualdades entre os sexos. (2008, p. 3)

Outro elemento importante dessa perspectiva de gênero, tal como coloca Scott (1995) é o fato de que o tornar-se homem e/ou mulher é fruto de um processo histórico, construído socialmente e que parte de um aspecto relacional, onde os papéis sociais se contrapõem, se diferenciam e hierarquizam. Ou seja, esse tornar-se homem ou mulher é forjado dentro de um contexto sociocultural, a partir dos referenciais da sociedade na qual este indivíduo está inserido, não ocorrendo de forma homogênea, pois cada sociedade tem sua cultura, seus valores, sua moral, seus deveres e etc. Dessa forma, segundo Korin (2001), é importante apontar que o gênero pode variar espacialmente (de uma cultura a outra), temporalmente (em uma mesma cultura, mas em diferentes tempos históricos) e longitudinalmente (ao longo dos anos de vida de um indivíduo).

Assim, com a perspectiva do gênero articulada às dinâmicas sociais e culturais, abriu-se o caminho para pensar o gênero não como uma destinação natural e, tampouco, que se expressa de duas formas exclusivas – masculino e feminino – o que ficou conhecido como dimorfismo sexual. Segundo Bento (2008),

Pelo dimorfismo, a organização social deveria ser ditada e orientada pela natureza. Nada se poderia fazer contra o império da natureza a não ser render-se a ela. A oposição binária que constitui o dimorfismo dos gêneros reduz todos os níveis da vida do sujeito. A sexualidade, as performances de gênero, a subjetividade, a identidade de gênero constituem campos marcados pela diferença sexual. Nessa lógica dicotômica, não é possível fazer descolamentos. O masculino e o feminino só conseguem encontrar sua inteligibilidade quando referenciados à diferença sexual. (p.186)

O dimorfismo sexual, tal como aponta a autora, lutou contra outra interpretação sobre os corpos: o isomorfismo. No isomorfismo, a vagina era considerada um pênis invertido, o útero era o “saco” feminino, os ovários eram os testículos e a vulva um prepúcio. Ou seja, a mulher era fisiologicamente um homem invertido e tinha por dentro tudo que o homem tinha para fora. Isso por que, até meados do século XVII,

(...)os anatomistas trabalhavam com a convenção de que existia apenas um corpo e pelo menos dois gêneros, daí parecer um equívoco pensar a transexualidade com um alcance histórico para além do período onde as identidades passam a ser prisioneiras do corpo e que se desdobra na medicalização das condutas. (Bento, 2008, p. 127)

Ainda segundo a autora,

No isomorfismo o homem possui a energia necessária para gerar a vida, ou o calor vital. A mulher, por ser menos quente ou um homem imperfeito, guardaria a semente produzida pelo calor masculino. Nesse modelo, o corpo é representado por continuidade e a diferença é representada em termos de graus (mais quente/menos quente). A genitália no isomorfismo era um fundamento inseguro para posicionar os sujeitos na ordem social. (p. 155)

Foi só a partir dos estudos de gênero –sobretudo com Butler ao questionar a prevalência da ordem da cisgeneridade¹⁰ e da heteronormatividade¹¹ –que surgiram novas perspectivas teóricas baseadas na compreensão de uma diversidade de gênero, que extravasa os sentidos usuais de masculino e feminino. De modo que o próprio sexo, até então entendido como base de sustentação das identidades de gênero, passa a ser passível de modificação e/ou de produção de novos sentidos, adquire ele também um caráter histórico. Assim, de acordo com Carrara (2009), para as ciências sociais e humanas, gênero significa que “mulheres e homens são produtos da realidade social e não em decorrência da anatomia de seus corpos”. (p.39).

Para Foucault (1996) esse corpo,

(...)também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. (p. 28).

Matos (1997) compreende que os perfis masculinos e femininos se constituem social, cultural e historicamente, localizando-se num tempo, espaço e cultura determinados. Para a autora, o gênero é uma categoria que busca destacar que esses perfis se definem um em função do outro, e que as relações de gênero são um elemento constitutivo das relações sociais, onde estas são baseadas nas diferenças hierárquicas que distinguem os sexos. Ou seja, tais relações de gênero, inseridas no contexto geral das relações sociais, se mostram como uma forma primária de relações de poder, como bem formulou Scott (1992). De acordo com Bento (2008),

As posições de gênero que os corpos ocupam nas estruturas sociais são interpretadas como um sistema complexo que põe em movimento múltiplas relações de poder, e no qual é sempre possível intervir, criar espaços de resistências, a exemplo da própria experiência transexual. (p. 360)

¹⁰ Condição da pessoa cisgênera – aquela que nasce com um determinado sexo biológico e se identifica com a identidade de gênero relacionada a ele. Por exemplo: pessoas que nascem com pênis e se identificam com a identidade masculina (homens cisgêneros); pessoas que nascem com vagina e se identificam com a idade de gênero feminina (mulheres cisgêneras).

¹¹ “Por heteronormatividade entende-se a capacidade da heterossexualidade apresentar-se como norma, a lei que regula e determina a impossibilidade de vida fora dos seus marcos. É um lugar que designa a base de inteligibilidade cultural através da qual se naturaliza corpos/gêneros/desejos e definirá o modelo hegemônico de inteligibilidade de gênero, no qual supõe que para o corpo ter coerência e sentido deve haver um sexo estável expresso mediante o gênero estável (masculino expressa homem, feminino expressa mulher)”. (Bento, 2008, p. 345).

Por isso, para Matos (1997), os estudos de gênero se preocupam em evitar as oposições binárias fixas e naturalizadas, mostrando que as referências culturais são culturalmente produzidas, por meio de símbolos, jogos de significação, cruzamentos de conceitos, relações de poder, conceitos normativos e relações de parentesco, econômicas e políticas. Pois, como coloca Bento (2008),

O sistema binário (masculino versus feminino) produz e reproduz a ideia de que o gênero reflete, espelha o sexo e que todas as outras esferas constitutivas dos sujeitos estão amarradas a essa determinação inicial: a natureza constrói a sexualidade e posiciona os corpos de acordo com as supostas disposições naturais. (p. 69)

Ferraz e Kraiczuk (2010) compreendem que estes papéis sexuais e os padrões de gênero são, então, algo “(...)relativo, contextual, variável, contestável, mutável, transformável” (2010, p.3) e que estes organizam “relações de poder a partir dos significados que cada sociedade atribui à diferença sexual(...)” (p.3). Assim, não é possível reduzir a identidade de gênero meramente aos aspectos biológicos e a qual genitália encontra-se no corpo do indivíduo.

Então, desde o final do século XVIII e início do século XIX, no contexto Renascentista, a partir da consolidação do domínio da ciência como principal fonte de saber e detentora da verdade, tornou-se hegemônica a compreensão de que, ao nascer com vagina, determinava-se uma mulher e ao nascer com pênis determinava-se um homem. Segundo Pinheiro e Couto (2008), isso se dava através de uma dada percepção das diferenças biológicas entre homens e mulheres, a partir de uma perspectiva que privilegiava a influência da natureza na determinação das posições sociais. Para Bento (2008), é em meados do século XIX que

(...)os trânsitos entre os gêneros são interrompidos. Todo sujeito tem um sexo e a ciência deveria desfazer os “disfarces” da natureza e determinar o sexo verdadeiro a partir de um exame minucioso. Os corpos iriam justificar as desigualdades e as diferenças hierarquizadas entre o masculino e feminino. Os discursos da diferença sexual dão suporte, a partir de um discurso científico, ao julgamento das condutas. (p. 164)

Embora passado mais de um século de distância do Renascentismo, segue sendo reproduzida socialmente a divisão das posições sociais a serem ocupadas, que são pré-determinadas a partir de uma lógica de gênero binária, ou seja, apenas homem e mulher, sem

qualquer variável no que diz respeito a outras identidades. Para Almeida (2012) o binarismo de gênero é,

(...) uma ideologia constituída pela afirmação de que mulheres e homens são radicalmente distintos e que esta distinção está fundada nos corpos biológicos e que, portanto, ela é imutável e inquestionável. (2012, p. 8)

No entanto, é importante pensar que nem sempre a heterossexualidade e a cisgeneridade eram as únicas condições aceitas socialmente. Em outros momentos históricos, a identificação com os gêneros não era tão inflexível. Segundo Bento (2008),

Por volta da segunda metade do século XVIII, as diferenças anatômicas e fisiológicas visíveis entre os sexos não eram consideradas, até que se tornou politicamente importante diferenciar biologicamente homens e mulheres, mediante o uso do discurso científico. (p. 135)

Assim, apenas a partir do século XVIII, sobretudo já no XIX, com a centralidade das ciências biológicas, que as posições sociais começam a ser determinadas de acordo com dada percepção da anatomia dos corpos e sua diferenciação. Acerca disso, Bento coloca que,

(...)a relação entre corpo e gênero que orientava a leitura e definição do lugar do feminino e masculino não estava condicionada à genitália. Nas histórias que o/a cercam inexistia uma moral assentada no pressuposto da determinação natural das condutas. Vincular comportamento ao sexo, gênero à genitália, definindo o feminino pela presença da vagina e o masculino pelo pênis, remonta ao século XIX quando o sexo passou a conter a verdade última de nós mesmos. (2008 p. 17).

Logo, a partir desse momento, toda e qualquer expressão de gênero e sexualidade que não esteja em consonância com essa determinação é marginalizada, considerada algo patológico, problemático e repudiado veementemente na sociedade. Surge, assim, a preeminência do discurso médico-científico na classificação dos sujeitos. Por isso, como colocam Campos e Alves (2015), a homossexualidade durante muito tempo era tida como uma doença mental, “uma perversão e uma anomalia com base em diversas teorias científicas que submetiam gays e lésbicas aos mais absurdos e agressivos tratamentos(...)” (p.7). Somente na década de 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) retirou o “homossexualismo” da Classificação Internacional de Doenças (CID) e trocou o termo, que remetia à patologia, pelo termo “homossexualidade”.

Com a transexualidade e a travestilidade não é diferente. Ainda hoje, pelo referencial biomédico, a transexualidade e a travestilidade se inserem no CID10 sob a forma de um transtorno chamado de “disforia de gênero”, considerada uma patologia mental, identificada

ainda pelo termo “transexualismo”. Ou seja, pessoas que nasceram com vagina e não se reconhecem parte do gênero feminino, bem como pessoas que nascem com pênis e não se identificam como masculino, são consideradas “doentes mentais”, através do CID F64¹², que diagnostica a chamada “disforia de gênero” no âmbito dos transtornos psiquiátricos.¹³ Sobre isso, Bento (2008) aponta que,

Definir a pessoa transexual como doente é aprisioná-lo, fixá-lo em uma posição existencial que encontra no próprio indivíduo a fonte explicativa para seus conflitos, perspectiva divergente daqueles que a interpretam como uma experiência identitária.

Ou seja, a naturalização da norma binária de gênero leva a sociedade a estabelecer de um lado uma relação patológica com sujeitos que não se localizam nesse sistema de gênero, e de outro lado, pode assumir como inevitável um conjunto de repreensões, violações e violências dirigidas à correção de pessoas que fogem às regras de gênero e sexualidade prescritas. Quanto a isso, Ferraz e Kraiczyk (2010) colocam que,

Ao atribuir significados para diferença sexual, categorizando e valorizando diferentemente atributos femininos e masculinos, as mais diversas culturas e sociedades transformaram a diferença sexual em desigualdades que se expressarão em todas as dimensões da existência humana. (2010, p. 3)

A partir disso, pode-se afirmar que há um desencadeamento de um processo de violência, através do preconceito e discriminação a travestis, transexuais e toda e qualquer expressão de gênero e sexualidade que esteja na contramão daquilo que é aceito socialmente, e passam a ser consideradas enquanto um “problema”. Entretanto, importante ressaltar, que isso não significa que indivíduos que estejam em conformidade com seu gênero designado não possam viver processos de exclusão e dominação social. Existem outros inúmeros fatores que vão condicionar a existência dos sujeitos e que podem vir a expô-los ao um contexto de violência e desigualdade, tais como classe, “raça”, etnia, idade, territorialidade. O que

¹² CID10- F64 TRANSTORNOS DA IDENTIDADE SEXUAL: F64.0 Transexualismo; F64.1 Travestismo bivalente; F64.2 Transtorno de identidade sexual na infância; F64.8 Outros transtornos da identidade sexual; F64.9 Transtorno não especificado da identidade sexual. Estas são as categorias as quais transexuais, travestis ou pessoas com qualquer identidade de gênero distinta a de seu nascimento biológico, tem que se submeter a ser diagnosticada para acesso a determinados direitos.

¹³ Foi apenas em junho de 2018 que a OMS informou que a transexualidade será retirada da categoria de transtornos mentais e alocada na Saúde Sexual. Ou seja, a transexualidade continuará no CID, mas sem a patologização enquanto uma questão de saúde mental, mas uma questão do campo da saúde sexual, que demanda cuidados específicos, como a gravidez, por exemplo. No entanto, enquanto não sair o CID11, esta atualização ainda não estará materializada.

pretendo aqui é apenas apontar que dentro do contexto em que se insere a lógica cisheteronormativa, esses corpos – os corpos de travestis e mulheres transexuais – sofrem com uma violência particular e que se agrava pela condição de gênero e sexualidade, especialmente quando identificadas com o diagnóstico de infecção pelo HIV, sem desconsiderar outros indicadores.

1.3 A violência que se perpetua contra quem desafia a cisheteronormatividade

Desse modo, de acordo com Carrara e Vianna (2006),

Nas grandes metrópoles brasileiras, sujeitos cuja identidade não heterossexual (suposta ou certa) é mais evidente através da exibição ou incorporação de atributos de gênero não-conformes ao sexo designado no nascimento são proporcionalmente mais atingidos por diferentes modalidades de violência e discriminação. A desestabilização provocada por sua performance de gênero, constantemente associada a um conjunto de estereótipos negativos sobre a homossexualidade em geral, torna as travestis as vítimas preferenciais de violência homofóbica em diferentes contextos. Nesse sentido, o grau de exposição a atos violentos separa muito nitidamente diferentes categorias - gays, lésbicas e travestis - frequentemente agrupadas sob a genérica rubrica de “homossexuais”. (2006, p. 234).

Essa constatação, muito bem colocada pelos autores, se mostra evidente no contexto brasileiro, onde o país assume a posição de primeiro lugar no número de assassinatos a travestis e pessoas transexuais. Segundo dados da ANTRA (2019), o Brasil conserva essa posição há aproximadamente 10 anos. O país ultrapassa inclusive os países em que a transexualidade e a travestilidade são criminalizadas, como é o caso de Arábia Saudita, Irã, Iêmem, Nigéria, Sudão e Somália, que além da criminalização da população, contam com a pena de morte como punição para tal. Apenas em 2019, foram 124 casos de assassinatos à população T (ANTRA, 2019), isso sem contar as mortes subnotificadas, pois, segundo a associação,

São comuns casos em que diversos canais vêm reportando assassinatos de travestis como se fossem "homens vestidos de mulher" ou, ainda, "homossexual assassinado com roupas femininas". O mesmo ocorre no caso de homens trans, quando são identificados como sendo "lésbicas" pelos jornais e meios de comunicação. (2019, p. 15)

A partir disso e da compreensão de que a cisheteronormatividade se funda num processo violento de negação das subjetividades dos sujeitos, buscando condicionar e

“padronizar” esses indivíduos, é fundamental identificar as particularidades da violência transfóbica e de suas expressões que atingem a população, para então, alcançar o debate da transfobia que se mostra em seu caráter institucional, condicionando a reprodução social dessa população e implicando diretamente no seu acesso à saúde e serviços básicos. Isso porque, tal como aponta Barata (2016) “um problema de saúde com importância crescente e no qual a determinação das relações de gênero ocupa uma posição central é a violência (p. 87)”.

Segundo Odalia (2017), a violência se mostra arraigada no cotidiano do homem moderno. O viver em sociedade sempre teve um caráter violento, ainda que essa violência pudesse se apresentar em diversas faces e de modos diferentes de acordo com a época e o contexto. Desse modo,

Nem sempre a violência se apresenta como um ato, como uma relação, como um fato, que possuam uma estrutura facilmente identificável. O contrário, talvez, fosse mais próximo da realidade. Ou seja, o ato violento se insinua, frequentemente, como um ato natural, cuja essência passa despercebida. Perceber um ato como violência demanda do homem um esforço para superar sua aparência de ato rotineiro, natural e como que inscrito na ordem das coisas. (ODALIA, 2017, p. 151)

Isso porque, não existe uma etiqueta de identificação para o ato violento e esses atos, essa violência não se caracteriza de maneira simples, pois é constituída de tantos elementos, muitas vezes sutis, que pode até ser descaracterizada como violência. Por exemplo, em muitas sociedades o conceito de “matar em defesa da honra” é normalizado e legitimado, uma vez que se justifica como um ato de preservação de valores (ODÁLIA, 2017). Por isso é fundamental pensar a construção da violência e suas múltiplas expressões a partir das relações sociais e do modo como a sociedade se configura, pois é nesse processo de estruturação da sociedade e das relações entre os indivíduos, que se fundam as normas, regras, morais e demais condutas que virão a ser identificadas e, posteriormente, caracterizadas como legítimas ou repudiadas.

A respeito desse processo de “aceitação” de determinados tipos de violência, muitas vezes direcionados a grupos específicos, nem é preciso ir tão longe para identificarmos algum exemplo. No Brasil, atualmente, sobretudo no Rio de Janeiro, quantas mortes cometidas pela polícia militar não são justificadas em nome da “lei e da ordem”? Em sua esmagadora maioria, jovens negros são assassinados nos mais diversos contextos e têm suas mortes aceitas socialmente pela legitimação de uma política de segurança racista.

Outro exemplo é a própria violência que acomete a população alvo deste trabalho. Travestis e pessoas transexuais são marginalizadas e ojerizadas pela sociedade, suas mortes

têm a particularidade de serem cometidas com requintes de crueldade e, ainda assim, há pouca, ou quase zero, comoção social em relação à transfobia.

Tal como aponta Jesus (2013),

No que se refere ao seu cotidiano, as pessoas transgênero são alvos de preconceito, desatendimento de direitos fundamentais (diferentes organizações não lhes permitem utilizar seus nomes sociais e elas não conseguem adequar seus registros civis na Justiça), exclusão estrutural (acesso dificultado ou impedido à educação, ao mercado de trabalho qualificado e até mesmo ao uso de banheiros) e de violências variadas, de ameaças a agressões e homicídios, o que configura a extensa série de percepções estereotipadas negativas e de atos discriminatórios contra homens e mulheres transexuais e travestis denominada “transfobia”. (p.105)

Nesse sentido, são inúmeras as formas de violência que atingem a população travesti e transexual, onde a transfobia se mostra nos mais diversos espaços e âmbitos sociais, e se expressa através de uma série de violações e agressões. Para Jesus (2013), tais identidades se tornam invisíveis em espaços sociais que se consideram “normais”, porque pessoas com características sociais e pessoais, que sejam associadas a um estigma – seja ele corporal, psicológico, ou até de caráter – tal como aponta Goffman (1980), não devem ser consideradas completamente humanas. Assim, segundo Jesus (2013),

As violações supracitadas, de forma geral, repetem o padrão dos crimes de ódio, motivados por preconceito contra alguma característica da pessoa agredida que a identifique como parte de um grupo discriminado, socialmente desprotegido, e caracterizados pela forma hedionda como são executados, com várias facadas, alvejamento sem aviso, apedrejamento (STOTZER, 2007), reiterando, desse modo, a violência genérica e a abjeção com que são tratadas as pessoas transexuais e as travestis no Brasil. (p. 113).

Ou seja, embora a heterossexualidade não seja determinada nos moldes jurídicos legais como a forma “correta” de se relacionar, sabe-se que esta foi a prática historicamente instituída na sociedade moderna capitalista e pessoas que não correspondiam a este padrão eram perseguidas, patologizadas, criminalizadas, agredidas, violadas, bem como pessoas que fugiam da “cisnormatividade”, onde o intuito é o disciplinamento e a regulamentação desses corpos. Foucault (2000) chamou esse processo de *normalização*. Para o autor,

A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. A sociedade de normalização não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço - essa não é, acho eu, senão uma primeira interpretação, e insuficiente, da ideia de sociedade de normalização. A sociedade de normalização é uma sociedade em que

se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. (p. 302).

E esse poder disciplinar, que visa a normalização dos corpos, segundo Foucault (1996)

(...)é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo. Em vez de dobrar uniformemente e por massa tudo o que lhe está submetido, separa, analisa, diferencia, leva seus processos de decomposição até às singularidades necessárias e suficientes. “Adestra” as multidões confusas, móveis, inúteis de corpos e forças para uma multiplicidade de elementos individuais — pequenas células separadas, autonomias orgânicas, identidades e continuidades genéticas, segmentos combinatórios. A disciplina “fabrica” indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. (p. 153)

Ou seja, por não corresponderem à lógica cisheteronormativa, por tais corpos fugirem do padrão previamente determinado como o “normal” e “aceito”, a população de travestis e mulheres transexuais é um dos grupos a serem constantemente alvo desse processo de adestramento, normalização e disciplinamento dos corpos, uma vez que sua existência questiona toda uma moralidade construída sob tal poder disciplinar do Estado, que vem se reproduzindo e legitimando no cerne das relações sociais.

