



Mulheres trans trabalhadoras do sexo: Impactos e significados sobre o corpo e a saúde

Eduarda Catarina da Rocha Moreira

Nº 32993

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Joana Topa e co-orientação da Professora Doutora Sofia Neves, Instituto Universitário da Maia

Outubro 2019

Agradecimentos

A concretização desta dissertação resulta de muito trabalho, mas essencialmente de muito apoio, colaboração, orientação e incentivo de várias pessoas. Desta forma, não é possível não agradecer a todas as pessoas que contribuíram para esta realização:

À Professora Doutora Joana Topa e à Professora Doutora Sofia Neves por todas as aprendizagens, pela disponibilidade e motivação, por se mostrarem incansáveis ao longo de todo o processo.

Às pessoas que aceitaram participar neste estudo, contribuindo significativamente para a sua realização.

Aos meus pais, pelo amor, por acreditarem em mim e por me incentivarem a nunca desistir.

Ao meu irmão, por representar tão bem o papel de irmão mais velho e me ajudar a crescer.

À minha afilhada Emma, que sem saber, é a luz da minha vida.

Ao Rui, pelo amor e paciência inesgotáveis.

Aos meus/minhas amigos/as, que estiveram sempre presentes, mesmo quando a minha ausência se fazia sentir.

A todos/as que de alguma forma se cruzaram comigo ao longo deste percurso, o meu muito obrigada!

Resumo

A presente dissertação pretende dar a conhecer as vivências pessoais, familiares e sociais de mulheres trans que realizam trabalho sexual, mais concretamente no que concerne aos significados que atribuem às (re)construções corporais e o impacto que estas (re)construções podem ter nas suas vivências e, conseqüentemente, na saúde.

Para a recolha dos dados, foram entrevistadas 6 mulheres trans e os seus discursos foram analisados segundo a análise temática (Braun & Clarke, 2006) a partir da qual emergiram dois grandes temas relacionados entre si: Vivências Trans; e Posicionamento das mulheres trans face ao trabalho sexual.

Como resultados desta investigação conclui-se que as pessoas adquirem de forma precoce a consciência da identidade de género, em concreto, na idade escolar.

Verificou-se que as (re)construções corporais têm um propósito comum a todas as mulheres: o bem-estar com o corpo, que está inteiramente relacionado com a realização pessoal e com a perceção de saúde. Nestas (re)construções verifica-se a envolvimento de riscos, decorrentes das fragilidades do sistema de saúde e conseqüentemente dos procedimentos clandestinos.

Por fim, verifica-se que as vivências das mulheres trans trabalhadoras do sexo são caracterizadas por diversos tipos de violência, em diversos contextos, com especial destaque para as experiências de rejeição pela família. Desta forma, conclui-se que o trabalho sexual é visto como um meio, com o objetivo de obter um fim: a construção de uma identidade plena, que exige poder económico.

Pretende-se que esta investigação possa servir de impulso para a reflexão sobre as práticas realizadas nos serviços de saúde e de incentivo para a implementação de políticas mais justas e inclusivas ao nível dos cuidados de saúde e da educação.

Palavras-chave: identidade; género; trans; (re)construções; trabalho sexual; saúde.

Abstract

This dissertation aims to make known the personal, family and social experiences of women who perform sex work, more specifically, with regard to the meanings attributed to corporate (re) constructions and the impact these (re) constructions may have on their lives. experiences and consequently in health.

For data collection, 6 trans women were interviewed and their speeches were analyzed according to the thematic analysis (Braun & Clarke, 2006) from which emerged two major related themes: Trans Experiences; and Positioning of trans women regarding sex work.

As a result of this research it is concluded that people acquire early awareness of gender identity, specifically at school age.

Body (re) constructions have been found to have a common purpose for all women: well-being with the body, which is entirely related to personal fulfillment and health perception. In these (re) constructions there is the involvement of risks arising from the weaknesses of the health system and consequently the clandestine procedures.

Finally, it can be seen that the experiences of trans sex workers are characterized by various types of violence in different contexts, with special emphasis on the experiences of rejection by the family. Thus, it is concluded that sex work is seen as a means, with the aim of achieving an end: the construction of a full identity, which requires economic power.

It is intended that this research can serve as an impetus for reflection on practices in health services and as an incentive for the implementation of fairer and more inclusive policies in health care and education.

Keywords: identity; gender; trans; body transformation; sexual work, health

Índice

Introdução.....	1
Parte I – Enquadramento Teórico.....	3
Capítulo I – Identidade de Género.....	3
1. Identidades trans: terminologias e significados.....	3
2. Enquadramento legal – Lei de Identidade de Género.....	7
2.1 Mudanças no sistema legal ao longo do tempo.....	7
3. (Re)construções do Corpo.....	9
3.1 Cirurgias e tratamentos hormonais.....	10
3.2 Papel dos/as profissionais de saúde.....	12
3.3 Mercado negro/Procedimentos Clandestinos.....	15
3.4 Consumos de substâncias.....	17
Capítulo II – Trabalhadores/as do sexo trans.....	18
1. Vivências Trans no trabalho sexual.....	18
2. Riscos do trabalho sexual realizado por pessoas Trans.....	24
3. Estruturas de apoio a nível nacional.....	26
Parte II.....	30
Método.....	30
1. Introdução.....	30
2. Perguntas e Questões de partida.....	30
3. Objetivos gerais e específicos.....	30
4. Participantes.....	31
5. Técnica de recolha de dados.....	32
6. Procedimentos.....	33
7. Técnicas de tratamento e análise de dados.....	34
8. Resultados.....	35

9. Discussão dos resultados	46
Conclusões.....	50
Referências	53
Anexos.....	63

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização das participantes do estudo	32
---	----

Índice de Figuras

Figura 1 – Mapa temática da análise dos dados	36
---	----

Índice de Anexos

Anexo I – Ficha sociodemográfica	64
Anexo II – Entrevista	65
Anexo III – Consentimento Informado	68

Lista de Abreviaturas

AMPLOS – Associação de Mães e Pais pela Liberdade de Orientação Sexual

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

HIV/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

LGBTI – Lésbica, Gay, Bissexual, Trans (travestis, transexuais e transgênero) e Intersexo

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOC – Standards of Care

SPA – Substâncias Psicoativas

TAMPEP – The European Network for the Promotion of Rights and Health among Migrant Sex Workers

WPATH - World Professional Association for Transgender Health

Introdução

Uma pessoa trans é uma pessoa que experiêcia uma incongruência entre o sexo e o gênero, sendo o gênero com que a pessoa se identifica que pode não estar em concordância com o sexo atribuído ao nascimento. Assim, uma pessoa trans nasce com um sexo biológico e identifica-se com o gênero oposto (Silva, Bezerra & Queiroz, 2015; Moleiro e colaboradores/as, 2017).

Tendencialmente as pessoas trans vivem como membros do outro sexo, independentemente de qualquer intervenção cirúrgica e/ou hormonal, que façam ou que pretendam fazer. Contudo, e tendo em conta a importância que o corpo assume no reconhecimento social de cada indivíduo (Filho & Rocha-Coutinho, 2013) é frequente a vontade das pessoas trans em realizar intervenções clínicas, nomeadamente tratamentos hormonais e cirurgias.

Em Portugal, os procedimentos clínicos foram acolhidos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), incluindo acompanhamento psicológico, hormonal e cirúrgico de forma gratuita (Saleiro, 2012). No entanto, na tentativa de contornar as questões burocráticas inerentes ao SNS, muitas pessoas trans optam por realizar procedimentos clandestinos (Mazaro & Cardin, 2017).

Estas práticas clandestinas ocorrem com alguma frequência entre pessoas trans que realizam trabalho sexual, por terem alguma facilidade financeira, conseguindo assim realizar alterações corporais mais rapidamente (Ramos, Teixeira, Cruz, & Fernandes, 2014).

A entrada para o trabalho sexual, por sua vez, apesar de poder contemplar múltiplas razões, a mais frequente é a falta de oportunidades de emprego e por isso, necessidade de sobrevivência económica que não é conseguida de outra forma (Ditmore, 2006; Roche & Keith, 2014; Krawczak, Santos & Strucker, 2017).

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte, subdividida em dois capítulos, onde se pretende efetuar uma revisão da literatura que permita um enquadramento da temática em estudo.

Assim, no primeiro capítulo pretende-se realizar uma conceptualização acerca da identidade de género, mais concretamente das identidades trans, fazendo também uma descrição do enquadramento legal em Portugal e ainda uma exploração dos processos de (re)construção do corpo. No segundo capítulo pretende-se abordar o trabalho sexual por pessoas trans, nomeadamente as vivências e os riscos associados e as estruturas de apoio existentes a nível nacional.

A segunda parte do estudo, reservou-se à descrição do método, expondo-se as questões de partida; os objetivos gerais e específicos da investigação; a caracterização das participantes; a técnica de recolha de dados utilizada; os procedimentos; as técnicas de tratamento e análise de dados; os resultados obtidos e por fim a discussão dos mesmos.

