

ADELYANY BATISTA DOS SANTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE SOBRE TRANSEXUALIDADE**

Brasília

2012

ADELYANY BATISTA DOS SANTOS

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE TRANSEXUALIDADE

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na área de Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Edgar Merchan-Hamann

Co-orientadora: Prof. Dra. Helena Eri Shimizu

Brasília

2012

ADELYANY BATISTA DOS SANTOS

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE TRANSEXUALIDADE

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na área de Saúde Coletiva.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Edgar Merchan-Hamann
(Orientador)

Prof. Dra. Ximena Pamela Días Bermúdez
Universidade de Brasília (Titular)

Prof. Dra. Ana Lúcia Galinkin
Universidade de Brasília (Titular)

Prof. Dra. Daphne Rattner
Universidade de Brasília (Suplente)

A todos os profissionais de saúde que buscam “saber ser”, “saber fazer” e “saber agir”.

AGRADECIMENTOS

Fazendo uma revisão desses últimos dois anos, chego à conclusão de que este espaço de agradecimentos se tornou pequeno demais para expressar minha gratidão a todos que estiveram ao meu lado durante a construção deste trabalho. Assumo então o risco de deixar de lado pessoas e instituições que colaboraram para esse percurso para citar apenas aquelas que estiveram mais diretamente ligadas a ele, sem as quais absolutamente não seria possível.

Meus sinceros agradecimentos:

Ao Professor Edgar Merchan-Hamann, meu orientador, com quem aprendi tanto nesses últimos anos, e que tanto tem me servido de exemplo como professor e pesquisador.

À Professora Helena Eri Shimizu, por ter possibilitado meu primeiro contato com o método escolhido para esse trabalho, por ter estado ao meu lado durante esse percurso, e pelo apoio operacional no tratamento dos dados.

Ao Professor Mário Ângelo Silva por ter me ajudado inicialmente na definição do meu objeto de estudo, e por sempre ter confiado em mim.

Ao Professor Aldry Sandro Monteiro Ribeiro por ter me auxiliado na compreensão e na execução do método de estudo.

Aos profissionais que se dispuseram a participar desta pesquisa com tanto carinho e interesse e àqueles que pediram para participar, mas não puderam por não fazer parte da amostra selecionada. Aos gestores que tornaram mais fácil minha peregrinação pelas regionais de saúde do DF.

À Gerência de DST, Aids e Hepatites Virais do DF pelo apoio em relação à sensibilização dos profissionais para participação na pesquisa e pela confiança neste trabalho.

Aos Professores Oviomar Flores, Clélia Parreira e Wânia Carvalho por estarem nos últimos anos contribuindo tanto para o meu “saber ser”, “saber saber” e “saber fazer”.

À querida Tatiana Borges, amiga, colega de trabalho, e companheira de luta pela construção de um SUS que acreditamos, por sempre demonstrar tanto interesse e respeito em relação às minhas ideias e por ter participado comigo das descobertas, angústias e alegrias que este estudo me proporcionou.

À Katerine Gonçalves, Rodrigo Dornelas e Vladimir Arce pela amizade e pelo companheirismo durante todo esse percurso acadêmico e de vida.

A todos os amigos e amigas que ficaram torcendo por mim, especialmente à Karol Varjão, Ludmila Suaid e Karine Rabelo.

À Ludymilla Anderson por ter ampliado meus horizontes sobre as diversas formas de existir.

À minha família, pelo apoio e suporte sempre.

À Graça e à Sabrina por terem cuidado de mim e das minhas dores no crítico momento de finalização deste trabalho.

Ao Célio Henrique Maia, companheiro de tantas caminhadas, que esteve sempre ao meu lado, mesmo à distância. Obrigada pela paciência, pelo carinho e pelas valiosas contribuições para esse trabalho.

A todos que fizeram da frase “Vai dar tudo certo” um mantra que me acompanhou durante esse percurso, e me acompanhará ao longo vida.

Porém desejo mostrar, com base em evidência histórica, que quase tudo que se queira dizer sobre sexo – de qualquer forma que o sexo seja compreendido – já contém em si uma reivindicação sobre o gênero. O sexo, tanto no mundo de sexo único como no de dois sexos, é situacional; é explicável apenas dentro do contexto da luta sobre gênero e poder.

(Thomas Laqueur – Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud)

RESUMO

Introdução: No Brasil, nos últimos anos, a transexualidade tem sido objeto de políticas públicas, principalmente no campo da saúde. Apesar de ser tema de discussões sociais e de investigações acadêmicas e estar frequentemente em evidência nos meios de comunicação, como televisão, revistas e internet, ainda pode ser considerada um universo pouco conhecido. A existência de múltiplas dimensões dessa questão, tanto no que se refere às pessoas que vivenciam a transexualidade, como às pessoas que entram em contato de alguma forma com essa realidade, configuram-na como uma questão complexa. Uma dessas dimensões é o que se sabe sobre a transexualidade e como ela é percebida socialmente, pois esses fatores podem influenciar as relações e as condutas das pessoas ao lidar com essa questão. No campo da saúde, a forma como o profissional de saúde percebe a transexualidade pode ter influência direta nas suas práticas e, conseqüentemente, na direção e na qualidade da atenção à saúde. Compreender essa percepção se torna fundamental para a construção de uma atenção à saúde de qualidade. **Objetivos:** Analisar as representações sociais de profissionais de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal sobre transexualidade, por meio da identificação de conhecimentos e vivências, e do conteúdo e da estrutura dessas representações. **Métodos:** Trata-se de um estudo baseado na Teoria das Representações Sociais com 128 profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos em enfermagem de 22 unidades de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, utilizando questionário semi-estruturado auto-aplicável. O processamento dos dados foi feito pelos *softwares* ALCESTE e EVOC. Foram observadas todas as recomendações éticas vigentes. **Resultados:** Quanto ao perfil dos profissionais, nota-se a predominância de participantes do sexo feminino, casados ou vivendo em união estável, católicos e pardos. A idade variou entre 24 e 67 anos (mediana 43, média 42), predominando a faixa etária de 30 a 49 anos (62,4%). Quanto às características profissionais, a maior parte dos participantes é de Centros de Saúde de atenção básica, profissionais da área da enfermagem, sendo que a maior parte são auxiliares ou técnicos em enfermagem e quase 60% afirma já ter atendido uma pessoa transexual ao longo de sua carreira profissional. Em relação ao conteúdo das representações sociais, os profissionais percebem a transexualidade como paciente que muda de sexo e precisa ser aceito, e como pessoas que merecem respeito, mas que falta habilidade profissional para lidar com essa questão. No que se refere à estrutura das representações sociais, os termos “mudança de sexo” e “preconceito” aparecem como pertencendo ao núcleo central, e, dentre outros, “discriminação”, “opção” “coragem” como fazendo parte do sistema periférico. **Discussão e Considerações finais:** As representações sociais dos profissionais de saúde sobre transexualidade aparentemente tem forte relação com as variáveis categoria profissional, sexo e religião. Relatam que se sentem despreparados para lidar com essa questão, evidenciando a necessidade de uma política de educação permanente em saúde que atenda a essa demanda. A construção de um sistema de saúde que contribua para a redução das desigualdades e para a melhoria da qualidade de vida da população passa pela compreensão da construção de processos relacionais, como o estigma, oferecendo subsídios para uma formação profissional que se aproxime mais das realidades da população.

Palavras-chave: Identidade de gênero; Profissional de saúde; Estigma social.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, during these latest years, transsexuality has been object of public policies, especially in the health field. Although being subject for academic social debates and investigations and also being frequently under the spot in the media, such as television, magazines and the internet, the matter itself might be considered a few known universe. The existence of multiple dimensions for this matter, concerning those people living their transsexuality as much as the people somehow in touch with this reality, turn it into a complex question. One of those dimensions is what is known about transsexuality and how it is socially percept, for these factors might influence people's relations and behaviors as dealing with the matter. In the health field, the manner how the health professional perceives transsexuality might have direct influence on one's practices and, therefore, on the course and the quality of attention to healthcare. Understanding this perception becomes fundamental in order to build a quality attention to healthcare. **Objectives:** Analyzing health professionals from the Health Office of Distrito Federal social representations on transsexuality through the identification of knowledge and experience, and of the contents and structures of such representations. **Methods:** This is a study based on the Social Representation Theory held with 128 health professionals, doctors, nurses and nursing technicians or assistants from 22 health units in the Health Office of Distrito Federal using a semi and self applied questionnaire. The data processing was made by the software ALCEST and EVOC. All the ethical recommendation established was observed. **Results:** As for the professionals profile it can be noticed the predominance of the female sex participants, married or living in a stable relationship, catholic and brown. The age varied between 24 and 67 years old (median 43, average 42), prevailing the age range from 30 to 49 years old (62,4%). As for the professional characteristics the majority of the participants was from Health Centers for basic attention, professionals of the nursing field, being most of them nursing technicians or assistants, and almost 60% of them claim have already taken care of a transsexual person during their professional career. Concerning the content of the social representations the professionals perceive transsexuality as a patient who changes his or her sex and needs to be accepted, and people that deserve respect, but they also admit that lacks professional ability to handle this matter. About the structure of the social representations the terms "sex change" and "prejudice" appear as belonging to the core of the question, and among others, "discrimination", "option" and "courage" make part of the peripheral system. **Discussion and Final considerations:** The health professionals' social representations on transsexuality apparently have strong relation to the variables professional category, sex and religion. They report feeling unprepared to handle this matter, evidencing the need of a permanent educational policy in the health ambit that attends this demand. The construction of a health system that contributes to the reduction of inequality and the improvement in the quality of life of the population passes by the comprehension of the construction of relational processes such as the stigma, offering subsidies to a professional formation that reaches the different realities of the population.

Keywords: Gender identity, Health professionals, Social stigma.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de teses e dissertações da base BDTD por área de conhecimento e ano de publicação com os descritores transexual e transexualidade.....	18
Tabela 2 – Distribuição dos artigos da base de dados Scielo por área de conhecimento e ano de publicação com os descritores transexual e transexualidade.....	19
Figura 1 – Modelo de articulação entre os vários componentes das Representações Sociais proposto por Pereira (2005).....	31
Figura 2 – Quadro de quatro casas gerado pelo EVOC.....	36
Tabela 3 – Características sócio-demográficas dos sujeitos da pesquisa. Brasília, 2011.....	38
Tabela 4 – Características profissionais dos sujeitos da pesquisa. Brasília, 2011.....	39
Figura 3 – Dendograma de classificação hierárquica descendente com distribuição dos eixos, classes e porcentagens de contribuição em relação ao <i>corpus</i> total.....	40
Figura 4 – Distribuição das classes do eixo 1 e porcentagens de contribuição em relação ao <i>corpus</i> total.....	43
Figura 5 – Distribuição das classes do eixo 2 e porcentagens de contribuição em relação ao <i>corpus</i> total.....	48
Tabela 5 – Quadro de quarto casas com frequência e ordem média de evocação dos termos. Brasília, 2011.....	49
Tabela 6 – Teste de centralidade a partir do cálculo da queda de frequências de evocação. Brasília, 2011.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CFM – Conselho Federal de Medicina

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CID 10 – 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DF – Distrito Federal

DSM IV – 4ª Revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, e Transexuais

SES-DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SUS – Sistema Único de Saúde

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UCI – Unidade de Contexto Individual

UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 REFERENCIAL TEÓRICO	18
1.1 TRANSEXUALIDADE E POLÍTICAS DE SAÚDE	18
1.2 CORPO, SEXO, GÊNERO E ESTIGMA.....	24
1.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	29
2 A PESQUISA	32
2.1 OBJETIVOS	32
2.2 MÉTODOS	33
2.3 RESULTADOS	37
2.3.1 Perfil dos participantes da pesquisa	37
2.3.2 Conteúdo das representações sociais	39
2.3.3.1 Eixo 1 – Aceitar o paciente que muda de sexo por não se aceitar com o sexo do nascimento	41
2.3.3.2 Eixo 2 – São pessoas que merecem respeito como qualquer outro ser humano, mas não sabemos como lidar profissionalmente com elas	44
2.3.3 Estrutura das representações sociais	48
2.3.4 Sentimentos gerados no atendimento	51
2.3.5 Dificuldades percebidas	53
2.4 DISCUSSÃO	55
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES	70
ANEXO	73

INTRODUÇÃO

Definir a representação social de profissionais de saúde sobre transexualidade como objeto de estudo foi um exercício acadêmico e profissional. Acadêmico porque o primeiro contato com a Teoria das Representações Sociais se deu no decorrer do curso do Mestrado e o contato com a literatura científica sobre gênero adquiriu uma dimensão não imaginada inicialmente, ampliando o contato com o leque de compreensões sobre o tema. E profissional porque compreender melhor as questões que envolvem a relação entre profissional de saúde e usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) cada vez mais tem se colocado como objeto de interesse individual e de uma necessidade coletiva e institucional, com a finalidade de melhorar a oferta de serviços de saúde para a população. Quando se trata de populações específicas, estigmatizadas, como é o caso de pessoas que vivenciam a experiência transexual, essa compreensão passa a fazer parte de um projeto ético-político profissional que busca se aproximar de um ideal de sociedade mais justa e igualitária.

A experiência profissional nas áreas de prevenção, diagnóstico e assistência a pessoas vivendo com HIV e aids nos últimos 10 anos possibilitou o contato com muitas questões sem respostas sobre gênero, sexualidade e práticas sexuais colocadas pelas próprias características e pela história dessa patologia. Possibilitou, principalmente, entrar em contato com histórias de angústia e sofrimento gerados pela marca de ser “diferente”. Marca que acaba associando quase automaticamente os fatos de ter HIV, ser homossexual, travesti, transexual, profissional do sexo, a algum tipo de perigo. Os relatos revelavam que as experiências de ser mal tratado e discriminado não acontecem apenas no ambiente familiar e profissional, mas também em instituições públicas, como nos serviços de saúde, inclusive os especializados. Não seria óbvio um profissional de saúde ter clareza sobre quais situações lhe oferecem risco do ponto de vista técnico ao atender alguém com HIV? Por qual razão então um profissional de um serviço especializado nesse atendimento declararia não se sentar na mesma cadeira que esse usuário se senta? Quais conhecimentos, sentimentos e crenças estão presentes nessa relação?

Em uma experiência profissional pontual de diagnóstico de infecção por HIV em populações específicas – nesse caso travestis, transexuais e homens que fazem sexo com homens – durante a fase de preparação da equipe a questão das diferenças entre travestis e transexuais foi colocada em discussão. A resposta “Transexuais querem fazer a cirurgia de mudança de sexo, e os travestis não” foi rapidamente interpelada por uma das integrantes da

equipe que se autodenomina transexual: “Não é exatamente assim...”. Nesse momento todas as poucas certezas sobre identidade de gênero e sexualidade, construídas e consolidadas ao longo desses anos de trabalho, foram abaladas. O sujeito, de usuário em busca de serviço de saúde, passou a ocupar o lugar de colega de trabalho, redimensionando essa relação. “Então, se o limite não é esse, qual é?”. Essa pergunta passou a fazer parte do percurso profissional e acadêmico, que acabou resultando neste trabalho de pesquisa.

Para analisar representações de profissionais de saúde sobre transexualidade foi necessário problematizar a discussão acerca das relações entre corpo, sexo, gênero e sexualidade, e de como a transexualidade se tornou objeto de políticas de saúde principalmente no final do século XIX. Ainda que o objetivo desse trabalho não seja discutir em profundidade essas questões, é impossível não trazer à reflexão conceitos que constroem e sustentam a ideia de transexualidade, ainda que ao longo do caminho da pesquisa tenha-se percebido quão limitado esse conceito possa parecer diante das múltiplas formas de existir. Essa multiplicidade pode ser ilustrada pela dificuldade em estabelecer limites claros entre o que se entende por transexual, transgênero, trans, travesti, homossexual, homem, mulher, intersexo e etc. Dificuldade que evidencia o dilema da separação entre natureza e cultura e o processo de medicalização do corpo e do sexo observado a partir do século XX (Bento, 2006).

Principalmente a partir da década de 1980, os estudos sobre gênero passaram a incorporar discussões e investigações acerca das mudanças nas relações sociais entre os sexos, as diversas identidades de gênero e as várias maneiras de expressão do desejo e das relações afetivo-sexuais. Os movimentos sociais tiveram papel fundamental nessa transformação (Galinkin et al, 2010).

No Brasil, nos últimos anos, a transexualidade tem sido objeto de políticas públicas, principalmente no campo da saúde (Brasil, 2004; 2010). Apesar de ser tema de discussões sociais e de investigações acadêmicas e estar frequentemente em evidência nos meios de comunicação, como televisão, revistas e internet, ainda pode ser considerada um universo pouco conhecido. A existência de múltiplas dimensões dessa questão, tanto no que se refere às pessoas que vivenciam a transexualidade, como às pessoas que entram em contato de alguma forma com essa realidade, configuram-na como uma questão complexa. Uma dessas dimensões é o que se sabe sobre a transexualidade e como ela é percebida socialmente, pois esses fatores podem influenciar as relações e as condutas das pessoas ao lidar com essa questão. No campo da saúde, a forma como o profissional de saúde percebe a transexualidade pode ter influência direta nas suas práticas e, conseqüentemente, na direção e na qualidade da

atenção à saúde. Compreender essa percepção se torna fundamental para a construção de uma atenção à saúde de qualidade.