Em *Vigiar e Punir*, Foucault (1996) aponta que foi durante a época clássica que se descobriu o corpo como objeto e alvo de poder, um corpo que possa ser manipulado, modelado, treinado, que seja obediente, que responda e que se torne hábil ou “cujas forças se multiplicam” (p. 125). Esse corpo, a partir dessa condição de submissão, é chamado de corpo dócil. Para o autor, “é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (p. 126).

Segundo Foucault (1996),

Em qualquer sociedade o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações. Muitas coisas, entretanto, são novas nessas técnicas. A escala, em primeiro lugar, do controle: não se trata de cuidar do corpo, em massa, grosso modo, como se fosse uma unidade indissociável mas de trabalhá-lo detalhadamente; de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao nível mesmo da mecânica — movimentos, gestos atitude, rapidez: poder infinitesimal sobre o corpo ativo. O objeto, em seguida, do controle: não são, ou não mais, os elementos significativos do comportamento ou a linguagem do corpo, mas a economia, a eficácia dos movimentos, sua organização interna; a coação se faz mais sobre as forças que sobre os sinais; a única cerimônia que realmente importa é a do exercício. A modalidade enfim: implica numa coerção ininterrupta, constante, que vela sobre os processos da atividade mais que sobre seu resultado e se exerce de acordo com uma codificação que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço, os movimentos (p. 126).

Ou seja, o que o autor aponta é que os corpos (alguns mais, outros menos), sofrem limitações a partir de uma lógica de poder, em que esse corpo deixa de ser propriedade da pessoa que o tem, mas torna-se próprio da estrutura social na qual está inserido. Com isso, o corpo precisa ser podado, moldado, ajustado, para que faça parte dessa sociedade, de modo que corresponda com as expectativas sociais e que esteja dentro da “normalidade” e do “aceitável”. Foucault (1996) coloca que,

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as “disciplinas”. Muitos processos disciplinares existiam há muito tempo: nos conventos, nos exércitos, nas oficinas também. Mas as disciplinas se tornaram no decorrer dos séculos XVII e XVIII fórmulas gerais de dominação. Diferentes da escravidão, pois não se fundamentam numa relação de apropriação dos corpos; é até a elegância da disciplina dispensar essa relação custosa e violenta obtendo efeitos de utilidade pelo menos igualmente grandes (p. 126).

Essa discussão realizada por Foucault é fundamental para pensarmos a existência dos corpos travestis e transexuais, sobretudo daqueles que vivem com HIV. Isso porque, tais corpos são vistos como anormais, pois fogem da lógica cisheteronormativa ao questionarem a binaridade de gênero e a heterossexualidade compulsória. Esses corpos seguem na contramão da normalidade. Eles não são dóceis, nem submissos, pelo contrário, eles desafiam o poder, não se deixam adestrar. Assim, por tamanha “rebeldia”, precisam ser punidos. Mas essa punição tem uma maneira específica de ser conduzida. Segundo o autor, “o que pertence à penalidade disciplinar é a inobservância, tudo o que está inadequado à regra, tudo o que se afasta dela, os desvios” (p. 160). Assim,

Em suma, a arte de punir, no regime do poder disciplinar, não visa nem a expiação, nem mesmo exatamente a repressão. Põe em funcionamento cinco operações bem distintas: relacionar os atos, os desempenhos, os comportamentos singulares a um conjunto, que é ao mesmo tempo campo de comparação, espaço de diferenciação e princípio de uma regra a seguir. Diferenciar os indivíduos em relação uns aos outros e em função dessa regra de conjunto — que se deve fazer funcionar como base mínima, como média a respeitar ou como o ótimo de que se deve chegar perto. Medir em termos quantitativos e hierarquizar em termos de valor as capacidades, o nível, a “natureza” dos indivíduos. Fazer funcionar, através dessa medida “valorizadora”, a coação de uma conformidade a realizar. Enfim traçar o limite que definirá a diferença em relação a todas as diferenças, a fronteira externa do anormal (...). A penalidade perpétua que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui. Em uma palavra, ela normaliza. (FOUCAULT, 1996, p. 163)

Podemos identificar que esse processo de diferenciação e hierarquização, contribui para o desencadeamento de um fenômeno que atravessa a vida de muitos grupos, inclusive o

de travestis e mulheres transexuais, corroborando para o processo de violência que sofrem: esse fenômeno é o preconceito. O preconceito se expressa de muitas formas no dia a dia dos indivíduos, alcançando diferentes nichos sociais e sendo um combustor para diversas atitudes discriminatórias e violentas.

Segundo Heller (2016),

O preconceito é a categoria do pensamento e do comportamento cotidianos. Os preconceitos sempre desempenham uma função importante também em esferas que, por sua universalidade, encontram-se acima da cotidianidade; mas não procedem essencialmente dessas esferas, nem aumentam sua eficácia; ao contrário, não só a diminuem como obstaculizam o aproveitamento das possibilidades que elas comportam.

Diante disso, a autora aponta que, para compreender o fenômeno do preconceito, é fundamental se aproximar das considerações acerca do cotidiano, uma vez que a autora entende que o cotidiano é a dimensão que abriga as raízes do preconceito. Isso porque, o cotidiano é a dimensão da heterogeneidade do dia a dia, é a esfera de encontros e desencontros, da construção da rotina, é a dimensão daquilo que é passageiro e dinâmico. Heller (2016) aponta que os traços característicos da vida cotidiana são “o caráter momentâneo dos efeitos, a natureza efêmera das motivações e, a fixação repetitiva do ritmo, a rigidez do modo de vida. (p. 59)”. Ainda para a autora, o pensamento cotidiano – e aqui ela compreende que o pensamento não é só teoria, mas também comportamento – é um pensamento fixado na experiência, sendo “empírico e ao mesmo tempo ultrageneralizador” (p.59).

Essa ultrageneralização é inevitável e é identificada como uma característica do nosso pensamento e do comportamento cotidiano. Chegamos a essa ultrageneralização, segundo Heller (2016), ao assumirmos estereótipos, esquemas e analogias já construídos por outros, onde esses conceitos nos são impostos pelo meio social em que estamos inseridos. É então a partir dessa inserção no cotidiano e da influência que sofremos socialmente (seja pela família, vizinhos, mídia e etc), que incorporamos esses esquemas sociais, aceitando e reproduzindo os estereótipos que estão colocados e, com isso, reproduzindo também o preconceito. Em relação a isso, Heller (2016) coloca uma outra questão interessante, que é o fato de que nem sempre somos capazes de problematizar esse processo de absorção dos padrões existentes e impostos e às vezes até o fazemos, mas muito tempo depois.

É então, a partir desses processos, que se formam o que a autora chama de juízos provisórios, onde estes se confirmam (ou não confirmam), se questionam (ou não questionam)

a partir da própria vivência empírica das experiências dos indivíduos no cotidiano. Segundo ela, todo preconceito é um juízo provisório, embora nem todo juízo provisório seja um preconceito. Ela aponta que “os juízos provisórios refutados pela ciência e por uma experiência cuidadosamente analisada, mas que se conservam inabalados contra todos os argumentos da razão, são preconceitos” (p. 63).

Partindo, então, da compreensão de que o preconceito se constrói no cerne do cotidiano – sendo esse cotidiano heterogêneo – a partir das relações sociais e da inserção nos meios sociais, desenvolve-se nesse movimento a incorporação de esquemas, símbolos sociais e estereótipos, que se formam histórica e culturalmente. A partir da formação desses juízos provisórios (nas palavras de Heller, 2016), toda e qualquer pessoa que, de alguma forma, transgrida tais esquemas sociais determinados como o modelo correto, aquele que deve ser seguido, tende, em geral, a ser alvo de inúmeros preconceitos.

Travestis e transexuais são um exemplo dessa “transgressão” da “normalidade”. Uma vez que se constituiu histórica e culturalmente que o modelo cisheteronormativo é o padrão a ser seguido, tais pessoas que desafiam essa regra são perseguidas, confrontadas, desrespeitadas, excluídas, discriminadas e poderia inserir aqui mais uma série de rebatimentos que sofrem, uma vez que vivem alvejadas por esses preconceitos.

Ou seja, o que pretendo apontar com isso, é que o preconceito é um elemento-chave do processo de discriminação e, conseqüentemente de violência, que sofrem travestis e transexuais, que veem suas vidas condicionadas à uma visão limitada e construída socialmente, que preconiza que as identidades de gênero que fogem da cisgeneridade não são normais e, portanto, não devem ser aceitas.

O preconceito, desse modo, impacta diretamente em todo o ciclo de reprodução social¹⁴ desses indivíduos, que se deparam com barreiras em todos os âmbitos possíveis: acesso ao mercado de trabalho, relações familiares e interpessoais, escolaridade, acesso à saúde, direitos políticos e mais uma série de possibilidades que lhe são talhadas ao longo da

¹⁴“A melhor maneira de definir a reprodução social são as atividades e instituições que são necessárias para produzir a vida, manter a vida, e substituir geracionalmente a vida. Eu a chamo de atividades de “produção da vida” [*life-making*]. Produzir a vida no sentido mais direto é dar à luz. Mas para manter essa vida, precisamos de toda uma série de outras atividades, como limpar, alimentar, cozinhar, lavar roupas. Há exigências físicas institucionais: uma casa para morar; transporte público para ir a vários lugares; instalações recreativas públicas, parques, atividades pós-escolares. Escolas e hospitais são algumas das instituições básicas que são necessárias para a manutenção da vida e para a realização da vida.” BHATTACHARYA, T. Reprodução Social e a Pandemia. Disponível em: <https://movimentorevista.com.br/2020/04/reproducao-social-e-a-pandemia-com-tithi-bhattacharya/> Acesso em: 17/02/2021.

vida. Pois é a partir do processo em que o preconceito se torna uma ação que, segundo Mesquita, Ramos e Santos (2001) se materializa a discriminação.

Nesse sentido, é importante apontar que mesmo que as pessoas possam não ter consciência de que estão praticando ações puramente motivadas pelos preconceitos, essas ações se materializam e, com isso, ocorrem as discriminações em seus mais variados formatos, sendo a indiferença, a intolerância e a diferenciação alguns destes.

Essa indiferença, segundo as autoras, diz respeito à “ignorância e falta de solidariedade aos que não pertencem ao meu grupo” (p. 13). Ou seja, os sujeitos – motivados pelo preconceito – se colocam de maneira indiferente àqueles que não correspondem à norma, ou que não fazem parte de seu próprio grupo. Já a intolerância é quando não se admite ou suporta aqueles que contrapõem suas convicções e normalidades, ela se “dissemina na não aceitação da diferença e na tentativa de censurá-la ou silenciá-la” (apud, p. 14). E a diferenciação, que inclusive é apontada por Foucault como uma forma de punição no regime do poder disciplinar¹⁵, Mesquita, Ramos e Santos (2003) caracterizam como “não universalização dos valores morais”, ou seja, quando se respeita apenas às pessoas que gosta, que pertencem a sua própria família ou grupo. Nessa perspectiva, segundo as autoras,

(...)fere-se princípios éticos centrais, tais como: a igualdade e a universalidade, no sentido de que estes permitem a visão dos indivíduos como seres humano-genéricos. Vale realçar, ainda, que, sob este ponto de vista, o respeito não é entendido como necessário para com os sujeitos de outros grupos que ajam, pensem, sintam diferentemente de mim e dos meus. (p. 13)

Isso é particularmente preocupante em sociedades profundamente marcadas pela desigualdade social e acumulação de riquezas como é o caso do sistema capitalista moderno e, particularmente, do capitalismo periférico.

Assim, a existência de pessoas e grupos que ultrapassam esquemas e padrões sociais estabelecidos, é marcada por uma série de episódios discriminatórios motivados pelos preconceitos e, sobretudo, por esse processo de diferenciação. A discriminação e o preconceito, em sua dimensão cotidiana, assolam a vida de travestis e mulheres transexuais nos diversos âmbitos da vida, incluindo as relações familiares, acesso à escolaridade, mercado de trabalho, acesso à saúde, dentre outros. Isso porque, embora muitas vezes se associe violência apenas à agressão física, também são expressões da violência a dificuldade de acesso a serviços e as barreiras ao processo de reprodução social, dentre diversas outras intempéries.

¹⁵ Ver citação de FOUCAULT, 1996, p. 163, na página 31.

A transfobia pode se manifestar de muitas formas, como por exemplo o desrespeito ao nome social, exposições vexatórias onde a identidade de gênero é questionada, médicos que se negam a atender travestis e pessoas transexuais com o argumento de que “não é minha especialidade”, o uso de pronomes de tratamento que não correspondem à identidade de gênero, a proibição do uso de banheiros de acordo com a identidade de gênero (o que obriga travestis e mulheres transexuais a usarem o banheiro masculino), xingamentos e olhares discriminatórios são apenas alguns das dezenas de exemplos que poderiam ser listados aqui.

As instituições e serviços públicos, como já citado, não estão alheias à dinâmica social que reproduz o preconceito contra pessoas transexuais. Importante pensar que esses espaços não são algo abstrato, mas se constituem por sujeitos e que, como tais, possuem suas crenças, valores, opiniões particulares. Entretanto, esses mesmos sujeitos estão também a representar o poder público e a materializar a política pública que está colocada, devendo seguir uma série de diretrizes e orientações preconizadas pelo Estado e suas esferas. Isso porque, materializam ações e políticas que tem um caráter excludente e se baseiam nas experiências normais. Cabe ressaltar que as instituições participam do processo de normalização não apenas pelos seus sujeitos, mas também pela sua forma de existência e estruturação.

Em relação a isso, cabe pensar que discutir a transfobia institucional não é tarefa fácil, pois envolve compreender culturas, informação (ou ausência de), capacitação profissional, dentre diversos outros elementos, que se constituíram ao longo dos anos na lógica binária de gênero. Segundo Almeida (2016), o binarismo de gênero “dá suporte ao preconceito, a um critério de verdade e, com ele, a muitos privilégios e à desigualdade social própria do capitalismo, que vemos nos diferentes espaços de sociabilidade”. (p. 8)

A partir do exposto, é necessário compreender o Estado como um desses atores que perpetuam a discriminação e corroboram para o processo de violência – repito, em seus mais variados formatos – que atinge travestis e transexuais. Pois o Estado, ao não garantir a esta população acesso a políticas públicas, não fiscalizar os serviços já existentes direcionados à população mas que frequentemente reproduzem preconceito, não pensar/criar estratégias de segurança pública para estes segmentos, além de não fomentar debates sobre diversidade sexual e de gênero na educação, na saúde, não se preocupar com a capacitação de profissionais para uma atuação digna nos serviços públicos, entre outros déficits, assume grande parte da responsabilidade por esse cenário, que se estende por todas as fases da vida dessas pessoas. Tal como coloca Almeida (2016):

Na vida adulta e na velhice, com frequência, as violências e discriminações se mantêm e/ou se transformam. É comum que pessoas trans enfrentem dificuldades

para trabalhar com dignidade, para constituir famílias/demais redes de apoio e para obter espaços de moradia e acesso a políticas e programas sociais. As instituições públicas e privadas tendem a dificultar/impedir o acesso deste público a direitos, por meio de discriminações explícitas (expulsão, violência física) ou sutis (maus tratos, humilhações, desrespeito). (p.14)

Sendo assim, cabe refletirmos que se essa é uma questão que assola toda a população de travestis e mulheres transexuais – ainda que em escalas e formatos diferenciados para cada indivíduo – é imprescindível que o Estado assuma a responsabilidade frente ao enfrentamento dessa questão, garantindo através dos meios cabíveis a proteção social dessas pessoas, o acesso aos direitos, corroborando para o rompimento do processo discriminatório, que se mostra não algo isolado e relacionado a um ou outro indivíduo, mas uma questão cultural e estrutural que assombra dezenas de milhares de travestis e pessoas transexuais.

Inclusive, para Stotzer (2007), o grupo composto pelas travestis e pessoas transexuais é alvo significativo de crimes de ódio – diferentemente de pessoas cisgeneras e heterossexuais (sem desconsiderar aqui as particularidades de outros grupos oprimidos que atravessam a questão de gênero) – principalmente devido a sua desproteção social por parte do Estado.

Isso decorre da ideia de que, aquilo que desafia os valores éticos e morais de uma sociedade, precisa ser disciplinado, adestrado, condicionado e violado, mas também muitas das vezes eliminado, para que se encaixe e se adapte ao que é permitido pelo *status quo*. Tal crença, reflete diretamente nos dados absurdos de assassinatos a travestis e pessoas transexuais, que colocam o Brasil no primeiro lugar em países que mais matam essa população, segundo dados da ANTRA (2019).

A partir disso, Faleiros (1987), ao retomar o pensamento de Foucault e a discussão feita pelo autor em algumas de suas obras sobre o papel do Estado no disciplinamento dos sujeitos, aponta que o método utilizado para tanto é,

Tornar os indivíduos instrumentos dóceis e úteis, adestrando (adestramento) seus corpos, esquadrihando os espaços onde vivem e por onde andam (esquadrihamento), estabelecendo as séries de atos que devem cumprir (gênese), vigiando suas ações e comportamentos (vigilância) e realizando as anotações, perícias, entrevistas, fichários (exame) sobre eles e, conseqüentemente, punindo-os (sanção normalizadora) quando não se adequam às normas estabelecidas (FALEIROS, 1987, p. 46).

Assim, para Bento (2008),

Pensar a heterossexualidade como um regime de poder significa afirmar que longe de surgir espontaneamente de cada corpo recém-nascido, inscreve-se reiteradamente através de constantes operações de repetição e de recitação dos códigos socialmente investidos como naturais. (p. 179)

Nesse sentido, muitas instituições participam de processos de subjetivação e (re)produção de identidades sociais e de gênero. Gentili e Hellmer (2017) ao retomar Balestrero e Gomes (2015), destacam que,

(...) as possibilidades de edificação de identidades de gênero ainda são determinadas por uma construção histórica de valores e comportamentos, enraizados social e culturalmente, passados de geração a geração pela família, mídia, Estado e religiões. Em decorrência disso, os mecanismos que desencadeiam a violência estão ligados a comportamentos reiterados por toda uma lógica societária e relacionados a contraditórias construções dos gêneros masculino e feminino. (2017, p. 124)

Esses processos de (in)visibilização, disciplinamento e violência tornam dissidências sexuais e de gênero um campo de luta por direitos sociais e políticos. Assim, com tamanha desigualdade entre aqueles que seguem as normas e os que as desafiam, Carrara (2012) compreende que o surgimento da demanda por direitos da população LGBTQIA+, ocorre a partir da tentativa de igualar os direitos civis e sociais que eram garantidos apenas a heterossexuais e cisgêneros. Esses direitos só podem ser materializados a partir do reconhecimento pelo Estado das lutas e demandas da população LGBTQIA+, criando-se estratégias que visam promover a igualdade, identificando as necessidades de acordo com a particularidade de cada seguimento da referida sigla e que possam combater a discriminação e a violência a estes indivíduos.

2 DIREITOS SEXUAIS E HIV: O IMPACTO DO ESTIGMA E DA DISCRIMINAÇÃO

2.1 Breves considerações sobre o campo dos Direitos Sexuais

No território dos direitos sociais, cabe destacar e pontuar brevemente a perspectiva dos direitos sexuais, enquanto um campo fundamental a ser discutido neste trabalho, uma vez que tem por objetivo abarcar o estigma do HIV e a relação da doença e suas particularidades na vivência de travestis e mulheres transexuais que vivem com o vírus. Nesse sentido, ressalta-se que, ainda hoje, a discussão sobre direitos sexuais costuma estar atrelada à questão da saúde reprodutiva, já que na perspectiva heteronormativa o sexo era primordialmente visto como restrito ao casamento e como forma de reprodução, ou seja, de gerar um filho ou filha. Tanto a ciência, quanto a religião e a sociedade, enxergavam o sexo como algo estritamente limitado à concepção de um(a) herdeiro(a) e, conseqüentemente, não eram permitidas variáveis no que diz respeito à sexualidade, pois essa pouco importava, uma vez que a necessidade não era a satisfação pessoal e, muito menos, sexual. De acordo com Carrara (2015),

Em suas linhas de força, o regime da sexualidade que se anuncia a partir do ideário dos direitos sexuais pode ser heurísticamente desenhado de modo contrastativo ao que foi descrito por Foucault, para que, em oposição ao conjunto de princípios religiosos que captavam o sexo e seus prazeres em uma linguagem centrada na carne, no pecado, e no sacrifício, teria se forjado ao longo dos séculos XIX, e se difundido, na primeira metade do século XX, um regime da sexualidade dotado de uma racionalidade, uma moralidade e uma política, bastante particulares (2015, p. 326).

No entanto, ainda segundo o autor, nas últimas décadas do século XX, a sexualidade passa a ser considerada enquanto um direito político mundialmente, embora bastante contestado até hoje. Segundo ele,

O critério de avaliação moral das práticas sexuais passa a se basear, de um lado na sua congruência com uma suposta verdade interior dos sujeitos expressa em seus desejos e, de outro, no pleno consentimento em participar das relações sexuais. Em suma, o exercício da sexualidade desloca-se em relação à lógica das obrigações conjugais ou cívicas, para ancorar-se na busca da realização pessoal, da felicidade, da saúde ou do bem-estar (2015, p. 330).