Por último, são integradas e apresentadas as conclusões da investigação, as suas limitações e sugestões para estudos futuros.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Identidade de Género

1. Identidades trans: terminologias e significados

Desde que se nasce, é-se ensinado a ter uma determinada aparência e agir de determinada forma de acordo com o sexo biológico atribuído à nascença. Incute-se que se deve comportar de uma forma ora porque são “meninas” ora porque são “meninos”. A construção social de género das sociedades não deixa grandes margens para questionamentos. Neste sentido e de forma a tornar mais explícito a evolução do conceito de género, é importante abordar algumas correntes teóricas argumentativas acerca do género (Tílio, 2014). Segundo a perspectiva biológica, os corpos de homens e mulheres por serem naturalmente e biologicamente diferentes, resultam em comportamentos diferentes e por isso a diferença biológica determinada pelos sexos define rígidos papéis de género. Daqui resulta o “essencialismo biológico” (p.128) em que os homens por possuírem mais massa muscular e conseqüentemente mais força seriam os responsáveis pela caça e pelo sustento económico da família, enquanto que as mulheres estariam responsáveis pelos cuidados à família. Tal facto era justificado pelo facto de as mulheres serem biologicamente responsáveis pela gestação e por isso seriam excelentes mães e cuidadoras. Esta perspectiva biológica assume um rígido binarismo de género, em que as características sociais (género) estão inteiramente associadas às características biológicas (sexo) e tudo que se torna desviante deste binarismo é considerado patológico (Parisotto et al., 2003; Tílio, 2014).

No que respeita às teorias psicanalíticas e antropológicas, para além da permanência do binarismo de género, e numa perspectiva psicanalítica acrescentam ainda que este binarismo existe entre homens e mulheres pois o homem só pode ser compreendido a partir e em relação à mulher e vice-versa. Por outro lado, numa perspectiva

antropológica, é reconhecida a diferença corporal e sexual entre homens e mulheres e, portanto, reconhecidas também diferenças e desigualdades que podem variar na história e na sociedade, no entanto o destaque é a dominação masculina e a consequente submissão feminina (Tílio, 2014).

Com o passar dos anos, percebe-se que as diferenças entre homens e mulheres, sendo construídas socialmente, derivam de influências sociais e que estas influências estão em constante permanência na vida de um indivíduo (seja na família, na escola, nos grupos desportivos, entre outros). Ou seja, os homens e as mulheres só têm determinados comportamentos porque foram ensinados a agir assim, tratando-se de uma questão cultural e social, contrariando a questão biológica (Jesus, 2012).

As teorias modernas, mais concretamente a de Scott (1995), assume precisamente esta variação no conceito de género no sentido em que já não se considera que este seja determinado biologicamente, mas sim um conjunto de sentidos dinâmicos construídos nas relações de poder que sustentam as relações entre homens e mulheres. As relações sociais são organizadas pela cultura e pela sociabilização, constituindo-se de diferentes formas e passíveis de mudança, portanto, aceitam o binarismo relativamente ao sexo, contudo, o essencialismo biológico de género é quebrado.

Desta forma, faz sentido falar no conceito de identidade de género que, segundo a Associação Americana de Psicologia (2008) é o reconhecimento pessoal, básico e profundo da pessoa enquanto homem ou mulher. Appleby e Anatas (1998) vão mais além e afirmam que a identidade de género se refere ao sentido subjetivo do *self* como sendo masculino ou feminino. Este sentido está, portanto, relacionado com os papéis de género que de certa forma se resumem aos comportamentos, gestos, formas de vestir e figuras corporais, consideradas apropriadas para homens e/ou para mulheres, determinadas pela sociedade (Appleby & Anatas, 1998; Bento, 2003).

A identidade de género está inteiramente ligada à cultura, aos hábitos e aprendizagens de cada sociedade e em nada está relacionada com os genitais. É por isso importante separar a determinação biológica da cultura, percebendo que o que define as diferenças de género é a cultura e a sociedade (Moraes, 2013).

Já na primeira metade no século XX, Mead (1979) realizou um estudo antropológico sobre a vida de três tribos da Nova Guiné que é demonstrativo do que está referido anteriormente. Naquela época a sociedade considerava que eram as diferenças sexuais que determinavam os papéis sociais de cada um, no entanto com a realização do estudo, Mead concluiu que aquilo que consideravam ser qualidades e tarefas de homens ou qualidades e tarefas de mulheres não eram baseadas em diferenças sexuais, mas sim condições culturais que diferem de sociedade em sociedade (Mead, 1979).

A identidade de género pode ser vista como um espectro, em que uma das extremidades é relativa à masculinidade e a outra extremidade é relativa à feminilidade, sendo que no meio deste contínuo existem múltiplas variações, havendo diversas formas de experienciar as masculinidades e as feminilidades, não existindo limites claros (Overstreet, 2017). A Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgénero (2011) assume que a identidade de género é a perceção intrínseca de uma pessoa relativamente a ser homem, mulher ou uma outra alternativa de género. Desta forma, pode-se tipificar como pessoas cis, ou seja, pessoas que se identificam com o sexo que lhes foi designado no registo de nascimento e pessoas trans, que contrastando com as cis, a sua identidade de género não corresponde ao sexo atribuído ao nascimento (Jesus, 2012; Pinto & Moleiro, 2012; Rodrigues, 2016) havendo, portanto, uma transgressão dos limites normativos e binários de género.

Falar de pessoas trans rompe assim com a relação binária entre sexo e género, permitindo mais uma vez perceber que o género se trata de uma construção social e que

não aparece vinculado ao sexo como aspeto biológico (Giongo, Menegotto & Petters, 2012). Uma pessoa trans é alguém que vive como um membro do outro sexo, independentemente de qualquer intervenção cirúrgica ou hormonal que faça ou pretenda fazer no futuro (APA, 2008). Segundo Moleiro e colaboradores/as (2017) a transexualidade é a incongruência reconhecida entre o sexo e o género, sendo que as pessoas trans podem variar entre si mesmas, identificando-se de formas diferentes como por exemplo transexual, trans, transgénero e podem ou não ter recorrido ou tencionar recorrer a tratamentos médicos (Pinto, 2014). É, portanto, o género com que uma pessoa se identifica que pode ou não estar em concordância com o sexo atribuído ao nascimento. Por outras palavras, uma pessoa pode nascer com um sexo biológico e identificar-se com o género oposto (Silva, Bezerra & Queiroz, 2015).

Assim, um homem trans é uma pessoa em que o sexo atribuído/designado no nascimento era feminino, no entanto a identidade de género é masculina e uma mulher trans é completamente o oposto, no nascimento o sexo atribuído foi o masculino, contudo, a identidade de género é feminina (Pinto, 2014).

As teorias pós-modernas, por sua vez, compreendem o género como uma identidade fluída, transitória e de constantes reafirmações, sendo este totalmente desvinculado do sexo (biológico). Isto é, o género como uma construção social performativa. É nas teorias pós-modernas que se insere a teoria *queer*, onde o destaque são as identidades e sexualidades não-normais e transgressoras e, portanto, uma tentativa de acabar com a hipótese de existência de apenas uma definição possível entre sexo e género. A teoria *queer* dá ênfase à variedade, diversidade e às práticas que não se encaixam nos géneros designados normais e definidos tradicionalmente (Tílio, 2014).

A teoria *queer* inclui pessoas homossexuais, bissexuais, trans, intersexo e tem o objetivo de levantar questões, transformar e radicalizar uma faixa populacional até então

excluída de uma sociedade heteronormativa (Miranda & Garcia, 2012). A expressão *queer*, originalmente referia-se a algo estranho e neste contexto, refere-se a pessoas, comportamentos ou grupos que ultrapassem e/ou desafiem a heteronormatividade. Há ainda quem considere que *queer* pode ser utilizado para fazer referência a uma população aberta, que partilha um posicionamento não normativo em relação à sexualidade (Almeida, 2004). Na teoria *queer*, são também incluídos os *crossdressers* (pessoas que sentem prazer em usar roupa feminina, contudo, identificam-se como homens, tendo normalmente uma vivência heterossexual), os/as *drag kings/queens* (pessoas que se vestem de forma exagerada, com o intuito de se transformar em alguém do género oposto, não se reconhecendo como pertencente a esse mesmo género) e por outro lado os travestis (pessoas que aceitam o seu sexo, identificando-se com o género oposto e alternam entre um e outro) (Jesus, 2012).

No entanto, o foco deste estudo são as pessoas trans e, portanto, é com base nestas e nas suas experiências que este estudo será realizado.

2. Enquadramento legal – Lei de Identidade de Género

2.1 Mudanças no sistema legal ao longo do tempo

Em Portugal, não existiu qualquer tipo de legislação no que refere à identidade de género até 2011. Portanto, não era possível a alteração legal do próprio nome e do sexo no assento de nascimento, pese embora, no que respeitava aos serviços de saúde já fosse permitido o processo físico de mudança de sexo desde meados de 1990 (Saleiro, 2012). Ora, o que acontecia era a pessoa podia realmente iniciar e proceder a alterações físicas, mas continuava com o nome e respetiva documentação legal referente ao sexo oposto. Havia uma única possibilidade de mudança de sexo e nome próprio legalmente, através de processos judiciais, isto é, pessoas trans colocavam o Estado em tribunal, como se tratasse de um erro do Estado a atribuição e registo da sua identidade. O senão deste

processo é que eram caracterizados pela burocracia e lentidão, levando as pessoas a desistir do mesmo (Saleiro, 2012). A Lei n.º 7/2011, de 15 de março veio facilitar a vida às pessoas trans, pois trouxe ao país o reconhecimento legal da identidade de género, permitindo assim as mudanças de sexo e de nome próprio no registo civil. Podem recorrer destas mudanças, pessoas de nacionalidade portuguesa, com uma idade superior a 18 anos, residentes em território nacional ou no estrangeiro. Este pedido pode ser apresentado em todas as conservatórias do registo civil, contudo têm de ser acompanhado de um relatório, elaborado por uma equipa multidisciplinar de sexologia clínica (pelo menos um/a médico/a e um/a psicólogo/a), que ateste o diagnóstico de “Disforia de Género” (Diário da República, 2011).