Flores (2007) afirma que quando a prática de saúde é reconhecida como uma prática social adquire função política, econômica, social e ideológica, ultrapassando os limites das intervenções sobre os corpos e os limites dos ambientes institucionais da saúde, como centros de saúde, hospitais e etc. Nesse sentido, pode reproduzir as estruturas características da sociedade onde estão historicamente e geograficamente inscritas, expressando o conjunto hegemônico de idéias, inclusive as relações de poder e desigualdade.

Na atenção à saúde, a prática profissional nesse contexto é entendida como prática social potencialmente educativa (Machado et al, 2007). Dentro de um conceito amplo de saúde, essa prática deve buscar a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio da superação das desigualdades sociais e do despertar crítico da sociedade, aperfeiçoando a compreensão da realidade, visando à sua transformação (Sabóia, 2003). O resultado esperado é o fortalecimento da apropriação por parte da população sobre seu processo saúde-doença, de forma autônoma, participativa, pautada nas idéias de cidadania e democracia. Esse processo educativo deve privilegiar relações de comunicação que sejam pautadas no diálogo, na horizontalidade, no respeito à intersubjetividade, de forma a garantir que os discursos dos sujeitos possam acontecer no espaço da conquista da cidadania e da geração de autonomia (Freire, 1987).

Dois importantes mudanças paradigmáticas ocorreram no campo da saúde que culminaram na construção do SUS: a busca pela substituição do modelo de multicausalidade da doença pelo da determinação social da saúde e da doença, e o estímulo à participação social na construção e na gestão desse sistema de saúde (Heimann e Mendonça, 2005). Essa nova lógica de funcionamento do sistema de saúde se baseia em uma série de princípios e diretrizes filosóficos e organizativos que norteiam a organização da oferta dos serviços e as práticas dos profissionais da saúde.

Um desses princípios é o da integralidade, que supõe que o sujeito seja acolhido e atendido em todos os seus aspectos de saúde e dimensões de vida. Entende-se por integralidade em saúde o cuidado oferecido a indivíduos e grupos, considerando seus contextos sócio-históricos e políticos (Machado et al, 2007). Corresponde tanto à articulação de ações preventivas e assistenciais, como à organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade e aos atributos das práticas de saúde. Dentre os atributos necessários a uma prática de saúde integral está o reconhecimento da intersubjetividade: compreensão de que o profissional de saúde se relaciona com outro sujeito, e não com um objeto (Mattos, 2004).

Como consequência desse contexto de mudanças e da intensa participação dos movimentos sociais, em 2004 o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Técnico para Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, órgão consultivo ligado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), responsável pela elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual (LGBT). Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em novembro de 2009, o objetivo geral dessa política é promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime. Em novembro de 2005 foi realizado em Brasília o I Encontro Nacional de Transexuais, onde se originou o Coletivo Nacional de Transexuais, evidenciando a organização e a mobilização social dessa população na busca de políticas públicas que atendam suas necessidades. Em 2008, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República realizou a I Conferência Nacional de LGBT, onde foram debatidas questões relacionadas a diversos setores, promovendo intensa mobilização de governo e da sociedade civil (Brasil, 2010).

O paradigma médico hegemônico atual, apesar de muitos avanços nesse sentido, ainda considera a transexualidade um transtorno, que necessita de tratamento, intervenção e correção (Ramsey, 1998), obedecendo a uma lógica de normalidade e de linearidade entre sexo, gênero e sexualidade. Uma crítica a essa concepção questiona essa linearidade e afirma que existem diversas formas de trânsitos entre os gêneros, e esse movimento não se prende de forma predestinada à estrutura do corpo (Butler, 2009).

Dentro dessa lógica de normalidade e linearidade, tudo que se apresenta como diferente pode ser classificado como “anormal”, não aceitável. Quando algo estranho está diante de nós, passamos a percebê-lo a partir do seu atributo específico, e não a partir de sua totalidade, podendo assim surgir elementos que o inclua numa categoria de não desejável, ruim, menor. Goffman (1982) chama esse processo de estigma.

Diante do exposto, surgem algumas questões: como profissionais de saúde percebem o fenômeno da transexualidade? Quando se deparam com sujeitos que não estão claramente situados nas normas de gênero e sexo vigentes, percebem esses sujeitos em sua totalidade ou a partir de um atributo específico? Essa percepção tem relação com a natureza do serviço de saúde – básico ou especializado – no qual trabalham? De que forma essa percepção condiciona e/ou determina suas práticas em saúde?

A principal hipótese deste trabalho é que as práticas dos profissionais de saúde na atenção à saúde de pessoas transexuais são influenciadas, e até mesmo determinadas, pelas

representações sociais que têm a respeito desse tema, e essas representações podem se constituir fatores de risco e vulnerabilidade para a saúde de pessoas transexuais. Compreender essas representações auxilia o planejamento da formação e educação profissional que atenda ao objetivo de oferecer uma atenção à saúde baseada no princípio da integralidade e no respeito à autonomia dos sujeitos.

Certamente não se pretende neste trabalho responder a essas questões de forma definitiva, ou discutir em profundidade a questão da transexualidade, mas sim provocar reflexões sobre quais aspectos devem ser observados na relação entre profissional de saúde e indivíduo atendido, principalmente quando este faz parte de um grupo populacional estigmatizado. O objetivo geral da pesquisa foi analisar as representações sociais que os profissionais de saúde têm a respeito da transexualidade, identificando conhecimentos, sentimentos e dificuldades sobre esse tema.

Na primeira seção dessa dissertação será apresentada revisão bibliográfica sobre o objeto de estudo e o método de investigação escolhido. Serão apresentados os principais conceitos que nortearam o desenvolvimento da pesquisa: a transexualidade como objeto do campo da saúde, que adquire visibilidade a partir do século XX, e a teoria das representações sociais como método de estudo.

Na segunda seção será apresentado todo o percurso da pesquisa, desde seus objetivos, métodos, resultados e a discussão destes.

Por fim, na terceira seção, serão apresentadas as considerações finais, articulando a teoria analisada com a pesquisa desenvolvida, finalizando com recomendações.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 TRANSEXUALIDADE E POLÍTICAS DE SAÚDE

Para compreensão do estado da arte das produções sobre o tema investigado, foram realizadas buscas em bases eletrônicas utilizando os descritores “transexual” e “transexualidade”.

No Sistema de Publicação Eletrônica de Teses e Dissertações da Biblioteca Central da UnB foram encontradas apenas duas produções (dissertações de mestrado), uma na área da psicologia e a outra na área da antropologia, ambas discutindo questões relativas à saúde.

Na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) mantida pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, foram encontrados 17 trabalhos. Nota-se que o campo do Direito é o que apresenta mais produções com esse tema, seguido da Antropologia e da Psicologia. Na área de Saúde Coletiva foram encontramos apenas dois trabalhos, ambos muito recentes.

Tabela 1 – Distribuição de teses e dissertações da base BDTD por área de conhecimento e ano de publicação com os descritores transexual e transexualidade.

Área de conhecimento	Ano de publicação	Quantidade
Antropologia	2003	1
	2008	1
	2010	1
Ciências Sociais	2008	1
Direito	1995	1
	2007	1
	2008	1
Linguística	2010	2
	2008	1
	2006	1
Psicologia	2009	1
	2010	1
	2010	1
Saúde Coletiva	2010	1
	2011	1
Serviço Social	2006	1
	2010	1
Total		17

Em busca realizada na base de dados Scielo (*Scientific Eletronic Library Online*) foram encontrados 12 artigos publicados, todos nos últimos 10 anos, sendo metade produzida na área das Ciências Humanas e a outra metade na área das Ciências da Saúde.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos da base de dados Scielo por área de conhecimento e ano de publicação com os descritores transexual e transexualidade.

Área de conhecimento	Ano de publicação	Quantidade
Ciências Humanas	2001	1
	2007	1
	2008	1
	2009	3
Ciências da Saúde	2002	1
	2007	1
	2009	2
	2010	1
	2011	1
Total		12

Nota-se um número reduzido de investigações acadêmicas disponíveis nessas três bases de dados que buscam compreender a questão da transexualidade, e das encontradas, um número significativo de produções publicadas recentemente.

A transexualidade enquanto objeto de preocupação da ciência e da medicina, tal qual é conhecida atualmente, foi “construída” no século XX principalmente pelas descobertas e melhorias tecnológicas sobre hormônios e técnicas cirúrgicas, e por mudanças epistemológicas e políticas ocorridas principalmente no século XVIII (Bento, 2006).

Diz-se “construída”, pois como afirma Bento (2006) só é possível discutir transexualidade a partir de um contexto sócio-político específico determinado pela concepção binária dos corpos, pela heteronormatividade e pela medicalização da sexualidade que ocorreu a partir do século XIX. A existência de relatos de pessoas que divergiam de normas de gêneros estabelecidas não é suficiente para considerá-las transexuais, uma vez que as interpretações dadas passavam por questões diferentes das citadas anteriormente.

A palavra “transexualpsíquico” foi utilizada pela primeira vez em 1910 no livro *Die Transvestiten* do alemão Magnus Hirschfeld para se referir a questões relacionadas ao travestismo e à homossexualidade. Em 1912, o mesmo autor cita uma intervenção cirúrgica e hormonal de redefinição sexual (Castel, 2001).

Em 1949, Cauldwell publicou um estudo de caso de um transexual masculino, onde pela primeira vez foram citadas algumas características consideradas específicas de

transexuais, diferenciando-os de travestis e homossexuais. A partir da década de 1950 as publicações que surgem defendem a transexualidade como um fenômeno específico (Bento, 2006).

Ao longo das décadas de 1960 e 1970, essa idéia da transexualidade como um fenômeno específico ganha visibilidade com o surgimento de associações internacionais que se dedicam a discutir o diagnóstico diferenciado e seu tratamento. Harry Benjamin, endocrinologista alemão emigrado nos Estados Unidos da América, defendeu que a cirurgia seria a única terapêutica possível (Bento, 2006).

John Money, professor de psicopediatria, defendeu a tese de que o gênero e a identidade sexual são modificáveis nos primeiros meses de vida, e que a transexualidade seria um distúrbio cerebral que alteraria a imagem sexual do corpo, de forma incompatível com os órgãos genitais do nascimento. A tese de Money não era de que o social determinava o natural, mas sim de que, por meio de intervenções, o social poderia garantir as diferenças entre os sexos (Bento, 2006).

Nas décadas de 1980 e 1990 autores como Michel Foucault e Judith Butler produzem críticas ao modelo patologizante de compreensão, construindo a noção de sexo não como algo naturalmente essencial e dimórfico (masculino e feminino), mas sim um produto do discurso sobre o corpo (Castel, 2001).

A partir da década de 1980, principalmente durante os anos 90, um grupo de intelectuais e ativistas passa a utilizar o termo *queer* para se referir às suas perspectivas políticas e teóricas que questionam normas de gênero e sexualidade socialmente consideradas corretas e naturais. *Queer* é um termo em inglês que pode ser traduzido como “estranho”, “esquisito”, e geralmente é utilizado no sentido pejorativo para ofender pessoas homossexuais, equivalente ao termo “bicha” em português. Passa então a ser apropriado para representar a oposição à normalização, principalmente à heteronormatividade compulsória e à dicotomia corpo *versus* gênero (Louro, 2001).

Bento (2006) denomina “dispositivo da transexualidade” o conjunto de saberes específicos que buscam organizar as subjetividades e definir a sexualidade apropriada, exercendo controle sobre os corpos de pessoas transexuais. Esse dispositivo supõe que o conflito está no indivíduo, e não nas normas de gênero.

Atualmente, a condição de sofrimento intenso, desconforto e inadequação por estar no corpo errado do ponto de vista do sexo anatômico, desde que não haja distúrbios delirantes ou de bases orgânicas, é descrita na 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), aprovada em 1989, no código F 64.0,

como Transtorno de Identidade Sexual – Transexualismo. O diagnóstico é descrito como desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto, onde esse desejo é acompanhado geralmente pelo sentimento de mal estar ou não adaptação em relação ao próprio sexo anatômico, e pela necessidade de intervenção cirúrgica ou hormonal com o objetivo de tornar o corpo adequado ao sexo desejado.

O atual Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais manual de diagnósticos, da Associação Americana de Psiquiatria, que está em sua IV revisão (DSM IV), publicada em 1994, classifica essa condição como Transtorno da Identidade de Gênero, com o código F64.x, considerando os seguintes critérios para o diagnóstico:

A. Forte e persistente identificação com o gênero oposto, e não apenas o desejo de obter vantagens culturais pelo fato de ser do sexo oposto. Em adolescentes e adultos, o distúrbio se manifesta por sintomas tais como passar-se freqüentemente por alguém do sexo oposto e desejo declarado de ser, viver, ter sentimentos e reações e ser tratado como alguém do sexo oposto.

B. Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo. Em adolescentes e adultos, o distúrbio manifesta-se por sintomas tais como crença de ter nascido com o sexo errado e a preocupação em ver-se livre de características sexuais primárias ou secundárias, solicitando procedimentos cirúrgicos e hormonais que alteram fisicamente as características sexuais, com o objetivo de simular o sexo oposto.

C. Não é concomitante com uma condição intersexual física.

D. Causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Por meio da Resolução nº 1.482 de 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM) brasileiro reconheceu, a título experimental, a cirurgia de transgenitalização e outros procedimentos como tratamento dos casos de transexualismo. Em 2002, a Resolução nº 1.652 do CFM revoga a anterior, retirando o caráter experimental dos casos de adequação do fenótipo masculino para o feminino, mas mantém as condições anteriormente definidas, que é ser maior de idade, cumprir o prazo mínimo de dois anos de acompanhamento terapêutico, e ser diagnosticado como transexual.

Em 2008, o Ministério da Saúde normatizou o processo transexualizador por meio da Portaria nº. 1.707, determinando diretrizes técnicas e éticas para esse processo no SUS. Essa portaria reconhece que a orientação sexual e a identidade de gênero são determinantes e condicionantes da situação de saúde, e que o sofrimento gerado pela sensação de inadequação

em relação ao sexo anatômico dos usuários transexuais devem ser acolhido e tratado pelo SUS, obedecendo aos princípios da universalidade, integralidade e equidade da atenção. Essa portaria denomina processo transexualizador a cirurgia de transgenitalização e procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais considerados secundários, como uso de hormônios e próteses. Também prevê a capacitação, a manutenção e a educação permanente das equipes de saúde em todo o âmbito da atenção.

É possível notar que na literatura de uma forma geral os termos “transexualidade”, “transexualismo”, “trangênero” e “trans” são utilizados na tentativa de descrever e nomear o desconforto que pessoas apresentam ao não corresponderem à rigidez das normas de gênero que estabelecem linearidade obrigatória entre corpo, sexo, gênero e sexualidade. Sabe-se que um dos usos do sufixo “ismo” na língua portuguesa é a denominação de doenças, o que pode ser observado principalmente na literatura médica. Para Barbosa (2010) o uso do termo “transexual” aponta para construção de categorias fixas e patológicas, por parte do conhecimento médico e psiquiátrico, enquanto que por parte das Ciências Sociais no Brasil, para a flexibilização e sua reconstrução, buscando dar ênfase ao cotidiano e à diversidade de formas de viver essa experiência. Neste trabalho opta-se por utilizar o termo transexualidade por se tratar de uma forma linguística que mais se aproxima da amplitude que as vivências transexuais representam.

A própria experiência transexual não pode ser definida como uma identidade fixa e imutável, pois comporta várias formas singulares de subjetivação. A ideia de que existe um processo específico de construção das identidades de gênero em pessoas transexuais é discutível, não sendo possível ter as expectativas a respeito de comportamentos que sejam considerados típicos (Bento, 2006; Arán et al, 2009).

Arán et al (2009) evidenciam portanto a necessidade de considerar a transexualidade para além dos procedimentos específicos do processo transexualizador, sendo a questão da representação social, por exemplo, mais complexa e danosa às dimensões de vida das pessoas, pelo poder de estigmatizar essa parcela da população, criando e reforçando situações de discriminação e de dificuldade de acesso a serviços e direitos sociais.

A política de enfrentamento da epidemia de HIV e aids no Brasil a partir da década de 1980 foi desenvolvida pelo Ministério de Saúde em parceria com os movimentos sociais vinculados principalmente à luta pela defesa dos direitos da população LGBT. Essa articulação estratégica e todo o contexto social e político de mobilização pelos direitos humanos acabou fortalecendo a participação desses movimentos na luta pela garantia do direito à saúde de forma ampla. Além da atuação na área da saúde, esses movimentos

organizados vêm atuando no enfrentamento de graves problemas de interesse público na educação, na justiça e no combate à violência urbana ao mesmo tempo em que mantêm a luta pelo reconhecimento dos direitos sociais, civis e políticos dessa população (Brasil, 2010, 2004).