Importante compreender que é no final do século XVIII, no contexto da Revolução Francesa, tal como aponta Irineu (2014), que os direitos humanos nascem, a partir das lutas burguesas pelo fim do feudalismo e dos privilégios do clero e da nobreza. E foi nesse momento, com o surgimento dos direitos humanos, que se começou a pensar também em direitos políticos e civis. No entanto, a autora ressalta o fato de que ainda que este período tenha sido um marco para a construção dos direitos sociais, é necessário lembrar que se trata de uma Revolução Burguesa. A autora coloca que essa fase,

Inspirada em um direito “natural”, que incorre numa noção individualista e a-histórica da humanidade, reforçou uma concepção de ser humano eurocêntrica, branca e masculinista. Determinou o domínio de uma elite a partir do estabelecimento da propriedade privada e da igualdade civil (perante a lei), assegurando a liberdade individual, mas não de forma universal. Assim, “a instituição do binômio legal - igualdade/liberdade - permitiu que emergisse a figura jurídica do ‘sujeito de direitos’, viabilizando a livre contratação, imprescindível à sociedade capitalista.” (FORTI, 2012, p. 275 apud IRINEU, 2014, p. 158)

Desse modo, os direitos humanos estão em constante disputa ao longo da história moderna, envolvendo lutas pela incorporação e reconhecimento de grupos sociais não dominantes, como é o caso das mulheres, dos(as) trabalhadores(as), negros e negras, indígenas, pessoas LGBTQIA+ entre outros grupos que reivindicam direitos no contexto da sociedade capitalista burguesa.

Hoje, então, compreende-se que a sexualidade é apenas um dos diversos campos que constitui as identidades humanas e que se dá de forma muito heterogênea, uma vez que a diversidade é inerente ao ser humano. Ou seja, através da perspectiva analítica de gênero, é possível perceber que a sexualidade não é algo simplesmente determinado, mas tem sua pluralidade e fluidez, embora seja historicamente pressionada e limitada pelos padrões tidos como normativos e que foram socialmente construídos e perpetuados ao longo de séculos. Assim, corpos, desejos, comportamentos, entre diversas outras manifestações inerentes aos indivíduos, continuam sendo condicionados àquilo que é aceito e “normal”.

No contexto brasileiro, é importante ressaltar o quanto a sociedade e sua formação têm ligação direta com a resistência política e social na qual os grupos “minoritários” – e, nesse caso, podemos citar também a população negra – estão envolvidos pois, ao retomar Carvalho (2008) e Misckolci (2012), Irineu (2014) aponta que,

A formação sócio-histórica e cultural da nação brasileira é marcada pelo poder oligárquico, por patrimonialismos, pelo clientelismo, pelo pânico à mestiçagem, envoltos no racismo e no desejo pela branquitude, e pelo estabelecimento de um modelo familiar que delineou um padrão de masculinidade e (hetero)sexualidade, ancorado na dominação das mulheres. (2014, p. 156)

Trazendo para o contexto brasileiro, Carrara (2012) aponta que,

Como em outros países a política sexual que se desenvolve no Brasil a partir de finais do século XIX tem como seus “outros” problemáticos homossexuais, prostitutas, homens e mulheres considerados sexualmente promíscuos, portadores de doenças sexualmente transmissíveis etc. E é justamente o estatuto desses “outros” que vem sendo contestado com a emergência da discussão em torno dos direitos sexuais. (2012, p. 145).

É importante apontar que a defesa de uma sexualidade livre de regimes cisheteronormativos que fundamentam desigualdades sociais, raciais e de gênero, ainda está em disputa, de modo que os direitos sexuais ganham alguma legitimidade na agenda política na medida que são associados a questões de saúde pública. Ou seja, as políticas sexuais, que surgem no início da década de 1990, eram relacionadas ao combate e à prevenção de ISTs, sobretudo o HIV, nas quais a população LGBTQIA+, em especial homens gays, travestis e mulheres transexuais, eram marginalizadas e identificadas como os(as) grandes “vetores” de tais doenças, pois eram considerados(as) promíscuos e irresponsáveis com a saúde sexual. Assim, o esboço de política sexual que surge no período, era uma forma de vigiar e controlar os corpos que realizavam práticas diferentes das heterossexuais. Isso porque como aponta Bento (2008)

O corpo é um texto socialmente construído, um arquivo vivo da história do processo de (re)produção sexual. Neste processo, certos códigos naturalizam-se, outros, são ofuscados e/ou sistematicamente eliminados, posto às margens do humanamente aceitável, como acontece com as pessoas transexuais. (p. 234).

Levantamos a hipótese de que nesse contexto normativo a condição de viver com HIV acentua ainda mais a visão negativa sobre os corpos de travestis e mulheres transexuais. Nesse sentido, antes de contextualizar o tema transversal dessa dissertação - o HIV – cabe pontuar brevemente o contexto de mobilização e ativismo que se constituiu mundialmente em resposta ao processo discriminatório que se estabeleceu atrelado à epidemia.

2.2 Breve histórico do ativismo social e da organização civil no contexto da epidemia de HIV

Ao realizar uma leitura da complexidade que envolve o pensamento sobre a multiplicidade das abordagens referentes ao contexto da epidemia do HIV e os movimentos civis que foram ganhando corpo ao longo dos anos, Parker (2011) discute a pouca atenção dada a essa cena política e diz:

Isso aconteceu, em parte, por causa da excepcional abrangência de contextos sociais e culturais em que surgiu a epidemia e nos quais a resposta da sociedade civil foi sendo criada e construída ao longo do tempo. Esses cenários vão das comunidades gays da maioria dos grandes centros urbanos no Ocidente industrializado a outras populações em risco, como trabalhadores e trabalhadoras do sexo, pessoas usuárias de drogas injetáveis, homens que não se identificam como gays e que fazem sexo com homens, até um amplo espectro de comunidades pobres e marginalizadas em todo o mundo que logo se viram desproporcionalmente atingidas pela epidemia global (2011, p.1)

Como forma de sistematizar a interpretação histórica, Parker sugere três etapas para a observação da luta dos movimentos de base e da sociedade civil, ou seja: (i) dos primeiros anos da epidemia até o princípio da década de 1990, passagem marcada pelo ativismo, sobretudo em relação à comoção social expressa negativamente pelo estigma da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS); (ii) do início da década de 1990 até meados da década de 2000, centrando os esforços em relação ao tratamento e sua difusão equânime, reivindicando um compromisso global; e (iii) dos meados da década de 2000 até os dias atuais, com o traço da fragmentação dos movimentos, o foco nas demandas locais e a pulverização de temáticas que se entrecruzam.

Em relação à primeira etapa, torna-se importante demarcar a reação dos governos e da sociedade expressa pela negação da epidemia. Os ativistas foram os que primeiro tomaram a pauta e direcionaram seus esforços aos cuidados primários, quando não domiciliares, na ausência de uma assistência adequada, incluindo a perspectiva da educação preventiva. Com isso, anteciparam inclusive o conhecimento científico disponível no momento, além do compromisso ético de blindagem da violência e no esforço de esclarecimento contra o estigma do HIV, que fragilizava ainda mais os grupos mais expostos. A pressão política, a organização dos movimentos e o lobby governamental em prol dos serviços médicos conferiram uma linha de intervenção pragmática e discursiva.

Parker (2011) assinala o papel preponderante dos Estados Unidos da América e dos países ocidentais industrializados nessa gênese. O estabelecimento de um serviço de atendimento de ordem comunitária foi conjugado com um esforço de comunicação, sobretudo com uma imprensa constituída por também ativistas, que fortalecia uma apreensão mais humanizada da epidemia e a conscientização de diferentes grupos. Em 1982, houve a

conflagração de três eventos que deram o tom do espírito do tempo: a “crise de saúde dos homens gays em Nova Iorque”, o Projeto AIDS em Los Angeles e a Fundação AIDS de São Francisco.

Essa mobilização, por sua vez, ecoou em outros países pelo mundo, tendo a iniciativa americana como modelo e, como Parker pontua, também se adaptando à forma e circunstâncias locais da epidemia que se enraizava em outros contextos. No Brasil, a primeira organização não governamental (ONG) voltada ao enfrentamento à AIDS foi o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (Gapa) de São Paulo, fundado em 1985, seguido pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (Abia) em 1986 e um grande número de outras organizações similares em todo o país nos três a cinco anos subsequentes (2011, p.4).

Cabe realçar que não apenas a “comunidade gay” figurou como atores sociais determinantes ao longo desses processos. Profissionais de saúde em diferentes escalas unidos por uma orientação progressista e de cuidado; alas organizadas da religião, como o movimento da teologia da libertação na Igreja Católica, na sua especificidade; artistas e comunicadores, entre outros atores sociais assumiram a dimensão política e republicana de um atendimento e de uma luta contra o estigma à PVH, resultando na criação de importantes organizações e diferentes formas de ativismo que foram criadas, forjando as primeiras redes de troca de conhecimento prático e científico.

Ainda que a soma das iniciativas ganhasse volume, Parker (2011) faz a ressalva que tensões locais foram desenvolvidas, com processos complexos que envolviam a digital das culturas, em outras palavras, um contexto multiperspectivo de pequenos embates que dinamizam as lutas principais. A nota de corte dos embates passava pela busca de uma resposta imediata das comunidades e a atenção de um cuidado que partisse do Estado, que, ao seu modo, demandava um esforço particular: “A tensão entre organizações de serviços de AIDS e os grupos de *advocacy* percebidos como mais politizados foi uma das primeiras características da resposta da sociedade civil à epidemia e continua visível até o presente” (2011, p.6). Ainda assim, o pesquisador sublinha:

Na verdade, em muitas partes, a pressão política feita pelos ativistas e pelas ONGs trabalhando com Aids foi a força principal que empurrou os governos a superarem sua profunda negação da epidemia e a desenvolverem programas formais de saúde pública para enfrentá-la. É impossível superestimar a importância da pressão das bases no esforço para o reconhecimento dos desafios trazidos pela epidemia e pela proteção dos direitos das pessoas por ela afetadas, não somente nos países industrializados da América do Norte e Europa Ocidental, como também em cenários com menos recursos na África, América Latina e Caribe (2011, p.5)

Essa linha de força que polarizou parte das ações derivou tematicamente de uma questão de ênfase entre prevenção e tratamento. Torna-se particularmente importante para o trabalho demarcar o foco dos limites morais e das rejeições que se expressavam tanto entre os governos como entre grupos comerciais no que tange à prevenção. O conservadorismo da sociedade estadunidense, na qual as disputas foram midiaticamente encenadas, teve um recorte social nítido. O conflito interior nas organizações, segundo Parker (2011), marcou um certo atrito, em caráter permanente, entre algumas comunidades e populações mais vulneráveis a infecção pelo HIV, principalmente homens brancos gays, mas também outras populações mais marginalizadas afetadas pela epidemia, tais como as minorias raciais e étnicas, pessoas usuárias de drogas injetáveis e a população mais pobre. Essa questão que se encena na primeira fase dos movimentos posteriormente será alvo de um aprofundamento teórico e, por sua vez, colocará no palco os problemas urgentes do nosso tempo corrente. Numa passagem sintética, o pesquisador aponta que,

Essas tensões apontavam para uma divisão ainda maior no movimento emergente entre os múltiplos e diversos grupos afetados de várias maneiras pela epidemia (por exemplo, quase todos os gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens; trabalhadores e trabalhadoras do sexo comercial; pessoas usuárias de drogas injetáveis; mulheres; homens heterossexuais; pessoas de comunidades de cor; e membros de numerosas minorias étnicas) e indivíduos com o vírus no sangue, todos aqueles vivendo com HIV ou Aids, não importando suas outras afiliações, situações ou identidades (2011, p.8).

Essas tensões apontadas por Parker explicitam questões importantes de marcadores de classe e étnico-raciais nas condições e vulnerabilidades das PVH, mesmo no grupo LGBTQIA+.

Na esteira desses debates particulares e de certo modo observáveis na formação dos grupos organizados, as polarizações não deixaram de abrir espaço para uma articulação que, ainda que frágil, fornecesse os primeiros nós para uma rede de trocas e partilhas, além de substanciais conquistas até meados da década de 1990. Essa “arquitetura inicial” transnacional, ao seu modo, conferiu um contrapeso aos programas das Nações Unidas.

Assim, no decorrer da década seguinte, foi possível observar uma série de mudanças que elevaram a percepção de uma segunda fase dos movimentos ativistas e da sociedade civil, assinalada por novos avanços médicos que derivaram numa luta pela equidade por medicamentos e condições de tratamento. Essa guinada temática ao sul, ao seu modo fomentada por um esfriamento do engajamento do norte foi intensamente contraposto pela desigualdade econômica dos países à margem do acesso à tecnologia farmacológica.

O neoliberalismo como modelo dominante colocou dois atores internacionais no holofote: o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Para Parker: “Diante dos argumentos neoliberais sobre a maior eficiência em termos de custos que dominavam cada vez mais a agenda global das políticas de saúde, tornou-se uma batalha convencer o sistema global de que “cada vida importa””. (2011, p.13).

Nessa década, ficou patente que os esforços dedicados à equidade e ao acesso foram principalmente elevados ao nível da esfera global dos grandes agentes internacionais. O esforço diplomático e político prefigura as páginas da Conferência Mundial sobre AIDS, na qual treze encontros implicaram numa transformação dos esforços globais nas grandes arenas do Direito Internacional. Parker lê a situação da mudança de década como um marco, acompanhado por um evento particular, e resume:

Na época da 14ª Conferência Internacional sobre Aids, realizada em Barcelona em 2002, a batalha ética e ideológica estava essencialmente ganha. Embora ainda existissem grandes dúvidas sobre como implementar o tratamento de modo a garantir o acesso a todas as pessoas que necessitassem dele em todo o mundo, estava essencialmente encerrado o debate sobre se o acesso universal era uma obrigação moral (...) A criação do Fundo Global, seguida pelo Programa 3x5 desenvolvido pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) e pela OMS, que tinha como objetivo fornecer a terapia antirretroviral a 3 milhões de pessoas até 2005, assim como o massivo Plano de Emergência do Presidente para o Alívio da Aids dos EUA (PEPFAR, na sigla inglesa) – que inicialmente autorizou US\$ 15 bilhões para o período 2003-2008, com o foco primário no acesso à terapia antirretroviral em 15 países prioritários, particularmente na África Subsaariana iniciaram uma fase de aumento de escala dos serviços relacionados ao HIV, em especial o tratamento antirretroviral, que iria definir o campo da saúde global e a arquitetura da sua governança no início do século XXI (2011, p.16).

A configuração de uma terceira onda, no ponto de vista de Parker (2011), não deixou os desafios relacionados ao acesso para trás como uma etapa superada. A escala dos tratamentos permanece como um fundo contínuo de dimensões globais. Para o autor, a leitura do cenário demonstra que:

Esta tendência tem aumentado durante várias décadas e foi formalizada de várias maneiras: através da representação de ONGs no conselho da UNAIDS, a bem sucedida inclusão, embora muito contestada, de comunidades afetadas nos processos formais e espaços institucionais de eventos como as Sessões Especiais da Assembleia Geral da ONU e outros acontecimentos similares durante a história da epidemia (2011, p.18)

O pesquisador americano interpreta que certo declínio no ativismo representa a ponta de um processo que ganhou ênfase com os representantes dos grupos já participando das organizações civis, ainda que a energia de mobilização ainda não tenha sido esvaída, agora ela é concentrada em embates incisivos. Novos desafios dedicados à propriedade intelectual dos

medicamentos genéricos de baixo custo mantém a equidade como foco de mobilização, alinhado a disputas com a indústria farmacêutica. Parker pontua para o futuro uma questão sensível que inclusive ganhou profundidade com a atual pandemia da COVID-19 que desde 2020 vem assolando o mundo inteiro. Já no começo da década de 2000:

Um dos principais resultados da crise financeira, juntamente com as mudanças de padrões nas prioridades dos doadores, tem sido o processo permanente de cortes nos financiamentos. À medida que as agências de cooperação para o desenvolvimento reorganizavam suas prioridades programáticas, o apoio a esforços da sociedade civil, especialmente para as abordagens mais politizadas da epidemia, foi a primeira coisa a ser atingida (2011, p.20).

É generosa a compreensão global de Parker de que, no sobrevoo histórico da epidemia, o ativismo que surgiu mediante esforços de crescente expansão foi capaz de criar coalizões internacionais, ultrapassar um primeiro momento de cuidado imediato, no calor da hospitalidade, encarando o debate franco em face de recrudescimentos conservadores que não cessam de impor uma agenda de destruição de direitos até canalizar a energia combativa nos palcos demasiados interessados da política internacional. Em pleno movimento com as viragens históricas, de fato a sociedade civil ultrapassou barreiras imensas, dentre elas aquela que mantém uma força discursiva que irradia o estigma do HIV e que permanece em jogo na percepção comum.

2.3 Conceituando o Vírus da Imunodeficiência Humana

Daniel e Parker (1991) apontam que existiam três epidemias diferentes, mas associadas em relação ao HIV: a primeira e a segunda relacionadas à AIDS e à propagação do vírus HIV e a terceira seria a epidemia do preconceito direcionado a alguns grupos previamente marginalizados e responsabilizados pela infecção e transmissão da doença. Isso porque, os primeiros casos de infecção pelo HIV a serem evidenciados no mundo em – em 1981, Los Angeles – ocorreram entre a população homossexual (homens gays). Segundo Fernandes (2013) ao retomar Parker et al (1994), as pessoas acessavam o hospital com uma espécie de “câncer”, chamado de sarcoma de Kaposi e vinham a falecer rapidamente. Assim, como a doença se manifestou primeiramente entre a comunidade de homens gays, ficou conhecida como “Câncer Gay”, denominação que corroborou para o estigma – ainda hoje existente e reproduzido pelo senso comum – de que a infecção pelo HIV está relacionada à

população “LGBTQIA+” (majoritariamente, nesse caso, referindo-se a homens gays, travestis e mulheres transexuais).¹⁶

Desse modo, a epidemia de HIV nos anos 1980 torna-se um importante acontecimento propulsor das lutas por direitos sexuais, impulsionando as políticas públicas nesse campo, porém tomando como público-alvo alguns grupos mais do que outros.

A “Terceira Epidemia” do HIV se faz presente até hoje, embora talvez em menor escala. Perpetua-se, entretanto, o senso comum, que continua a culpabilizar e relacionar o HIV à população de travestis e mulheres transexuais (além dos homens gays, bissexuais, pansexuais, dentre outros). Tal ideia, condiciona ainda hoje a infecção a um comportamento “promíscuo” e “anormal”, uma vez que a homossexualidade e identidades de gênero que contrapõem à cisheteronormatividade não são legitimadas socialmente.

Para Fernandes (2013),

O contexto negativo de preconceito deve-se ao fato de que na história da aids, embora os aspectos biomédicos (o agente que determina a infecção, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), e suas vias de transmissão sanguínea, sexual e vertical) fossem conhecidos, aspectos simbólicos e imaginários também influenciaram na construção social da epidemia. (p. 3)

Desde o início da epidemia, com o primeiro caso no Brasil descrito em 1982, em São Paulo, a AIDS foi relacionada diretamente aos grupos chamados “homossexuais”¹⁷, que já eram marginalizados antes mesmo do vírus. Isso porque, tal como aponta Parker,

(...)o primeiro óbito publicamente identificado correspondia ao modelo ‘midiático’: homossexual, glamouroso, afortunado, badalado e viajado - estamos nos referindo ao costureiro Markito (...) considerado o primeiro caso de Aids no país. (PARKER et al., 1994, p. 31).

No entanto, as notícias já haviam chegado ao Brasil antes mesmo da identificação do primeiro caso brasileiro, sofrendo a influência da visão da mídia estadunidense sobre a doença

¹⁶ Importante apontar o cenário de invisibilidade em relação às mulheres lésbicas no que tange a prevenção e tratamento ao HIV e a saúde sexual de modo geral, uma vez que a ênfase na condução das políticas é direcionada aos homens gays e bissexuais, travestis e mulheres transexuais, e no que tange as mulheres cis, abordam majoritariamente àquelas infectadas pelo comportamento sexual “*promíscuo*” dos seus parceiros. Para aprofundamento nesse debate: ALMEIDA, Guilherme da S. Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do “corpo lésbico” na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e Aids. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

¹⁷ Na época utilizavam “homossexual” como qualquer orientação sexual ou identidade de gênero que não estava em consonância com a heterossexualidade e a cisgeneridade.

e de como essa compreendia a homossexualidade, o comportamento relacionado ao HIV e aos “grupos de risco”. Sobre este último, Fernandes (2013) aponta que,

O contexto e a apropriação do conceito epidemiológico clássico de grupo de risco, ao serem incorporados pelo discurso da sociedade, contribuíram para a construção dos sentidos estigmatizantes e preconceituosos de “peste gay”, “doença dos cinco H” (homossexual, hemofílico, heroinômano, haitiano, hookers – como são chamadas em inglês as profissionais do sexo), “doença transmitida para mulheres por maridos bissexuais”, “castigo de Deus”, que ajudaram a associar a aids a algum desígnio divino ou a alguns grupos específicos e socialmente discriminados. (FERNANDES, 2013, p. 4)

Entretanto, essa estigmatização de “grupos de risco”, identificando apenas grupos pertencentes à comunidade LGBTQIA+ como vulneráveis ao vírus, desencadeou um aumento na vulnerabilidade e no crescimento da transmissão do vírus em casais heterossexuais, sobretudo em mulheres que viviam relações monogâmicas (ou pelo menos monogâmicas para elas), processo esse que levou o nome de “feminização da epidemia” (BRASIL, 2011). Segundo Fernandes (2013), essa construção da concepção da transmissibilidade do HIV sendo associada somente a esses “grupos de risco”, produziu discursos e representações falsas como a de uma “imunidade subjetiva” (DOUGLAS, 1996) ou “barreira imaginária” (LOYOLA, 1994; BRASIL e BARRETO, 2001) nas relações heterossexuais estáveis. Assim, construiu-se a ideia de que as mulheres não transmitiriam o vírus para os homens, como o pano de fundo para esse processo.