A disforia de género traduz-se no descontentamento afetivo/cognitivo com o género atribuído ao nascimento, ou seja, um mal-estar que pode acompanhar a incongruência entre o género experimentado e o género atribuído. Os critérios de diagnóstico para disforia de género são uma incongruência vincada entre o género experienciado e o género atribuído, durante pelo menos seis meses, manifestada por duas das seguintes formas: 1) incongruência entre o género experienciado e as características sexuais primárias e/ou secundárias; 2) forte vontade de se libertar das suas características sexuais primárias e/ou secundárias; 3) forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do sexo oposto; 4) forte desejo de ser do outro género; 5) de ser tratada/o como se fosse do outro género; 6) forte convicção de que tem os sentimentos e reações típicos do outro género; e ainda um mal-estar significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas de funcionamento (DSM-5, 2014).

No que concerne à lei de Identidade de Género, 2018 foi um ano de extrema importância para as pessoas trans em Portugal. A Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto “estabelece o direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género

e o direito à proteção das características sexuais de cada pessoa” (p. 3922). Relativamente a pessoas menores, mais especificamente entre os 16 e os 18, a lei determina que podem requerer o procedimento de mudança de sexo e do nome próprio, através dos representantes legais e mediante relatório solicitado a um/a médico/a ou psicólogo/a, inscritos na Ordem dos Médicos ou na Ordem dos Psicólogos, que confirme apenas a capacidade de decisão e vontade informada do jovem sem qualquer referencia a um diagnóstico de identidade de género (Diário da República, 2018).

Segundo Saleiro (2012) a existência de uma lei específica para as pessoas trans, assume o reconhecimento de uma existência legal e até de cidadania às pessoas trans. Contudo, é de ressaltar que estas questões ainda se encontram invisíveis no que concerne à Constituição da República Portuguesa.

3. (Re)construções do Corpo

O corpo representa um papel crucial na vida do indivíduo principalmente no que se refere à visibilidade ou invisibilidade da identidade e expressão de género, com consequências a nível das relações sociais, mais concretamente pela discriminação relativa à identidade de género trans (Saleiro, 2012). O corpo é considerado o meio mais importante para o reconhecimento social da identidade de cada pessoa (Filho & Rocha-Coutinho, 2013). Derivado à angústia e à repulsa que as pessoas trans podem experienciar por viver no corpo que não sentem como seu, muitas delas tencionam proceder a intervenções clínicas, nomeadamente tratamentos hormonais e cirurgias de redesignação sexual em busca de um corpo congruente com a sua identidade e consequentemente algum bem-estar, essencialmente psicológico.

Há também quem não pretenda realizar nenhum tipo de intervenção, no entanto cabe a cada pessoa decidir o que pretende ou não fazer. Os motivos para a não realização de intervenções corporais variam e podem ser derivados a insuficiência financeira,

desvantagens na empregabilidade e/ou crenças pessoais (Sampaio & Coelho, 2012).

Desta forma, não se pode deduzir que todas as pessoas trans pretendem realizar tratamentos ou cirurgias, nem induzir as pessoas a realizar ou não realizar os procedimentos clínicos.

Em Portugal, os procedimentos clínicos foram acolhidos pelo SNS, no que diz respeito ao acompanhamento psicológico, hormonal e cirúrgico gratuito, seguindo assim as recomendações do Comissário para os Direitos Humanos do Conselho da Europa. Caso contrário, os custos inerentes, por sua vez extremamente elevados, tendo em conta a quantidade e variedade de especialistas envolvidos nos procedimentos clínicos e a prolongada duração do acompanhamento, seriam insuportáveis para a maioria das pessoas (Saleiro, 2012).

3.1 Cirurgias e tratamentos hormonais

As cirurgias e os tratamentos hormonais são procedimentos de natureza terapêutica, em que o indivíduo não pretende simplesmente mudar de sexo, mas sim a colocação da sua aparência e do seu corpo concordante com a sua identidade. Não se trata, portanto, de satisfazer caprichos ou futilidades. O objetivo destes procedimentos será na maioria das vezes, melhorar a saúde e o bem-estar da pessoa, que certamente terá impacto em diversas áreas da vida do indivíduo.

No que concerne às cirurgias, há a possibilidade de recorrer a uma cirurgia de redesignação, isto é, uma transposição anatómica através do reaproveitamento dos tecidos, não havendo assim necessidade de procedimentos de amputação ou mutilatórios (Bento, 2006). Por outro lado, existem outras possibilidades, contudo, mais complexas. Para o caso de a transição ser de homem para mulher, o processo inclui a remoção do pénis, a orquiectomia bilateral (remoção dos testículos, que facilitará os procedimentos hormonais, uma vez que interrompe a produção de testosterona), a construção da

neovagina, a neoclitoroplastia e a neovulvoplastia (Arán & Murta, 2006). Ainda no que diz respeito à transição de homem para mulher, há também quem realize cirurgias faciais para se ajustar o mais possível ao sexo feminino, nomeadamente, rinoplastias para diminuir e modelar o nariz, mentoplastias que diz respeito à diminuição do queixo e a redução da “Maçã de Adão” que, por sua vez, ajuda na feminização da voz e/ou alongamento das cordas vocais (d’Aquino & Mucelin, 2017; Marques, Lavinias & Müller, 2018). Já na transição de mulher para homem, as cirurgias envolvem a remoção dos ovários e do útero, a osqueoplastia (construção do escroto), a neofaloplastia (construção do pénis) e ainda a mastectomia (remoção das mamas) e o reposicionamento do complexo areolo mamilar (Arán & Murta, 2006; d’Aquino & Mucelin, 2015; Marques, Lavinias & Müller, 2018).

No que respeita aos tratamentos hormonais, estes são prescritos e acompanhados por um/a endocrinologista, por sua vez, especialista do sistema endócrino e das questões hormonais. O tratamento endocrinológico tem o objetivo de contribuir para o aparecimento de caracteres sexuais secundários concordantes com a identificação quanto ao género, através da terapia hormonal. Este tratamento, é visto como algo a realizar ao longo da vida, sendo que só será interrompido para a realização da cirurgia (Arán & Murta, 2006). Por norma os homens trans recebem testosterona para que lhes cresçam pelos, desenvolvam os músculos e a voz fique mais grossa. No caso das mulheres trans, estas recebem estrogénio para conseguirem uma pele mais fina, a voz mais suave e as ancas mais delineadas (Falcão et al., 2014).

É frequente as pessoas trans quando recorrem ao SNS, já terem realizado algum tipo de tratamento hormonal automedicado, que foi sugerido por um/a amigo/a que já realizou e/ou por influência das informações encontradas na internet. Acontece essencialmente com as mulheres trans, que decidem tomar pílulas anticoncecionais em quantidades elevadas, na crença de que podem ter efeitos mais rápidos (Arán & Murta, 2006).

Todo o processo de transição é moroso e em constante progressão. No que respeita às alterações ocorridas devido ao tratamento hormonal, estas por norma são reversíveis, o que não acontece com a cirurgia, por isso é que esta só ocorre no final de todo o processo e se a pessoa assim o desejar. Ou seja, a pessoa já tem toda uma expressão de género congruente com a sua identidade, mas os genitais mantêm-se porque é a última fase do processo. Há quem considere este período como um período de teste (Bento, 2012).

O período de teste refere-se a um período de tempo, cerca de um ano e meio a dois anos, onde a pessoa é aconselhada a viver de acordo com as normas culturalmente determinadas para o sexo a que se sente pertencer, ou seja, as pessoas vestem-se de acordo com o sexo que desejam, utilizam a casa de banho correspondente, vivem totalmente de acordo com a identidade de género que sentem pertencer (Athayde, 2001; Jesus, 2012). Este período de tempo, segundo Athayde (2001) é de extrema importância pois permite que a pessoa se prepare e consolide a sua vontade de proceder às intervenções clínicas e consequentes alterações corporais.

Como qualquer cirurgia ou procedimento clínico, todos estes processos pelos quais as pessoas trans passam, trazem riscos, nomeadamente risco de disfunções miccionais, evacuatórias e/ou sexuais em função das alterações hormonais e estruturais que ocorrem durante todo o período da transgenitalização (Franco, Miranda, Franco, Zaidhaft & Arán, 2010).

3.2 Papel dos/as profissionais de saúde

A população trans apresenta riscos de saúde acrescidos comparativamente com a restante população, nomeadamente na saúde física pelas alterações corporais a que se sujeita e psicológica derivada do isolamento social, ansiedade e depressão (Pinto & Moleiro, 2012).