Em 2004, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação, vinculado ao Ministério da Saúde, publicou o Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB) e Promoção da Cidadania Homossexual, considerado um marco histórico na luta pelo direito à dignidade e pelo respeito à diferença (Brasil, 2004). Suas diretrizes foram seguidas na formulação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT a partir do reconhecimento da complexidade e das especificidades da saúde desse grupo populacional. A humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde tem como fundamento o respeito ao ser humano livre de preconceito e discriminação (Brasil, 2010).

São diretrizes gerais da Política Nacional de Saúde Integral o respeito aos direitos humanos da população LGBT enfrentando o estigma e a discriminação; a inclusão de variáveis que caracterizam a diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de políticas e programas no SUS envolvendo: orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida e raça-etnia; a eliminação das homofobias e demais formas de discriminação e violência contra LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral; a difusão de informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS; a inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero da população LGBT nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS incluindo os trabalhadores da saúde, conselheiros e lideranças sociais; e a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos para melhorar a saúde de LGBT.

Essa política tem como objetivos específicos:

- Qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;
- Incluir e qualificar ações e procedimentos na oferta de atenção e cuidado da rede SUS, adequando às especificidades e necessidades da população LGBT;
- Realizar estudos e pesquisas, envolvendo estudos populacionais, e desenvolvimento de serviços ou de tecnologias, voltados às necessidades da população LGBT;

- Ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo o respeito às pessoas e acolhimento com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;
- Qualificar a informação em saúde, no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT;
- Incluir o conteúdo dessa política nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e conselheiros;
- Garantir o uso do nome social de travestis e transexuais de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;
- Promover o respeito aos grupos LGBT em todos os serviços do SUS, particularmente, evitar constrangimentos no uso de banheiros e nas internações em enfermarias.

Desde 2007 a Rede Internacional pela Despatologização das Identidades Trans vem realizando mobilizações por meios de campanhas e manifestações em diversas cidades em todo o mundo principalmente com o objetivo de retirada das categorias patologizantes das experiências trans dos catálogos de diagnóstico, que serão revisados em 2013 e 2015, assim como a luta pelos direitos das pessoas trans.

Nota-se que a transexualidade tem sido objetivo de políticas públicas de saúde no Brasil nos últimos anos, com ênfase na desconstrução das relações de preconceito, discriminação e violência, com a intensa participação dos movimentos sociais, o que indica o público reconhecimento das relações de desigualdade de gênero e orientação sexual.

1.2 CORPO, SEXO, GÊNERO E ESTIGMA

A discussão sobre transexualidade, na perspectiva colocada neste trabalho, passa necessariamente pela problematização das relações entre corpo, sexo e gênero.

Tomas Laqueur (2001) demonstra como o sexo foi “inventado” ao longo da história. Argumenta e conclui que não há razão na história para se acreditar que tudo que se diz sobre sexo e gênero seja essencialmente baseado em fatos biológicos. O autor não nega que existam diferenças, como a menstruação, a amamentação e etc, mas afirma que não existe nenhum conhecimento específico da diferença entre os sexos apoiada em fatos

indiscutivelmente biológicos. Ao contrário, demonstra como os mesmos fatos biológicos tiveram interpretações completamente diferentes em momentos históricos distintos. A importância de um discurso sobre a invenção do sexo se encontra no fato de que a injustiça e o sofrimento na humanidade têm gênero e correspondem a sinais físicos e biológicos de sexo.

Por milhares de anos acreditou-se que homens e mulheres correspondiam a um único sexo, variando em grau de perfeição, onde o homem era considerado mais perfeito e a mulher menos perfeita. Por falta de calor vital durante a concepção, as estruturas genitais das mulheres ficavam retidas para dentro do corpo, enquanto as dos homens eram visíveis na parte externa. Não havia denominações específicas para os órgãos sexuais femininos. A vagina era considerada um pênis invertido, o útero o escroto e os ovários eram percebidos como testículos. Apenas por volta de 1700 começaram a surgir esses termos específicos para denominar órgãos do corpo feminino (Laqueur, 2001).

Esse modelo explicativo que afirma a existência de um único sexo pode ter resistido por tanto tempo por duas explicações principais. Uma delas é que, historicamente, as diferenciações de gênero são anteriores às diferenciações de sexo. Não era o corpo biológico que determinava as mudanças e as diferenças, ao contrário, este corpo absorvia as mudanças e as diferenças de papéis sociais. A outra explicação está na relação de poder evidente que coloca o homem como a medida de todas as coisas, e como o agente principal da vida pública (Laqueur, 2001).

A partir do final do século XVIII começa a surgir um modelo de dimorfismo radical, baseado em diferenças biológicas. O modelo isomórfico baseado no grau de perfeição metafísica, onde homens e mulheres estão em um mesmo eixo, passa a ser substituído por um modelo de dois eixos – corpos – estáveis e opostos que determinam a vida política, econômica e cultural dos homens e das mulheres, ou seja, seus papéis de gênero (Laqueur, 2001).

Laqueur (2001) também identifica que essa nova forma de interpretar o corpo não é resultado de nenhum conhecimento científico específico, como se poderia supor a partir das descobertas biológicas e médicas desse período, mas sim de grandes desenvolvimentos analíticos epistemológicos e políticos. Por volta da metade do século XIX as descobertas científicas mostraram que o pênis e o clitóris, os lábios e o escroto, os ovários e os testículos tinham origens comum no desenvolvimento fetal, o que poderia apoiar a visão do isomorfismo. Ao contrário, só houve interesse em buscar as evidências que diferenciavam esses dois corpos e esses dois sexos. Não há nada de natural na crença de que a sexualidade é um atributo humano singular e específico, essa construção é claramente um produto localizado historicamente.

O sexo, portanto, é algo contextual, e não essencial. Todo o discurso que se construiu sobre sexo e diferenças sexuais na verdade é um discurso sobre gênero. Dizer que existem diferenças humanas atribuíveis pelas diferenças dos órgãos sexuais seria o mesmo que dizer que existem atributos humanos específicos determinados pelo formato do nariz ou pela cor dos olhos e dos cabelos das pessoas. Não que não existam diferenças na anatomia dos corpos, mas o significado atribuído a essas diferenças faz parte de um contexto político e social (Laqueur, 2001). Sendo assim, não faz sentido dizer que o gênero seria uma interpretação cultural do sexo, uma vez que o gênero é o próprio meio discursivo no qual se define e são estabelecidas as diferenças entre os sexos. O corpo não possui uma sexualidade significativa anterior à determinação discursiva baseada na idéia de uma diferença natural ou essencial entre os sexos (Butler, 2003).

Dessa forma, não há razões então para a divisão dos corpos humanos em masculino e feminino, a não ser pela necessidade política, econômica e social de estabelecer relações de poder. Essa necessidade está relacionada à heteronormatividade compulsória, onde se constrói a idéia de que o correto é ser heterossexual nos desejos, ou seja, é esperado, por razões políticas e econômicas, que homens sintam desejo sexual por mulheres, e que mulheres sintam desejo sexual por homens, não sendo possíveis outras variações. Mais do que isso, qualquer outra variação que se pretenda construir identidades fixas, imutáveis e naturais apenas afirma e reconstrói essa relação binária de oposição (Butler, 2003).

Existe uma demanda contemporânea de formulação de uma abordagem do gênero como uma construção cultural complexa. Gênero pode ser descrito como um conjunto de atos repetidos e estilizados, que se consolida e se cristaliza no tempo como algo natural, e não uma identidade estável. Não há uma identidade de gênero anterior às próprias expressões de gênero. Essa identidade é performativamente constituída pelas próprias expressões que são consideradas resultado dela e imposta pelas práticas normatizadoras e reguladoras da coerência do gênero. Os gêneros nem sempre se mantiveram coerentes ou consistentes nos diversos contextos históricos, além de manter constante intersecção com outras identidades discursivamente constituídas, como raça, etnia e classe social (Butler, 2003).

Gêneros coerentes e inteligíveis são aqueles que estabelecem e mantêm as relações de coerência e linearidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo (Butler 2003), e essa correspondência só faz sentido tendo a heteronormatividade como referência (Bento, 2006).

O gênero é, portanto, uma produção tecnológica, uma repetição estilizada de atos que não se restringe aos limites do corpo biológico. Não que apenas a cultura produza a

materialidade do corpo, mas esse corpo só tem uma sexualidade reconhecida, só se torna sexualmente legível, com signos inscritos culturalmente e socialmente (Butler, 2009).

Antes mesmo de nascer o corpo já está construído pela linguagem e por um campo de discurso que desenha os limites de normalidade do sujeito. As pessoas se tornam humanamente inteligíveis quando adquirem seu gênero em consonância com os padrões reconhecidos como normais, corretos e esperados do gênero. O bebê adquire humanidade quando se diz se é “menino” ou “menina”. As imagens corporais que não correspondem e não se encaixam em nenhum desses dois gêneros constituem algo fora do campo inteligível do humano (Butler, 2003).

Quando os corpos não obedecem à lógica binária homem/pênis/masculino *versus* mulher/vagina/feminino, surgem processos marcados por conflitos, dores e medos, uma vez que ameaçam a chamada “natureza humana”, ao mesmo tempo em que produzem possibilidades de transformações dessas normas (Bento, 2006). A emergência de sujeitos cujo gênero é incoerente e descontínuo, como no caso de travestis, transexuais, *drag queens*, homossexuais, desestabiliza a noção de uma identidade estabilizada por aspectos como sexo e gênero, pois continuam sendo pessoas mesmo não cumprindo a norma linear (Butler, 2003).

Porém, o que é considerado não inteligível ou impensável não necessariamente é excluído da matriz lógica de compreensão. É o que está na margem – marginalizado – que possibilita a inteligibilidade do que está completamente incluído como pertencendo plenamente à cultura dominante (Butler, 2003).

O estranhamento gerado pela incoerência entre a expectativa da linearidade entre corpo, sexo e gênero e as diversas experiências reais de expressão do gênero e da sexualidade remete ao processo que Goffman (1988) denomina de estigma.

Goffman (1988) resgata que o termo “estigma” foi criado pelos gregos, que tinham amplo conhecimento de recursos visuais, para se referir a sinais corporais que evidenciavam algo negativo sobre o caráter ou status de quem os apresentava, como no caso de escravos e criminosos. Poderia ser uma marca feita por um corte, ou por fogo, identificando a pessoa marcada como ritualmente poluída e que deveria ser evitada. Atualmente utiliza-se o termo estigma em referência a um indivíduo ou a um grupo que apresenta alguma “marca” que o diferencia de maneira depreciativa, diminuindo-o na hierarquia social. Para esse processo de hierarquização não basta um atributo de diferenciação, mas uma linguagem de relações que determina o que é ou não aceitável como “normal”.

Para Link e Phelan (2001) o estigma existe quando há a convergência de quatro componentes inter-relacionados:

1 – Distinção e rotulagem das diferenças humanas. A grande maioria das diferenças entre as pessoas são socialmente irrelevantes, e são completamente ignoradas na maior parte do tempo. Outras diferenças são notadas apenas em algumas situações específicas, e não produzem graves consequências ao convívio social. Mas existem diferenças que adquirem importância devido a uma seleção social, como é o caso das diferenças sexuais atualmente.

2 – Crenças culturais dominantes ligam pessoas rotuladas a características indesejáveis. Esse aspecto envolve um rótulo e um estereótipo que liga uma pessoa ou um grupo a características negativas, não desejáveis.

3 – As pessoas rotuladas são colocadas em categorias distintas, estabelecendo a separação de “nós” e “eles”. Os outros componentes são fundamentais para a ocorrência deste, pois relacionar um rótulo negativo a alguém significa dizer que ela não pertence ao grupo das pessoas que não compartilham desse rótulo. Em alguns casos essa diferenciação chega ao extremo de separar quem pode e quem não pode ser considerado humano.

4 – As pessoas rotuladas vivenciam experiências de discriminação e perda de status. Este aspecto é considerado fundamental na compreensão do processo de estigmatização, pois quando uma pessoa ou um grupo são rotulados e relacionados a características negativas, necessariamente se constrói uma lógica de desvalorização, rejeição e discriminação.

O estigma ocorre então por uma relação de poder. Não basta o processo de identificar diferenças entre as pessoas e associar rótulos negativos a essas diferenças, é necessário estar localizado no grupo dominante para exercer ações discriminatórias de consequências socialmente importantes, e estar no grupo depreciado para sofrer graves consequências discriminatórias (Link e Phelan, 2001).

O processo de estigmatização pode afetar de forma dramática a vida das pessoas no que diz respeito à renda, habitação, segurança e saúde.

Em relação à saúde, Link e Phelan (2001) afirmam que estigma é um assunto de saúde pública. Ele gera circunstâncias estressantes e compromete a capacidade da pessoa de lidar com certas situações, afetando recursos de enfrentamento, como a auto-estima e a auto-eficácia, e expõe indivíduos e grupos estigmatizados a fatores de riscos à saúde.

Nesse sentido, o estigma sofrido por pessoas que não obedecem ou não se adequam a certas normas e regras sociais acerca do corpo, do sexo e do gênero, e vivenciam

diversas formas de expressão dessas dimensões, pode se constituir um fator de risco à saúde delas, produzindo graves consequências sociais. Ou seja, a redução de fatores de risco à saúde de indivíduos ou grupos estigmatizados necessariamente passa pela compreensão dos fatores de construção desse processo, para que seja possível intervir neles.

1.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici em 1961, tem se constituído importante campo de investigação desenvolvido inicialmente pela Psicologia Social e se expandido para outras áreas de conhecimento (Almeida, 2001), constituindo-se como um campo de conhecimento verdadeiramente interdisciplinar, contribuindo para a compreensão e explicação de questões relevantes para as áreas de educação, meio ambiente, saúde, entre outros (Camargo, 2005).

Essa perspectiva define como representações sociais sistemas teóricos do senso comum onde atores sociais compreendem, interpretam seu ambiente natural e social, e nele se situam (Jodelet, 2009). Podem ser entendidas como “teorias coletivas” sobre o que é percebido, a fim de dar compreensão a objetos, estabelecer comunicação, orientar e determinar condutas, utilizando um sistema de linguagem que aproxima esse objeto do que já é familiar. Essa construção teórica acaba definindo a identidade de grupos sociais e permite o acesso às dimensões simbólicas, culturais e práticas dos fenômenos sociais (Alves-Mazzotti, 2008). Considerada uma “grande teoria”, teve vários desdobramentos, dentre eles a abordagem culturalista, a abordagem societal, e a abordagem estrutural.

Dois conceitos são fundamentais para a compreensão dessa teoria: a objetivação e a ancoragem. A objetivação diz respeito ao processo de dar uma forma e imagem ao conhecimento que se apresenta, tornando concreto o abstrato. E a ancoragem integra o objeto de representação a um sistema de conhecimentos e valores já conhecidos e familiares, denominando-o e classificando-o (Almeida, 2001).

As representações sociais assumem quatro funções nas relações e nas práticas sociais cotidianas (Sá, 1996; Almeida, 2001):

- Função de saber – permitem compreender e explicar a realidade, elaborando novos conhecimentos e integrando-os ao conjunto de saberes anteriores, tornando-os inteligíveis e facilitando a comunicação social.

- Função identitária – situam os indivíduos e grupos no campo social, definindo e preservando uma identidade pessoal e social.
- Função de orientação – orientam os comportamentos e as práticas, definindo o que é aceitável em um determinado contexto social.
- Função justificadora – possibilitam justificar *a posteriori* as tomadas de posição e comportamentos.

Para este estudo será dada ênfase às abordagens societal e estrutural das representações sociais.

A abordagem societal proposta por Willem Doise supõe três hipóteses. A primeira delas é de que existe uma partilha de crenças entre os diferentes membros de uma população a respeito de um dado objeto/relação social, e o estudo das representações sociais passa pela identificação do campo comum dessas trocas simbólicas nas relações de comunicação. A segunda hipótese é de que existe uma organização sistemática na variação de tomadas de decisões individuais em relação às representações, e a teoria das representações sociais pode explicar como e porque isso acontece. E a terceira hipótese é de que as tomadas de posição estão ancoradas em realidade simbólicas coletivas (Almeida, 2001; Doise, 2002).

A abordagem estrutural das representações sociais foi desenvolvida por Jean-Claude Abric, que propôs em 1976 pela primeira vez a teoria do núcleo central como organizador das representações (Almeida, 2001; Sá, 1996).

Essa abordagem se dedica especialmente aos aspectos sócio-cognitivos da representação e a forma como são estruturados em torno de sistemas centrais e periféricos. A premissa dessa abordagem é que toda representação é organizada em torno de um núcleo central, elemento essencial da representação, composto por elementos mais estáveis, historicamente definidos, onde a alteração desse núcleo transformaria completamente a representação. O núcleo central tem função geradora, que dá sentido aos elementos da representação, e organizadora, que determina as ligações entre esses elementos. A modificação do núcleo central representa uma transformação completa na representação. Os sistemas periféricos contêm elementos menos estáveis, flexíveis, passíveis ao contexto das práticas sociais. Têm como função regular e adaptar a representação de acordo com as mudanças de contexto, protegendo e defendendo o núcleo central (Almeida, 2001; Sá, 1996; Ribeiro, 2000).