Segundo Guimarães (2001), o pico na transmissão do HIV entre mulheres cisgêneras e heterossexuais e crianças pela via perinatal no Brasil ocorreu na década de 1990, sendo a grande maioria oriundas de “camadas populares”. Importante pensar que não é coincidência que a grande maioria dessas mulheres não pertençam a elite. Embora o potencial risco de exposição, em nível biológico, exista para a maioria das pessoas, pois qualquer um exposto ao vírus, seja através de sangue ou da relação sexual pode se infectar, o componente biológico não é o principal elemento da vulnerabilidade. Os fatores políticos, econômicos, sociais, institucionais, culturais, familiares e emocionais que influenciam o comportamento individual são de fundamental importância como intervenientes dessa vulnerabilidade.

Para Guimarães (2001),

O deslocamento da incidência da epidemia nos últimos 15 anos para as camadas socialmente desprivilegiadas, em particular para as mulheres e crianças neonatas, em vez de denunciar um viés antidemocrático ou misógino do vírus na sociedade brasileira, evidencia o caráter estruturalmente diferenciado, desigual e discriminatório das populações atingidas pelo HIV/AIDS, bem como a marcante assimetria social e sexual das relações inter e intragêneros. (p.21)

A autora aponta que na década de 1980, nos poucos casos identificados de mulheres notificadas como casos de AIDS, as fichas de notificação focavam muito mais no parceiro. Os profissionais de saúde questionavam nome, hábitos sexuais, idade, estado civil, etc. Ao final da investigação epidemiológica, identificava-se que a transmissão havia sido em decorrência de o parceiro ser bissexual, o que colocava as mulheres que adquiriam o HIV numa condição de vítima de um comportamento “inadequado” do parceiro conjugal. Entretanto, embora houvesse pouquíssimos casos de mulheres identificadas como “infectadas pela prostituição”, logo se constituiu essa segunda perspectiva, a qual, diferente da primeira – de vitimização, transformava as mulheres em promíscuas, indignas, o que, aliás, se assemelha muito com a imagem produzida em relação às travestis e mulheres transexuais que vivem com HIV.

Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2019), de 1980 a 2019, foram notificados 966.058 casos de AIDS no Brasil. No entanto, não é possível saber, por tal boletim, quantas destas pessoas são travestis e mulheres transexuais (também não é possível identificar os homens transexuais), uma vez que a divisão dos grupos para a análise do documento se divide entre: heterossexuais, HSH¹⁸, hemofílicos, transmissão vertical¹⁹, transfusão de sangue e usuários de drogas injetáveis (UDI)²⁰. Cabe pensar: em qual grupo se encaixa, essa população que, pelo mesmo órgão, é considerada em extrema vulnerabilidade para o HIV? A resposta para tal questionamento é: no grupo de “homens que fazem sexo com homens”.

O que podemos identificar, de antemão, ao discutir transexualidade, travestilidade e infecção pelo HIV, é uma profunda e absurda ausência de notificação dos casos de travestis e mulheres transexuais vivendo com o HIV, uma vez que essa categoria inexistente para a vigilância epidemiológica não apenas no Brasil, mas, vale ressaltar, em diversos países. Diante disso, pensemos além: se o Ministério da Saúde, enquanto órgão competente para gerir políticas públicas no âmbito do SUS, não identifica essa população e suas particularidades, como pensar políticas que deem conta das particularidades das demandas, que sejam devidamente representativas e eficazes para que essa população possa ter um acesso qualificado, com respeito e dignidade?

¹⁸ Homens que fazem Sexo com Homens.

¹⁹ Quando a mãe tem HIV e a criança nasce infectada com o vírus.

²⁰ Usuários(as) de Droga Injetáveis.

2.4 O impacto do estigma e da discriminação

Uma outra questão importante que atravessa o problema da notificação dos casos de travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV é a não diferenciação dos conceitos de orientação sexual e identidade de gênero. Segundo o relatório da UNAIDS de 2019, sobre o Índice de Estigma em relação às Pessoas Vivendo com HIV no Brasil, o questionário aplicado aos participantes não permitia identificar a orientação sexual das travestis e pessoas transexuais que foram entrevistadas. Segundo o próprio relatório, “ser pessoa trans se constituiu como variável determinante na análise do estigma e discriminação. Contudo, sabemos que a orientação sexual das pessoas trans é um fator importante para análise de vulnerabilidades, inclusive para vulnerabilidade ao HIV” (UNAIDS, p.21, 2019). Sendo assim, a não possibilidade de identificação das orientações sexuais é uma perda sistemática para a análise profunda da situação dessa população vivendo com HIV, além de invisibilizar a sexualidade das travestis e pessoas transexuais.

Ainda assim, apesar do déficit de dados e de notificação acerca da situação de travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV, alguns dados apontam considerações significativas para pensarmos a realidade dessa população. Grinsztejn (2017a), em um estudo sobre a prevalência do HIV em travestis e mulheres transexuais no Rio de Janeiro, evidenciou que 31% de 345 participantes incluídas viviam com o vírus. Uma metanálise realizada por Baral et al (2013) identificou uma chance 49 vezes maior dessa população de se infectar pelo HIV em todo o mundo quando comparada aos adultos em idade reprodutiva. Quanto à vulnerabilidade, a UNAIDS (2019) – segundo dados do Índice de Estigma em relação a pessoas vivendo com HIV no Brasil – estima que a população travesti e transexual tem 12 vezes mais chance de infecção pelo HIV do que a população do país em geral. Segundo o relatório,

O estigma e a discriminação são barreiras que impedem o acesso a serviços de saúde e de uma cobertura universal. A população transgênero, assim como outras populações-chave e vulneráveis, têm diariamente o seu direito a serviços de saúde negados, consequência da desinformação, falta de privacidade, e quebra de confidencialidade. (UNAIDS, 2019).

Ainda, a partir da pesquisa feita pela UNAIDS, cerca de 31,9% das travestis e pessoas transexuais relataram alguma experiência negativa prévia com profissional de saúde em relação ao HIV: 36,3% relataram medo de que os profissionais de saúde tratassem mal ou revelassem seu diagnóstico e o situação sorológica sem consentimento; 13,9% da população

já foi vítima de comentários maldosos ou “fofocas” feitas por profissionais de saúde, relacionadas ao fato de viver com HIV; 11,1% viveram alguma situação de diminuição do contato físico ou precauções extras (como utilização de duas luvas, por exemplo); 6,5% já foram vítimas de agressão verbal; e 1,9% chegou a ser agredida. Destaco um relato anexado ao relatório, de uma mulher trans, parda, de 37 anos:

“Na unidade de saúde em que me trato, logo quando recebi o meu diagnóstico, um médico expôs a minha sorologia na sala da recepção da enfermaria. Na hora, me senti muito envergonhada e constrangida, pois havia outros pacientes presentes. Fiquei muito desconfortável.”(UNAIDS, 2019, p. 49)

Outro estudo no Rio de Janeiro apontou algo semelhante. Segundo Grinsztejn et al. (2017),

As experiências de discriminação foram extremamente comuns nas clínicas de saúde pública e relatadas em todos os níveis de atenção ao serviço (da recepção ao atendimento médico). Muitas das participantes compartilharam que, ao lidar com prestadores de serviços, sua identidade transgênero era frequentemente imediatamente associada ao HIV, e que todos os problemas de saúde - de um resfriado a uma dor de estômago - eram considerados relacionados ao HIV.

Tais observações vão ao encontro do que conclui o relatório da UNAIDS (2019),

A população trans é mais vulnerável aos impactos do estigma também na saúde. A vulnerabilidade e a exclusão social muitas vezes agravam problemas como ansiedade, depressão, insônia, estresse, e outros problemas que envolvem a saúde mental. Um dado bastante preocupante do estudo, é que mais da metade da população trans (57,4%) já foi diagnosticada com algum destes problemas. Esse dado coloca luz sobre a urgência da expansão e do aprimoramento dos serviços e políticas de atenção à saúde mental das pessoas que vivem com HIV/AIDS, principalmente para as populações-chave e mais vulneráveis.

Diante do exposto, o estigma relacionado ao HIV é potencializado pelo estigma da transexualidade e travestilidade, presentes na perspectiva da transfobia institucional. Sendo assim, ambos geram um cenário adverso para a vivência de travestis e mulheres transexuais vivendo com o HIV, impactando diretamente em sua condição de saúde, a partir do conceito ampliado e seus determinantes sociais.

Segundo a UNAIDS (2019), em uma pesquisa realizada com 1784 pessoas (dessas, 101 travestis e mulheres transexuais), a maioria das pessoas que vivem com HIV no Brasil já passaram por alguma situação de discriminação ao longo de suas vidas. Das pessoas entrevistadas, 64% relataram ter sofrido com o estigma em relação ao fato de viverem com HIV, 46,3% foram afetadas por comentários discriminatórios e especulativos, 41% apontam

ter sido alvo de comentários feitos pelos próprios familiares, 25,3% passaram por assédio verbal em virtude do preconceito; 19,6% tiveram perda de emprego ou fonte de renda por conta do estigma e 6% relataram terem sofrido agressões físicas motivadas pela discriminação à PVH.

Ainda hoje, mesmo depois de tantas décadas de epidemia e do avanço em termos de tratamento, o relatório aponta que segue sendo muito difícil para a grande maioria das PVH revelarem seu diagnóstico. A maioria dos participantes da pesquisa (UNAIDS, 2019) relataram não ter tido uma boa experiência ao contar sobre o HIV, sobretudo para pessoas não tão próximas. Há também o fato de que às vezes o diagnóstico é divulgado sem consentimento da própria pessoa e que, quando acontece, o retorno é ainda pior. Segundo a pesquisa, os vizinhos são quem mais ficam sabendo dessa condição sem o consentimento da própria pessoa: 24,6% relataram o “vazamento” do diagnóstico para membros da vizinhança.

Essa dificuldade em expor o diagnóstico se dá em decorrência de tamanha discriminação que afeta as pessoas que vivem com HIV, por conta de todo o estigma que se perpetua em relação ao vírus. Esse preconceito se expressa em diversos formatos, como o assédio moral, agressões físicas, exclusão social e até mesmo a perda de oportunidades de emprego, embora já exista uma lei – 12.984/2014 – para proteger essa população. O relatório (UNAIDS, 2019) mostra que o medo de ser discriminado e o sentimento de culpa por estar vivendo com o vírus são sentimentos comuns à maioria das pessoas vivendo com o HIV. Com isso, o estudo também aponta que “viver com HIV produz percepções e sentimentos que não afetam apenas a relação com os outros, mas também consigo mesmo” (UNAIDS, 2019), pesquisa na qual um em cada três indivíduos declarou ter vergonha de sua condição e se sentir culpados pela infecção.

Agora, se esse processo por si só já é suficientemente doloroso e se a discriminação pelo HIV já impõe diversos condicionantes na reprodução social das PVH, a situação ainda se agrava quando atravessada pela transfobia, que coloca travestis e pessoas transexuais num profundo processo de violência e de preconceito, que antes mesmo de serem diagnosticadas (e independentemente de estarem ou não) com o vírus, já são consideradas “um risco” para a sociedade.

Nesse aspecto, é fundamental identificar que a transfobia em seu caráter institucional contribui para o agravamento na condição de saúde destas pessoas, que relatam com frequência evitarem procurar uma unidade de saúde para acompanhamento e tratamento, por medo da discriminação e de serem desrespeitadas. Nesse sentido, identifica-se que o Estado,

ao negligenciar essa situação, assume um papel crucial nesse processo de violação de direitos e, conseqüentemente de violência a essa população. Tal como coloca Irineu (2014),

“(...)a violência do Estado, sendo superior à do indivíduo, abre um grande espaço para a violação dos direitos humanos. Isto ocasiona, também, o que Yamamoto (2009) chamou de radicalização da questão social, que se traduz pela expressão contraditória das relações de produção e reprodução social no capitalismo.” (2014, p. 157)

Em uma sociedade marcada por desigualdades sociais, de gênero, sexualidade, raça e que institucionaliza a violência aos grupos subalternizados como algo natural (homofobias, misoginias, transfobias e etc), a produção de subjetividades não hegemônicas pode se tornar um grande problema e colocar esses sujeitos numa situação de extrema vulnerabilidade. Sendo assim, é extremamente importante trazer à tona essas vivências, as histórias de vida desses corpos tão violentados, suas demandas e necessidades de proteção social, para que possa ser possível contribuir para a reversão dessa invisibilidade e para a redução das disparidades.

O relato de uma mulher trans, parda, de 25 anos, destacado no relatório da UNAIDS (2019) expõe essa total desproteção da qual sofrem travestis e mulheres transexuais vivendo com o vírus e aponta a gravidade do processo discriminatório pelo qual sofrem:

"Trabalho na noite, e uma vez eu perdi um cliente porque a outra colega gritou para ele que eu era "aidética" o cliente que estava de moto quase me jogava longe. Outra vez um cliente foi no lugar onde eu fico com uma arma na mão, dizendo que se ele tivesse contraído HIV ele iria voltar lá e me dava três tiros na cara. Graças a Deus ele não voltou." (UNAIDS, 2019, p.35).

É fundamental partir do reconhecimento de que o preconceito produzido na sociedade exclui e agride uma parcela da população – sendo um potencial fator para adoecimentos e compromete diretamente a qualidade de vida de tais grupos chamados “minoritários” – para então compreender o quanto a transfobia institucional, fundamentada a partir da norma binária de gênero e na heteronormatividade, impõe dificuldades adicionais ao acesso à proteção social de grupos considerados dissidentes (como é o caso de travestis e mulheres transexuais), havendo um agravamento ainda maior e particular quando se trata do acesso aos cuidados em saúde por quem vive com HIV.

3 A EXPERIÊNCIA DAS TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS VIVENDO COM HIV

3.1 Breve excuro sobre a relação entre teoria e metodologia

No artigo “A construção social e cultural do risco sexual, ou como fazer pesquisa (em sexualidade) em uma epidemia”, Parker parte de uma cena enunciativa que nos interessa, uma vez que reúne uma dimensão da política que se entrecruza com o trabalho acadêmico. Dessa forma, a proposta do trabalho recebe o seguinte recorte:

A falta de incentivos à pesquisa sobre comportamento sexual que, conseqüentemente, leva à quase total ausência de compreensão a respeito da complexidade e diversidade da expressão sexual, tem praticamente inviabilizado uma reação ao avanço da AIDS. A ausência de uma tradição em teoria e métodos mais amplamente desenvolvida para realizar pesquisas sobre a sexualidade tem restringido o desenvolvimento de novos estudos, proporcionando aos pesquisadores da AIDS poucos fundamentos para uma avaliação das práticas sexuais que levam à disseminação do HIV, e tem limitado a capacidade dos pesquisadores de contribuir significativamente para a delineamento de estratégias mais eficazes de prevenção à AIDS (1995, p.84)

É pertinente tomar as lições de Parker a respeito dos desafios metodológicos que envolvem as pesquisas direcionadas ao HIV, apontadas por ele ainda no curso da epidemia. Na perspectiva crítica do pesquisador, os limites dos paradigmas teóricos ou abordagens não afinadas a uma visão complexa da etnografia da população vivendo com HIV geram dados que, no limite, podem comprometer as políticas públicas de longa duração, assim como uma agenda comum de troca de conhecimentos científicos. Sobretudo as zonas invisibilizadas da sexualidade que produziam muitas dificuldades para enfrentar a epidemia, algo semelhante ao que vimos até aqui a respeito dos dados praticamente inexistentes sobre a população travesti e transexual nesse contexto. Impõe-se ao campo de pesquisa que se repense os modelos de análise para não recair na recolha de dados meramente descritivos ou ainda pouco elucidativos.

O diagnóstico descrito por Parker discorre que nunca houve no âmbito das pesquisas uma “teoria do comportamento sexual”. De modo preciso:

Quando, ocasionalmente, se invoca uma estrutura teórica para conceituar o comportamento sexual, ela é, na melhor das hipóteses, mínima — geralmente a conceituação do desejo sexual como uma pulsão humana básica, mas uma pulsão

moldada de forma um pouco diferente em distintos cenários sociais e culturais, devendo, portanto, ser descrita assim como ela se manifesta nesses cenários (1995, p.87)

Segundo o autor, historicamente, o processo de desmitificação engendrado pelo “modernismo sexual”, expresso pelos trabalhos de pesquisadores como Havelock Ellis, Kinsey e Masters & Johnson se deteve na naturalização do comportamento sexual, direcionando à ciência um domínio antes reservado à moral e à religião. Na visão de Parker, essa perspectiva, ainda que tenha avançado, conferiu um “extremo empirismo” ao comportamento sexual. A tendência construtiva empreendida ao longo das décadas passou a focalizar um olhar social e cultural ao tema, recuperando as conquistas de outros campos do saber.

“Em áreas como Antropologia Cultural, Sociologia, Psicologia Social e História, a atenção tem se voltado cada vez mais para as forças sociais, culturais e econômicas que moldam o comportamento sexual em ambientes diferentes, e também os significados complexos que tanto os indivíduos como os grupos sociais associam à experiência sexual” (1995, p.88).

Parker toca num ponto nodal da crítica sobre a mudança nas metodologias de análise, que por falta de uma sistematização compartilhada, reflete nas decisões dos agentes políticos que perdem a visão de longo prazo e os estudos dedicados ao comportamento sexual se tornam ilhas sem vasos comunicantes previstos e as pontes entre as diferentes abordagens teóricas acabam se tornando um esforço paralelo e, em muitos casos, inviável. Ou seja, além das limitações específicas, perde-se o esforço de uma agenda global, decisiva na composição de uma perspectiva comparativa.

O pesquisador defende uma demanda etnográfica para a composição prismática do comportamento sexual, uma atenção às nuances da experiência, uma partilha de questões fundamentais que de fato orientem um esforço global. Ele compreende que,

Dessa perspectiva, a pesquisa sobre a sexualidade (independentemente do HIV/AIDS ou mesmo em relação a essa epidemia) deve ser necessariamente compreendida como algo mais do que um simples exercício de contar atos sexuais. Pelo contrário, somente focalizando as dimensões políticas, econômicas, culturais e sociais mais amplas da experiência sexual é que poderemos começar a construir uma compreensão que possa fundamentar os tipos de políticas e práticas que, em última análise, nos capacitarão a reagir à disseminação da AIDS (1995, p.96)

Levando em conta a crítica de Parker, ao nosso modo, buscamos na sequência desse capítulo realizar uma análise que contemple os dados do diário de campo dentro de uma perspectiva que não relegue o dado etnográfico, mas sobretudo contemple a complexidade dos relatos.

3.2 Apontamentos e análises do diário de campo.

Tal como apontado na introdução, o tema dessa dissertação surgiu a partir da experiência de trabalho junto a travestis e mulheres transexuais participantes de pesquisas clínicas em HIV, numa instituição localizada no município do Rio de Janeiro. Esses atendimentos eram conduzidos a partir de questionários sociodemográficos e comportamentais, constituídos de diversas questões acerca da vivência delas e do seu cotidiano.

Um dos instrumentos metodológicos para a construção da presente dissertação, foi o diário de campo, construído especialmente para a pesquisa. Tais atendimentos, realizados no centro de pesquisa, e conduzidos a partir de questionários sociodemográficos, foram registrados num diário de campo por mim, ao longo do ano de 2019, especialmente entre os meses de abril e dezembro, construído a partir de um roteiro norteador, onde foram selecionadas três questões centrais: **vivência em relação ao HIV, violência e violações de direitos e acesso à saúde**. Tais temas atravessam os questionários aplicados no atendimento de inclusão na pesquisa clínica e foram selecionados de modo a propiciarem o objetivo inicial do trabalho, de identificar a experiência das travestis e mulheres transexuais vivendo com HIV e compreender o processo de violência e violação de direitos que sofrem, sobretudo no acesso a saúde.

A partir dos relatos acerca desses temas, sistematizei algumas das questões que foram narradas pelas participantes, e que foram fundamentais para identificar os objetivos da pesquisa e as hipóteses apontadas. Segundo Almeida (1997),

(...) a preocupação com a sistematização se inicia com a própria delimitação dos referenciais que orientarão a eleição dos aportes teóricos, da condução metodológica, da definição das estratégias de ação, do reconhecimento do objeto da intervenção profissional, assim como de seus objetivos e da avaliação dos resultados alcançados. (1997, p. 3)

Ou seja, a sistematização – através do diário de campo – não serve somente para gerar dados sobre os atendimentos, por exemplo, mas trata-se, ainda, segundo Almeida (1997), de um esforço crítico sobre como se conduz a atividade profissional “constituindo-se como um esforço problematizador sobre suas diferentes dimensões em relação às expressões cotidianas da realidade social” (p. 5).