Quando as pessoas começam a ter dúvidas em relação à sua identidade de género,

na maioria das vezes, o primeiro recurso é procurar um/a profissional de saúde, sendo que por norma se trata do/a médico/a de família (Hines, 2007). Os/As profissionais de saúde são por vezes, o único sistema de apoio existente para as pessoas trans, uma vez que a discriminação e estigmatização parte com frequência, da própria família. Desta forma, é importantíssimo que os/as profissionais de saúde, com especial foco na área da saúde mental, estejam disponíveis para prestar apoio a pessoas trans (Associação Ilga Portugal, 2011), de forma a promover o bem-estar psicológico e a maximizar a sua qualidade de vida. Até porque os/as profissionais de saúde, para além da assistência aos cuidados de saúde, são também por norma as pessoas a quem os/as trans recorrem para obterem informações credíveis acerca das questões de género (Pinto & Moleiro, 2012).

Os/As profissionais de saúde mental têm realmente um papel de destaque no acompanhamento a pessoas trans, uma vez que para acederem aos tratamentos (cirurgias e tratamentos hormonais), tem que haver uma aprovação por parte de um/a profissional de saúde mental, que atesta se a pessoa está capaz e preparada para os iniciar. O objetivo é assegurar que os tratamentos a realizar são os mais adequados e os que irão permitir reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida das pessoas trans.

Persiste ainda a crença de que os cuidados clínicos às pessoas trans são universais, desvalorizando a individualização e o facto de nem todas/os procurarem o mesmo tipo de procedimentos. É por isso fundamental que as/os profissionais de saúde respeitem e reconheçam a autonomia e os direitos das pessoas trans, compreendendo o impacto que o estigma e a discriminação podem ter nestes. Assim como devem compreender que as ideologias pessoais acerca do género não podem interferir com a prática profissional (Associação Ilga Portugal, 2011).

Para facilitar a intervenção com pessoas trans, a *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*, associação internacional multidisciplinar em que um

dos objetivos é promover os melhores padrões de assistência à saúde de pessoas trans, tem publicado os *Standards of Care (SOC)*. Os *SOC* estabelecem diretrizes como forma de orientação clínica para profissionais de saúde, com o intuito de garantir cuidados de saúde adequados, maximizando a saúde em geral e o bem-estar psicológico (WPATH, 2011).

Os *SOC* (2011) destacam princípios fundamentais que deverão ser respeitados pelos/as profissionais de saúde, nomeadamente 1) respeitar todos/as os/as utentes, independentemente da expressão e/ou identidade de género; 2) prestar cuidados no sentido de diminuir o mal-estar existente (ou encaminhar para um/a colega mais preparado nesse sentido); 3) estar informado sobre as necessidades das pessoas trans, incluindo os benefícios e os riscos das possibilidades de tratamento; 4) respeitar as necessidades e desejos de tratamento específicos de cada utente; 5) prestar apoio aos/às utentes conciliando a família e comunidades; 6) prestar cuidados de saúde adequados e continuados (WPATH, 2011).

Todavia, existem ainda algumas barreiras quando se fala em acesso aos cuidados de saúde para pessoas trans. Uma dessas barreiras diz respeito à falta de informação sobre onde as pessoas trans se devem dirigir. É extremamente importante que esta informação seja disponível para que as pessoas trans possam aceder a serviços e profissionais adequados e eficazes. Outra componente que dificulta o acesso aos cuidados de saúde tem que ver com as conceções pessoais, por norma estereotipadas, por parte dos/as profissionais, que acabam por fazer com que as suas crenças interfiram com a prática clínica. Há também profissionais de saúde que duvidam da identidade das pessoas trans tendo em conta as opções acerca dos tratamentos que desejam realizar. Importa referir que nem todos as pessoas trans precisam ou desejam ter apoio médico e psicológico. É fulcral e primário ter sempre em consideração o que a pessoa pretende, bem como o facto

de as pessoas trans procurarem profissionais de saúde não só pela questão de género, mas por variadíssimas razões (Associação Ilga Portugal, 2011).

3.3 Mercado negro/Procedimentos Clandestinos

Como já referido anteriormente, há pessoas trans que não pretendem realizar qualquer tipo de intervenção para alteração corporal, outras há que pretendem realizar apenas algumas mudanças corporais e ainda as que pretendem realizar todos os procedimentos para que a transformação corporal seja completa.

De forma a escapar às longas listas de espera e às burocracias inerentes do SNS, algumas pessoas trans optam pelos procedimentos clandestinos para a realização das suas mudanças corporais (Mazaro & Cardin, 2017). Estes procedimentos iniciam-se normalmente pela toma excessiva de fármacos anticoncepcionais, que são facilmente adquiridos em qualquer farmácia, sem necessidade de prescrição médica e permitem o desenvolvimento das características sexuais secundárias, nomeadamente, o crescimento de glândulas mamárias, arredondar as formas corporais, a diminuição da barba e a mudança no tom de voz, no caso de mulheres trans (Ramos et al., 2014). Um outro procedimento clandestino requisitado com alguma frequência pelas mulheres trans é a administração de silicone, que permite também o aumento das glândulas mamárias e o arredondamento das formas corporais, mais precisamente das ancas e das nádegas, mas de forma muito mais rápida comparativamente com os fármacos anticoncepcionais. Para além disso, é também utilizado para salientar as maçãs do rosto, delinear os lábios e afinar o queixo (Ramos et al., 2014; Mazaro & Cardin, 2017). O silicone utilizado nestes procedimentos clandestinos, trata-se de um líquido com uma consistência grossa, oleosa e incolor, frequentemente usado na indústria automóvel e na construção civil, sendo este silicone injetado com recurso a agulhas de uso veterinário (Mazaro & Cardin, 2017). A administração do silicone, por norma é realizada por uma pessoa trans mais velha, que

eventualmente já passou por todo o processo e são normalmente chamadas/os de “bombadeiras” ou “enchedores”. Estas pessoas realizam o procedimento de injetar o silicone, não tendo qualquer tipo de formação na área, no entanto, cobram quantias exageradas por realizarem este processo (Ramos et al., 2014; Mazaro & Cardin, 2017).

Estes procedimentos são altamente dolorosos e perigosos, traduzindo-se na maioria das vezes em grandes riscos para a saúde das pessoas. Em primeiro porque é quase sempre realizado no domicílio da pessoa que vai receber o produto ou no domicílio da pessoa que vai realizar o processo, não havendo, portanto, condições de higiene e esterilização, aumentando o risco de infeções. Acrescentando ainda ao facto de o silicone utilizado não ser o apropriado, entrando no organismo como um corpo estranho, podendo causar graves lesões corporais na pessoa injetada (Mello, Gonçalves, Fraga, Perin & Helene Jr, 2013; Mazaro & Cardin, 2017).

Estas práticas clandestinas são muito frequentes entre as/os trabalhadoras/es do sexo, que por vezes têm alguma facilidade financeira que lhes permite realizar as transformações corporais através do mercado negro, não tendo que esperar pela vez no SNS. Por outro lado, ainda relativamente às/aos trabalhadoras/es do sexo, quando estes não têm disponibilidade para suportar as despesas inerentes, recorrem às “madrinhas”. Estas “madrinhas” por norma, são pessoas trans mais velhas, com disponibilidade económica para efetuar o pagamento imediatamente, assim como também as/os acompanha em todo o processo, até aos locais de intervenção normalmente no estrangeiro. No entanto, para a realização do pagamento as pessoas começam a realizar o trabalho sexual sob o controlo das “madrinhas”, que ficam com grande parte do dinheiro que obtêm no trabalho (Ramos et al., 2014).

3.4 Consumos de substâncias

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) é um problema social e sanitário, que se faz sentir de forma particularmente evidente e dramática. Associando os consumos às pessoas trans, acredita-se que estas façam uso das SPA como estratégia para enfrentar sentimentos negativos a que estão sujeitas/os. Ou seja, sentimentos derivados da vulnerabilidade social, discriminação e isolamento em função da identidade de género (Rocha, Pereira & Dias, 2013; Parente et al., 2015). Aliás, Parente e colaboradores/as (2015) afirmam que o consumo de substâncias está associado ao momento da saída da casa dos familiares e surge também em paralelo com a violência da rua, a toma hormonal e o trabalho sexual.

Os fatores de risco para o consumo de SPA na população trans são elevados, nomeadamente devido à falta de apoio familiar, à vulnerabilidade, à facilidade de acesso nos contextos de vida e de trabalho e à ausência de fatores de proteção (Rocha, Pereira & Dias, 2013).

Torna-se imperativo a utilização de estratégias de redução de riscos e minimização de danos, no sentido em que mais uma vez há uma associação entre o consumo de SPA e o vírus HIV/SIDA. Oliveira (2013) refere que as taxas de infeções, no que diz respeito as/aos trabalhadoras/es do sexo são preocupantes, mais especificamente quando estas/es são consumidoras/es de drogas por via endovenosa.

No entanto, a preocupação não é só ao nível dos consumos de SPA, uma vez que a população trans, vítima de algum tipo de violência, surge em destaque quando se trata de drogas lícitas, nomeadamente o álcool e o tabaco (Parente et al., 2015).

Capítulo II – Trabalhadores/as do sexo trans

1. Vivências Trans no trabalho sexual

As pessoas trans tendem a ser constantemente alvo de preconceito, discriminação, exclusão e violência que derivam essencialmente de questões que dizem respeito ao género, manifestando-se de variadíssimas formas, entre as quais a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho (Silva, Bezerra & Queiroz, 2015).