Moliner (apud Sá, 1996) classifica os métodos de pesquisa do núcleo central em dois grupos principais:

1 – levantamento dos possíveis elementos do núcleo central, que evidencia a saliência e a conexão, onde os resultados apenas auxiliam na formulação de hipóteses;

2 – identificação dos elementos que efetivamente compõem o núcleo central, a partir das cognições levantadas.

Dentre as técnicas que evidenciam a saliência estão a de associação livre e de hierarquização de itens (Sá, 1996). O presente estudo pode ser classificado como pertencente ao primeiro grupo.

Pereira (2005) propõe uma possível articulação entre os elementos da abordagem estrutural e a societal, como pode ser percebido na Figura 1. O presente estudo dedica-se à investigação dos elementos em destaque pelos círculos.

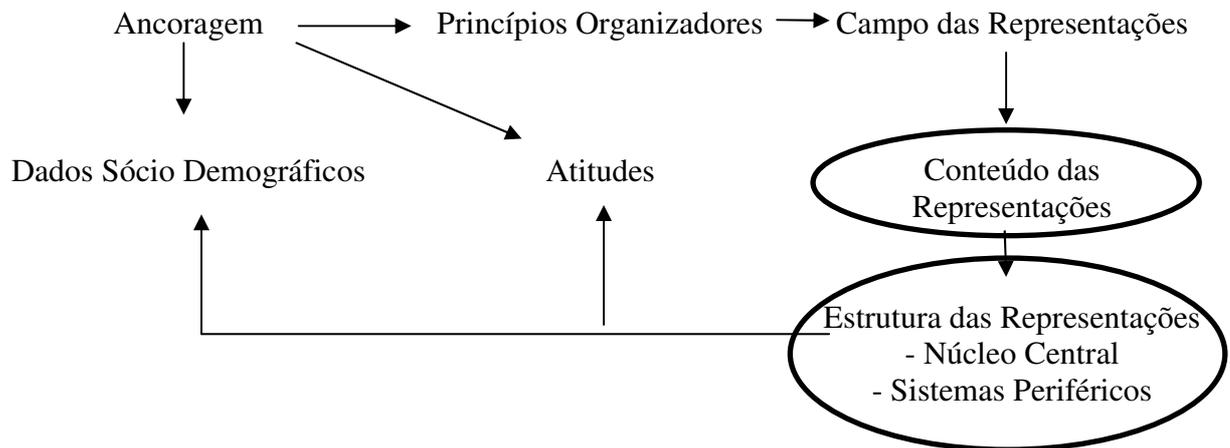


Figura 1 – Modelo de articulação entre os vários componentes das Representações Sociais proposto por Pereira (2005).

2 A PESQUISA

2.1 OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar as representações sociais de profissionais de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal sobre transexualidade.

Objetivos específicos

- Identificar conhecimentos e vivências de profissionais de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal sobre transexualidade;
- Identificar o conteúdo das representações sociais de profissionais de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal sobre transexualidade;
- Identificar a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal sobre transexualidade.

2.2 MÉTODOS

Os **locais de pesquisa** selecionados foram todas as unidades de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) que são Centros de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e aids – 8 unidades – e um Centro de Saúde de atenção básica de cada uma das 15 Regionais de Saúde da SES-DF – somando mais 15 unidades – determinados por sorteio, totalizando 23 unidades. Dessas, uma unidade de saúde recusou a participação na pesquisa, permanecendo então 22. A escolha de unidades básicas de saúde e unidades que são referência em atendimento especializado às DST e aids se deu baseada na hipótese de que as representações sociais a cerca de um objeto de análise se diferenciam, dentre outros processos, pelo maior ou menor contato com o objeto em questão. Historicamente, equipes de unidades de referência em DST e aids no Brasil recebem treinamento e trabalham baseados em diretrizes que consideram vulnerabilidades específicas, como de sexo, gênero, o que sugere que esses profissionais podem apresentar representações sociais diferentes de profissionais que tradicionalmente recebem formação e treinamento para o atendimento à população em geral. Apesar dessa escolha, não foi possível realizar a análise da estrutura das representações sociais por natureza da unidade de saúde – básica ou de referência – pelo número reduzido da amostra, o que poderia comprometer a análise quantitativa. No entanto, na análise do conteúdo das representações foi possível associar essa variável a alguns dos discursos.

Foram definidos como **sujeitos da pesquisa**, médicos, enfermeiros, e auxiliares ou técnicos em enfermagem. A opção por essas categorias se deu basicamente por serem os profissionais que estão em maior quantidade nas unidades de saúde e geralmente são os que primeiro têm contato com as pessoas que chegam ao serviço. Inicialmente foi definido que seriam convidados três profissionais de cada categoria que estivessem disponíveis no momento da coleta de dados, mas esse número variou de acordo com a realidade de cada unidade de saúde selecionada. Foram convidados para participar da pesquisa 150 profissionais, sendo que 128 concordaram com a participação e 16 recusaram. Houve seis perdas – instrumento de coleta de dados não devolvido – que corresponde a 4% da amostra.

A **coleta de dados** foi realizada pela própria pesquisadora entre os meses de agosto e outubro de 2011. Foram utilizadas as técnicas de evocação livre e de hierarquização de itens (Sá, 1996). Consistiu na aplicação de questionário (Apêndice A), previamente testado, semi-estruturado, baseado na técnica de associação livre, onde era solicitado ao

participante que escrevesse pelo menos quatro palavras ou expressões que lhes ocorressem imediatamente em relação ao termo indutor “transexualidade”. Em seguida, deveria listar, em ordem de importância, as três palavras ou expressões consideradas mais importantes e descrever o significado do termo considerado mais importante. O instrumento também questionava os participantes se já haviam atendido pessoas transexuais durante a carreira profissional. No caso de resposta positiva, foram solicitados a descrever os sentimentos e as principais dificuldades percebidas durante o atendimento. Também foram coletados dados referentes ao perfil profissional e sócio-demográfico. O tempo médio aproximado de aplicação do instrumento de coleta de dados foi de 20 minutos. Em alguns poucos casos os profissionais pediram para devolver o questionário preenchido em outro momento previamente agendado.

Foi realizado registro sistemático durante a fase de coleta de dados, com o objetivo de captar informações relevantes ao desenvolvimento da pesquisa que o questionário de coleta de dados poderia não ser capaz de captar, como por exemplo, as reações dos profissionais diante do tema, a disponibilidade e o interesse em participar da pesquisa, afirmações, dúvidas e outras expressões dos profissionais de saúde em relação ao estudo.

Os dados coletados referentes ao significado do termo considerado mais importante, aos sentimentos e às dificuldades percebidas durante o atendimento foram **processados** pelo *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*), que gera contextos – classes – caracterizados pelo vocabulário e segmentos de textos que compartilham esse vocabulário, a partir da análise lexicográfica e da classificação hierárquica descendente (CHD) do material textual. O *corpus* de análise foi composto por unidades de contextos iniciais (UCI) definidos pela pesquisadora. Cada UCI possui as variáveis que caracterizam os sujeitos de acordo com o delineamento da pesquisa (Reinert apud Camargo, 2005). Nesta pesquisa as respostas dadas por cada sujeito ao significado da palavra considerada mais importante e aos sentimentos gerados e as dificuldades percebidas durante o atendimento foram consideradas uma UCI. Ou seja, o número de UCI corresponde ao número de participantes da pesquisa que responderam às questões citadas.

As variáveis consideradas neste estudo foram:

- Natureza da unidade de saúde (básica ou especializada);
- Ter atendido pessoa transexual;
- Sexo (masculino ou feminino);

- Faixa etária (20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 anos ou mais);
- Religião (ter fundamento judaico-cristão ou não ter fundamento judaico-cristão);
- Categoria profissional (médico, enfermeiro ou auxiliar/técnico em enfermagem);
- Tempo de exercício profissional (menos de 10 anos ou 10 anos ou mais).

Após a identificação das UCI, o ALCESTE divide o material em unidades de contexto elementar (UCE), seguimentos de texto, que após a CHD, se organizam em classes. Cada classe é composta pelo conjunto de UCE que apresentam vocabulário semelhante, e que se diferenciam de vocabulários de outras classes. As classes são então organizadas em eixos. O resultado da CHD é apresentado graficamente em forma de árvore denominada dendograma (Camargo, 2005). Foram atribuídos pela pesquisadora títulos aos eixos e às classes, baseados na análise do material textual à luz do referencial teórico adotado.

Também foi utilizado o *software* EVOC 2000 (*Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations*), que permite a análise de evocação indicando os prováveis elementos centrais e periféricos das representações sociais. Os dados considerados foram os termos evocados a partir do termo indutor e a hierarquização deles. Neste estudo foram calculadas as relações entre as frequências e as ordens de evocação, considerando 5 a frequência mínima, 16 a frequência intermediária e 3.7 a ordem média de evocação, gerando o quadro de quatro casas (Figura 2). Nesse quadro, o quadrante superior esquerdo – 1º quadrante – apresenta as palavras mais freqüentes e mais prontamente evocadas, o que indica que provavelmente fazem parte do núcleo central da representação. No quadrante inferior esquerdo – 3º quadrante – aparecem os termos com freqüência menor, mas prontamente evocados, e no superior direito – 2º quadrante – os muitos freqüentes, mas não tão prontamente citados. Esses dois quadrantes indicam as palavras que possivelmente pertencem ao sistema periférico das representações e estão mais próximos ao núcleo central. Por fim, o quadrante inferior direito – 4º quadrante – indica os termos que foram pouco freqüentes e menos prontamente evocados, indicando a periferia distante (Vergès, 2000).

↑ F R E Q U Ê N C I A	← ORDEM MÉDIA DE EVOCAÇÃO	
	1º Quadrante Núcleo central	2º Quadrante Periferia próxima
		3º Quadrante Periferia próxima
		4ª Quadrante Periferia próxima

Figura 2 – Quadro de quatro casas gerado pelo EVOC.

Para testar a centralidade dos termos que compõe a representação social da transexualidade, foi calculado o percentual da “queda de frequência” entre a frequência total dos termos apresentados pela técnica de evocação e os termos hierarquizados como os mais importantes pelos participantes da pesquisa. Esse indicador fornece mais elementos para identificação da estrutura das representações. Nesse estudo, considerou-se a queda de frequência inferior a 50% como indicador de centralidade do termo (Ribeiro, 2000). A fórmula desse cálculo pode ser expressa da seguinte forma:

$$\text{Queda de frequência (\%)} = \frac{F_t - F_p}{F_t} \times 100$$

Sendo F_t a frequência de todos os termos evocados processados pelo EVOC e F_p a frequência dos termos que, dentre os evocados, foram considerados pelos participantes como os três mais importantes. Foram considerados apenas termos com frequência de evocação > 4 .

Os significados atribuídos pelos sujeitos da pesquisa às principais palavras foram descritos e analisados.

Os sentimentos gerados e as dificuldades percebidas durante o atendimento foram categorizados a partir da leitura exaustiva do material.

Os dados sócio-demográficos e profissionais serviram à descrição do perfil dos participantes por frequência simples e porcentagem, e à análise das variáveis do conteúdo das representações.

A **análise dos dados** foi realizada em três etapas. Para a etapa que se refere ao conteúdo das representações, foi utilizada a análise gerada pelo ALCESTE. Para a identificação da estrutura das representações foram considerados o quadro de quatro casas, onde é possível identificar os prováveis núcleo central e sistemas periféricos das representações, as descrições dos significados das principais palavras e o teste de centralidade. E por fim, na terceira etapa foi realizada a descrição dos sentimentos e das dificuldades no atendimento de transexuais.

O projeto de pesquisa foi submetido ao **Comitê de Ética em Pesquisa** da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), seguindo todas as recomendações éticas vigentes, sendo aprovado em 8 de junho de 2011 (ANEXO A).

2.3 RESULTADOS

2.3.1 Perfil dos participantes da pesquisa

No perfil sócio-demográfico dos sujeitos da pesquisa (Tabela 3) pode-se notar a predominância de participantes do sexo feminino, casados ou vivendo em união estável (51,1%), católicos e pardos. A idade variou entre 24 e 67 anos (mediana 43, média 42), predominando a faixa etária de 30 a 49 anos (62,4%). Além das religiões católica, evangélica e espírita foram citadas outras: espiritualista, protestante, religiosidade, presbiteriana, cristã, adventista do 7º dia, messiânica e budista.

Quanto às características profissionais (Tabela 4), a maior parte dos participantes é de Centros de Saúde, mas a participação proporcional de profissionais de Centros de Referência em DST e aids foi maior. Mais de 80% são profissionais da área da enfermagem, sendo que a maior parte são auxiliares ou técnicos em enfermagem. Aproximadamente 68% refere ter mais de 10 anos de experiência profissional (variando de 1 a 41, com mediana de 16, e média de 18) e quase 60% afirma já terem atendido uma pessoa transexual ao longo de sua carreira profissional.

Tabela 3 – Características sócio-demográficas dos sujeitos da pesquisa. Brasília, 2011.

Variável	Categoria	Total (N = 128)	
		N	%
Sexo	Masculino	21	16,4%
	Feminino	104	81,3%
	Sem resposta	3	2,3%
Idade (em anos)	20 – 29	6	4,5%
	30 – 39	38	29,7%
	40 – 49	42	32,7%
	50 – 59	29	22,7%
	60 ou +	5	3,9%
	Sem resposta	8	6,2%
Estado civil	Solteiro	30	23,4%
	Casado	59	46,1%
	União estável	14	11,0%
	Separado/Divorciado	18	14,1%
	Viúvo	3	2,3%
	Sem resposta	4	3,1%
Religião	Católica	68	53,1%
	Evangélica	21	16,4%
	Espírita	8	6,3%
	Outras	20	15,6%
	Não tem	7	5,5%
	Sem resposta	4	3,1%
Raça/cor	Branco (a)	42	32,8%
	Preto (a)	8	6,3%
	Pardo (a)	70	54,7%
	Amarelo (a) (asiático)	1	0,8%
	Indígena	2	1,6%
	Sem resposta	5	3,9%

Tabela 4 – Características profissionais dos sujeitos da pesquisa. Brasília, 2011.

Variável	Categoria	Total (N = 128)	
		N	%
Local	Centro de Referência em DST e aids	54	42,2%
	Centro de Saúde (atenção básica)	74	57,8%
Ter atendido uma pessoa transexual	Sim	76	59,4%
	Não	34	26,6%
	Não sabe	11	8,6%
	Sem resposta	7	5,5%
Categoria profissional	Médico (a)	18	14,1%
	Enfermeiro (a)	48	37,5%
	Auxiliar/técnico (a) em enfermagem	55	43,0%
	Sem resposta	7	3,4%
Tempo de exercício profissional (em anos)	0 – 9	28	22,0%
	10 – 19	36	28,0%
	20 – 29	38	29,6%
	30 ou +	14	11,0%
	Sem resposta	12	9,4%

2.3.2 Conteúdo das Representações Sociais

O conteúdo das representações sociais acerca da transexualidade foi analisado com o auxílio do ALCESTE, a partir do material textual de 124 sujeitos de pesquisa. Os resultados do processamento podem ser visualizados no Quadro 3, que apresenta os dois grandes eixos de análises, organizados em cinco classes, e os percentuais de colaboração de cada eixo e de cada classe. A seleção das palavras apresentadas foi feita considerando a frequência e a significância estatística, excluindo artigos e pronomes.

O primeiro eixo, composto pelas Classes 1 e 3, corresponde a 33% de todo o discurso e refere-se à descrição do transexual enquanto paciente que muda de sexo por não aceitar seu sexo de nascimento.

O segundo eixo, que corresponde a 67% do discurso, engloba as Classes 2, 5 e 4, e descreve o transexual como pessoa que merece respeito como qualquer outro ser humano,

mas que o profissional de saúde encontra dificuldades no atendimento, por não saber como proceder.