Sendo assim, o diário de campo – instrumento pessoal e sigiloso – acompanhou a pesquisadora em todo o processo de pesquisa, visando registrar impressões e reflexões sobre as dinâmicas e relações ocorridas na pesquisa de campo (ALMEIDA, 1997).

Desse modo, o terceiro e último capítulo, visa analisar as anotações de quarenta atendimentos registrados no diário de campo entre os meses de abril e dezembro de 2019, buscando articular com pesquisas já realizadas sobre a temática da transfobia, do estigma ao HIV e acesso à saúde, para que seja possível compreender as questões que são comumente relatadas pela população. O período escolhido é referente ao primeiro ano do curso de mestrado, uma vez que em 2020 já daria início às análises e à construção do projeto de qualificação e, em seguida, à dissertação. Além disso, importante ressaltar, que tais dados foram coletados antes da pandemia de COVID-19, que teve início em dezembro de 2019 e que vem impactando o Brasil desde março de 2020.

Na sequência passamos para a descrição dos critérios de análise do diário de campo. Nesse ponto, cabe justificar que a escolha das cinco categorias: idade, cor/raça, zona geográfica, profissão e identidade de gênero, foram importantes para identificar brevemente o perfil sociodemográfico das participantes.

Em relação à idade, subdividiu-se em 5 faixas-etárias que geraram os seguintes números: 14 participantes entre 18 a 24 anos (35%); 14 pertencentes a faixa-etária de 25 a 35 anos (35%); 6 travestis e mulheres transexuais na faixa de 36 a 45 anos (15%); 4 na faixa de 46 a 50 anos de idade; e apenas 2 com idade maior que 50 anos (5%). Importante registrar que 70% constitui a faixa de 18 a 35 anos, configurando uma predominância de um grupo jovem nos dados levantados.

Um outro perfil fundamental a ser identificado, dada a relevância da temática das relações raciais no Brasil, é o perfil cor/raça. Dessa forma, 21 participantes se identificaram como pardas, resultando na maior porcentagem (52,5%), enquanto 10 se identificaram pretas (25%) e apenas 9 se identificaram como brancas (22,5%). Assim, 77,5% se declaram como pretas e pardas, configurando a população negra. Importante pensar que, tal como aponta o relatório da UNAIDS de 2019, ao retomar os dados do Ministério da Saúde do Brasil de 2018, a mortalidade por AIDS no país é maior entre pretos(as) e pardos(as), do que entre brancos. Segundo o relatório, comparando entre os anos de 2007 e 2017 há uma queda de 23,8% na proporção de óbitos de pessoas brancas por AIDS e crescimento de 25,3% na proporção de óbitos de brasileiras e brasileiros pretas(os) e pardas(os).

Em relação à zona geográfica no Estado do Rio de Janeiro, a maioria (12 pessoas) encontra-se residindo na zona oeste totalizando 30%, seguida pela zona norte e baixada

fluminense que contam com a mesma porcentagem 27,5%, cada qual com 11 pessoas. Já no centro e zona sul, foram identificadas 12,5% (5 pessoas) e 2,5% (apenas 1 pessoa) respectivamente. Os bairros específicos podem ser observados na tabela 1 e mostram que a grande maioria está alocada nos bairros mais periféricos.

Quanto ao mercado de trabalho, a maioria tem como ocupação principal o trabalho sexual, com 19 participantes que relataram estar na condição de profissionais do sexo (47,5%), enquanto apenas 8 (20%) estão com algum vínculo empregatício sem carteira assinada e 13 (32,5%) estão desempregadas. Importante pontuar que as ocupações mencionadas (Tabela 1) são vínculos precários, sem qualquer garantia de direitos trabalhistas, o que as coloca numa condição de insegurança. Esses dados vão de acordo com o que aponta a ANTRA em relação à exclusão de travestis e pessoas transexuais no mercado de trabalho formal e ao fato de que cerca de 90% das travestis e mulheres transexuais atuam como profissionais do sexo constrangidas pela necessidade de sobrevivência e isso não é “por acaso”, mas sim fruto da dificuldade de acesso a serviços básicos que lhes são negados ou dados pela metade. Sobre essa questão, Almeida (2016) aponta que

No mercado de trabalho, travestis e mulheres transexuais tendem a ser socialmente induzidas ao trabalho sexual, sem que a maioria delas tenha a possibilidade de escolher outras formas de trabalho, quando desejam. (p.14)

Por fim, em relação à identidade de gênero, a grande maioria (25 pessoas) se identificou como mulher transexual (62,5%), 12 se identificaram como travestis (30%) e 3 questionaram a necessidade de “escolher” uma identidade, alegando que não sabem dizer, não percebem e/ou não compreendem a diferença entre uma identidade e outra. Além das participantes que optaram por não escolher entre uma ou outra, inúmeras outras pessoas entrevistadas questionaram a diferença entre transexualidade e travestilidade; outras retomam a concepção biomédica de que mulheres transexuais são as que desejam realizar algum tipo de cirurgia ou mudança corporal, enquanto travestis não; algumas apontam que travestis são aquelas que realizam trabalho sexual e as trans não, dentre outras diversas concepções que podem ser observadas mais a frente, na Tabela 5.

De certa forma, a ideia de fronteiras borradas entre elas pode explicitar um importante ponto em comum, que as une, a cisheteronormatividade que atravessa todo o tempo seus itinerários sociais e pessoais. Conforme explicita Jesus:

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

A autora (Ibid., p.15), contudo, observa que as travestis são “integrantes de uma parcela numerosa e historicamente mais visível da população trans”. Conforme será visto mais adiante, na tabela 5, as participantes dessa pesquisa trazem elementos diferenciadores entre elas ligados ao trabalho – travestis seriam as que exercem o trabalho sexual -, à idade – trans seria um termo adotado pela geração jovem -, como também narrativas politizadas que apontam questões como demarcação de um lugar historicamente desprestigiado ocupado pelas travestis, mesmo em relação às mulheres transexuais. A afirmação de ser mulher de verdade também demarca diferenças nos discursos de travestis e mulheres transexuais, especialmente quando se utiliza as cirurgias e intervenções que contribuem para maior passabilidade.

Assim, mais do que uma explicação médica, biologicista ou mesmo externa aos sujeitos, importa assegurar o direito à livre expressão de gênero, na forma como cada pessoa se define e reconhece como sujeitas sociais e políticas. Portanto, estamos diante de uma identificação muito mais de ordem social, subjetiva e política do que rigidamente classificatória.

As questões escolhidas para traçar brevemente o perfil são questões pertinentes no que tange à análise das condições de vida e saúde da população de modo geral, uma vez que a partir da concepção ampliada de saúde, na perspectiva da determinação social do processo de saúde e doença, identifica que a saúde dos indivíduos é resultante de inúmeros condicionantes sociais e econômicos como moradia, trabalho, renda, alimentação, saneamento básico, dentre outros.

Tabela 1

Diários	Idade	Cor/Raça	Município/Bairro	Profissão	Identidade de gênero
1	49	Negra	Taquara/RJ	Profissional do sexo	Travesti
2	36	Branca	Duque de Caxias	Profissional do sexo	Mulher transexual
3	27	Branca	Gloria/RJ	Audiovisual/cinema	Mulher transexual
4	31	Negra	Paciência/RJ	Profissional do sexo	Mulher transexual
5	29	Parda	Realengo/RJ	Desempregada	Mulher transexual

6	35	Parda	Campo Grande/RJ	Profissional do sexo	Travesti
7	18	Parda	Nova Iguaçu	Desempregada	Mulher transexual
8	26	Parda	Lapa/RJ	Profissional do sexo	Travesti
9	28	Branca	Centro/RJ	Profissional do sexo	Mulher transexual
10	23	Parda	Lapa/RJ	Profissional do sexo	Mulher transexual
11	42	Parda	Belford Roxo	Cabeleireira; Manicure	Mulher transexual
12	22	Negra	Realengo/RJ	Estudante	Mulher transexual
13	20	Negra	Duque de Caxias	Desempregada	Mulher transexual
14	39	Parda	Del Castilho/RJ	Profissional do sexo	Mulher transexual
15	23	Parda	Duque de Caxias	Desempregada	*“tanto faz”
16	23	Parda	Praça Seca/RJ	Desempregada	Mulher transexual
17	19	Parda	Bonsucesso/RJ	Desempregada	*“não percebe diferença”
18	20	Negra	Belford Roxo	Atendente em rede de fast food	Mulher transexual
19	30	Branca	Irajá/RJ	Profissional do sexo	Travesti
20	26	Negra	Lapa/RJ	Profissional do sexo	Travesti
21	29	Negra	Rio Comprido/RJ	Assistente administrativo	Mulher transexual
22	46	Negra	Jardim America/RJ	Profissional do sexo	Mulher transexual
23	53	Branca	Jacaré/RJ	Desempregada	*“não percebe diferença”
24	23	Parda	Padre Miguel/RJ	Desempregada	Mulher transexual
25	39	Parda	Belford Roxo	Profissional do sexo	Mulher transexual
26	26	Parda	Campo Grande/RJ	Desempregada	Mulher transexual
27	21	Parda	Bonsucesso/RJ	Desempregada	Mulher transexual
28	18	Parda	Sepetiba/RJ	Desempregada	Mulher transexual
29	23	Parda	Manguinhos/RJ	Promotora de vendas	Mulher transexual
30	23	Branca	Senador Camará/RJ	Desempregada	Mulher transexual
31	34	Parda	Vilar dos Teles/São João de Meriti	Profissional do sexo	Travesti
32	49	Branca	Taquara/RJ	Profissional do sexo	Travesti
33	42	Negra	Madureira/RJ	Operadora de Telemarketing	Travesti
34	18	Parda	Inhauma/RJ	Profissional do sexo	Mulher transexual
35	48	Parda	Duque de Caxias	Profissional do sexo	Travesti

36	28	Parda	Bonsucesso/RJ	Profissional do sexo	Travesti
37	31	Negra	Nova Iguaçu	Desempregada	Travesti
38	54	Branca	Centro/RJ	Profissional do sexo	Travesti
39	28	Parda	Belford Roxo	Massoterapeuta	Mulher transexual
40	25	Branca	Rio das Pedras/RJ	Profissional do sexo	Mulher transexual

Fonte: A autora, 2020

Em seguida, passamos a analisar o eixo da relação das travestis e mulheres trans vivendo com o HIV. A tabela 2 apresenta a sistematização dos dados.

Tabela 2

Diários	Relação com o HIV
1	Suspeitou a partir do momento que um parceiro com quem se relacionava na Europa (Londres) começou a adoecer por conta do vírus.
2	Há 10 anos, na França, trabalhando com prostituição.
3	Descobriu em 2018 quando buscou um Centro de testagem por “curiosidade”
4	Recebeu o diagnóstico no dia do atendimento. Havia buscado o serviço para saber mais sobre PrEP. Relatou se sentir “feia” após o resultado reagente para o HIV
5	Vive com HIV desde 2014, mas começou o tratamento apenas em 2015. Relata eventualmente abandonar o tratamento por um tempo por conta de “efeitos colaterais” (como dor de cabeça, tontura e náuseas, as quais relacionou ao medicamento) e retomar apenas quando sente que está adoecendo.
6	Veio ao serviço por indicações que amiga que fazem acompanhamento nesta unidade. Desconfiava que tinha HIV, mas nunca havia feito o teste. Teve hoje o resultado positivo.
7	Veio para fazer o teste rápido e para informações sobre hormonização. Relatava não ter ideia de qual seria o resultado, mas que estava com muito medo de dar positivo. *Teve resultado positivo.
8	Veio por indicação de uma amiga pois desconfiava que o teste daria positivo para HIV. Teve resultado positivo há duas semanas. Relata que, no momento do resultado, não lidou bem, mas que agora “aceitou”.
9	Veio para retomar o tratamento do HIV pois interrompeu a TARV há mais de um ano (2018).
10	Veio para fazer o teste rápido, recebendo resultado positivo. Lidou bem pois relata que esperava esse resultado, pois “sentia” que havia se infectado pelo vírus e que sabe que o tratamento hoje é avançado e tranquilo.
11	Vive com HIV desde 2005, descobriu quando teve tuberculose (no mesmo ano).
12	Veio buscando informações sobre o ônibus da justiça itinerante e aceitou fazer o teste rápido. Resultado deu positivo. Relata que foi um grande choque, que jamais imaginaria. Havia tido a primeira relação sexual aos 18 anos, sempre usou camisinha, mas teve um namorado com quem não usava com frequência. Relata que esta foi a única pessoa e que se sente “sem chão”.

13	Vive com HIV desde os 17 anos, faz o acompanhamento perto de casa. Veio ao serviço encaminhada por outra unidade de saúde referência em atendimento à população travesti e transexual.
14	Veio para saber mais sobre as pesquisas de PrEP e teve resultado reagente. Relata que ficou um pouco confusa e atordoada, mas que agora já assimilou o diagnóstico.
15	Relata saber do diagnóstico desde 2017, mas nunca tratou pois acredita que não precisa, “não acha importante e não se preocupa com isso” (sic). É muito relutante em usar a TARV, diz que se sente saudável e que não precisa ingerir medicamentos se não tem sintoma.
16	Veio para conhecer projetos, fez pesquisa de infecção viral aguda pelo HIV (IVA) pois relatou exposição nas últimas 24 horas. Trouxe um teste rápido de 2 dias atrás (de outra unidade), que deu negativo. Repetindo o teste nesta instituição, o resultado saiu positivo. Relatou ter ficado em choque e com medo de contar ao parceiro (com quem mora), pois o mesmo havia lhe apresentado um teste negativo recentemente.
17	Veio para saber mais sobre os projetos de prevenção e teve resultado reagente. Não acreditou, ficou em choque e abalada, mas disse que “terá que aceitar” (sic).
18	Vive com HIV desde 2017, onde trata perto de casa. Relata desejar transferir o tratamento para essa instituição pois diz que aqui “se sente melhor e mais aceita”.
19	Vive com HIV desde 2012, mas teve o tratamento interrompido nos últimos meses pois esteve em privação de liberdade. Veio hoje em busca de retomar o uso de TARV.
20	Realizou o teste rápido semanas atrás, o qual deu reagente. Relata não usar preservativo na maioria das vezes com os clientes e que era esperado esse resultado.
21	Trata do HIV há alguns anos, não sabe precisar há quantos. Acompanha num hospital universitário, mas deseja transferir para essa instituição por que seria “mais cômodo” (sic)
22	Descobriu o HIV recentemente, acredita que foi infectada propositalmente por uma pessoa com quem se relacionou uma única vez. Acredita que ele furou a camisinha pois estourou. Veio para saber mais sobre a PrEP e o teste deu positivo. Relata se sentir perdida, confusa e triste. Diz que seu maior medo é que descubram e por isso deseja fazer o acompanhamento longe de sua casa pois conhece muitas pessoas na clínica da família de referência.
23	Vive com HIV desde 2006. Na época adoeceu, acharam que era pneumonia e acabaram descobrindo o HIV. Era profissional do sexo e na época ela imaginava que poderia se infectar, então não foi um susto.
24	Vive com o vírus desde 2018 e acompanha numa unidade próxima de sua casa. Acredita que se infectou trabalhando como profissional do sexo e isso fez com que ela parasse o trabalho. Tentou suicídio assim que descobriu o diagnóstico. Se viu sem chão, com muito medo e sem saída. Diz ter muito medo que descubram pois entende que as pessoas ainda são muito preconceituosas em relação ao HIV, principalmente com pessoas trans e travestis.
25	Descobriu o HIV em 2011, enquanto vivia em Roma. Relata que fez sua “carreira como prostituta” (sic) lá. Acredita que se infectou com um rapaz com quem se relacionava frequentemente. Ele adoeceu muito e ela começou a achar que podia ser o vírus e foi fazer o exame. Acompanha lá em Roma e está apenas de passagem por alguns meses aqui.
26	Ao buscar informações sobre PrEP, teve resultado reagente. Não aceitou bem, disse que não era possível. Refez o teste 2 dias depois em outra unidade e deu negativo, trouxe o resultado. Ao fazer novo teste, deu novamente reagente. Está em negação com o diagnóstico.
27	Veio para se testar pois o namorado – com quem se relaciona há 3 meses – teve teste rápido reagente e a acusou de ter passado para ele, embora ela afirme que foi o contrário. Relatou que no momento exato que recebeu o resultado se sentiu “em outro planeta, sem chão”, mas que agora já aceita.

28	Descobriu o HIV mês passado. Veio para buscar informações sobre a justiça itinerante e lhe foi oferecido o teste rápido. Acredita que foi infectada pelo namorado, com quem se relaciona há quase 1 ano.
29	Veio ao serviço para inclusão na pesquisa de PrEP e recebeu resultado reagente. Está em negação para o diagnóstico dizendo que é impossível ter dado positivo, pediu para repedir o exame várias vezes. Se diz “sem chão, sem esperanças”. Relata que o diagnóstico desencadeou uma crise com seu companheiro, com quem está há 3 anos. Apenas ele e a mãe souberam do resultado.
30	Vive com HIV desde 2018. Faz acompanhamento próximo de sua residência e acompanha o uso de hormônios em uma unidade de referência no estado do Rio de Janeiro.
31	Refere ter descoberto o HIV em 2015 e nunca ter feito o tratamento. Veio ao serviço pois estava com alguns sintomas e uma amiga disse que aqui “atendem bem as travestis” (sic). Relata nunca ter procurado tratamento para HIV pois não sentia nada (em relação a sintomas) e tinha medo de como seria tratada nas unidades de saúde.
32	Buscou o serviço pois teve uma exposição há alguns dias e teve medo que tivessem lhe “passado alguma coisa”(sic). Recebeu resultado reagente e diz que está tranquila pois esperava esse resultado e sabe que hoje em dia o HIV “não é mais um bicho de 7 cabeças” (sic).
33	Descobriu o HIV em 2010, quando teve tuberculose. Sentiu muito medo na época, não sabia como seria lidar com o vírus e tinha muito medo de morrer. Começou o acompanhamento em 2011, meses depois de receber o diagnóstico. Buscou o serviço para iniciar acompanhamento hormonal.
34	Veio por indicação de uma amiga para saber mais informações sobre uma pesquisa para jovens trans. Recebeu o resultado reagente do teste e ainda está tentando assimilar essa informação, mas relata que não está com medo.
35	Vive com HIV desde 2005, quando ainda morava na Itália. Na época voltou para o Brasil para iniciar o tratamento aqui. Relata que na época não tinha muita informação sobre o vírus e conhecia muita gente que tinha morrido de AIDS.
36	Recebeu diagnóstico de HIV em 2015, mas que desde 2016 não faz o tratamento. Relata que na época usava muito crack, cocaína, maconha. Diz que hoje em dia diminuiu, mas segue o uso.
37	Recebeu resultado reagente para o HIV em 2004 e acompanhava até 1 ano e meio atrás quando foi presa. Na prisão preferiu ficar sem TARV com medo do preconceito em relação a ela e que pudesse sofrer algum tipo de retaliação.
38	Descobriu o HIV ainda na década de 80, em Paris, quando realizou uma cirurgia para colocação de prótese nos seios.
39	Descobriu o HIV recentemente e está lidando bem na medida do possível. Não se questiona de que modo pode ter se infectado pois diz que não faz sentido ficar pensando nisso.
40	Veio para saber sobre pesquisas de PrEP e teve o resultado reagente. Está em sofrimento com o diagnóstico, sem acreditar no resultado. Tem certeza que está errado, está se questionando “o que fez para merecer isso”. Está com muito medo da reação do namorado, com quem está há 3 meses, e que não sabe o que ele pode fazer se ela tiver infectado ele.

Fonte: A autora, 2020.

A tabela acima aborda a **relação das participantes com o vírus HIV**. Foram registradas no diário de campo as percepções sobre o diagnóstico, quando descobriram a infecção, como se deu a reação, entre outros aspectos relacionados ao HIV.

Como é possível perceber, a reação negativa surge – na maioria das vezes – quando a pessoa veio para algum serviço específico e não diretamente para a testagem como, por exemplo, participantes que buscaram o centro de pesquisa para informações sobre a justiça itinerante e a modificação dos documentos, ou procuraram para dar início a um acompanhamento hormonal ou, ainda, vieram em busca de inserção nas pesquisas de prevenção, por meio do uso da PrEP e foram surpreendidas com o teste reagente. Cabe refletir que quando a pessoa busca a inclusão em um estudo de prevenção para o HIV, ela possivelmente se percebe vulnerável à infecção, mas ao mesmo tempo, pode ter a certeza de que não está infectada, o que pode gerar um “baque” ao receber a sorologia positiva.

Como contraponto, vale pensar, que em casos específicos, algumas pessoas reagem de forma aparentemente despreocupada com o diagnóstico, por compreenderem que o tratamento para a doença se encontra avançado. Entretanto, há também quem haja despreocupadamente com o diagnóstico por um comportamento negacionista, argumentando que se encontra sem sintomas e por isso não está doente, ou que o resultado do teste pode estar errado.

Um outro elemento que surge dentre os relatos é o medo do preconceito e do estigma que a sociedade reproduz sobre quem vive com o vírus, que faz com que as pessoas se sintam amedrontadas sobre revelarem a infecção para outras pessoas, sobretudo familiares e companheiros(as). Essa é uma questão que vai de encontro com os relatórios da UNAIDS sobre estigma, os quais apontam que a grande maioria das PVH têm medo que o diagnóstico seja descoberto por outras pessoas e sofrerem retaliação. Tal situação foi abordada com maiores exemplos dessa pesquisa no capítulo 2.