Não raras vezes, as pessoas trans abandonam o percurso escolar muito cedo como resultado do *bullying* a que são frequentemente sujeitos, limitando assim as perspetivas futuras de ensino e conseqüentemente de trabalho (Roche & Keith, 2014). Posto isto, homens e mulheres trans são frequentemente excluídos/as de um determinado posto de trabalho, não havendo sequer consideração pela capacidade, talento e motivação da pessoa perante aquele trabalho, prevalecendo o preconceito e a ignorância (Krawczak, Santos & Strucker, 2017). Para além desta dificuldade em conseguir entrar no mercado de trabalho dito convencional, segundo Ditmore (2006) acrescem ainda ruturas no seio familiar, instabilidade económica e estigma social, que favorecem o isolamento e conseqüentemente o surgimento de problemas de saúde física, mental e psicológica. Sweileh (2018) sustenta que as pessoas trans enfrentam problemas de saúde, derivados muitas vezes das experiências de intolerância, estigma, discriminação, violência social e familiar. Não havendo grandes alternativas, encontram no trabalho sexual uma forma de sobrevivência económica (Ditmore, 2006; Krawczak, Santos & Strucker, 2017). De facto, apesar de existirem múltiplas razões para a entrada das pessoas trans no trabalho sexual, a falta de oportunidades de emprego é a mais comum (Roche & Keith, 2014).

Segundo Oliveira (2017a) o trabalho sexual diz respeito ao ato de prestar serviços sexuais a troco de dinheiro. O trabalho sexual pode, portanto, estar relacionado com serviços, desempenhos e/ou produtos sexuais comerciais, onde se inclui a prostituição, a

pornografia, o *striptease*, as danças eróticas e/ou as chamadas de cariz sexual, sempre com o objetivo de obter dinheiro. Portanto, um/a trabalhador/a do sexo é alguém que apresenta um comportamento sexual ou erótico a troco de alguma compensação, seja monetária ou material, sendo este comportamento realizado de forma voluntária e consentida (Oliveira, 2017b).

Em Portugal não há legislação específica no que diz respeito ao trabalho sexual, desta forma não é considerado um crime, porém também não é reconhecido como um trabalho. A falta de reconhecimento e de estrutura legal face aos trabalhadores/as do sexo coloca-os/as numa situação de vulnerabilidade acrescida (TAMPEP, 2019). Ainda assim, os/as trabalhadores/as do sexo devem ter autonomia e o direito de decidirem com quem exercem o trabalho sexual e em que condições, sem que isso seja sinónimo de violência (TAMPEP, 2009).

O trabalho sexual pode ser desempenhado em diversos contextos, nomeadamente, em ambiente de rua (*outdoor*) ou interior (*indoor*) (Oliveira, 2017a). No que diz respeito ao ambiente de rua, as/os trabalhadoras/es estão em locais públicos, como estradas, parques, florestas, Wc's públicos, praias, estacionamento, entre outros locais que podem ser variáveis de acordo com o movimento da cidade, a atrair os seus clientes (TAMPEP, 2009). Quando se trata de trabalho sexual de interior, as/os trabalhadoras/es dão visibilidade ao seu trabalho de forma completamente distinta do trabalho sexual em ambiente de rua. Isto é, existem diversas formas de exercer trabalho sexual *indoor* e a forma de atrair clientes ocorre consoante o contexto. Por exemplo, quem realiza o trabalho em casas ou apartamentos na maioria das vezes usa a internet através de sites específicos ou até os jornais diários para que se estabeleçam contactos com potenciais clientes. Por outro lado, existem ainda clubes, bares e saunas destinados ao comércio sexual, onde as/os trabalhadoras/es aguardam pelos clientes que frequentam os espaços, com a

diferença de que habitualmente, os clientes pagam ao estabelecimento, sendo este a pagar uma percentagem a quem realiza o trabalho sexual (Oliveira, 2017a; TAMPEP, 2009).

É crescente a quantidade de pessoas trans no trabalho sexual. Vários/as autores/as defendem que esta decisão profissional surge como resultado das múltiplas discriminações que estas pessoas sofrem ao longo dos anos e que, em muitas situações, tem já início em idade escolar. Outro motivo que as pessoas trans referem como potencializador da entrada no trabalho sexual são as (re)construções corporais, ou seja, as pessoas exercem trabalho sexual com o intuito de criar condições financeiras para a realização das alterações que pretendem (Moujoud & Pourette, 2005; Costa, 2014).

O trabalho sexual de pessoas trans é, por alguns autores e autoras, considerado um submundo, caracterizado essencialmente por perigos, roubos, espancamentos, discriminações e agressões verbais, cometidos não raras vezes pelos próprios clientes (Quintero & Aguirre, 2017). É quase sempre colocada de parte a hipótese de a pessoa trans realizar trabalho sexual por outro motivo que não o da exclusão laboral. Desta forma, as conceções relativas ao papel desempenhado por esta população são de obscuridade e promiscuidade, associada também à fantasia sexual (Elizalde, 2008). No entanto, há pessoas que exercem trabalho sexual por curiosidade, acabando por continuar a exercer esta atividade, por prazer, por reconhecimento ou por forma a alcançar alguns objetivos não relacionados com bens económicos (Quintero & Aguirre, 2017).

Oliveira (2008) refere que facilmente se distingue um/a trabalhador/a do sexo trans, de um homem ou de uma mulher cis trabalhadores/as do sexo, pela sua exuberância comportamental e pela sua expressão de género. Considera que a maioria se apresenta com gestos e postura identificados com os das mulheres, sendo a aparência muito feminina e atrativa. As (re)construções do corpo são comuns entre os/as trabalhadores/as do sexo trans, ressaltando a excessiva toma de hormonas para obtenção dos caracteres

secundários pretendidos e a minimização dos caracteres secundários não desejados, a utilização de silicone para aperfeiçoamento de certas zonas do corpo e ainda as cirurgias (Ramos et al., 2014). Contudo, pode ainda haver dúvidas relativamente à realização da cirurgia para a mudança de sexo naquelas/es que são chamadas de “novatas/os”, ou seja, aquelas/es que iniciaram o trabalho sexual recentemente, o que geralmente não acontece com as pessoas trans que exercem trabalho sexual há mais tempo e que já estão decididas no que diz respeito à mudança ou não do órgão sexual (Oliveira, 2008).

Habitualmente a construção da aparência é um fator central, que não é sequer questionável, tratando-se de um processo que ocorre de forma contínua ao longo da vida e que está em constante aperfeiçoamento (Ramos et al., 2014). Posto isto, importa destacar as dificuldades com que esta população se depara, nomeadamente no acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente aos tratamentos que recebe, quer seja por questões relacionadas com a identidade de género, quer seja questões de saúde no geral (Quintero & Aguirre, 2017). Há situações em que a estigmatização começa precisamente nos/as profissionais de saúde, que apresentam muitas vezes representações sociais e crenças sobre as pessoas trans trabalhadoras/es do sexo, banalizando os diagnósticos idiossincráticos e homogeneizando práticas uma vez que pressupõe que todos/as têm com as mesmas necessidades (Roche & Keith, 2014). Esta estigmatização pode influenciar tanto o acesso aos serviços de saúde, bem como a utilização eficaz dos mesmos. Isto porque as pessoas podem partilhar menos informações sobre si e até evitar falar sobre o trabalho, os hábitos e estilo de vida, fazendo com que o serviço e tratamento prestados não sejam os mais adequados às suas necessidades, comprometendo assim o estado de saúde (Chapman, Nicol, Shields, Watkins & Zappia, 2011).

É com frequência que recorrem aos serviços de saúde quando se encontram em situações muito graves, que poderiam ser resolvidas com mais facilidade se tivessem uma

intervenção imediata, no entanto, o medo de se exporem não o permite (Slamah, Winter & Ordek, 2010).

É, assim, de extrema importância que os/as profissionais de saúde reconheçam que as pessoas trans que fazem trabalho sexual têm experiências de vida únicas como qualquer outra pessoa, evitando por isso a estigmatização, a generalização e os julgamentos (Roche & Keith, 2014).

Desta forma, torna-se oportuno abordar o conceito de qualidade de vida. Embora não haja consenso quanto à sua definição, a qualidade de vida está relacionada com a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, no que diz respeito ao contexto onde se insere, à cultura e valores nos quais está inserido e ainda aos seus objetivos, expectativas e preocupações (OMS, 1998). A Organização Mundial de Saúde (1998) menciona seis áreas como fundamentais para a qualidade de vida, nomeadamente a vertente física, a psicológica, o nível de independência, as relações sociais, o meio envolvente e as crenças espirituais e pessoais. Desta forma, os indivíduos sentem-se com qualidade de vida quando percebem que estas necessidades estão satisfeitas.

As pessoas trans que exercem trabalho sexual apresentam diversos fatores que podem contribuir significativamente para a ausência da percepção de qualidade de vida. Primariamente, é uma das populações mais expostas a múltiplas expressões de violência e exclusão social, incluindo no contexto laboral, resultando na entrada para o trabalho sexual (Gamboa, García & Winton, 2018). O trabalho sexual, por sua vez, representa variadíssimos riscos, particularmente de infeção pelo HIV. Panopoulou e Gonzalez-Pier (2019) afirmam que as pessoas trans que realizam trabalho sexual estão incluídas no grupo populacional com elevado risco de contrair e transmitir o HIV, pela hesitação no acesso aos cuidados de saúde e conseqüentemente o acesso a material de prevenção. Além disso, a falta de cuidado na colocação e utilização do preservativo, derivado de alguma

pressa na realização do trabalho e ainda a eventual persuasão monetária do cliente para relações desprotegidas são também fatores que contribuem para o risco de contração do HIV (Quintero & Aguirre, 2017; Slamah, Winter & Ordek, 2010).