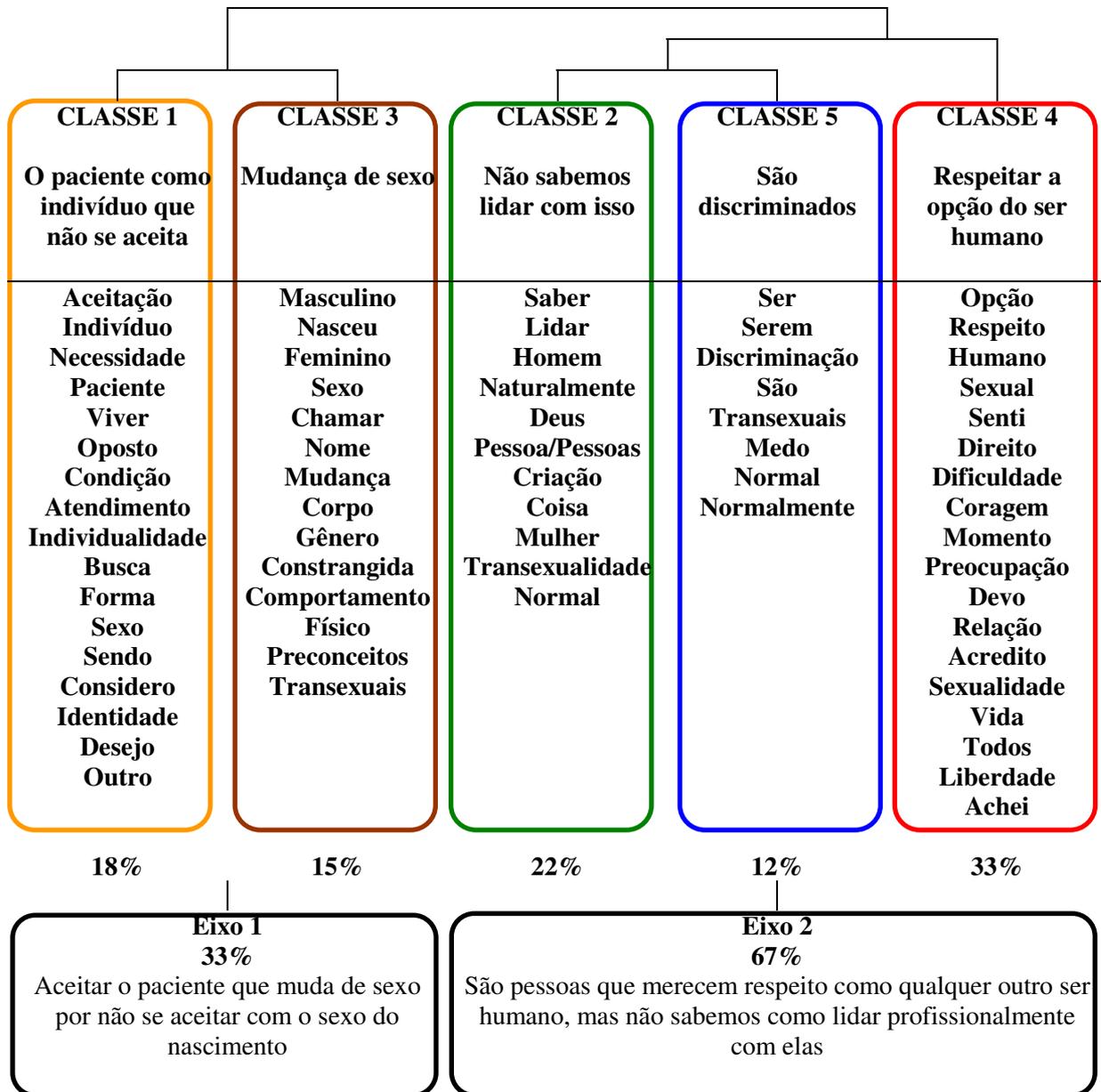


Figura 3 – Dendrograma de classificação hierárquica descendente com distribuição dos eixos, classes e porcentagens de contribuição em relação ao *corpus* total. Brasília, 2011.

2.3.3.1 Eixo 1 – Aceitar o paciente que muda de sexo por não se aceitar com o sexo do nascimento

O discurso apresentado como sendo da **Classe 1 - O paciente como indivíduo que não se aceita** pode ser atribuído a profissionais de Centros de Saúde que são apenas Unidades Básicas de Saúde, estão na faixa etária de 50 a 59 anos de idade e declaram religiões que não são de fundamento judaico-cristão, pois estas variáveis se apresentaram de forma significativa na análise. Os sentimentos que marcam esse discurso são a normalidade e a curiosidade.

Esse discurso mostra o transexual como um indivíduo que não aceita seu sexo e seu gênero (masculino ou feminino) de nascimento, e quer viver e ser aceito na família e na sociedade como sendo do sexo e do gênero oposto, o que pode ser considerado um transtorno de identidade. Para isso necessitam fazer mudanças no corpo, ajustando-o de forma condizente e adequada à aparência que escolheram na busca de uma nova identidade e de prazer.

O indivíduo tem o desejo de viver e ser aceito como sendo do sexo oposto (Médica, Centro de Saúde, nunca atendeu transexuais).

Embora ainda não esteja inteirada dos conceitos, considero que o transexualismo se caracteriza pela não aceitação do indivíduo pela sua condição (Auxil./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

O indivíduo sente a necessidade física da mudança corporal para expressar suas tendências e satisfações físicas/psicológicas (Enfermeira, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

Também é declarado nesse discurso que o indivíduo é livre para viver como deseja e que é preciso respeitar e “*aceitar o outro como ele é*” na sua individualidade, e “*aprender a viver com o diferente sem discriminá-lo*”.

Aceito, cada um veio ao mundo para ser feliz, não importa a forma (Auxil./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

O transexual é percebido “*como se fosse outro paciente qualquer*”, mas que provoca certa curiosidade e cautela, pois pode se apresentar arredio e agressivo. Relatam que o atendimento ocorreu como ocorreria qualquer outro, com imparcialidade. O fato de a

peças transexuais sentirem “*necessidade de dizer sua condição*” foi apresentado como uma dificuldade durante o atendimento.

O atendimento transcorreu como se fosse um paciente comum, não vejo necessidade de implantar impressões (Enfermeira, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

Normal, mas com um pouco de curiosidade para melhor entender (Enfermeira, Centro de Referência, já atendeu transexuais).

[Sentimento] *Curiosa e cautelosa durante o atendimento.*
 [Dificuldades] *Abordagem e maneira de falar/se portar/aconselhar durante a consulta, de forma a me manter imparcial na frente do paciente, sem juízo de valor e sem que a investigação durante a consulta deixe-o constrangido* (Enfermeira, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

A **Classe 3 – Mudança de sexo** apresenta o discurso de profissionais do sexo feminino, enfermeiras, de 30 a 39 anos de idade e que declaram religiões que não são de fundamento judaico-cristão, como budista, espiritualista, entre outras.

Nesse discurso o transexual é visto como alguém que nasce com o corpo, o órgão genital correspondente a um sexo (masculino ou feminino), mas que tem a alma, o sexo mental, como sendo do sexo oposto, e por isso opta pela mudança de sexo. Os sentimentos que marcam esse discurso são o constrangimento e a confusão, principalmente relacionada à forma como deve se dirigir, chamando pelo nome de registro ou pelo nome social. Também apresenta a idéia de que o sexo é físico e o gênero é mental, psicológico e espiritual.

Pessoas que mudam de sexo. É aquela pessoa que nasceu com o sexo masculino, por exemplo, e por algum motivo acha que não só sua preferência sexual, mas também seu sexo, ou melhor, seu corpo, tende para o outro sexo (Auxil.éc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde).

O transexual apresenta um desacordo entre o que seu corpo físico apresenta em relação ao desenvolvimento sexual, mental. É uma questão de gênero, onde nasce um ser com um sexo físico que não se relaciona com o seu sexo mental (Enfermeira, Centro de Referência, já atendeu transexuais).

O transexual nasce com um sexo, feminino ou masculino, mas tem a alma do outro sexo, feminino ou masculino (Enfermeira, Centro de Referência, já atendeu transexuais).

A maior preocupação dos profissionais que compõem esse discurso é qual pronome (ele ou ela) usar para se dirigir e por qual nome chamar, se pelo nome social ou pelo nome de registro. Essa dúvida pode gerar constrangimento durante o atendimento.

Como foi em local público, a pessoa, mesmo já tendo se submetido à cirurgia de mudança de sexo e solicitado que seja chamado por outro nome, ainda veste trajes que corresponde ao sexo anterior (Médica, Centro de Referência, já atendeu transexuais).

Foi muito constrangedor, pois li apenas o seu cartão de vacina, com nome masculino, e o chamei no meio do público, quando dei por mim estava atendendo uma ruiva linda de 1.80 m extremamente orientada (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).



Figura 4 – Distribuição das classes do eixo 1 e porcentagens de contribuição em relação ao *corpus* total. Brasília, 2011.

2.3.3.2 Eixo 2 – São pessoas que merecem respeito como qualquer outro ser humano, mas não sabemos como lidar profissionalmente com elas

O discurso da **Classe 2 – Não sabemos lidar com isso** é marcado de forma significativa pela variável religião. Esses profissionais declaram ser de religião que tem fundamento judaico-cristão, como católica e protestante e são do sexo feminino.

Relatam que “*Deus deixou o homem e a mulher*”, e tudo que está fora disso está transgredindo e desobedecendo as leis divinas.

Essa história de transexualidade isso é coisa inventada pelo homem, porque Deus deixou mesmo foi o homem e a mulher, um para o outro, e o resto é diabólico (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

Deus, porque foi ele que criou o homem e a mulher para se unirem e gerarem filhos. Com o mesmo sexo isso não é possível (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Referência, já atendeu transexuais).

A pessoa não assumir a criação de Deus está desobedecendo ele (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

A pessoa que se sujeita a transexualidade tem possivelmente um transtorno de pensamento em relação à sua criação homem ou mulher (Enfermeira, Centro de Saúde).

Aqui o profissional reconhece não saber lidar e agir com uma questão tão complexa como a transexualidade, que muitas vezes é percebida como algo anormal, mas afirma que, por ser um profissional de saúde, deve respeitar a pessoa no momento do atendimento.

Desconfortável por não saber como agir. A impressão que tenho é que essas pessoas já estão prontas para brigar, para dar uma resposta agressiva e às vezes não sei se estou fazendo ou falando a coisa certa (Enfermeira, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

Pra ser sincera não consigo encarar como normal. A pessoa muitas vezes já tem uma postura de recolhimento e defesa. E nós,

profissionais, muitas vezes não sabemos lidar com isso (Médica, Centro de Referência, já atendeu transexuais).

Um pouco sem jeito, pois eles são muito desconfiados e não se pode olhar muito para eles. Indiscrção, pornográficos (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

Quando falamos de transexualidade sabemos que esse assunto é bem complexo. Estamos vivendo um avanço muito grande e mesmo assim tudo em volta deste tema é complexo, curioso (Aux./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

Relatam também que “*essas pessoas (os transexuais) estão prontas para brigar, já têm a postura de recolhimento e defesa, e se sentem sempre rejeitadas, por mais que você os atenda bem.*”

Na **Classe 5 – São discriminados** o discurso é típico de profissionais do sexo feminino e que são auxiliares ou técnicos em enfermagem, e é caracterizado pela idéia de que os transexuais são discriminados. Os sentimentos presentes são a normalidade e o medo.

Os transexuais são excluídos da sociedade, apresentam dificuldades para serem aceitos em empregos, faculdades, família e etc. (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde, nunca atendeu transexuais).

Infelizmente em nosso país as pessoas não evoluíram e ainda há muita discriminação com os transexuais (Enfermeira, Centro de Referência, nunca atendeu transexuais).

Normal, não costumo comentar ou discriminar. [Dificuldade] Nenhuma, acho que nos comportamos no nosso atendimento conforme nos tratam, e de uma forma geral os transexuais são muito educados, gentis e simpáticos (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

Sem o menor constrangimento, vejo as pessoas como todas iguais e diferentes, iguais fisicamente e diferentes no modo de ser, personalidade (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Referência, já atendeu transexuais).

O sentimento medo aparece em três sentidos: medo do profissional em relação à pessoa transexual, o medo que a pessoa transexual possa vir a ter e medo de a pessoa atendida se sentir discriminada.

Medo de doenças, serem aidéticos. A gente fica insegura, principalmente se são de pouca cultura. Normalmente são donos da situação, exigente (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

Eles próprios sentem-se discriminados e já vêm previamente armados, com medo de serem discriminados (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

Às vezes medo por pensar que a pessoa estaria sendo discriminada, jamais farei isso, pois para mim todos são iguais (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Referência, já atendeu transexuais).

A **Classe 4 – Respeitar a opção do ser humano** é representada pela noção de opção e respeito. O discurso é típico de profissionais do sexo masculino que nunca atenderam transexuais, trabalham em Centros de Referência em DST e aids e têm 60 anos ou mais.

Aqui os profissionais percebem transexuais como seres humanos com muita coragem, que se assumem sem se preocupar com os outros. Declaram que a opção sexual, a diversidade sexual, a sexualidade e a vida sexual são opção e direito de cada um, que devem ser respeitados.

Senti respeito e me preocupem em dar o atendimento, por se tratar de um ser humano, na minha profissão devo dar o melhor atendimento possível a qualquer ser humano, independente da sua opção sexual (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Referência, já atendeu transexuais).

Ninguém tem o direito de querer moldar o ser humano conforme suas próprias conveniências. Transexualidade é inerente a vontade de cada um (Sexo masculino, Centro de Referência, nunca atendeu transexuais).

Acredito que atendi na perspectiva de uma relação humana, respeitosa, sem preconceito. Não me lembro de dificuldades (Auxi./téc. em enfermagem do sexo masculino, Centro de Referência, já atendeu transexuais).

Se houver a confirmação de nenhum comprometimento físico, devo respeitar a opção sexual de cada um, apesar de acreditar que a falta de crença em um deus superior leva a esse tipo de comportamento (Enfermeira, Centro de Referência, nunca atendeu transexuais).

Diversidade sexual: direito à liberdade, pois ao assumir suas tendências sexuais fará parte do mundo das opções. No momento existem várias tendências e todos têm o direito de assumir sua sexualidade (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde, nunca atendeu transexuais).

Afirmam que não sentiram dificuldades, e sim curiosidade durante o atendimento.

Não houve nenhuma dificuldade, pois na minha relação médico-paciente exerço sem me ater à questão da sexualidade para mudá-la ou torná-la diferente (Sexo feminino, Centro de Referência, já atendeu transexuais).

Não tive dificuldade, para mim é um ser humano igual aos outros (Auxi./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Referência, já atendeu transexuais).

(...). Senti um pouco de curiosidade sobre sua vida e relações (Enfermeira, Centro de Saúde, já atendeu transexuais).

Aqui aparece a preocupação com a formação dos profissionais para lidar com essa questão.

Acho que desmistificar informações sobre esse público, treinar profissionais focando no humanismo e reduzindo a indiferença, com objetivo de respeitar direitos e deveres (Auxi./téc. em enfermagem do sexo masculino, Centro de Referência, nunca atendeu transexuais).

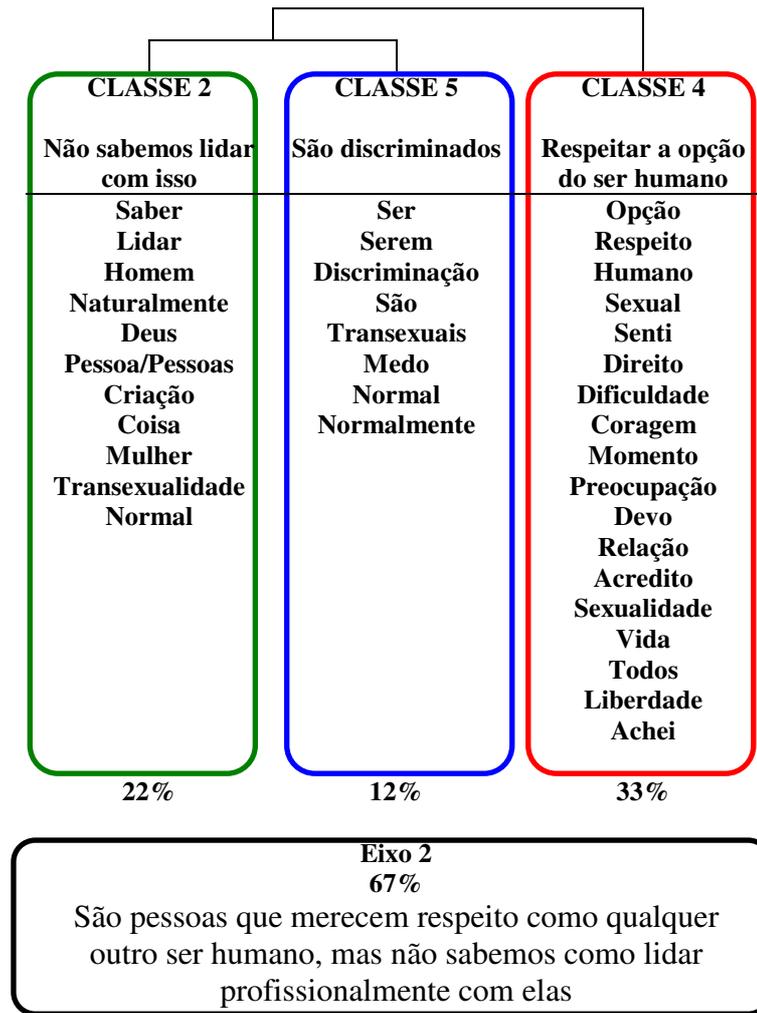


Figura 5 – Distribuição das classes do eixo 2 e percentagens de contribuição em relação ao *corpus* total. Brasília, 2011.

2.3.3 Estrutura das Representações Sociais

Na técnica de associação livre foram evocadas ao todo 676 palavras e/ou expressões, sendo 463 termos diferentes.

Os termos “mudança de sexo” e “preconceito” aparecem no primeiro quadrante (Tabela 5), possivelmente compondo o núcleo central da representação sobre transexualidade.