Sobre essa questão, observa-se também o receio de um estigma ainda maior àquelas que trabalham como profissionais do sexo, que são designadas como “promiscuas” e muitas vezes culpabilizadas pela infecção. Em contraponto, boa parte das travestis e mulheres transexuais que estão inseridas na prostituição, percebem uma condição de vulnerabilidade para a infecção em decorrência do trabalho enquanto profissional do sexo.

Outra questão crucial e pouco discutida, que surge em apenas 2 relatos, mas que reflete uma problemática que atravessa essa população é o encarceramento. Duas participantes relataram o abandono de tratamento no período em que estiveram em privação de liberdade. Uma por não ter conseguido acessar o acompanhamento em saúde de dentro do cárcere e a outra relata que preferiu não tomar os medicamentos com medo de sofrer algum

tipo de violência como forma de retaliação. Importante ressaltar que ambas estiveram reclusas em prisões masculinas, o que já evidencia uma forma grave de violência a essa população no seu direito à livre expressão de gênero. Entretanto, um relato importante que surgiu, foi da preferência em ficar numa prisão masculina, por medo de não ser aceita e respeitada pelas mulheres cis nas prisões femininas. Esse relato é comum entre muitas travestis e mulheres transexuais, que apontam que nas prisões masculinas existe uma movimentação para conseguir “regalias”, pois podem utilizar o sexo como “moeda de troca” e que nas prisões femininas elas não são identificadas como mulheres pelas outras presas, o que gera sérios conflitos e agrava ainda mais as condições a quais são expostas dentro do cárcere.

Quanto ao encarceramento, vale refletir essa questão enquanto uma barreira institucional e pensar, tal como apontado em diversos momentos da presente dissertação, como a negligência do Estado corrobora para o agravamento do processo de saúde e doença dessa população, das mais diversas formas, inclusive através da não garantia do acesso a saúde por pessoas em privação de liberdade e da desproteção do direito ao tratamento ao HIV.

Tabela 3

Diários	Situações de Violência
1	Relatou ter sofrido violências verbais na juventude, mas que não considerava tais episódios de xingamentos e ofensas como violência.
2	Relata nunca ter sofrido preconceito na França, apenas no Brasil, onde passou por episódios de violência verbal e muita discriminação, sobretudo nos espaços públicos.
3	Relata episódios de violência verbal e simbólica e associa os episódios a sua “não passabilidade”.
4	Relata ter sofrido inúmeras violências transfóbicas, tanto físicas quanto verbais, sempre por pessoas desconhecidas.
5	Relata episódios de violência verbal e discriminação, inclusive por parte de familiares, com quem hoje não tem mais contato. Convive apenas com a mãe.
6	Relata ter sofrido episódios de violência verbal e física por pessoas desconhecidas e clientes.
7	Relata ter sofrido violência verbal, física e sexual. Foi violentada sexualmente aos 13 anos por um familiar. Hoje não tem mais contato com ele, mas relata sofrer muito pensando nisso com frequência.
8	Relata não ter sofrido episódios de violência, mas ao ser questionada que já passou por alguma situação de xingamento e discriminação, disse que sim, mas que isso “é normal, toda travesti passa” (sic). Relata ter perdido sua virgindade com 10 anos de idade, com um homem cis muito mais velho, mas que não enxerga esse episódio como violência, disse que fez “porque quis”.
9	Relata que o maior preconceito e violência que sofre é não conseguir emprego formal por sua identidade de gênero.

10	Relata não sofrer violência por conta de sua “passabilidade” e porque é “bem cuidada” (sic). Diz que sabe que a sociedade não trata bem mulheres trans e travestis, mas que isso se dá com “aquelas que não se dão ao respeito” (sic).
11	Relata que sofreu muito preconceito e discriminação sobretudo por conta do HIV, mas do que pela transexualidade. Relata episódios de transfobia em unidades de saúde, o que fez com que ela abandonasse por alguns anos o tratamento. Aponta que hoje não passa por isso mais, que é respeitada na unidade que é acompanhada.
12	Relatou medo de sofrer ainda mais preconceito por conta do HIV e de que isso piore a transfobia que já sofre: “imagina, trans, negra e ainda HIV positiva?” (sic). Relata sofrer mais racismo do que transfobia, pois sente que tem “passabilidade”. Sofreu violência sexual aos 6 anos de idade por um familiar, com quem teve que conviver por muitos anos. Demais pessoas da família duvidavam da veracidade do episódio quando ela contou.
13	Relata muitos episódios de transfobia por pessoas desconhecidas, sempre que sai na rua. Sofreu muito preconceito na escola. Sua família “aceita”, mas não respeita o nome social. A mãe tem dificuldade para entender o que é identidade de gênero, o que é ser uma pessoa trans.
14	Relata episódios de violência por parte de parceiros e violências verbais e simbólicas por pessoas desconhecidas.
15	Sem relatos de violência. Mora com a família, que a aceita e apoia desde sempre.
16	Relatou ter vivido relacionamentos abusivos, episódios de transfobia em unidades de saúde e outras formas de violência por parte de pessoas desconhecidas (xingamentos, olhares “maldosos”) (sic).
17	Ao ser perguntada sobre possíveis situações de violência, relatou nunca ter passado. No entanto, disse que já foi xingada e ofendida várias vezes, mas diz que é normal e que não vê como violência.
18	Aponta que embora seja respeitada em seu local de trabalho, uma outra pessoa a desrespeita. Além disso, relata inúmeros episódios de violência verbal por parte de familiares e pessoas desconhecidas.
19	Relatou inúmeras situações de violência nesses meses em que esteve presa (violência física, sexual, verbal) mas que “tem suas vantagens ser uma travesti na prisão” (sic).
20	Relata sofrer violência, inclusive sexual, por muitos clientes. Uso abusivo de álcool e cocaína pois isso “lhe ajuda a trabalhar” (sic)
21	Não relata episódios de transfobia, mas uma situação de violência sexual por um familiar na infância. Tendo isso dificultado muito para que pudesse se relacionar com outras pessoas.
22	Ao ser questionada sobre possíveis situações de violência, primeiramente respondeu que nunca sofreu. Ao perguntar se já foi xingada na rua, se já foi agredida fisicamente por alguém, disse sim para tudo. Não entendia como violência motivada por transfobia. Disse que é “normal” pessoas trans passarem por isso.
23	Relatou inúmeras situações de violência física: por parceiros, clientes (na época em que era profissional do sexo) e pessoas desconhecidas. O principal episódio foi quando estava “na pista” e outras travestis mandaram agredi-la. Foi espancada por muito tempo, perdeu o movimento de boa parte dos dedos das mãos e por isso parou de trabalhar. Ao ser perguntada sobre agressões verbais, diz que não considera xingamentos e outras expressões transfóbicas como agressão. Diz que muitas são xingadas porque “não se dão ao respeito”.
24	Relata inúmeras situações de violência verbal. Refere que todo dia, ao sair na rua, passa por algum desses episódios. Diz que é tão frequente que “acostumou” pois senão não conseguiria

	viver.
25	Relata episódios de violência verbal no início da transição, aqui no Brasil. Mas como logo que começou a transição foi para fora do país, não passou mais por isso. Sofreu com as violências psicológicas dos pais, que diziam que preferiam ter “um filho ladrão do que viado”(sic).
26	Relata situações de violência verbal e física por pessoas desconhecidas ao sair na rua. Diz que toda trans passa por isso, “que não tem jeito” (sic). Tem medo de que sofra ainda mais preconceito agora por conta do HIV.
27	Relatou ter sofrido muita violência, a qual chamou de “bullying”, na escola onde estudou o ensino fundamental por conta de sua identidade de gênero. Era agredida não só verbalmente como fisicamente e, por isso, teve que trocar de escola para poder concluir.
28	Relatou nunca ter sofrido nenhum tipo de violência, mas que já ouviu “piadas e coisas do tipo”(sic) mas que não se sente ofendida e não enxerga como violência verbal. Hesitou em falar sobre violência sexual, fez uma grande pausa para responder e apenas disse “não” (querendo dizer que não sofreu). A mesma hesitação aconteceu ao ser questionada se já trabalhou como profissional do sexo, onde depois do silêncio, teve uma crise de riso e a mãe começou a questioná-la do porquê estava rindo e se mostrou muito incomodada com o riso.
29	Relata nunca ter passado por situações de violência e acredita que isso se dê pela sua “passabilidade”.
30	Relata ter sofrido violência sexual por um familiar aos 10 anos de idade. Disse que não convive mais com ele, mas que a família não sabe do ocorrido pois não acreditariam nela. Relata também situações de transfobia nas ruas através de xingamentos e olhares de repúdio.
31	Relata já ter sofrido violência sexual, verbal e física por clientes e parceiros (que não são clientes).
32	Relata ter sofrido muita discriminação na juventude, que era muito mais difícil ser travesti antigamente, mas que hoje existe mais informação e as pessoas aceitam mais. Pensava, quando era mais nova, que se pudesse não seria travesti, mas que não conseguia, a identidade era mais forte do que ela. Não teve apoio dos pais na época e sofreu muito com o preconceito deles.
33	Relata ter sofrido transfobia, de forma verbal, nas ruas por desconhecidos, e por parte de sua família. Diz que teria sido muito mais fácil a transição se tivesse tido o apoio da família. Que ela já era independente quando “se assumiu” e que não dependia financeiramente de ninguém.
34	Sofreu muita violência num relacionamento abusivo. Relata se sentir constantemente desrespeitada por ser trans, que sente que as pessoas a olham com medo e que isso faz com que muitas trans deixem de ir em vários lugares, inclusive unidades de saúde. Refere auto mutilação quando “perde o controle”(sic). Diz que isso começou após a morte precoce e seguida de familiares (mãe morreu de câncer, em seguida o pai enfartou e 2 irmãos foram assassinados).
35	Relata já ter sofrido violência por pessoas desconhecidas na rua. Já atiraram coisas nela, xingaram e bateram. Também já foi agredida por clientes.
36	Diz que já passou por situações de violência verbal e que isso é frequente ao sair nas ruas. Sempre ouve xingamentos e coisas nesse sentido.
37	Já sofreu inúmeras violências físicas e sexuais de clientes, pessoas desconhecidas e de seu ex marido, que a espancava e já chegou a abrir a cabeça dela. Diz que apesar de tudo não se separava pois se sentia amada por ele. Trabalhou por muitos anos como profissional do sexo, mas parou aos 30.

38	Relata que na juventude passou por muitos episódios de violência, mas que sabia se defender. Relata que sua primeira relação sexual foi aos 5 anos de idade, mas que foi consensual, com um homem adulto, mas que ela queria. Não compreende enquanto violência sexual.
39	Relata ter tentado suicídio aos 22 anos, estava em depressão. Na época pensou que os medicamentos para a depressão que causaram a tentativa de suicídio. Diz que o que desencadeou a depressão foi a questão de ser trans e de todo preconceito que envolve a identidade. Não queria ser trans, não queria sofrer.
40	Relata ter sofrido transfobia por parte da família, que não aceitou sua transição e por isso veio para o Rio de Janeiro. Já sofreu violência sexual e física por clientes e por isso quer deixar o trabalho sexual.

Fonte: A autora, 2020.

A terceira tabela aborda **situações de violência** que elas possam ter sofrido, dentre violência verbal, física, sexual ou outras expressões e formatos. A primeira conclusão que é possível chegar a partir dos relatos é que a esmagadora maioria já sofreu pelo menos um tipo de violência. No país que mais mata pessoas Trans no mundo (ANTRA, 2021) já era esperado que quase todas as entrevistadas relatassem algum episódio de transfobia. O que vai diferenciar as situações experiência das por cada uma é o formato da violência e quem a cometeu.

A maior parte das entrevistadas que relataram algum tipo de violência, identifica os agressores como uma pessoa desconhecida. Há ainda, uma parcela das profissionais do sexo que relatam que já foram agredidas por clientes. Outro grupo que aparece como potencial reprodutor da transfobia é a própria família, além dos namorados, maridos e parceiros sexuais.

Uma recorrência, presente em grande parte dos relatos, diz respeito à agressão em seu caráter verbal, sofrida na maioria das vezes ao saírem nas ruas e por transeuntes. Cabe relatar que, em alguns discursos, as participantes tinham dificuldade de classificar as ofensas como uma forma de violência. Em inúmeras narrativas, os xingamentos e agressões verbais são apontados como “normais”, “comuns” e como algo que não agride. Essa naturalização é parte da transfobia estrutural engendrada na sociedade e denuncia um contexto de convívio com a hostilidade. Por meio dos relatos, fica nítido um histórico de violência de longa duração, desde o momento em que se perceberam enquanto transexuais ou travestis. A autopercepção enquanto trans se dá precocemente. De acordo com uma pesquisa realizada por Ferreira et al (2019), que entrevistou 322 mulheres trans e travestis do Rio de Janeiro, 112 pessoas relataram que se identificaram com suas identidades de gênero com menos de 7 anos de idade.

A tabela 3 mostra os dados referentes a estupro nos relatos observados nesse trabalho. Algumas participantes relatam terem sofrido estupro e, na maioria das vezes, por conhecidos ou familiares. Ferreira et al (2019) também relata uma elevada proporção de violência sexual

(estupro) entre travestis e mulheres transexuais. De um grupo de 322 pessoas, 149 sofreram violência sexual e, destas. Quanto a essa questão, fundamental destacar os relatos que apontam que a primeira relação sexual – ainda na infância – não foi um caso de violência pois houve “desejo”. Para além das narrativas registrada nesta pesquisa, não é tão incomum esse tipo de relato, o que é preocupante se pensarmos em quanto isso colabora para a naturalização e autorresponsabilização da violência sofrida. É muito importante a desconstrução da ideia de que uma criança é capaz de “consensuar” um ato sexual (e, não apenas, mas também outras ações), uma vez que ocupa uma posição de extrema vulnerabilidade e hierarquia frente a um adulto.

Voltando para o diário de campo, existem ainda, algumas participantes que relataram nunca terem sofrido nenhum tipo de violência e que percebem que isso se deu ao fato do seu grau de “passabilidade²¹”. Outras descrevem que muitas situações de violência ocorrem com aquelas que “não se dão ao respeito”, reproduzindo uma culpabilização das vítimas.

O suicídio é outro aspecto da violência que acomete pessoas Trans, embora apareça poucas vezes relatado no diário de campo. Segundo dados da ANTRA:

“(...)têm sido relatados com maior frequência nas redes sociais e em grupos de convivência de pessoas trans, especialmente entre pessoas negras e em situação de vulnerabilidade. (...) Em 2020, foram catalogados 23 casos de suicídio, sendo sete (30%) casos de homens trans/transmasculinos e 16 (70%) travestis/mulheres trans. Enquanto em 2019, dos 15 casos de suicídios mapeados em 2019, cinco (33%) eram homens trans/transmasculinos e 10 (67%) foram travestis e mulheres trans” (2021, p.119).

Esses dados podem também ser relacionados aos dados de Ferreira (2019) ao abordar a depressão, segundo os quais 186 travestis e mulheres transexuais (de 322) relataram depressão, um quadro que também se mostra presente nos relatos acima.

Tais situações narradas no diário de campo ecoam num contexto de extrema violência que acomete a população transexual e travestis. Embora não mencionados em nenhuma das falas registradas no diário de campo, o “Dossiê Assassinatos e Violência contra Travestis e Transexuais Brasileiras” organizado pela ANTRA no ano de 2020 e publicado já em 2021, aponta que o Brasil segue na liderança de assassinatos de travestis e transexuais no mundo. Só no último ano, cerca de 175 travestis e pessoas transexuais foram assassinadas, número que

²¹ Termo utilizado para identificar quando a pessoa é lida socialmente no gênero com que se identifica. Importante ressaltar que este termo não é consenso na comunidade trans e travesti, sendo muito discutido no cerne dos movimentos sociais, que compreendem que a melhor expressão seria “leitura social”. Entretanto, utilizo passabilidade pois foi a palavra empregada por todas as participantes que falaram algo a respeito dessa questão.

seria ainda maior se as 77 tentativas de homicídio fossem concretizadas. A maior parte ocorreu no estado de São Paulo, com 29 assassinatos notificados, o que significou um aumento de 38% dos casos em relação a 2019.

São Paulo, Ceará, Bahia e Rio de Janeiro aparecem entre os cinco primeiros estados com mais assassinatos de pessoas trans desde 2017. Durante o ano de 2020, o Ceará chamou a atenção das mídias pelos recorrentes casos entre julho e agosto, somando nove assassinatos somente nesses dois meses (2021, p.34).

Ao analisar por região, o Nordeste aparece em primeiro lugar no número de assassinatos, com 75 casos notificados (43%), ainda pelo dossiê da ANTRA:

Em seguida, vemos a Região Sudeste, que aumentou 4%, com 59 (34%) casos; a Região Sul com 14 (8%) assassinatos; o Norte, com 13 (7%) casos; e Centro-Oeste, com 12 (7%) assassinatos. Em 2020, o Nordeste e Sudeste seguiram aumentando, como havia ocorrido em 2019. Desde 2017, ano que iniciamos essa pesquisa, o Nordeste segue como a região que mais assassina pessoas trans do país” (2021, p.36).

Ainda, um dado extremamente relevante é o perfil racial das vítimas, onde consta que a esmagadora maioria das travestis e transexuais assassinadas eram pretas e pardas, somando 78% dos casos “explicitando ainda mais os fatores da desigualdade racial nos dados de assassinatos contra pessoas trans, como já estava ratificado nas edições anteriores”. (ANTRA, 2021, p.48). Ainda a partir da análise do dossiê, surge a ponderação de que a população negra tem maior chance de ser assassinada. Uma vez que “os índices médios se mantêm em uma faixa de 80% desde que iniciamos esse levantamento” (2021, p.48). Esse é um elemento a considerar, tendo em vista que o grupo contemplado nessa pesquisa apresentava uma predominância de travestis e mulheres transexuais negras.

A próxima tabela (tabela 4) aborda as experiências em relação ao **acesso à saúde** por travestis e mulheres transexuais. Como veremos a seguir, dentre as falas, aparece com frequência, relatos de desrespeito à identidade de gênero nas unidades de atendimento, desde por parte da recepção, como também por profissionais de saúde. Além da discriminação propriamente vivenciada, existe também o medo do mau atendimento e a expectativa de uma experiência constrangedora, que foi relatada também na forma de agravos cometidos não só por funcionários, mas também por outros usuários que se encontravam no mesmo serviço.