Além disso, é recorrente o recurso a álcool e outras drogas motivado pelas situações supracitadas. Todas estas circunstâncias contribuem significativamente para uma baixa qualidade de vida das pessoas trans trabalhadoras do sexo e desta forma, torna-se urgente adotar medidas de prevenção (Quintero & Aguirre, 2017).

No que concerne à relação que as pessoas trans trabalhadoras/es do sexo estabelecem com outras, nomeadamente com as/os colegas, é frequente a crença de que entre trabalhadoras/es do sexo não há amizade. É habitual, homens, mulheres e pessoas trans que exercem trabalho sexual afirmarem que neste trabalho não há amizades, sendo este caracterizado pela ausência de solidariedade e permanente competitividade (Oliveira, 2008).

No entanto, Oliveira (2008) sustenta que há efetivamente aspetos positivos na relação entre trabalhadores/as do sexo, como há em outras relações humanas. Desta forma, relata ter observado comportamentos de solidariedade e amizade entre as pessoas que exercem trabalho sexual. Todavia o incumprimento das regras estabelecidas pelos/as trabalhadores/as do sexo, como tentar negociar com um/a cliente que é habitual de outro/a trabalhador/a, roubar o/a cliente ou trabalhar no local que é habitual de um/a outro/a trabalhador/a são motivos para desentendimentos e más relações (Oliveira, 2008).

Considera-se que esta população seja uma das que causa mais discussão, isto é, menos compreensão por parte da sociedade. Desta forma, devido à dificuldade de compreensão e à falta de empenho da sociedade em compreender, as pessoas trans que realizam trabalho sexual, estas enfrentam vários obstáculos, como já foi sendo referido (Quintero & Aguirre, 2017).

Não obstante, ainda que se faça referência a aspetos maioritariamente negativos quando se referem pessoas trans trabalhadoras/es do sexo, alguns autores/as defendem alguns aspetos positivos no exercício do trabalho sexual. Ditmore (2006) afirma que ao realizarem trabalho sexual as pessoas trans têm a possibilidade de conhecer outras pessoas trans, além disso, têm a sensação de autonomia e a capacidade de administrar o próprio negócio, têm experiências sexuais e sociais diversificadas. Por sua vez, Nureña e colaboradores/as (2011) referem que o trabalho sexual já não é considerado o último recurso, mas sim uma opção de trabalho como escolha ponderada na procura de novos ganhos, diversão e prazer, bem como uma alternativa a outros trabalhos por ser mais rentável e de modo conseqüente permitir mais independência e o acesso a um estilo de vida mais elevado do que outro trabalho poderia permitir.

2. Riscos do trabalho sexual realizado por pessoas Trans

As pessoas trans vêm-se constantemente rejeitadas pela sociedade, sendo até o grupo social mais negligenciado e incompreendido (Ramalho, Barroso & Santos, 2013).

São inúmeras as situações discriminatórias experienciadas pelas pessoas trans, no seio familiar, no grupo de amigos, na comunidade escolar. As desigualdades derivadas das diferenças de género acompanham o crescimento e o desenvolvimento das pessoas, nas mais variadas áreas da vida. Não encontrando nestes contextos mais próximos, espaço para manifestarem e expressarem a própria identidade de género, muitas pessoas trans vêm-se obrigadas a sair de casa (quando não expulsas pela família), procurando conforto e aceitação num outro lugar, sendo que este lugar é com alguma frequência a rua. Apesar de inúmeros riscos, a rua torna-se um espaço recetivo, onde se torna possível uma nova rede de suporte, em que todos os que lá se encontram podem partilhar o sentimento de rejeição e, ao mesmo tempo, uma vontade extrema de aceitação (Giongo, Menegotto & Petters, 2012; Silva, Bezerra & Queiroz, 2015).

Importa assim abordar a transfobia que, segundo Rodrigues (2016) diz respeito a uma forma de violência, discriminação, ódio e rejeição exercida contra pessoas trans ou contra pessoas que rompem o sistema binário de género que é imposto socialmente. A exclusão, a rejeição, a violência física, a violência psicológica e o discurso de ódio são algumas formas de manifestar a transfobia, tendo estas manifestações, impactos extremamente negativos para as pessoas trans.

O estigma, a discriminação e a violência sobre as pessoas trans, funcionam quase como ditadores de uma sentença para o resto da vida, por vezes resultando até na própria morte, como é inteligível no caso da Gisberta¹ (Oliveira, 2008; Rodrigues, 2016). Há inclusive autores/as que referem que do leque de pessoas que fazem trabalho sexual, as pessoas trans são as que sofrem de maior opressão, intolerância, assim como violência física, verbal e sexual (Oliveira, 2008; Stotzer, 2009; Ramalho, Barroso & Santos, 2013).

A vivência constante de discriminação e violência pode traduzir-se em consequências graves na saúde física e psicológica, resultando em perturbações depressivas e riscos elevados de suicídio (Ramalho, Barroso & Santos, 2013).

Para além dos riscos de saúde mental supramencionados, há também um elevado risco de contração de DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis). O conhecimento relativamente a estas questões é ainda rudimentar e os comportamentos de “proteção” são fundamentados em crenças, designadamente, a dupla aplicação do preservativo visando uma maior proteção, a não utilização de preservativo quando é o cliente a realizar sexo oral e ainda práticas desprotegidas quando os clientes têm boa aparência.

Mais uma vez, a situação de vulnerabilidade económica, pode induzir à adoção de práticas sexuais desprotegidas, no sentido em que as/os clientes oferecem valores

¹ Gisberta Salce Júnior, nasceu em 1960, em São Paulo no Brasil. Veio para Portugal com 20 anos na tentativa de fugir a uma vaga de homicídios a transexuais no Brasil. Gisberta, transexual, imigrante ilegal, sem-abrigo, prostituta e seropositiva, acabou por ser vítima de um crime transfóbico, morta num poço depois de vários dias de agressões de um grupo de catorze jovens entre os 12 e os 16 anos.

avultosos de dinheiro para que os/as trabalhadores/as realizem estas práticas (Ramalho, Barroso & Santos, 2013).

Em suma, são diversos os estudos que referem a discriminação e a rejeição social como principais causas de problemas de saúde mental, nomeadamente depressão e ideação suicida (Sweileh, 2018). É perfeitamente notória a rejeição das pessoas trans pela sociedade, dificultando assim a inserção e integração social, escolar e laboral e influenciando de forma eminente o recurso ao trabalho sexual (Oliveira, 2008).

3. Estruturas de apoio a nível nacional

A falta de apoio social, seja por parte da família, pelos/as colegas de escola ou de trabalho, da comunidade onde habitam ou até mesmo pelos/as profissionais de saúde, é uma realidade constante para a maioria das pessoas trans, sendo as suas vivências marcadas por uma rede de suporte social enfraquecida (Silva & Cerqueira-Santos, 2014).

O apoio social pode ser entendido como um conjunto de relações próximas e significativas que representam o apoio recebido e percebido pelos indivíduos. Este apoio pode ser proveniente de meios pessoais, profissionais e/ou institucionais ao longo da vida (Silva & Cerqueira-Santos, 2018).

Um elemento de extrema importância para a superação de problemas de saúde mental é o apoio social e a aceitação (Sweileh, 2018) logo, as organizações sociais representam frequentemente uma rede de suporte a pessoas trans, que encaram estas organizações como comunidades que fornecem serviços públicos e sociais (Silva & Cerqueira-Santos, 2018).

Neste sentido, importa destacar algumas entidades que, ao longo dos anos, têm vindo a desenvolver projetos no âmbito da identidade de género, de forma a que as pessoas trans possam estabelecer e consolidar relações, encontrando nestas um apoio que por vezes não têm noutros contextos.

Em 1995, é fundada a Associação ILGA Portugal – Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo (LGBTI), sendo esta associação, a mais antiga em Portugal na defesa dos direitos LGBTI. São objetivos da Associação ILGA Portugal a integração social da população LGBTI, através de um programa alargado de apoio social com o intuito de garantir a melhoria da qualidade de vida desta população, lutando contra a discriminação em função da orientação sexual, da identidade de género e das características sexuais e ainda a promoção da cidadania, dos Direitos Humanos e da igualdade de género (Associação ILGA Portugal, 2016).

A REDE EX AEQUO é uma rede de apoio, e a sua criação deriva de um projeto da Associação ILGA Portugal (“Projeto Descentrar”), onde o objetivo passava por criar grupos de jovens para pessoas lésbicas, bissexuais e trans em Portugal. É assim constituída por pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo, com idades compreendidas entre os 16 e os 30 anos. Os seus objetivos passam por reivindicar a não discriminação e a interação de jovens lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo na sociedade, com destaque no reconhecimento das suas necessidades, particularidades e especificidades, bem como o desenvolvimento e a implementação de estratégias e ações de intervenção a vários níveis e ainda a criação e o desenvolvimento de grupos locais de convívio, de suporte e de trabalho para jovens LGBTI (Rede Ex Aequo, 2004).