Quando os participantes descrevem o significado do termo que consideram mais importantes, descrevem “mudança de sexo” como “*adequação do corpo à cabeça*”, sendo o fato mais importante para a pessoa transexual se sentir completa. Por não estar satisfeita com

o próprio sexo, com o próprio corpo, a pessoa busariam “*assumir um lado diferente do biológico*”, a partir de uma necessidade física da mudança corporal, principalmente do órgão genital, para “*expressar suas tendências e satisfações físicas/psicológicas*”. Nessa perspectiva seriam considerados anormais, diferentes, alvo de preconceitos por parte da sociedade. Além disso, não seriam vistos de forma livre, tendo poder sobre seu próprio corpo, e sujeitos de direitos e deveres como qualquer cidadão comum em relação à saúde, educação, lazer e cultura.

O termo “preconceito” é descrito como o julgamento pejorativo das pessoas transexuais por parte da sociedade por não aceitar as diferenças, não entender o porquê e por ser olhado como algo anormal, não sendo respeitados “*seus direitos e preferências*”, o que “*causa solidão e até infelicidade à pessoa discriminada*”. “*O ser humano ainda é muito preconceituoso em relação ao transexualismo*”. Afirma que ainda é muito grande a dificuldade de lidar com questões relacionadas à sexualidade e que é um desafio para uma sociedade conservadora e religiosa conviver e se relacionar respeitando as diferenças. Também foi citado que é confundida com a homossexualidade, mas que “*é um conceito muito mais abrangente, que demanda assistência adequada à sua dimensão*”.

Tabela 5 – Quadro de quarto casas com frequência e ordem média de evocação dos termos. Brasília, 2011.

Núcleo Central (1º quadrante)			Sistema Periférico Próximo (2º quadrante)		
Evocação	Frequência ≥ 16	OME < 3,7	Evocação	Frequência ≥ 16	OME ≥ 3,7
mudança de sexo	18	1,556			
preconceito	36	3,444			
Sistema Periférico Próximo (3º quadrante)			Sistema Periférico Distante (4º quadrante)		
Evocação	Frequência ≥ 5 e < 16	OME < 3,7	Evocação	Frequência ≥ 5 e < 16	OME ≥ 3,7
coragem	8	2,625	aceitação	11	4,091
discriminação	9	3,556	constrangimento	6	5,167
homem	6	2,000	insegurança	5	3,800
homossexualidade	6	2,333	sexualidade	5	4,000
liberdade	5	2,600			
mudança	5	1,000			
opção	9	3,333			
opção sexual	6	2,167			
respeito	7	2,000			
transformação	7	2,000			

No terceiro quadrante estão os termos que provavelmente fazem parte do sistema periférico mais próximo do núcleo central. A transexualidade é relacionada com a

“transformação” de um corpo de um determinado sexo em outro do sexo oposto, que além de física é psíquica e social. Uma “mudança” contínua no comportamento e conflitos internos no sentido de melhorar. A pessoa quer ser o que acha que é, de acordo com seus sentimentos. Como *“vivemos em uma sociedade extremamente preconceituosa”*, e em nosso país as pessoas ainda não evoluíram, e por isso há “discriminação” com os transexuais, essas pessoas devem ter muita “coragem” para se assumirem sem se preocupar com outros.

No sistema periférico, a transexualidade também é representada como uma opção. Os termos “opção” e “opção sexual” são descritos como uma opção de vida, motivada por demandas subjetivas ou do meio social em que a pessoa está inserida. E desde que seja de um adulto e não *“haja nenhum comprometimento físico”*, essa opção deve ser respeitada, pois se trata do direito de decidir sobre a própria sexualidade. *“A partir dessa escolha, surgem conflitos entre a realização dos desejos e a ‘inadequação social’, e resistência de familiares. A opção envolve prazeres e cruzes como tudo na vida”*. *“Esse tipo de comportamento”* acontece por *“falta de crença em um deus superior”*.

A palavra “respeito” é descrita como a procura por aceitar e compreender o indivíduo com suas qualidades e diferenças, pois cada um tem direito sobre a própria vida. *É “respeitar o próximo independente da sua sexualidade”*, cor ou idade. Por se tratar de um tema pouco conhecido, uma postura de respeito é fundamental.

Na periferia mais distante, o termo “aceitação” é apresentado com duas idéias distintas. Uma diz respeito à necessidade de aceitar o outro como ele é, pensa, age, vive e tudo que lhe é intrínseco, abrindo ao de atitudes moralizantes, que não consideram a individualidade do ser humano. *“Aprender a viver com o diferente sem discriminá-lo, criticá-lo”*. A outra tem relação com a auto-aceitação. *“Conseguir estar bem da maneira que consegue se ver, aceitar-se”, “ter paz interior”*. *“Estar de bem consigo mesmo (a) enfrentando a situação vivenciada de forma a conservar a dignidade e moral”*.

A partir do teste de centralidade (Tabela 6) foi possível notar que os termos “mudança de sexo” e “preconceito” de fato parecem compor o núcleo central das representações sociais acerca da transexualidade, pois apresentam uma queda de frequência de evocação inferior a 50%.

Tabela 6 – Teste de centralidade a partir do cálculo da queda de frequências de evocação. Brasília, 2011.

	Termos evocados	Frequência total de evocação	Frequência das palavras principais	Queda de frequência (%)
Sistema Periférico	Respeito	7	7	0
	Discriminação	9	7	22
	Opção	9	7	22
	Aceitação	11	8	27
	Transformação	7	5	28
Núcleo Central	Mudança de sexo	18	12	33
	Preconceito	36	23	36
Sistema Periférico	Coragem	8	0	100
	Homem	6	0	100
	Homossexualidade	6	0	100
	Opção sexual	6	0	100
	Constrangimento	6	0	100
	Liberdade	5	0	100
	Mudança	5	0	100
	Insegurança	5	0	100
	Sexualidade	5	0	100

2.3.4 Sentimentos gerados no atendimento

Dos 74 participantes que responderam à questão sobre o sentimento gerado no atendimento a uma pessoa transexual, 27 responderam que se sentiram **normais**, sem nenhum sentimento específico, como em qualquer atendimento.

Normal, a pessoa transexual para mim é um ser humano como outro qualquer (Aux./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Referência).

O atendi como pessoa normal, não deixando nossos preconceitos irraigados transparecer (Aux./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde).

Senti normal, aliás os pacientes para mim são assexuados, atendo pessoas, não o gênero sexual (Enfermeiro, Centro de Referência).

Não tive nenhum problema, pois sou profissional de saúde, não posso ter acepção de pessoas (Aux./téc. em enfermagem do sexo feminino).

O **constrangimento** foi relatado por nove profissionais. Tanta em relação a como se dirigir ou como chamar, como em relação à forma de dar orientações específicas e a como estabelecer vínculo.

Na verdade já cuidei de transexual, achei uma situação constrangedora, porque anatomicamente era um homem, mas no corpo e forma de uma mulher (banho no leito, indivíduo consciente) (Sexo feminino, Centro de Saúde).

A princípio constrangida, surpresa, mesmo tendo que aceitar as determinações que os próprios governantes estão determinando em leis (Aux./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde).

Foram seis os profissionais que disseram ter se sentido **tranquilo** durante o atendimento, sem constrangimento, pois a pessoa atendida se mostrava muito segura. A preocupação era poder auxiliar enquanto profissional independente das escolhas pessoas de cada um.

O mesmo número de profissionais sentiu **curiosidade**. Tanto em relação às causas e ao desenvolvimento da transexualidade, como questões sobre a vida e as relações.

Por mais que se diga que é natural, no fundo, no fundo, no fundo há uma pergunta: por quê? (Aux./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Referência).

Também foram seis os profissionais que sentiram **respeito** e adotaram uma postura de acolhimento, numa perspectiva de uma relação humana sem preconceito, sendo essa uma preocupação dos profissionais de saúde.

Quatro participantes afirmaram terem se sentido **bem**. Tanto por já trabalhar com a questão da diversidade sexual, como por terem considerado uma experiência importante, um processo de aprendizagem.

Sentiram-se **confusos** em relação à situação como um todo e a como chamar a pessoa, três profissionais. Esse mesmo número sentiu muito **desconforto**.

A **indiferença** foi sentida por dois profissionais.

Faço minha obrigação, sou profissional. Lido também com traficantes, garotas de programa, assassinos e não faço distinção quando estou atuando como profissional de saúde (Enfermeira, Centro de Saúde).

Os outros oito participantes da pesquisa relataram **preocupação**, por achar que a pessoa não estava feliz; **choque** e **dificuldade** por não saber como lidar com essa população; **despreparo** e **incapacidade** para lidar com a situação; **misto** de sentimento como piedade, compaixão e curiosidade sobre a infância; **estranheza** por não saber se chamava de “ele” ou “ela”; e **pena**, por considerar que são pessoas que se sentem desvalorizadas e por isso precisam de apoio psicológico.

2.3.5 Dificuldades percebidas

Dos 73 participantes que responderam sobre as dificuldades percebidas durante o atendimento, 32 responderam não ter tido dificuldade alguma, “*é um ser humano igual outros*”, e duas pessoas não lembram se houve dificuldade.

Não tenho dificuldade para atender ou mesmo ouvir. No atendimento não coloco convicções (Enfermeira, Centro de Referência).

O tema da sexualidade não foi abordado na consulta. A queixa era em outro lugar do corpo (Médica, Centro de Saúde).

Na verdade não senti dificuldade. Sempre os considerei humanos. Se houve dificuldade foi de esclarecer diagnóstico e não na relação (Médico, Centro de Saúde).

A principal dificuldade, relatada por 20 profissionais, diz respeito à **interação**. Essa dificuldade diz respeito ao encontro entre o profissional de saúde e a pessoa transexual. O profissional de saúde relata a ambivalência entre o compromisso profissional e a sensação de estranheza.

Achei a formação de vínculo mais difícil, pois o cliente parecia muito desconfiado (Enfermeira, Centro de Saúde).

Achei que estava atendendo uma mulher, pedi o documento de identidade e só então percebi se tratar de um transexual. Agi o mais normal possível, evitando causar constrangimento ao paciente (Aux./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde).

A principal dificuldade é quando estamos diante do diferente daquilo que a 'sociedade' considera normal, aceito ou não e temos que agir com naturalidade e profissionalismo sem que o indivíduo perceba alguma reação de espanto, sei lá... (Sexo feminino, Centro de Saúde).

Faço o possível para não transparecer negatividade, finjo que não tenho nada contra (Aux./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde).

Falar ou ouvir de uma nova opção de vida que é muito longe das minhas informações familiares (Aux./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Referência).

A segunda principal dificuldade se refere a **como se dirigir e a como chamar** a pessoa, relatada por 12 participantes da pesquisa. Relatam não saber se devem chamar pelo nome de registro ou pelo nome de origem, ou se devem se referir ao gênero feminino ou masculino na linguagem.

A maior dificuldade foi com relação a chamá-la de 'ela'. Ora falava 'ele', ora 'ela'. E fui chamada a atenção pelo usuário (Aux./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Referência).

Não sei como devo chamá-los... Nome, apelido, etc. (Aux./téc. em enfermagem do sexo feminino, Centro de Saúde).

Como chamar (pelo nome de registro ou não), como em caso de internação hospitalar lidar com esse paciente devido aos outros pacientes que podem ficar constrangidos (Enfermeira, Centro de Saúde).

O fato de ter que abordá-los com os nomes próprios e muitas vezes o mesmo ficava meio constrangido (Enfermeira, Centro de Referência).

A maior dificuldade foi saber como me dirigir àquela pessoa. Após perguntar como queria ser chamado tudo fluiu e foi mais fácil me comunicar (Enfermeira, Centro de Saúde).

Por fim, sete profissionais relataram dificuldades na **abordagem**, que diz respeito ao fazer profissional.

Percebi que em alguns atendimentos fiquei um pouco "intimidada", mas com o decorrer do dialogo melhorou meu comportamento (fiquei com vergonha de fazer algumas perguntas em relação à vida sexual) (Enfermeira, Centro de Referência).

Abordar temas que seriam importantes numa consulta médica. Perguntar sobre sua vida, seus relacionamentos (Médico, Centro de Saúde).

O pudor do usuário em relação à genitália durante o exame físico (Enfermeiro, Centro de Referência).

Referência, encaminhar a grupo multidisciplinar para tratamento/seguinto (Médica, Centro de Referência).

2.4 DISCUSSÃO

Em relação ao perfil, a grande quantidade de participantes do sexo feminino e da área da enfermagem se mostra significativa. Essas características condizem com o perfil dos profissionais das unidades básicas de saúde do DF segundo o sexo e categoria profissional. Em janeiro de 2012, o número de profissionais médicos, enfermeiros e técnico ou auxiliares em enfermagem lotados em Centros de Saúde do DF era 2762. Desses, 2285 (82,73%) são do sexo feminino e 546 (17,27%) do sexo masculino. Quanto à categoria profissional, 652 (23,60%) eram médicos, 541 (19,58%) enfermeiros e 1569 (56,80%) técnicos ou auxiliares em enfermagem. Os profissionais da área da enfermagem correspondem a 76,38% do total de profissionais dessas três categorias¹.

Mais da metade dos profissionais (59,4%) declaram ter atendido uma pessoa transexual pelo menos uma vez durante a trajetória profissional. Esse dado é interessante, e ao mesmo tempo confuso, pois não se sabe como esses profissionais identificaram a pessoa transexual. A experiência profissional mostra que geralmente em documentos oficiais e prontuários apenas há a definição de sexo (feminino ou masculino) de acordo com o declarado no documento de identificação. Sendo a transexualidade uma forma autodeclarada de se identificar, não foi possível saber se esses profissionais de fato solicitaram uma declaração em relação ao sexo, gênero ou identidade sexual, ou se foi uma dedução. É possível concluir, a partir do próprio discurso dos profissionais sobre o que entendem ser a transexualidade – alguns declararam que sinônimo de homossexualidade – que o profissional identificou como transexual as pessoas que de alguma forma se encontravam fora na linearidade esperada entre corpo/sexo/gênero/sexualidade. Aproximadamente um quarto dos

¹ Informações fornecidas pelo Núcleo de Admissão e Movimentação da SES-DF.

profissionais relataram nunca ter atendido transexuais, e aproximadamente 9% responderam não saber.

Quando se observa o conteúdo das representações sociais dos profissionais de saúde sobre transexualidade, é possível notar no **Eixo 1 – Aceitar o paciente que muda de sexo por não se aceitar com o sexo do nascimento** que o transexual é percebido como paciente, e não como pessoa. Corre-se o risco de denominar o “outro” de “paciente” no processo de construção de uma relação profissional “fria”, extremamente “técnica”, não permeada da intersubjetividade necessária a uma relação como é a da atenção à saúde. Como afirma Mattos (2004), reconhecer o “outro” como sujeito, e não como objeto, é um atributo necessário na construção de uma atenção integral à saúde. Apesar desse risco, a presença do termo “aceitação” indica provavelmente a tentativa de reconhecer a necessidade de perceber e acolher o sujeito atendido de uma forma livre de preconceitos. Esse eixo apresenta também a idéia de gênero como algo binário e oposto, ou seja, o corpo destina-se a “possuir” e expressar apenas um sexo e um gênero, masculino ou feminino, necessariamente excluindo o outro.

No **Eixo 2 – São pessoas que merecem respeito como qualquer outro ser humano, mas não sabemos lidar profissionalmente com elas** fica claro o reconhecimento do transexual como pessoa, ser humano, e o reconhecimento do despreparo profissional para atendê-la. Apesar da presença significativa da idéia de respeito, aparece também a análise do tema a partir de uma perspectiva religiosa judaico-cristã, afirmando que a transexualidade é algo que viola normas divinas. Aparece também nesse discurso a idéia de que transexuais são agressivos, e a preocupação em estar dizendo ou fazendo a coisa certa. Em seu trabalho sobre estigma, Goffman (1988) diz que o indivíduo estigmatizado, em encontros com não estigmatizados, pode se apresentar agir de forma tímida ou agressiva, o que pode gerar situações desagradáveis. Essas situações se tornam angustiantes para ambos os sujeitos nessa interação.

A variável religião parece ter influência nas representações sociais desses sujeitos sobre o tema em questão, pois apresentou diferenças claras nos discursos apresentados. O discurso marcado pela aceitação do fato do desejo da mudança de sexo aparece como sendo de profissionais que declaram religiões que não possuem fundamento judaico-cristão. Já os profissionais que declaram religiões de fundamento judaico-cristãs compartilham tanto da idéia de que o tema representa desobediência às normas divinas como da idéia de que é necessário respeitar as pessoas transexuais por uma questão humana e profissional.

De uma forma geral os profissionais se sentem despreparados para atender transexuais, por não saber como agir, como abordar as questões pertinentes à atenção à saúde.