Tabela 4

Diários	Acesso a saúde
1	Evita ir ao médico quando está no Brasil. Iniciará o tratamento aqui, mas voltará para Londres no próximo mês e dará continuidade lá
2	Iniciou o tratamento na França, relata que no Brasil é tudo muito mais burocrático e difícil, que gostaria de continuar lá na França por conta disso
3	Relata evitar ao máximo procurar serviços de saúde por medo de sofrer preconceito pois já passou por situações constrangedoras no SUS.
4	Não quer fazer o acompanhamento próximo de casa por medo de que as pessoas próximas fiquem sabendo. Diz que essa divisão das unidades de referência por região dificulta muito o acesso pois “a vizinhança fica sabendo de tudo que você faz lá” (sic)
5	Já deixou de ir em unidades de saúde por medo de sofrer transfobia e preconceito por conta do HIV. Relata já ter tido seu nome social desrespeitado numa unidade de saúde onde foi buscar atendimento.
6	Relata que a última vez que foi ao médico e fez algum tipo de exame deveria ter cerca de 6 anos de idade. Sempre teve muito medo de fazer um teste rápido e ter o diagnóstico positivo. Tem medo de como é viver com o vírus, medo da medicação, de descobrirem a sorologia e de sofrer preconceito por isso.
7	Relata evitar ir em unidades de saúde, sobretudo a próxima de sua casa, pois já sofreu desrespeito ao nome social e a identidade de gênero nessa unidade.
8	Desde que veio ao Rio, há dois anos, não procurou nenhuma unidade de saúde, sendo essa a primeira vez. Em Fortaleza, cidade onde nasceu e vivia até então, relata que evitava ao máximo pois era vista como “uma aberração” na cidade.
9	Relatou ter se mudado e não conseguiu marcar consulta na unidade próxima de casa pois é “muita burocracia” (sic).
10	Relata nunca ter passado nenhum constrangimento em unidade de saúde e evita apenas por não gostar de ir ao médico nem fazer exames.
11	Relata que ao descobrir o HIV foi um grande susto, pois o tratamento não era tão avançado quando hoje, não se fala muito sobre. Teve muito medo e muita dificuldade em iniciar o tratamento por conta do acesso aos serviços de saúde “serem difíceis” (sic).
12	Tentou suicídio dias atrás quando recebeu o diagnóstico do HIV, bebeu “veneno de rato”. Teve muito medo de como seria o acompanhamento nas próprias unidades de saúde. Diz que não teria coragem de acompanhar perto de casa por medo do que poderiam falar pela vizinhança, além de já ter tido experiências de transfobia na clínica da família da região.
13	Faz o acompanhamento onde reside e diz que é bem tratada, que as dificuldades estão na falta de estrutura da unidade. Relata crises depressivas e de ansiedade desde criança. Não sabe quando começou, mas diz que piorou muito pós o diagnóstico do HIV. Diz que gostaria de ter acesso a serviços de saúde mental na unidade próxima de casa, mas que nunca conseguiu.
14	Diz evitar as unidades de saúde próximas de casa pois conhece muitas pessoas que trabalham nesses locais e tem medo de “fofoca” (sic). Por esse mesmo motivo relata não desejar realizar o acompanhamento para o HIV perto de casa, prefere acompanhar nesta instituição.
15	Alega morar muito longe e por isso não consegue vir às consultas e não consegue acessar serviços próximos da residência pois diz que “lá não tem serviços que possam atendê-la” (sic).
16	Acredita que pessoas trans (ela se incluiu nesta hipótese) têm mais medo dos outros pacientes

	do que dos profissionais de saúde ao acessar uma unidade de saúde. Aponta que está com muito medo de sofrer mais discriminação pelo HIV e de que as pessoas fiquem sabendo de seu diagnóstico.
17	Não vê dificuldade no acesso a saúde por pessoas trans, diz que pessoas trans são tratadas iguais às pessoas cis. Apenas acredita que as pessoas com HIV ainda são muito discriminadas e por isso não se sentem seguras para falarem sobre isso com outras pessoas e com os parceiros.
18	Alega não ter passado por nenhuma situação desagradável em unidades de saúde. Tentou suicídio aos 15 anos por conta da tristeza que sente por todo preconceito que sofre. Hoje se sente muito ansiosa e triste, mas sem ideação suicida. Diz que seu maior desejo é acessar o processo transexualizador pois acredita que só assim será aceita.
19	Sempre fez acompanhamento nessa instituição, desde “antes da transição” (sic). Não teve dificuldades em acessar serviços de saúde, apenas durante o período de privação da liberdade.
20	Trouxe demandas de saúde relacionadas ao uso de roupas muito apertadas e faixas para esconder a genitália. Relata não gostar de hospitais, médicos e nada que remete à serviços de saúde.
21	Relata nunca ter passado nenhum tipo de dificuldade ao acessar algum serviço de saúde. Que sempre foi bem tratada por profissionais de saúde.
22	Relata não ter tido dificuldade em acessar serviços de saúde pois evita ao máximo ir a médicos. Relatou não buscar a clínica da família de sua região para tratamento do HIV pois teve medo de vazarem o diagnóstico para a vizinhança. Relata que soube de casos em que isso aconteceu.
23	Atualmente está acompanhando num oftalmologista um tumor no olho. Operou catarata recentemente e descobriu o tumor. Diz que nunca se sentiu desrespeitada em unidades de saúde, mas que muitas vezes não teve seu nome e sua identidade respeitada, mas que isso não foi um problema para ela.
24	Passou por alguns episódios de transfobia em unidades de saúde, inclusive na clínica onde acompanha o HIV (no início, quando buscou tratamento, hoje diz que não acontece mais), onde não respeitaram a identidade de gênero nem o nome social.
25	Diz que desde a fase adulta foi em pouquíssimas unidades de saúde no Brasil. Desde que foi para a Europa (aos 20 e poucos anos) relata que teve boas experiências ao acessar os serviços de saúde lá. E relata que lá “é muito melhor do que aqui por que lá tratam trans e travestis com respeito e são vistas como iguais” (sic).
26	Relata nunca ter passado situações de constrangimento em unidades de saúde por profissionais de saúde, mas sim por outros pacientes que estavam nas clínicas.
27	Relata nunca ter tido medo de procurar uma unidade de saúde com medo de transfobia pois é “muito reconhecida como mulher, tem muita passabilidade” (sic) e raramente tem sua identidade de gênero questionada.
28	Relata sempre ter sido bem atendida nas unidades de saúde. Tentou suicídio no ano anterior enfiando uma faca no peito e que se arrependeu muito e não pensa mais em suicídio. Não quis entrar em detalhes sobre o período em que isso ocorreu e o que poderia ter desencadeado, mas a mãe disse que foi por depressão.
29	Relatou que raramente procura unidades de saúde para algum tipo de atendimento, apenas quando há uma emergência. Há 3 meses parou o hormônio, que usava por conta própria, por se sentir bem com sua aparência.

30	Relata episódios de transfobia por funcionários da recepção na unidade de referência onde faz o acompanhamento hormonal. Deseja se inserir na pesquisa e transferir seu acompanhamento em HIV e hormonal para cá por que aqui ela tem acesso aos dois acompanhamentos de uma vez e, também, por conta dos episódios de transfobia que já sofreu na outra unidade.
31	Acredita que está com sífilis e relata que essa é sua maior preocupação e apenas por isso buscou a unidade de saúde. Aplicou silicone industrial no glúteo aos 16 anos e teve algumas complicações (silicone desceu para coxa e sente algumas dores).
32	Iniciou a hormonização aos 14 anos. Aplicou silicone industrial em várias partes do corpo, inclusive no rosto, e todas as partes deram complicações pois o silicone “desceu” e inflamou.
33	Alega ter sofrido transfobia em unidades de saúde por profissionais, tanto médicos, enfermeiros entre outros, quanto funcionários da recepção e segurança.
34	Relata que fica sempre com muito receio ao procurar uma unidade de saúde pois sente que os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com travestis e pessoas trans.
35	Relata que teve “sorte” e foi bem atendida na grande maioria das vezes. Diz que profissionais já deixaram de chamar pelo nome social, mas que ela não liga e que não é uma questão para ela.
36	Relata que ficou esse tempo todo sem tratamento pois viajava muito e tinha medo de como seriam os atendimentos, além de ter medo de possíveis efeitos colaterais da medicação.
37	Diz que na época que descobriu o HIV foi bem tratada, apesar de não se falarem muito sobre questão trans e que nunca teve grandes dificuldades para acessar serviços de saúde. Que embora às vezes não respeitem o nome social e os pronomes adequados, não se sente desrespeitada.
38	Diz que sempre acessou serviços de saúde e tratou o HIV na Europa e diz que é muito melhor e mais avançado que aqui no Brasil. Já fez muitas cirurgias plásticas e usou silicone industrial em algumas partes do corpo, que têm causado problemas de saúde até hoje.
39	Diz que basicamente só teve acesso à saúde na infância, quando colocou prótese de silicone nos seios e agora para tratar do HIV. Que nunca passou nenhuma situação constrangedora, mas que evita buscar serviços de saúde.
40	Relata sempre evitar acessar serviços de saúde por medo do preconceito e que só veio nessa unidade pois sabe que muitas trans são atendidas aqui e que até agora nunca ouviu nenhuma reclamação.

Fonte: A autora, 2020.

Um outro elemento importante é o uso de silicone industrial, que aparece em alguns dos relatos. Nesse sentido, essa situação se mostra mais um aspecto da transfobia institucional cometida pelo Estado, pois o mesmo, ao não garantir acesso aos serviços como hormonização e cirurgias plásticas eletivas, abre margem para que esse serviço seja ofertado de forma “não oficial” e, conseqüentemente, insegura e improvisada, o que acaba gerando uma série de complicações em saúde que comumente ocorrem após os procedimentos. Se não bastasse a não oferta dos serviços, o Estado também não reconhece a demanda de atendimento em

relação ao uso do silicone industrial e não oferece serviço especializado, nem uma formação adequada para que profissionais de saúde lidem com os efeitos colaterais das aplicações.

Outra questão descrita é o receio do “vazamento” do diagnóstico do HIV, uma vez que as unidades de referência para onde são encaminhadas são próximas de suas residências e, conseqüentemente, frequentadas por pessoas conhecidas, vizinhos e até mesmo familiares. Esta situação coloca a exposição social como parte dos seus temores. Segundo aponta a UNAIDS (2019), ainda hoje a grande maioria das pessoas vivendo com HIV sofrem muito com o medo do estigma e da discriminação em relação ao vírus, o que as coloca num grande dilema sobre revelar ou não sua situação sorológica para pessoas de seu convívio pessoal, familiares, parceiros(as), amigos(as), mesmo com o direito garantido ao sigilo.

Cabe pensar que essa situação é um dos elementos que podem corroborar para a dificuldade de adesão dessa população ao tratamento para o HIV, pois uma vez que se estabelece o receio de acessar uma unidade de saúde e sofrer algum tipo de discriminação, além de um possível constrangimento e exposição, forja-se a expectativa de novas tribulações num processo contínuo de cuidado.

Apesar da maioria dos depoimentos reforçarem as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, há alguns casos de pessoas que relatam não terem enfrentado nenhuma questão impeditiva e dentre essas, algumas apontam mais uma vez (também identificado na discussão de violência) a “passabilidade” como o subterfúgio para uma possível proteção de situações discriminatórias.

O que é possível perceber diante do exposto, é que as dificuldades no acesso aos serviços e às políticas públicas atravessa toda a população, seja na busca por um acompanhamento em saúde, seja na procura por acesso a serviços sócio-jurídicos (como por exemplo a retificação dos documentos) e no acesso precário à educação e ao mercado de trabalho formal. Ou seja, mesmo com alguns serviços sendo ofertados no âmbito das políticas públicas, a população travesti e transexual continua se deparando com inúmeras barreiras que impedem o acesso.

No caso do processo de requalificação civil (troca dos documentos), desde 2018, a partir da Opinião Consultiva 24 da Corte Interamericana de Direitos Humanos, publicada dia 9 de janeiro, foi reconhecido que retificar o nome e gênero para se adequar a identidade autopercebida é direito protegido pela Convenção Interamericana de Direitos Humanos. A partir disso, foi determinado que o procedimento cartorário ou administrativo é o que melhor se adequa à requalificação; que não devem ser exigidos pareceres médicos ou psicológicos para a retificação, não sendo exigidos também prévia cirurgia ou tratamento hormonal; e foi

formulada a ADI 4275 (Ação Direta de Inconstitucionalidade) que retoma um direito constitucional, o Artigo 58 da lei 6.015/1973 que dispõe sobre os registros públicos, no sentido de ser possível a alteração de prenome e gênero no registro civil mediante a declaração no registro original, independentemente da cirurgia de transgenitalização. É a partir dessa formulação que no dia 01/03/2018 passa-se a ser possível a alteração de nome e gênero no Registro Civil mesmo sem a realização de procedimento cirúrgico de transgenitalização. No entanto, ainda assim, a população encontra uma série de tribulações para realizar o procedimento, precisando recorrer à defensoria pública para dar entrada ao processo.

No que tange o acesso a saúde, mesmo com o Processo Transexualizador tendo sido regulamentado ainda em 2008, através da portaria 457 do Ministério da Saúde (MS) e ampliado em 2013 pela portaria 2.803, a rede de atendimento é insuficiente Brasil a fora, e não dá conta das demandas ambulatoriais, muito menos as de alta complexidade, como as cirurgias.

Outro fator percebido é que mesmo com a criação, ainda em 2010, da *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (MS)*, estabelecendo um conjunto de diretrizes e estratégias para o atendimento qualificado à população LGBTQIA+, ainda são muitas as unidades de saúde (e seus profissionais) que reproduzem a LGBTQIA+fobia, o que acaba por afastar a população da perspectiva do cuidado em saúde. De acordo com o documento:

O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado nesta Política como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde. Para que isso se efetive, a Política LGBT articula um conjunto de ações e programas, que constituem medidas concretas a serem implementadas, em todas as esferas de gestão do SUS, particularmente nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Este processo de implementação deve ser acompanhado, cotidianamente, pelos respectivos Conselhos de Saúde e apoiado, de forma permanente, pela sociedade civil. (MS, 2010)

Toda essa precariedade na oferta dos serviços, dificulta inclusive na prevenção e também na adesão ao tratamento para o HIV (além de outras condições de saúde), pois não há a criação de um vínculo da usuária à unidade de saúde, não havendo muitas vezes confiança no serviço ofertado, vide os relatos de medo do vazamento do diagnóstico sorológico. Isso se desdobra num movimento importante de autoproteção que foi identificado nos relatos, onde a própria população se comunica, trocando sobre as experiências no acesso a saúde, apontando quais os serviços garantem um acesso digno.

A seguir, a última tabela traz alguns elementos já previamente apontados e algumas vivências particulares que demonstram a diversidade das vivências experienciadas por travestis e mulheres transexuais.

Tabela 5

Diários	Outros comentários
1	Perdeu os pais recentemente, relata ideação suicida, mas sem tentativas. Terminou um relacionamento sem conversar sobre o diagnóstico por medo da reação do parceiro. Não tem nome social e diz que não se importa com o nome, pronomes ou vestimentas.
2	Aponta que essa questão de identidade de gênero e orientação sexual é muito ultrapassada, que em vários países da Europa isso não tem a menor importância e as pessoas não precisam “se rotular”, mas se fosse para se identificar com uma orientação sexual seria pansexual.
3	Tem boa relação com a mãe e demais familiares, identifica que isso é muito importante para sua vivência. Coloca que sua maior dificuldade é em relação à passabilidade e acredita que “mulheres trans mais femininas não sofrem tanto preconceito” (sic)
4	Estava muito triste por conta do diagnóstico, se questionando como foi possível isso acontecer. Relata que está com muito medo que descubram, pois o preconceito com quem tem HIV é ainda maior em relação a pessoas trans e travestis.
5	Veio encaminhada por uma unidade de referência em acompanhamento hormonal. Relata desejar transferir o acompanhamento hormonal e o tratamento para HIV.
6	Trabalhava como camareira, mas havia sido demitida 1 mês antes do atendimento, por isso voltou ao trabalho sexual. Relata ter iniciado a prostituição aos 16 anos para se manter financeiramente. Diz que quando está empregada formalmente não realiza essa atividade. Relata uso abusivo de álcool, chegando a tomar até duas garrafas de vodka por dia, associadas ao uso de cocaína.
7	Voltou para o Rio após viver um relacionamento abusivo em São Paulo. Atualmente mora num cômodo no terreno de familiares e depende da mãe para conseguir se alimentar, pois há cerca de 2 meses largou o trabalho sexual.
8	Veio de Fortaleza com 24 anos sozinha. Iniciou a transição aos 13 anos e não teve o apoio da mãe, mas relata que hoje ela aceita e respeita. Morou em São Paulo por 2 anos antes de vir de Fortaleza para o Rio de Janeiro e coloca que lá paga muito melhor no trabalho sexual do que aqui. Iniciou na profissão do sexo aos 14 anos. Uso de álcool e cocaína diários.
9	Relata ansiedade medo e sensação de pânico. Pensa em suicídio com frequência, mas diz que “não se vê tendo coragem de fazer” (sic).
10	Relata ganhar muito bem com a profissão do sexo e que gosta desse trabalho. Iniciou aos 13 anos “porque quis, não porque precisava do dinheiro”, quando iniciou a transição. Primeira relação sexual aos 10 anos de idade.
11	Veio buscando informações sobre o ônibus da Justiça Itinerante para dar início ao processo de requalificação civil. Deseja transferir o acompanhamento para essa instituição pela possibilidade de acessar outros serviços além da TARV (como, por exemplo, o acompanhamento hormonal).
12	Quando questionada sobre a identidade de gênero, disse que acredita que mulher trans é quem deseja operar e realizar mudanças cirúrgicas e travestis não. Disse que se identifica

	como mulher trans mesmo achando que irá demorar muito para conseguir as cirurgias.
13	Sofreu muito quando “começou a se perceber diferente” (sic) aos 11 anos. Diz que se pudesse escolher não seria trans, permaneceria cis e hetera. Sofre muito por “desapontar a família”. Se sente sobrevivendo e não vivendo. Questionou qual a diferença entre trans e travesti, disse que nunca soube, mas que achava que travesti não era “legal” (sic). Relata acreditar que pessoas trans nunca serão aceitas como as cis e isso a faz sofrer muito pensando no futuro. Acha que a realização da cirurgia transgenitalizadora a deixaria mais calma.
14	Sobre a diferença entre ser uma mulher trans e uma travesti, diz que a travesti “não se sente mulher o tempo todo” (sic).
15	*Ao ser questionada sobre a identidade de gênero, disse que não sabe se é trans ou travesti, que não sabe a diferença entre uma identidade ou outra.
16	Se percebeu trans aos 12 anos e teve apoio da família. Atualmente passa por dificuldades financeiras, mas relata não desejar mais o trabalho sexual nem para se alimentar. “Prefere passar fome que se prostituir” (sic).
17	**Ao ser perguntada sobre a identidade de gênero, diz que trans e travesti é “tudo a mesma coisa” e que para ela tanto faz, que não sabe a diferença e não acredita que haja alguma.
18	Relata que se identifica como mulher trans há pouco tempo, que antes se via como um homem gay. Se percebeu “diferente” (sic) aos 6 anos de idade, mas achou que era apenas uma questão de orientação sexual. Apenas aos 18 anos começou a entender o processo que estava passando.
19	Se identifica como travesti, pois alega que mulheres trans são aquelas mais femininas e que desejam fazer cirurgia e que se a pessoa “não parece muito mulher, é travesti” (sic). Relata uso abusivo de cocaína. Acredita que seria muito pior se mulheres trans e travestis ficassem nas penitenciárias femininas pois não seriam aceitas pelas mulheres cis.
20	É evangélica por influência da família. Relata ter iniciado no trabalho sexual aos 15 anos e que nunca tentou trabalhar com outra coisa. Ao ser questionada sobre a identidade de gênero, diz que travesti é quem se prostitui e mulher trans não. Por isso se identifica como travesti.
21	Relata ter muito mais medo do preconceito em relação ao HIV do que a transexualidade. Entende que a diferença entre travestilidade e transexualidade é uma “demarcação política” (sic). Mora com o namorado, um homem trans, que considera sua maior rede de apoio.
22	Se sente deprimida desde o falecimento da mãe, há 5 anos. Disse que ela era a única pessoa que ela tinha e que a aceitava. Se identifica como trans desde os 8 anos e passou a viver a transexualidade ainda aos 14, com total apoio da mãe. Separou há 8 anos de seu ex marido e não consegue lidar com o fim do relacionamento. Se sente triste e sozinha sem a mãe e o companheiro.
23	Mora atualmente na casa da mãe, mas a mãe mora em Natal. Não tem boa relação com ela, ela não aceita sua identidade. Atualmente se mantém com o BPC pois não consegue mais trabalhar por conta da perda dos movimentos nos dedos. ***Não vê diferença entre travesti e transexual, diz que é a mesma coisa e que o termo só muda de acordo com a época.
24	Se identifica como mulher trans, mas relata não perceber diferença entre mulher trans e travesti, apenas prefere ser identificada como mulher trans. Se percebeu trans aos 12 anos e aos 15 começou a viver sua identidade, sem apoio da família.
25	Iniciou a transição aos 23 anos, pois foi quando os pais se separaram e se sentiu livre para seguir seu caminho. Relata não querer trocar de vida (em relação a trabalhar como profissional do sexo em

	Roma), pois pagam muito bem e os homens de lá gostam muito de mulheres trans e travestis.
26	Trabalhava como profissional do sexo até meses antes. Parou ao começar a namorar. Acredita que a diferença entre mulher trans e travesti é que as mulheres trans desejam fazer modificações no corpo e as travestis não.
27	Se identifica como mulher trans pois relata não gostar do “termo” travesti, mas não percebe se há diferença. Mora com os pais, que a aceitam desde sempre. Se percebeu trans ainda aos 9 anos de idade e iniciou a transição aos 16.
28	Veio com a mãe e só aceitou responder o questionário na presença da mãe, mesmo sendo informada sobre algumas questões de grande profundidade e exposição que fazem parte do questionário. Ressalto que foi difícil a aplicação pois em muitos momentos a mãe respondia por ela e era necessário intervir para que a própria participante pudesse responder. Relata se identificar como mulher trans pois para ela as travestis são “aquelas que fazem pista, não se valorizam e não se veem como mulher” (sic)
29	*****ao ser perguntada sobre a identidade de gênero, diz se sentir mulher “sem essa coisa de trans, travesti, mulher e ponto”(sic). Relata que não se sente parte da comunidade, que não se vê “como as outras”(sic). Tem aceitação por parte da família e diz que isso foi fundamental para sua transição.
30	Iniciou a hormonização aos 15 anos e relata que antes disso se percebia um homem gay. Tem boa relação com a mãe que a aceita, embora tenha dificuldade de chamar pelo seu nome atual (que não é mais nome social uma vez que já retificou seus documentos). Se identifica como mulher trans pois tem modificações corporais, como por exemplo o silicone, e entende que essa é a diferença entre mulheres transexuais e travestis.
31	Se identifica como travesti porque não deseja fazer a cirurgia de transgenitalização (entende que essa é a diferença entre mulheres trans e travestis). Relata uso abusivo de álcool e cocaína e que é isso que a permite que ela consiga “ir para a pista”(sic). Relata não ter amigos(as), apenas “colegas de pista”(sic).
32	Se identifica como travesti pois diz que esse é o nome usado em sua época.
33	Trabalhou como profissional do sexo por muitos anos, mas decidiu largar e buscar um emprego formal. Disse que estava cansada e queria outra vida. Iniciou a transição aos 20 e poucos anos, o que ela considera tarde, e antes se percebia um homem gay. Tem um namorado, com quem tem um relacionamento aberto. Se identifica como travesti pois não deseja realizar a cirurgia (entende que essa é a diferença entre travesti e mulher trans).
34	Relata que além do trabalho sexual, tem feito furtos e “outras coisas que nunca se imaginou fazendo” por necessidade. Às vezes chega a não ter comida e por isso precisa fazer tudo o que faz. Se identifica como mulher trans, mas não vê diferença para travestis. Se percebeu trans aos 17 anos.
35	Se identifica como travesti e diz que “essa coisa de mulher trans é para gente jovem”.
36	Mora com duas irmãs e a avó mora na casa de cima. Recebe ajuda financeira de um vizinho e das irmãs. A avó não a aceita e apenas as irmãs respeitam sua identidade.
37	Sobre o encarceramento, relata que foi presa por um crime que quem cometeu foi a amiga, mas como ela está perto e ninguém quer saber quando é travesti, acabou sendo presa junto. Nasceu em Pernambuco e veio para o Rio de Janeiro ainda pequena.