A AMPLOS é uma associação destinada a pais e mães que têm como objetivos principais a luta por uma sociedade mais justa e conseqüentemente a oposição a qualquer forma de discriminação relativamente à orientação sexual e identidade de género. A AMPLOS trabalha no sentido de apoiar pessoas homossexuais, bissexuais e trans, mas também dando apoio aos pais e mães de pessoas homossexuais, bissexuais e trans para que em conjunto se possam ouvir e esclarecer dúvidas, bem como prestarem apoio a jovens que tenham dificuldades relacionais com os pais e mães (AMPLOS, 2010).

A Casa Qui é uma Associação de Solidariedade Social, fundada por três pessoas especializadas na área da juventude e das questões da orientação sexual e identidade e/ou expressão de género. O objetivo da sua criação é garantir que as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans ou intersexo recebem respostas adequadas na área da saúde mental, da ação social e da educação, com o foco na igualdade de oportunidades. Têm duas grandes vertentes de intervenção, nomeadamente o apoio em situações de violência doméstica/familiar e o acompanhamento psicológico para pessoas envolvidas em processos relacionados com a temática LGBTI (Casa Qui, n.d.).

O Centro Gis, centro de respostas a pessoas lésbicas, gay, bissexuais, trans e intersexo, foi criado em 2006, em memória de Gisberta Salce Júnior. São objetivos do Centro Gis a promoção da saúde e do bem-estar das populações LGBTI e dos seus familiares, a inclusão das populações LGBTI, o combate às diversas formas de discriminação e de violência a que estas populações estão sujeitas, a capacitação de público estratégico para ações/intervenções informadas. O Centro Gis, conta ainda com uma unidade móvel (GIS- Gabinete Itinerante de Saúde), com respostas multidisciplinares, nomeadamente apoio jurídico, cuidados médicos e enfermagem, a fim de dar resposta à população LGBTI das regiões norte e centro do país. Para além do atendimento alargado à população do norte e centro, a unidade móvel permite ainda a participação em alguns eventos, a formação nas escolas, a realização de rastreios (Hepatite, HIV e Sífilis) e a distribuição de material preventivo (Centro Gis, n.d.).

Por fim, a Casa Arco-Íris, que surge de uma parceria entre a Associação Plano i e a Câmara Municipal de Matosinhos. A Casa Arco-Íris é uma casa de acolhimento de emergência para pessoas LGBTI, vítimas de violência doméstica, em função da orientação sexual e da identidade de género. Surge em 2018, sendo considerado um projeto inovador pois trata-se do primeiro centro de acolhimento de emergência para

vítimas de violência doméstica LGBTI no país, com a pretensão de oferecer respostas diferenciadas, considerando a especificidade da população. São objetivos da Casa Arco-Íris assegurar o acolhimento urgente e de curta duração a vítimas de violência doméstica LGBTI, acompanhadas ou não de filhos/as menores, garantir o alojamento temporário e a satisfação das necessidades básicas, a proteção e a segurança, com o intuito de minimizar os riscos e a vulnerabilidade social, e ainda o apoio psicológico, social e jurídico e a reconstrução de um projeto de vida, de forma autónoma e independente. A Casa Arco-Íris trabalha em estreita articulação com o Centro Gis, sendo que, após a autonomização dos/as utentes e após a saída da casa, a equipa multidisciplinar garante a continuidade do apoio médico e psicológico no Centro Gis (Casa Arco-Íris, 2018).

Parte II

Método

1. Introdução

Esta segunda parte é destinada à apresentação do estudo empírico e das respetivas fases. Serão assim apresentadas as questões de partida que originaram a realização deste estudo, bem como os objetivos gerais e específicos. Será igualmente descrita a técnica de recolha de dados, bem como os procedimentos realizados e as técnicas de tratamento e análise dos dados. Por fim, serão apresentados e discutidos os resultados obtidos.

2. Perguntas e Questões de partida

A presente investigação foi realizada com o intuito de caracterizar e compreender os significados que as mulheres trans trabalhadoras do sexo atribuem ao seu corpo, compreender o impacto que as alterações corporais acarretam no decurso da sua profissão, bem como compreender o impacto na sua saúde. Desta forma, foram elaboradas as seguintes questões de partida:

- (1) Quais os significados que as mulheres trans trabalhadoras do sexo atribuem ao seu corpo?
- (2) Que implicações acarretam as alterações corporais no exercício da sua profissão?
- (3) Que implicações e desafios acarretam as alterações corporais na saúde física e mental das mulheres trans trabalhadoras do sexo?
- (4) De que forma são percecionados o acesso e a utilização dos cuidados de saúde em Portugal pelas mulheres trans trabalhadoras do sexo?

3. Objetivos gerais e específicos

Os objetivos gerais deste estudo são:

- a) Explorar as perceções e os significados que mulheres trans trabalhadoras do sexo têm sobre o seu corpo;

- b) Compreender os impactos que as questões da autoimagem e do corpo têm no exercício do trabalho sexual (atual ou passado) pelas mulheres trans e a sua relação com a saúde.

Os objetivos específicos são:

- a. Caracterizar a percepção de identidade e expressão de género de mulheres trans trabalhadoras do sexo;
- b. Compreender os processos de (re)construção corporal por que passaram;
- c. Compreender as dificuldades ao longo do processo;
- d. Compreender que implicações as (re)construções corporais acarretam na sua vida profissional;
- e. Compreender que implicações as (re)construções corporais acarretam na sua saúde;
- f. Analisar discursos, percepções e vivências de mulheres trans trabalhadoras do sexo sobre o acesso e utilização dos cuidados de saúde em Portugal.

4. Participantes

Na realização deste estudo participaram 6 mulheres trans, 5 das quais desenvolvem trabalho sexual atualmente e uma que desenvolveu no passado. Quatro participantes têm nacionalidade portuguesa e duas têm nacionalidade brasileira, todas a residir em Portugal. As idades das participantes estão compreendidas entre os 20 e os 60 anos de idades ($M=35$; $SD=13.431$). Todas as participantes afirmam que o sexo atribuído ao nascimento foi o masculino, no entanto, cinco das participantes definem o seu género como feminino e uma menciona que não se considera homem, nem mulher, considera-se “uma pessoa” (cf. Tabela 1).

Tabela 1*Características sociodemográficas das participantes*

Participantes	Idade	Nacionalidade	Habilitações Literárias	Estado Civil
P1	46	Portuguesa	4º ano	Solteiro
P2	26	Portuguesa	7º ano	Solteiro
P3	29	Portuguesa	6º ano	Solteiro
P4	57	Brasileira	Licenciatura	Solteiro
P5	23	Portuguesa	12º ano	Solteiro
P6	29	Brasileira	12º ano	Solteiro

5. Técnica de recolha de dados

Os dados da presente investigação foram recolhidos através de fichas sociodemográficas e de uma entrevista semiestruturada. Na ficha sociodemográfica, por forma a caracterizar as participantes, solicitou-se que cada pessoa respondesse de forma breve a um conjunto de questões relacionadas com o sexo atribuído à nascença, a definição de género, a idade, as habilitações literárias, a nacionalidade, o estado civil, a situação amorosa, a profissão e a situação profissional (cf. Anexo I).

A entrevista semiestruturada foi construída após realizarmos a revisão da literatura e um aprofundamento no que respeita às questões trans. A pretensão de um guião com uma orientação semiestruturada, permitiu-nos flexibilizar as questões colocadas permitindo a flexibilidade e fluidez do discurso das participantes, enriquecendo assim os dados a recolher (Silva, Macêdo, Rebouças & Souza, 2006). Este guião possibilitou que as participantes respondessem a um conjunto de domínios, mas sempre com a liberdade de se ir adaptando o desenvolvimento da entrevista à entrevistada (Batista, Matos & Nascimento, 2017).

O guião da entrevista está dividido em seis tópicos: a) Percurso do sentido de género e a sua expressão; b) Cuidados de saúde em Portugal; c) Transformações corporais; d)

Pessoas significativas (familiares, amigos/as, entre outros/as); e) Percurso profissional; f) Vivências do quotidiano.

O primeiro tópico corresponde ao percurso e desenvolvimento do sentido de género e a sua expressão ao longo do tempo. O segundo tópico refere-se aos cuidados de saúde, à descrição e caracterização das experiências de acesso e utilização dos serviços de saúde. O terceiro tópico centra-se nas (re)construções corporais, nomeadamente as que já foram realizadas e de que forma, bem como as que ainda pretendem realizar. Aqui é também abordado a existência ou não de apoio financeiro e afetivo durante o processo. O quarto tópico procura explorar a existência de pessoas significativas e a importância das mesmas ao longo do processo. O quinto tópico diz respeito ao percurso no trabalho sexual, isto é, o que levou ao início da atividade, a existência ou não de vantagens, a caracterização dos/das clientes e ainda a compreensão das alterações corporais na realização do trabalho. O sexto tópico procura descrever situações comuns do dia-a-dia e eventuais situações discriminatórias.

No sentido de finalizar a entrevista, é incluída uma questão que permite às participantes abordarem algum tema que considerassem pertinente e que não tivesse sido referido ao longo da entrevista (cf. Anexo II)

6. Procedimentos

Numa primeira fase deste estudo foi realizada uma revisão da literatura acerca de pessoas trans que realizam trabalho sexual no sentido de identificar aspetos de relevância a serem explorados e assim construir o guião de entrevista. Desta forma, e após a realização da revisão da literatura, procedeu-se à construção do guião de entrevista. Simultaneamente, foi realizado um ofício para enviar a instituições que trabalham diretamente com pessoas trans, por forma a facilitar o acesso às participantes e foi ainda elaborado o consentimento informado (cf. Anexo III).