Desconhecem inclusive as nomenclaturas utilizadas e demonstram curiosidade de entender melhor. Durante a coleta de dados um profissional perguntou: “*Transexualidade? É tanto nome que já nem sei o que é o que*”. Outro profissional perguntou: “*Um transexual que fez a cirurgia de mudança de sexo tem que fazer o preventivo?*”, referindo-se ao exame ginecológico de citologia cervical utilizado na prevenção do câncer de colo do útero. Há uma clara confusão entre o que venha a caracterizar o corpo, o sexo, o gênero e o desejo das pessoas atendidas, o que pode ser percebido na afirmação que os profissionais fazem sobre ter atendido ou não pessoas transexuais. A partir de qual referência afirmam que sim ou não? Em alguns momentos os profissionais se referem a homossexuais como sendo transexuais, e vice versa.

Apesar da existência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2009) e de estar prevista a inclusão da saúde de LGBT na educação permanente de trabalhadores, gestores e conselheiros da saúde, nenhum participante informou ou demonstrou ter tido esse tipo de contato com o tema. Os relatos dizem respeito ao cotidiano do trabalho. Além disso, a política de educação permanente trata de principalmente do método a ser desenvolvido, mas não dos resultados esperados. Não há uma descrição clara do perfil do trabalhador, gestor e conselheiro da saúde que se pretende contribuir para a formação, bem como características e competências necessárias para a construção do SUS.

Nessa perspectiva é possível afirmar que falta um projeto político-pedagógico claro à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com intencionalidade bem definida no sentido da construção do SUS. Os elementos estruturantes das práticas de saúde – saberes, valores, conhecimentos, habilidades e capacidades – não deveriam ser de cunho generalizante, mas sim de caráter específico e necessários para a instrumentalização de grupos sociais com características específicas, para o desenvolvimento da autonomia como forma de superação dos problemas de saúde e das carências expressas nas condições de vida das pessoas (Valla, 1993 apud Flores, 2007).

O componente educativo das práticas de saúde não está em um momento específico, mas sim em toda extensão e todos os níveis dos processos de trabalho em saúde (Valla, 1993 apud Flores, 2007). É fundamental a compreensão das representações sociais de processos educativos, dada suas relações com a linguagem, a ideologia, o senso comum e principalmente com a orientação de condutas e práticas (Alves-Mazzotti, 2008).

É possível notar também a preocupação do profissional de saúde em não se mostrar preconceituoso, manter-se imparcial devido ao compromisso profissional de tratar todos iguais, independente de qualquer coisa – possivelmente se referindo ao código de ética

profissional de sua categoria – mas não necessariamente disposto a repensar a forma como os sujeitos são percebidos e como as práticas profissionais são exercidas. Afirmam que transexuais são discriminados socialmente, mas não explicitam às relações de saúde como campo de relações e práticas sociais.

Matão et al (2010) desenvolveram pesquisa sobre a estrutura das representações sociais de estudante de graduação em enfermagem e medicina sobre transexualidade. Nesse estudo, os termos “mudança de sexo”, “homossexual”, “travesti”, “desequilíbrio”, “gay” e “opção” aparecem como pertencendo ao núcleo central das representações dos estudantes de enfermagem. Os termos “conflito sexual”, “safadeza”, “vergonha”, “cirurgia”, “bissexual”, “preconceito”, “anormal” e “doença” como pertencendo ao sistema periférico. No caso dos estudantes de medicina, “gay”, “homossexual”, “mudança de sexo”, “travesti”, “preconceito”, “conflito sexual”, “opção” aparecem no núcleo central, e “anormal”, “safadeza”, “família-sociedade”, “insatisfação”, “apoio” e “doença” no sistema periférico. Nota-se que os termos “mudança de sexo”, “preconceito” e “opção” coincidem nos dois grupos, assim como nesta pesquisa, sugerindo que a representação social desses sujeitos sobre esse tema se refere a descrever a pessoa transexual como alguém que opta pela mudança de sexo, o que causa preconceito.

Ao observar as expressões que supostamente fazem parte do núcleo central das representações nesta investigação, o termo “mudança de sexo” é o mais freqüente e mais prontamente citado. Essa idéia está ancorada nas teses do corpo e do gênero dimórfico a partir de diferenças sexuais, na linearidade entre o sexo, o corpo e gênero, e na diferença entre o que é biológico e o que é psicológico, desenvolvida principalmente no século XIX. Em momentos históricos anteriores, o corpo já foi percebido como isomórfico, ou seja, existia apenas um corpo, onde as diferenças apenas o colocavam em maior ou menor grau de perfeição (Laqueur, 2001).

Essas idéias fundamentam a classificação da transexualidade como uma patologia, pois a princípio uma pessoa que nasce com vagina, deve ser reconhecida como mulher, e normalmente irá desempenhar um papel feminino na sociedade. Quando isso não ocorre, quando os corpos não obedecem à lógica binária homem/pênis/masculino/heterossexual *versus* mulher/vagina/feminino/heterossexual, surgem processos marcados por conflitos, dores e medos, uma vez que ameaçam a chamada “natureza humana”, ao mesmo tempo em que produzem possibilidades de transformações dessas normas (Bento, 2006).

(...) Mas o diagnóstico não questiona se há problema com as normas de gênero que são aceitas como fixas e imutáveis, se essas normas produzem sofrimento intenso e desconforto, se impedem algumas pessoas de desempenhar suas funções, ou se geram sofrimento para algumas pessoas ou para muitas delas. Nem as normas questionam as condições nas quais elas proporcionariam um sentimento de conforto, de pertencimento, ou mesmo se elas se tornam o lugar de realização de certas possibilidades humanas que deixam as pessoas se voltarem para seu futuro, sua vida e seu bem-estar.” (Butler, 2009, página 117).

Bento (2006) afirma que antes mesmo de nascer o corpo já está construído pela linguagem e por um campo de discurso que desenha os limites de normalidade do sujeito. O gênero é, portanto, uma produção tecnológica, uma repetição estilizada de atos que não se restringe aos limites do corpo biológico. Não que apenas a cultura produza a materialidade do corpo, mas esse corpo só tem uma sexualidade reconhecida, só se torna sexualmente legível a partir de uma interpretação que é cultural e social (Butler, 2009).

Um dos aspectos das representações que os profissionais de saúde têm da transexualidade se aproxima do entendimento de que existem essencialmente diferenças que definem dois sexos, e o não cumprimento das expectativas que cada um deles carrega, provoca conflito e confusão.

A Rede Internacional pela Despatologização das Identidades Trans declara em seu manifesto público: “Por isso, dizemos que a doença não está em nós, mas no binarismo de gênero” (ANEXO B).

Pode-se notar que segundo termo mais freqüente e prontamente citado, “preconceito”, confirma a idéia de que quem, por qualquer razão, não cumpre um norma socialmente ou culturalmente definida, sofre algum tipo de rejeição e estranheza. Tanto por desconhecimento como por não aceitação das diferenças, a sociedade provoca sofrimento às pessoas discriminadas. Interessante observar que os profissionais não evidenciam que esse preconceito existe no espaço e nas relações dos serviços de saúde, mas estende esse processo à sociedade como um todo.

Cerqueira-Santos e DeSousa (2011) afirmam que na Brasil existe uma hierarquia de gênero, onde homens heterossexuais estão no topo e os outros indivíduos – mulheres heterossexuais e as minorias sexuais – estão na parte inferior. Apresentam também pesquisa ainda não publicada onde Rocha e cols. (2009) entrevistaram transexuais para identificar percepções do sistema público de saúde brasileiro. Os resultados mostraram estereótipos sobre transexuais e preconceito sexual por parte dos profissionais de saúde, em todos os níveis. Citam a humilhação sofrida pelos transexuais ao manifestarem o desejo de serem chamados pelos seus nomes escolhido, e não pelos nomes dos registros de nascimento e falta

de sensibilidade e de formação dos profissionais para lidar com indivíduos transgêneros. Os pesquisadores sustentam a afirmação de que há um estigma generalizado da população contra as minorias sexuais, principalmente em relação a indivíduos transgêneros, inclusive por profissionais bem capacitados.

Shelley (2008) demonstra por meio de pesquisa própria e de citações de outras investigações que provavelmente é nos serviços de saúde que a chamada “transfobia” – repúdio a pessoas trans – institucional seja mais evidente, tanto em serviços especializados para o processo transexualizador, como em serviços de cuidados básicos e de emergência.

Nos sistemas considerados como provavelmente periféricos termos como “mudança”, “transformação” e “opção”, atribuem à questão a uma individualidade e uma subjetividade muito grande. É como se cada um fosse responsável por suas próprias escolhas, e pelas conseqüências advindas delas.

As expressões “respeito” e “aceitação” indicam provavelmente para um entendimento de que todos devem ser respeitados nas suas escolhas, diferenças, e formas de existir, mas não provoca nenhuma mudança significativa nos elementos centrais da representação, ao contrário, o protegem.

Boa parte dos profissionais que relataram ter atendido transexuais afirmam ter se sentido normal (36%) e não ter tido dificuldade alguma (44%) durante o atendimento. Apesar de esse dado corresponder apenas a um ponto de vista da relação, é um importante indicador sobre como os profissionais vêm percebendo e se colocando nesse processo de atenção à saúde, aparentemente dispostos a estabelecer contato com essa realidade.

O sentimento de constrangimento está diretamente relacionado à dificuldade de saber como chamar, interagir e abordar as questões de saúde desse usuário. Provavelmente por se tratar de uma situação “estranha” no sentido de não ter tido contato anterior com realidades como essa, os profissionais não sabem como agir. Essas dificuldades poderiam ser sanadas com a efetiva educação permanente em saúde, que estabeleceria um contato prévio com a temática, familiarizando os profissionais para essa relação.

Arán et al (2009) afirmam que o problema mais agudo do cotidiano das pessoas que vivenciam experiências transexuais é o uso do nome. A desvinculação da possibilidade de mudança do registro civil da realização da cirurgia de transgenitalização resolveria boa parte dos problemas sociais enfrentados por essa população.

A Carta de Direitos dos Usuários da Saúde (2007) prevê a existência em todos os documentos de identificação um campo para registrar o nome pelo qual a pessoa prefere ser chamada, independente do registro civil. Um dos princípios desse documento assegura o

atendimento acolhedor e humanizado, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência. O incorporação do uso do chamado “nome social” por parte dos serviços de saúde provavelmente reduziria a dificuldade relacionada a como chamar e como se dirigir à pessoa. Possivelmente, de uma forma geral, os profissionais desconhecem esse recurso e esse direito do usuário.

Para além da escolha de um nome, essa dificuldade revela uma limitação linguística para as relações pessoais, na medida em que estabelece dois gêneros excludentes diante de tantas formas de existir. Ou seria a própria limitação parte do dispositivo discursivo que estabelece as relações de poder em sociedade? De qualquer modo é de se estranhar que uma questão aparentemente simples – por qual nome chamar as pessoas – seja um fator determinante de relações de constrangimento e violência.

Dentro do que se nomeia “transexual” não há uma identidade coerente e nuclear, mas sim uma pluralidade de subjetividade e de posicionamento dos sujeitos, que são acionadas de acordo com a situação (Barbosa, 2010). Sendo o gênero algo que só existe na experiência de fazê-lo a partir da interpretação do que venha a ser masculino ou feminino de acordo com as normas de gênero, como a escolha de cores, roupas, sapatos, atos e gestos, não há um processo que seja específico na construção da identidade de gênero para pessoas que vivenciam experiências transexuais. Homens e mulheres biológicos também fazem seu gênero conformes os mesmos atos performáticos e de estética e estilística corporal.

O desafio colocado quando se trata de saúde integral é o acesso ao sistema de saúde. Esse acesso, que prioritariamente deve ter como porta de entrada a atenção básica, ainda é precário, apesar de avanços como a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e o direito ao uso do nome social, sejam nos serviços especializados que atendem transexuais, ou em qualquer outro serviço de saúde (Lionço, 2009).

Substituir efetivamente a atitude normatizadora das práticas educativas por uma atitude emancipadora é um desafio permanente dos serviços de saúde. Para o profissional passar de detentor do saber para mediador do saber é um longo caminho a ser trilhado. Pensar qual o contexto mais favorável à simetria entre educador e educando, à efetiva problematização e à criatividade individual e comunitária na busca de soluções, e escolhê-los como estratégia frente a outros mais facilmente modeladores, é um modo de enfrentar este desafio (Ayres, 2002).

A construção do SUS é resultado de uma luta política e histórica, baseada em um projeto de sociedade pautado na democracia, na redução das desigualdades e na responsabilidade do Estado na garantia de direitos essenciais, como à saúde, de forma universal.

Apesar do aumento das produções acadêmicas a respeito dos processos de preconceito e discriminação em várias áreas, como psicologia social, antropologia, entre outras, ainda são observados poucos avanços concretos em relação à mudança de atitude da sociedade como um todo no sentido de diminuir esses processos. Ainda que sutil ou disfarçada, a discriminação é uma forma de violência que traz consequências não só aos indivíduos que sofrem, mas ao conjunto de sociedade como um todo (Techio, 2011). O que tem faltado realmente é a garantia da implementação efetiva das políticas públicas e sociais já construídas até o momento. Para isso, entre outras coisas, tornam-se necessárias pesquisas com olhar interdisciplinar que busquem conhecer melhor concepções, crenças e práticas dos diversos atores sociais envolvidos nessas relações (Madureira, 2010).

Os resultados evidenciados neste estudo indicam que pode não haver claramente definidas representações sociais do grupo de profissionais de saúde a respeito da transexualidade, mas que podem estar em processo de formação. O termo “preconceito”, por exemplo, que tem presença significativa nas análises, assim como outros termos com idéias e significados próximos, não representa uma idéia relacionada de forma exclusiva ao tema em questão, mas sim a um processo que se estende a diversos outros grupos, indivíduos e comportamentos. O estudo acabou captando a percepção de algumas categoriais de profissionais de saúde a respeito das pessoas que vivenciam experiências transexuais, a partir de suas próprias experiências.

É necessário reconhecer as limitações de um estudo como este, principalmente porque diz respeito a um tema tão complexo, e como disse um dos profissionais durante a coleta de dados, “*difícil de falar sobre*”. Como qualquer fenômeno social, é um tema complexo, composto de diversas dimensões e perspectivas. Algumas pessoas demonstraram inquietação ao preencher o questionário e outras, resistência em participar, apresentando dúvidas sobre o tema, fazendo perguntas, declarando que se trata de um tema “*muito polêmico*”, ou preferindo não participar por razões religiosas. A participação voluntária pode de alguma forma selecionar pessoas que estejam mais dispostas ou mais interessadas em discutir sobre o tema, mas que não necessariamente reflete o conjunto total dos sujeitos selecionados. O alcance dos resultados é limitado. O uso de um questionário auto-aplicável pode incorrer no risco de interpretações variadas sobre as questões feitas. O estudo em

questão evidencia apenas a saliência de possíveis elementos estruturantes das representações sociais, sendo necessários outros estudos que testem e validem essa organização. Também apresenta apenas o ponto de vista do profissional de saúde, sendo fundamental o estudo do ponto de vista de pessoas transexuais a respeito da oferta dos serviços de saúde, para melhores compreender os fatores envolvidos nessa relação. Além disso, existe, em alguma medida, certa resistência institucional para a realização de pesquisas. Em geral os gestores desconhecem os fluxos determinados pelo Comitê de Ética em Pesquisa e não sabem como proceder, o que cria um contexto desfavorável à realização de investigações acadêmicas.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fato do discurso analisado neste estudo ser típico de profissionais do sexo feminino e da área de enfermagem deve ser considerado. Também as variáveis natureza da unidade de saúde e religião parecem influenciar de forma significativa a construção das representações sociais desses sujeitos. Seriam necessários outros estudos mais específicos para investigar de forma mais aprofundada essas relações, e como essas representações sociais determinam ou influenciam as práticas profissionais em saúde.

É fundamental compreender como os profissionais de saúde percebem as pessoas que demandam cuidados em saúde, pois essa percepção apontará direções para a construção de uma política de educação permanente comprometida com a construção e a consolidação do SUS, não só no que diz respeito a conhecimentos, mas também ao desenvolvimento de capacidades e habilidades necessárias às práticas de saúde. Discutir atenção integral à saúde inclui discutir formação profissional e educação permanente, que deve favorecer o contato as diversas realidades existentes, e a criação de espaços de diálogo entre os profissionais de saúde, gestores, lideranças sociais e a população atendida.

Populações estigmatizadas e discriminadas merecem atenção especial, pois o próprio estigma se coloca como um fator de vulnerabilidade em saúde, além de consolidar outros fatores já instalados, podendo comprometer, por exemplo, o próprio acesso ao serviço e a qualidade da atenção prestada. Sendo o estigma a expressão de uma relação de hierarquia e poder, é necessário observá-lo a partir dos diversos pontos de vista. Um profissional de saúde pode atender mal uma pessoa transexual não porque deliberadamente acredite que essas pessoas devam ser tratadas mal, mas por crenças e sentimentos que envolvem a imagem estereotipada dessas pessoas, como medo, dúvida, confusão, rejeição, entre outros.