	Prefere a identidade travesti pois diz que “trans” é uma forma de higienizar a identidade travesti e que não concorda. Mora com uma amiga trans e um amigo que é um homem trans. Os dois são um casal e a abrigaram na casa deles. O amigo tem transtorno de personalidade borderline e com frequência se automutila e se coloca em situações “muito graves”(sic). Tem muito medo de continuar morando com eles pois esse amigo, que é um homem trans, está sempre muito ferido por conta própria, mas que tem medo de ser acusada pois acredita que para a polícia o amigo é a mulher e ela e a amiga trans que vive com ele são os homens da situação.
38	É espírita, diz que sua religião é muito importante para ela. Foi cafetina e levou muitas mulheres trans e travestis para fora do Brasil para o trabalho sexual e fazerem “carreira”(sic). Se identifica como travesti e relata que é fundamental usar esse termo e se apropriar dele pois é um termo cultural, brasileiro.
39	Se identifica como trans pois acredita que travesti são aquelas que se realizam trabalho sexual.
40	Nasceu na Paraíba e veio para o Rio de Janeiro aos 15 anos. Se identifica como trans pois entende que “trans é quem parece mesmo mulher e que até os homens confundem com mulher de verdade”(sic). Além do trabalho como profissional do sexo, faz faxina esporadicamente para complementar a renda.

Fonte: A autora, 2020.

A última tabela aponta para miríade de situações delicadas, onde algumas discussões foram previamente abordadas ao longo da dissertação, como por exemplo o debate entre a diferença da travestilidade para a transexualidade, a idade com que se perceberam travestis/transexuais, as experiências vivenciadas com o trabalho sexual, situações de conflitos familiares, tensões cotidianas, em suma, toda a complexidade da vulnerabilidade que um país como o Brasil e uma capital como Rio de Janeiro impõem e expõem às travestis e pessoas transexuais.

Uma observação a ser notada é o papel da família no processo de identificação e, posteriormente, de transição. Em muitos relatos é possível perceber a diferença que faz quando a família se coloca enquanto rede de apoio, respeitando a identidade, estão ao lado da pessoa. É importante compreender que infelizmente essa não é a regra na vida de travestis e mulheres transexuais. Uma grande parcela da população é alvo de preconceito, discriminação e violência por parte da própria família, que muitas vezes expulsa de casa, nega acesso a condições básicas de sobrevivência dentro do próprio ambiente familiar, agride fisicamente, verbalmente e até sexualmente. Esse fator se agrava ao considerarmos que a maioria das pessoas trans e travestis relatam que o processo de se perceber transexual vem de muito cedo. O que os relatos mostram em sua maioria é que desde criança, quando a identidade e a personalidade começam a serem construídas, que se identificam “diferenças” entre o gênero

pré-determinado biologicamente e o gênero com o qual a pessoa se identifica verdadeiramente.

Outra questão que surge e que também foi previamente apontada ao longo do trabalho, é o trabalho sexual como estratégia de sobrevivência, uma vez que lhes é negado o acesso ao mercado de trabalho formal. A transfobia, na grande maioria das vezes, já aparece logo nos primeiros momentos da busca por um emprego, limitando desde o início as possibilidades de acesso e permanência no trabalho. A divergência do nome em relação à aparência é o primeiro fator a ser considerado. O uso do Nome Social ainda é muito deslegitimado. No Brasil, o decreto nº8727/2016 do Governo Federal, respalda o uso do nome social em instituições públicas e, ainda assim, há diversos relatos de desrespeito e descumprimento dessa norma. A partir disso, é importante ressaltar, que não basta a normatização de determinada lei, se não há por parte do Estado uma fiscalização qualificada e eficaz, em fazer valer o cumprimento de tal medida.

No Rio de Janeiro, a legislação veio até antes. É o Decreto nº43065/2011 do Estado do Rio de Janeiro que dispõe sobre o direito ao uso do nome social por travestis e transexuais nos atos e procedimentos da Administração Direta e Indireta do Estado do Rio de Janeiro, mas a efetivação da legislação veio muito depois pois até alguns poucos anos atrás, as Clínicas da Família e UPAS não constavam a opção de inserir o nome social, gerando constrangimento e desconforto nos pacientes.

É perceptível a violência social que é o desrespeito à identidade de gênero e a necessidade de se fazer valer e ser respeitado o nome social, mas não só isso, a garantia do direito de Requalificação Civil, que é o processo de alteração documental do nome e gênero da pessoa transexual. Até fevereiro de 2018, não havia a institucionalização da Requalificação Civil para pessoas transexuais. Esse processo era feito por via judicial, requerida junto à Defensoria Pública, onde o resultado se dava, muitas vezes, de forma arbitrária, pois não havia uma legislação específica que assegurasse esse direito e universalizasse-o, ficando a critério da opinião pessoal dos juízes. Foi somente em março de 2018 que se estabeleceu o reconhecimento do direito à retificação de nome e gênero autopercebido nos documentos e que esse procedimento deve ser cartorário e administrativo, não devendo ser exigidos pareceres médicos ou psicológicos para a retificação, e nem exigida a prévia cirurgia ou tratamento hormonal.

Hoje, então, a retificação já é um direito conquistado com muita luta e pressão dos movimentos sociais LGBTQIA+, entretanto, embora tenha sido um grande avanço, foram muitas as cidades que demoraram a incorporar o novo procedimento, e ainda são inúmeros os

relatos de que muitos cartórios seguem mantendo a burocracia para a modificação dos documentos e perpetuando as dificuldades no acesso a esse serviço.

Por fim, ressalto que o objetivo dessa breve análise não é esgotar os debates apontados ao longo do texto, mas apenas evidenciar algumas das inúmeras problemáticas que atravessam comumente a experiência de vida de travestis e mulheres transexuais, realçando o recorte do HIV enquanto um condicionante que agrega ainda outras limitações e discriminações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi a partir da experiência de trabalho relatada ainda na apresentação que forneceu a base para esse estudo - por meio de narrativas visualizadas com maiores detalhes nas tabelas as quais refletem uma parte dos atendimentos registrados nos diários de campo -, que surgiu a hipótese de que o estigma do HIV somado à transfobia concedem uma série de condicionantes agravantes que interpelam a vivência de travestis e mulheres transexuais, sobretudo no que diz respeito ao acesso à saúde. Historicamente travestis e mulheres transexuais constituem uma população colocada à margem da sociedade e desprotegida de políticas públicas, o que se dá pela ausência de um Estado comprometido com os direitos humanos, com a população LGBTQIA+ e, claro, com diversos outros grupos desprivilegiados.

Nesse sentido, ressalto a importância de compreender o processo de violência que sofrem aqueles e aquelas que ousam desafiar o conservadorismo impregnado na sociedade e no Estado, que nesse caso, tem como um de seus pilares a cisheteronormatividade, e como a saúde desses sujeitos é entrecortada pelas múltiplas facetas dessa violência estrutural e naturalizada, chamada *transfobia*.

O preconceito, a discriminação e a violência transfóbica impõem uma série de *impossibilidades* para a vida dessas pessoas, contribuindo para a evasão escolar, limitando o acesso ao mercado formal de trabalho, afastando essas pessoas dos serviços de saúde, ou seja, afastando absolutamente essa população da chance de viver uma vida digna e com acesso a direitos. E essa violência, na grande maioria das vezes, é perpetuada inclusive dentro de casa, junto à família, que igualmente discrimina e violenta a partir da reprodução da transfobia estrutural arraigada na sociedade. Segundo Almeida (2016):

As discriminações à população T, em razão da forma como se exprimem do ponto de vista do gênero, se manifestam desde a infância, na forma de violências, imposições ou de abandono/negligência familiar, de um longo processo de expulsão da escola e de várias outras opressões e violências (inclusive sexuais), muitas vezes sem qualquer tipo de interferência do Estado no sentido de coibi-las. (ALMEIDA, 2016, p. 13)

Não à toa, o Brasil segue há anos ocupando o posto de país que mais mata travestis e pessoas transexuais no mundo (ANTRA, 2021) e esses assassinatos se destacam pelos meios utilizados para cometê-los, onde na maioria das vezes, são crimes identificados com requintes de crueldade. Em 2020, dentre os assassinatos notificados, em 24 notícias não se informou sobre o tipo de ferramenta e/ou meio utilizado para executar o crime. Nos demais casos

observados na pesquisa realizada pela ANTRA, 47% foram cometidos por armas de fogo; 21% por arma branca; 24% por espancamento, apedrejamento, asfixia e/ou estrangulamento; 8% de outros meios, como pauladas, degolamento e corpo ateadado fogo; e, “ainda, 29 casos de execução direta com número elevado de tiros ou a queima roupa, enquanto, em 2019, haviam sido nove execuções” (2021, p.59).

Um diferencial no relatório da ANTRA deste ano, mostra que os atos de violência estão sendo cometidos também contra candidaturas políticas travestis e transexuais que tiveram uma importante expressão na última eleição, incomodando os setores conservadores e reacionários que ocupam a maior parte do campo político do país. Segundo os dados, em 2020, a ANTRA mapeou as candidaturas trans e conseguiu identificar em 25 estados, 294 candidaturas pelo Brasil, sendo 30 candidaturas coletivas, 2 para prefeitura e 1 para vice-prefeitura. Tivemos 263 travestis e mulheres transexuais, 19 homens transexuais e 12 candidatas com outras identidades trans. Destas candidaturas, foram eleitas 31 pessoas trans: 1 pessoa intersex - tornando-se a primeira do país -, 2 homens trans - tendo sido eleitos como as primeiras representações políticas transmasculinas no Brasil -, e as demais 28 são travestis ou mulheres transexuais (ANTRA, 2021).

Dessas candidaturas, 80% disseram não se sentirem seguras para o desempenho do seu cargo e alguns casos emblemáticos, se encontram numa situação de “insegurança e risco, além da exposição ao ódio que as pessoas trans enfrentam no convívio social, demanda medidas emergenciais para a garantia do direito à vida dessas parlamentares.” (2021, p. 89). Ainda, dentre as dificuldades apontadas, é possível destacar que os protocolos de proteção para figuras parlamentares “não são pensados para atender às realidades e situações específicas das parlamentares travestis e transexuais, considerando a natureza e as necessidades do cargo.” (2021, p. 89).

Esses casos de violência notificados, representam 25% das parlamentares eleitas. Ou seja, 8 de 31 pessoas foram ameaçadas de alguma forma ao exercerem seu direito à candidatura e, posteriormente, à posse de seu mandato.

Os principais elementos presentes nas violências políticas encontradas de forma recorrente aparecem como aqueles motivados pelo gênero que expressam – ódio ao feminino; o machismo, que atribui inferiorização e incapacidade a corpos subalternizados de ocuparem a política; e a transfobia, na forma com que os ataques são direcionados à identidade de gênero das vítimas e estão presentes em todos os casos. O racismo aparece contra 63% das candidatas/vereadoras eleitas, e expressões de ódio com motivação religiosa foram identificadas em 65% dos casos. (ANTRA, 2021, p. 89).

Diante do exposto, cabe apontar mais uma vez a negligência do Estado para com essa população, inclusive no que tange os direitos políticos. Vale lembrar do fatídico episódio ocorrido logo no início do atual governo federal que deixou explícito o descomprometimento com as pautas em relação à diversidade, no qual uma ministra declarou que “uma nova era começou: menino veste azul e menina veste rosa”²² fazendo alusão ao campo LGBTQIA+ e, sobretudo, às diferentes identidades de gênero existentes. E no campo da saúde, no qual já na primeira semana de mandato o primeiro Ministro da Saúde retira do ar uma cartilha voltada para a saúde de homens transexuais, que discutia formas de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis.²³

A partir da identificação dessa ausência do Estado frente ao combate à transfobia e percebendo a dimensão institucional dessa discriminação, onde instituições e serviços públicos não estão isentos de produzir e reproduzir violências à essa população, pelo contrário, servem inclusive como palco de grande parte das situações relatadas por travestis e pessoas transexuais, é que estruturei a discussão realizada neste trabalho.

Por fim, seria impossível concluir um trabalho no ano de 2021 sem citar a conjuntura pandêmica da COVID-19 que vem se arrastando desde o final de 2019 e que impactou completamente a vida de toda população mundial no ano de 2020. A partir de dados ainda preliminares, pois a pandemia não se encerrou, a ANTRA identificou que as vidas da população travesti e transexual foram diretamente impactadas e que essas pessoas correm risco ainda maior em relação às suas condições de sobrevivência. Isso porque, se a crise social e econômica provocada pela pandemia da COVID-19 não conta com uma resposta efetiva do Estado, a violência estatal se mantém presente em diferentes formas: por ação direta ou indireta, quando nega o acesso a direitos (deixando de ampliá-los ou até mesmo retirando os já previamente conquistados) e se omite na defesa de corpos travestis e transexuais. Além disso, cabe pensar no avanço da onda fascista pelo mundo – inclusive ocupando os espaços de poder, e no absoluto acirramento das desigualdades que temos visto de forma escancarada ao longo dos últimos meses.

Diante desse cenário, só se confirma o fato de que o estigma e a discriminação contra travestis e pessoas transexuais são reais e profundos em todo o mundo e fazem parte de um círculo estrutural e contínuo de opressão que as mantém afastadas de políticas públicas e dos

²² Ver mais em: <http://g1.globo.com/globo-news/jornal-das-dez/videos/v/azul-e-rosa-declaracao-da-ministra-damares-gera-polemica-e-critica-nas-redes-sociais/7275401/>

²³ Ver mais em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/01/ministerio-da-saude-retira-do-ar-cartilha-voltada-para-saude-do-homens-trans.shtml>

direitos básicos. Travestis e pessoas transexuais, em todas as partes do mundo, são vítimas de um terrível discurso de ódio, que se desdobra em violência, que se expressa através de humilhações, xingamentos, agressões físicas e sexuais, assassinatos, desproteção do Estado, negligência, barreiras no acesso aos serviços públicos, dentre inúmeras outras situações recorrentes as quais a população é submetida nesse contexto de transfobia estrutural.

Assim sendo, é cada vez mais urgente travarmos de forma ampla e coletiva a luta pela garantia dos direitos humanos, fortalecendo os movimentos sociais e os espaços de discussão verdadeiramente democráticos, uma vez que a tendência dessa circunstância é o agravamento das condições de saúde dessas pessoas, além da manutenção dos casos de violência.

REFERÊNCIAS

- ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social**. Currículo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária, de 08 de novembro de 1996.
- ALMEIDA, G. Transfobia. In: **CFESS**. Série Assistente Social no combate ao preconceito. Caderno 4, Brasília, 2016.
- _____. Homens Trans: Novos Matizes na Aquarela das Masculinidades? **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis: UFSCAR, 2012.
- ALMEIDA, N. L. Retomando a temática da “sistematização da prática” em Serviço Social. **Em pauta. Revista de serviço Social da UERJ**. n.10. Rio de Janeiro. EDUERJ, 1997.
- ANTRA. **Dossiê: assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**.
- BARAL, S. D., POTEAT, T., STROMDAHL, S., WIRTZ, A. L., GUADAMUZ, T. E., & BEYRER, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infect Dis**, 13(3), 214-222. Doi:10.1016/S1473-3099(12)70315-8 S1473-3099(12)70315-8 [pii]
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.
- BENTO, B. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- BRASIL. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde, ano VIII – n. 01, 27^a a 52^a semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010 e 1^a a 26^a semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011.
- _____. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Dezembro, 2019.
- BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 18. ed.. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.
- CAMPOS, J. L.; ALVES, J. L. S. **A invisibilidade da saúde da população LGBT: uma reflexão acerca da homofobia presente nos espaços institucionais de saúde**. VII Jornada Internacional Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão – Maranhão, 2015. Anais...
- CARRARA, S. Moralidades, Racionalidades e Políticas Sexuais no Brasil Contemporâneo. **Mana**, v. 21, n. 2, p. 323-345, 2015.
- _____. Educação, diferença, diversidade e desigualdade. In: **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/res em Gênero, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

_____. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. In: MONTEIRO, Simone & VILLELA, Wilza (orgs.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.143-158.

_____; VIANNA, A. R. B. Lethal violence against travestis in Rio de Janeiro city. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 233-249, 2006.

CFESS. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n.º 290/94 e nº 293/94.

_____. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. **Lei nº 8662**, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

DANIEL H.; PARKER R. **AIDS: A Terceira Epidemia**. São Paulo: Editora Iglu, 1991.

FALEIROS, V. P. **Saber profissional e poder institucional**. São Paulo: Cortez, 1987. Cap. 3.

FERNANDES, N. M. **Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre casais sorodiscordantes acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ**. Tese (Doutorado em Pesquisa Clínica) – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2013.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, n. 9, p. 70 – 82, 2010.

FERREIRA, A. C. G. et al. Transcendendo: a cohort study of HIV-infected and uninfected transgender women in Rio de Janeiro, Brazil. **Transgender Health**, v. 4, n. 1, p. 107-117, 2019.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

_____. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975 - 1976)**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2000.

GENTILLI, R. de M. L.; HELMER, F. P. Violência e Condições de Vida de Jovens. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v.16, n.1, p. 115-127, jan/jul, 2017.

GUIMARÃES, C. D. **Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.

GRINSZTEJN, B.; SEVELIUS, J.; FERNANDES, N.; MURRAY, L.; VERAS, M. A.; LIPPMAN, S. A. Optimising HIV programming for transgender women in Brazil. **Cult Health Sex**, v. 21, p. 543-558, 2017.

GRINSZTEJN, B. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. **Lancet HIV**, v. 4, n. 4, p. 169-176, 2017.

HELLER, A. **O cotidiano e a História**. 11. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2003.

IRINEU, B. A. Homonacionalismo e cidadania LGBT em tempos de neoliberalismo: dilemas e impasses às lutas por direitos sexuais no Brasil. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 34, v. 12, p. 155 – 178, 2º Semestre 2014.

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

JESUS, J.G. Transfobia e crimes de ódio: assassinatos de pessoas transgênero como genocídio. **Revista História Agora: a revista de história do tempo presente**, v. 16, n. 2, p. 101-123, 2013.

KORIN, Daniel. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolesc. Latinoam.** [online]., v. 2, n.2,mar. 2001.

LOURO, G. L. Pedagogias da Sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.) **O Corpo Educado – Pedagogias da sexualidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

MATOS, M. I. S. “Outras histórias: as mulheres e estudos dos gêneros – percursos e possibilidades”. In: SAMARA, E. M.; SOHIET, R.; MATOS, M. I. S. de (Org.). **Gênero em debate: trajetória e perspectivas na história Contemporânea**. São Paulo: Educ, p. 83-114, 1997.

MESQUITA, M.; RAMOS, S. R.; SANTOS, S. M. M. dos. Contribuição à crítica do preconceito no debate do Serviço Social. **Presença Ética. Revista do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco**, ano 1, n. 1, p. 1-15, 2001.

MODESTO, E. **Mães sempre sabem?** Mitos e verdades sobre pais e seus filhos homossexuais. Rio de Janeiro: Record, 2008.

MOIRA, A.; BRANT, T.; ROCHA, M.; NERY, J. W. **Vidas Trans. Formato ebook, Kindle**. Bauru, São Paulo: Astral Cultural, 2017.

ODALIA, N. **O que é Violência**. 1. ed. ebook. São Paulo: Brasiliense, 2017.

Opinião Consultiva 24 da Corte Interamericana de Direitos Humanos, publicada dia 9 de janeiro de 2018.

PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1994.

PARKER, R. “Ativismo de base, mobilização social da sociedade civil e a política da epidemia global de HIV/AIDS”. Tradução do texto *Grassroots activism, civil society mobilization, and the politics of the global HIV/AIDS epidemic*. **The Brown Journal of World Affairs**, 17(2), 21-37. Disponível em:

<https://sxpolitics.org/ptbr/ativismo-de-base-mobilizacao-da-sociedade-civil-e-a-politica-da-epidemia-global-de-hiv-aids/10825>. Acesso em: 10 jan. 2021.

_____. A construção social e cultural do risco sexual, ou como fazer pesquisar (em sexualidade) em uma epidemia. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v.5, n. 1, p.85 – 98, 1995.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Cadernos de História da Ciência**, v. 4, n.1, p. 53-67, 2008.

Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Disponível em: http://www.abgl.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf. Acesso em: 15 fev. 2021.

PORTARIA 457 de 19 de agosto de 2008, Senado Federal, Brasília.

PORTARIA 2803 de 19 de novembro de 2013. Senado Federal, Brasília.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RUDIO F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

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

SOUSA, C. T. de. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 8, p. 119-132, 2008.

STOTZER, R. L. **Comparison of hate crime rates across protected and unprotected groups**. Los Angeles: University of California, School of Law, 2007. Disponível em <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Stotzer-Comparison-Hate-CrimeJune-2007.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2020

TAYLOR, C. **Sources of the self. The Making of Modern Identity**. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

UNAIDS. **Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil**. Brasil, 2019.