É fundamental também oferecer espaço para os profissionais de saúde expor suas dúvidas e sentimentos em relação ao processo de trabalho como um todo. Sentimentos e experiências negativas podem gerar sensações de frustração constante, retroalimentando situações angustiantes e afetando a saúde do trabalhador. Inquietações precisam ser absorvidas como situações problematizadoras, a fim de se construir respostas a partir delas mesmas. Questões como as de gênero, que mexe tanto com as crenças e as subjetividades das pessoas, devem permear constantemente as relações de trabalho, para que saiam do foro íntimo e adquiram a visibilidade e a publicidade necessárias e devidas para a desconstrução das relações de desigualdade e violência.

Fundamental também é o profissional de saúde reconhecer seu compromisso profissional com a construção do SUS e saber que esse sistema de saúde fez, e ainda faz, parte de um projeto de sociedade específico, que reconhece a necessidade de um Estado democrático e de direitos, responsável por políticas públicas e sociais que garantam vida digna aos cidadãos. E que também é resultados de lutas sociais importantes que continuam fazendo parte do cenário político e econômico brasileiro.

É importante não perder de vista que a construção do SUS faz parte de um projeto ético-político de sociedade muito específico, que se inscreve num campo de disputas, onde nem sempre o ideal é exatamente o real e o momentaneamente possível. Tomando de empréstimo as palavras do cineasta argentino Fernando Birri, a utopia está no horizonte, quanto mais nos aproximamos, mais nos afastamos dele, e é exatamente para isso que serve, para que não deixemos de caminhar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida AMO. A pesquisa em representações sociais: uma discussão propedêutica. *Ser Social 9: revista do Programa de Pós-graduação em Política Social*, julho a dezembro de 2001; (9):129-158.

Alves-Mazzotti AJ. Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Revista Múltiplas Leituras*. jan. / jun. 2008; 1(1):18-43.

Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1141-1149.

Ayres JRC. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2002; 6(11):11-24.

Bento B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Butler J. *Desdiagnosticando o gênero*. Tradução de André Rios e revisão técnica de Márcia Arán. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2009; 19(1):95-126.

Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

Barbosa BC. Nomes e Diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 2010.

Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP (organizadora). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 511 – 539.

Castel PH. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). Revista Brasileira de História 2001; 21(41):77-111.

Cerqueira-Santos Elder, DeSousa E. Preconceito e discriminação contra minorias sexuais: o caso da homofobia. In: Techio EM, Lima MEO (organizadores). Cultura e produção das diferenças: estereótipos e preconceitos no Brasil, Espanha e Portugal. Brasília: Technopolitik, 2011. p.247 – 272.

CID 10. 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acessado em 20 de setembro de 2011.

Doise W. Da Psicologia Social à Psicologia Societal. Tradução de Ângela Maria de Oliveira Almeida. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Jan-Abr 2002; 18(1):27-35.

DSM IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Disponível em <http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php>. Acessado em 20 de setembro de 2011.

Flores O. 2007. O agente comunitário de saúde: caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, 2007.

Freire P. Pedagogia da autonomia. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

Galinkin AL, Santos C, Zauli-Fellows A. Estudos de Gênero na Psicologia Social. 2010.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1988.

Heimann LS, Mendonça MH. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC,

Manuel Suarez J. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.481-502.

Jodelet D. Recentes desenvolvimentos da noção de representações nas ciências sociais. In: Almeida AMO, Jodelet D. (organizadoras). Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas – representações sociais. Brasília: Thesaurus, 2009.

Laqueur T. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Tradução de Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology 2001; 27:363-385.

Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. Physis Revista de Saúde Coletiva 2009; 19(1):43-63.

Louro GL. Teoria *queer*: uma política pós-identitária para a educação. Estudos Feministas 2001; 541-553.

Machado MFA, Monteiro EML, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(2):335-342.

Madureira AFA. Gênero, sexualidade e processos identitários na sociedade brasileira: tradição e modernidade. In: Gênero e psicologia social: interfaces. Galinkin AL, Santos C (organizadoras). Brasília: TechnoPolitik, 2010. p. 31 – 63.

Matão MEL, Miranda DB, Campos PHF, Teles MNA, Mesquita RL. Representações Sociais da Transexualidade: perspectiva dos acadêmicos de enfermagem e medicina. Revista Baiana de Saúde Pública. jan./mar. 2010; 34(1):101-118.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos de Saúde Pública 2004; 20(5):1411-1416.

Pereira FJC. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In: Moreira ASP (organizadora). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 25 – 60.

Ramsey G. Transexuais: perguntas e respostas. São Paulo: Summus, 1998.

Ribeiro ASM. Macho, adulto, branco, sempre no comando? Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, 2000.

Sá CP. Núcleo Central das Representações Sociais. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

Sabóia VM. Educação em Saúde: a arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto, 2003.

Shelley CV. Transpeople: repudiation, trauma, healing. Canada: University of Toronto Press Incorporated, 2008.

Techio EM. Estereótipos sociais como preditores das relações intergrupais. In: Techio EM, Lima MEO (organizadores). Cultura e produção das diferenças: estereótipos e preconceitos no Brasil, Espanha e Portugal. Brasília: Technopolitik, 211. p.21 – 75.

Vergès P. Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations: manuel version 2. Aix-en-Provence: LAMES; 2000.

APÊNDICE A – Questionário de Coleta de Dados

Pesquisa: Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre Transexualidade

Unidade de Referência: [] Sim [] Não

Data: ___/___/___

Nº: _____

Estamos realizando uma pesquisa sobre **transexualidade**.

Gostaríamos de conhecer o que você sabe e pensa sobre esse tema, e para isso pedimos que responda às questões abaixo da forma mais espontânea possível, já que não existe resposta certa ou errada.

Este questionário é anônimo e não tem nenhum efeito avaliativo. A unidade de saúde também não será identificada. É importante que responda questão após questão, rapidamente, sem voltar atrás.

Obrigado pela colaboração!

Pesquisadores responsáveis:

Mestranda Adelyany Batista dos Santos

Prof. Dr. Edgar Merchan-Hamann

Prof. Dra. Helena Shimizu

*1 – O que vem à sua cabeça com o tema **transexualidade**? (escreva de 4 a 9 palavras ou expressões, uma para cada linha do quadro abaixo)*

A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	

2 – Dentre as palavras ou expressões que você escreveu acima, escolha em ordem de importância as 3 que você considera mais importante.

1ª mais importante	
2º mais importante	
3º mais importante	

3 – Descreva em algumas frases o que significa para você a 1ª palavra ou expressão que considera mais importante.

4 – Durante toda sua trajetória profissional, você já atendeu uma pessoa transexual?

- () Sim
 () Não [continue respondendo a partir da questão 7]
 () Não sei [continue respondendo a partir da questão 7]

5 – Caso já tenha atendido uma pessoa transexual, *descreva como se sentiu?*

6 – Descreva as *principais dificuldades* que percebeu durante o atendimento a pessoa(s) transexual (is).

7 – Você é:

- () Médico (a)
 () Enfermeiro (a)
 () Auxiliar/Técnico em enfermagem

12 - Estado civil:

- () Solteiro (a)
 () Casado (a)
 () União estável
 () Separado (a) ou Divorciado (a)
 () Viúvo (a)

8 – Tempo de exercício da profissão [em anos]:

13 – Quanto à cor / raça, você se considera (categorias do IBGE):

- () Branco(a)
 () Preto(a)
 () Pardo(a)
 () Amarelo(a) (asiático)
 () Indígena
 () Outro _____

9 – Sexo:

- () Masculino
 () Feminino

10 – Idade:

11 - Você tem religião?

- () Sim. Qual? _____
 () Não

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre Transexualidade

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidada a participar do projeto:

Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre Transexualidade.

O nosso objetivo é **Analisar as representações sociais dos profissionais da saúde sobre a transexualidade**, a partir da identificação dos conhecimentos, vivências e representações sociais desses profissionais sobre o tema.

O (a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será por meio do preenchimento de um questionário que deverá responder no local mais conveniente para o (a) senhor (a) na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de 20 minutos. Não existe, obrigatoriamente, um tempo pré-determinado para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Secretaria de Estado de Saúde do DF e na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Adelyany Batista dos Santos, estudante do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, nos números 84316356 ou 33018974, de 8h às 18h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO A – Parecer de Aprovação



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0192/2011

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 161/2011 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE TRANSEXUALIDADE.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

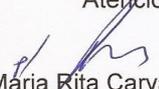
Validade do Parecer: 06/06/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 08 de junho de 2011.

Atenciosamente,


Mária Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

ANEXO B – Manifesto da Rede Internacional pela Despatologização das Identidades Trans

@s ativistas e grupos que firmamos este documento e formamos a Rede Internacional pela Despatologização das Identidades Trans denunciaremos publicamente, mais uma vez, a psiquiatrização de nossas identidades e as graves consequências do chamado “transtorno de identidade de gênero” (TIG). Do mesmo modo, queremos tornar visível a violência que se exerce sobre as pessoas intersexuais mediante os procedimentos médicos vigentes.

Por “psiquiatrização” nomeamos a prática de definir e tratar a transexualidade sob o estatuto de transtorno mental. Referimo-nos, também, à confusão de identidades e corpos não normativos (situados fora da ordem cultural dominante) com identidades e corpos patológicos. A psiquiatrização relega às instituições médico-psiquiátricas o controle sobre as identidades de gênero. A prática oficial de tais instituições, motivada por interesses estatais, religiosos, econômicos e políticos, trabalha sobre os corpos das pessoas amparando e reproduzindo o binômio homem e mulher, fazendo com que esta postura excludente passe por uma realidade natural e “verdadeira”. Tal binômio, pressupõe a existência única de dois corpos (homem ou mulher) e associa um comportamento específico a cada um deles (masculino ou feminino) ao par que, tradicionalmente, tem-se considerado a heterossexualidade como a única relação possível entre eles. Hoje, denunciando este paradigma, que tem utilizado o argumento da biologia e da natureza como justificativa da ordem social vigente, evidenciamos seus efeitos sociais para por fim a suas pretensões políticas.

Os corpos que não respondem anatomicamente à classificação médica ocidental vigente são catalogados sob a epígrafe de intersexualidade, condição que, “per se”, é considerada patológica. A classificação médica, pelo contrário, continua ainda hoje em dia sem ser interrogada. A transexualidade também é conceituada como uma realidade em si mesma problemática. A ideologia de gênero com a qual atua a psiquiatria, ao contrário, continua ainda hoje sem ser questionada.

Legitimar as normas sociais que constroem nossas vivências e maneiras de sentir implica invisibilizar e patologizar o restante das opções existentes e marcar um único caminho que não questione o dogma político sobre o qual se fundamenta nossa sociedade: a existência, única e exclusiva, de somente duas formas de ser e sentir. Se invisibilizar supõe intervir em recém-nascidos intersex (aqueles com genitais ambíguos funcionais) com violentos tratamentos normalizadores, assim será feito, uma vez que se trata de apagar a possibilidade destes corpos e vetar a existência das diferenças.

O paradigma no qual se inspiram os procedimentos atuais de atenção à transexualidade e à intersexualidade os converte em processos médicos de normalização binária. De “normalização” já que reduzem a diversidade a somente duas maneiras de viver e habitar o mundo: as consideradas estatística e politicamente “normais”. E com nossa crítica a estes processos, resistimos também a termos a que nos adaptar às definições psiquiátricas de homem e mulher para poder viver nossas identidades, para que o valor de nossas vidas seja reconhecido sem a renúncia à diversidade na qual nos constituímos. Não acatamos nenhum tipo de catalogação, nem etiqueta, nem definição imposta por parte da instituição médica. Reclamamos nosso direito a autodenominarmos.

Atualmente, a transexualidade é considerada um “transtorno de identidade sexual”, patologia mental classificada no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde) e no DSM-IV-R (Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Distúrbios Mentais da Associação Psiquiátrica Americana – APA). Estas classificações são as

que guiam @s psiquiatras do mundo todo na hora de estabelecer seus diagnósticos. Nelas se comete um erro pouco casual: a confusão dos efeitos da transfobia com aqueles da transexualidade. Invisibiliza-se a violência social que se exerce sobre quem não se adequa às normas de gênero. Deste modo, ignora-se ativamente que o problema não é a identidade de gênero, mas a transfobia.

A revisão do DSM-IV-R é um processo que se iniciou há dois anos e tem por fim determinar as mudanças na lista de doenças. Neste últimos meses têm se tornado públicos os nomes dos psiquiatras que decidirão o futuro do transtorno de identidade de gênero (TIG).

À frente do grupo de trabalho sobre o TIG encontram-se o Dr. Zucker (diretor do grupo) e o Dr. Blanchard, entre outros. Estes psiquiatras, que são conhecidos por utilizar terapias reparativas de reconversão de homossexuais e transexuais e que estão vinculados a clínicas que intervêm junto a intersexuais, propõem não somente não retirar o transtorno, mas ampliar o tratamento para crianças que apresentem comportamentos de gênero não-normativos aplicando-lhes terapias reparativas de adaptação aos papéis de origem. Neste sentido, o movimento trans norte-americano tem feito uma convocação solicitando a expulsão de ambos do grupo encarregado da revisão do DSM. A Rede Internacional pela Despatologização das Identidades Trans se une sem reservas à citada denúncia.

A patologização da transexualidade sob o termo “transtorno de identidade sexual” é um gravíssimo exercício de controle e normalização. O tratamento deste transtorno se leva a cabo em diferentes centros do mundo todo. Em casos como do Estado Espanhol, é obrigatório que se passe por uma avaliação psiquiátrica nas Unidades de Identidade de Gênero que, em algumas ocasiões, está associada a um controle semanal de nossa identidade de gênero através de terapias de grupo e familiares e todo tipo de processos depreciativos que violam nossos direitos. No caso do Estado Espanhol, é preciso ressaltar que qualquer pessoa que deseja mudar seu nome na documentação ou modificar seu corpo com hormônios ou cirurgias, deve passar obrigatoriamente por uma consulta psiquiátrica.

Por fim, nos dirigimos diretamente à classe política. Nossa demanda é explícita:

Exigimos a retirada da transexualidade dos manuais de doenças mentais (DSM-TR-IV e CID-10).

Reivindicamos o direito de modificar nosso nome e sexo nos documentos oficiais sem termos que passar por qualquer avaliação médica psicológica. E pensamos firmemente que o Estado não deveria ter qualquer competência sobre nossos nomes, nossos corpos e nossas identidades.

Fazemos nossas as palavras do movimento feminista na luta pelo direito ao aborto e ao próprio corpo: reivindicamos nosso direito a decidir livremente se queremos ou não modificar nossos corpos podendo levar a cabo nossa decisão sem impedimentos burocráticos, políticos nem econômicos, assim como livres e qualquer tipo de coerção médica. Queremos que os sistemas de saúde se posicionem frente ao transtorno de identidade sexual, reconhecendo a transfobia atual que sustenta sua classificação, e reelaborem seus programas de atenção à transexualidade fazendo da avaliação psiquiátrica um passo desnecessário e do acompanhamento psicoterapêutico uma opção voluntária.

Exigimos também o fim das operações a recém-nascid@s intersex.

Denunciamos a extrema vulnerabilidade e as dificuldades de acesso ao mercado de trabalho por parte do coletivo de trans. Exigimos que se garanta o acesso ao mundo do trabalho e a execução de políticas específicas que combatam a marginalização e a discriminação do nosso coletivo. Exigimos, além disso, condições de saúde e segurança na realização do trabalho sexual e o fim do assédio policial a estas pessoas, assim como do tráfico sexual.

Esta situação de vulnerabilidade se acentua no caso de pessoas trans imigradas, que chegam ao nosso país fugindo de situações de extrema violência. Exigimos a concessão

imediate de asilo político neste casos uma vez que reivindicamos a plena equiparação de direitos às pessoas migrantes. Denunciamos os efeitos da política de imigração sobre os setores socialmente mais vulneráveis.

Ao mesmo tempo que gritamos que não somos vítimas, mas sim seres ativos e com capacidade de decisão sobre nossa própria identidade, queremos recordar também todas as agressões, assassinatos e também suicídios de pessoas trans causadas pela transfobia. Apontamos o sistema como culpado por estas violências. O silêncio é cumplicidade.

Finalizamos evidenciando a extrema rigidez com que se impõe o binômio homem/mulher, como única e excludente opção, binômio que é construído e pode ser questionado. Nossa existência já demonstra a falsidade destes pólos opostos e aponta para uma realidade plural e diversa. Diversidade que, hoje, dignificamos.

Quando a medicina e o Estado nos definem como transtornad@s põem em evidência que nossas identidades, nossas vidas, transtornam o sistema. Por isso, dizemos que a doença não está em nós, mas no binarismo de gênero.

Anunciamos que a Rede Internacional pela Despatologização das Identidades Trans surge para consolidar uma coordenação mundial em torno de um primeiro objetivo: a descatalogação da transexualidade do DSM-TR, no ano de 2013. Um primeiro passo para a diversidade, um primeiro golpe na transfobia.

Pela diversidade de nossos corpos e nossas identidades!

A transfobia nos adocece!

REDE INTERNACIONAL PELA DESPATOLOGIZAÇÃO TRANS

Disponível em <<http://www.stp2012.info/old/pt/manifesto>>. Acessado em 5 de janeiro de 2012.