As instituições para as quais se enviaram ofícios foram escolhidas previamente e intencionalmente por serem de alguma forma facilitadoras do contacto com mulheres trans trabalhadoras do sexo. O envio de ofícios para a realização de entrevistas ocorreu entre os meses de janeiro e julho de 2019.

Desta forma, o método *snowball* parecia ser o mais indicado para a obtenção de participantes para a realização da entrevista. Ou seja, primeiramente foram contactadas algumas instituições, que facilitariam contactos que, por sua vez, indicavam outros contactos e assim sucessivamente. Contudo, as pessoas que se disponibilizaram a participar no estudo, mostraram-se desconfortáveis em partilhar outros contactos, limitando assim a realização do método *snowball* (Fernandes & Carvalho, 2008).

Foram realizadas 6 entrevistas entre os meses de janeiro e julho de 2019. Num total de 9 que estiveram marcadas, 3 não chegaram a acontecer por desistência das pessoas. No início de cada entrevista, foi explicado e exposto o estudo e quais os seus objetivos, tal como foi garantida a salvaguarda da confidencialidade e esclarecido que a qualquer momento a participante poderia desistir da investigação. De seguida, foi lido e entregue o consentimento informado, que visava a participação informada e livre de todas as participantes e ainda se realizou o preenchimento das fichas sociodemográficas. Todas as entrevistas foram gravadas tendo uma duração média de 40 minutos. A realização das entrevistas ocorreu sempre em locais calmos, nomeadamente em casa das pessoas (por sugestão das mesmas), outras vezes em locais públicos relativamente vazios para que a gravação em áudio não ficasse comprometida. Posteriormente à realização das entrevistas, todas foram devidamente transcritas, seguindo-se a análise dos dados.

7. Técnicas de tratamento e análise de dados

Para o tratamento e análise dos dados obtidos através das entrevistas, procedeu-se à análise temática. A análise temática é um método qualitativo de análise de dados

utilizado com o objetivo de identificar, analisar e descrever temas/padrões nos dados previamente recolhidos (Braun & Clarke, 2006). A análise temática tem como característica central a flexibilidade, pois pode ser aplicada independentemente do enquadramento teórico, das questões e objetivos de investigação, dos métodos de recolha de dados e do número de participantes permitindo uma descrição completa e detalhada de um conjunto de dados e/ou de algum aspeto específico dos dados (Braun & Clarke, 2013).

A análise dos dados foi iniciada com a transcrição de todas as entrevistas na íntegra. De seguida, foram efetuadas várias leituras das entrevistas para uma melhor interpretação e compreensão dos discursos e assim identificar e nomear temas e subtemas pertinentes. Os dados que emergiram da análise foram apresentados ao grupo de investigação, tendo sido discutidos e validados pelo mesmo.

8. Resultados

Os resultados apresentados referem-se à análise e interpretação das entrevistas realizadas. Estes foram organizados de forma esquemática (cf. Figura 1), sendo imediatamente apresentados de forma pormenorizada e complementados com excertos das entrevistas. Com base na análise realizada é então possível distinguir dois temas principais nascidos dos discursos, que se relacionam entre si: o primeiro relacionado com as Vivências Trans e o segundo reservado ao Posicionamento das Mulheres Trans face ao Trabalho Sexual.

No que diz respeito às vivências trans serão abordados os seguintes subtemas: autoquestionamento identitário; (re)construções do corpo, nomeadamente as experiências nos cuidados de saúde em Portugal e ainda a perceção das mulheres após a realização das alterações corporais; e expressões de violência. Relativamente ao Posicionamento das Mulheres Trans face ao Trabalho Sexual serão então descritos os subtemas:

impulsionadores; significações das experiências; e o impacto das alterações corporais na realização do trabalho sexual.

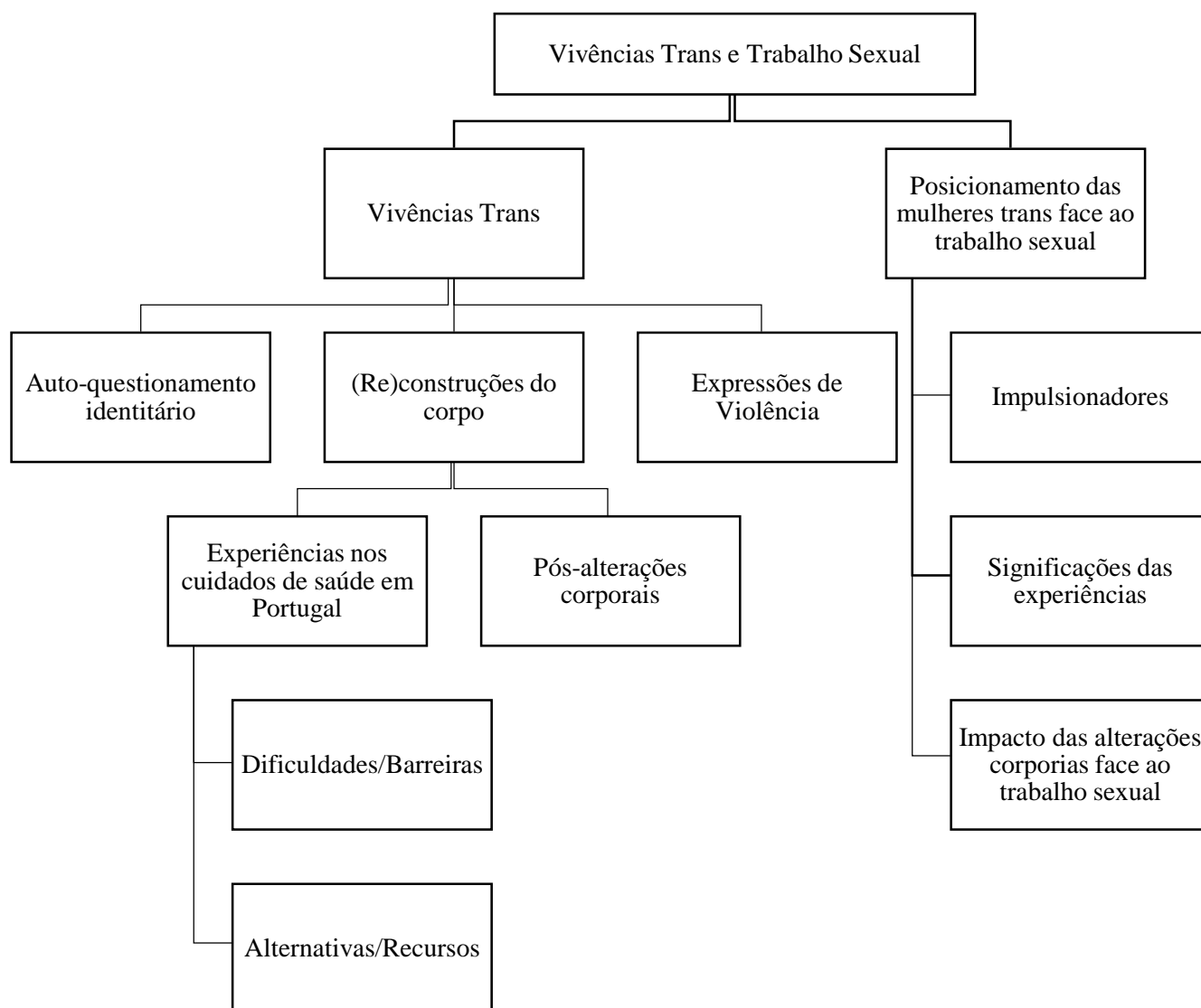


Figura 1. Mapa temático da análise dos dados

1) Vivências Trans

Sendo o estudo direcionado à população trans, mais especificamente a mulheres trans, através da análise dos discursos faz sentido examinar as vivências e as experiências destas, que fornecem dados importantes para a compreensão do percurso da identidade de género trans.

1.1) Autoquestionamento identitário

As primeiras questões colocadas pretendiam explorar a forma como as mulheres entrevistadas tinham percebido que o sexo atribuído ao nascimento não era congruente com o género e de que forma tinha ocorrido o desenvolvimento da expressão do género com o qual se identificavam. Segundo os relatos, a percepção de que o sexo não era congruente com o género, para a maioria das participantes, ocorreu na infância. No entanto, uma participante refere ter tido essa percepção mais tarde.

“Desde que me entendo por gente. Porque na verdade eu sempre me senti diferente das outras crianças” (L, 57).

“Desde pequena, eu sempre me envolvi em atividades que meninas gostassem. Então quando eu assistia um desenho animado, na televisão, eu era sempre aqueles desenhos mais delicados, eu tinha um caderno de poesias. Então atividades femininas era o que me encantava e não atividades de meninos (...)” (K, 29).

“Aos 15 anos, senti que não era um homem, não era a pessoa que estava ali (...)” (M, 26).

No que diz respeito ao desenvolvimento da expressão de género feminina, algumas participantes assumem como um processo difícil, pela falta de coragem em assumir uma “nova identidade”. No entanto, de forma inicial parece ser demarcado pelas alterações da aparência, nomeadamente na forma de vestir, na utilização de maquilhagem e crescimento do cabelo.

“Eu sempre lidei bem com isso, as pessoas é que não lidavam bem (...) eu ia para a frente do espelho, com um pinguinho de maquiagem que eu passava. Assim um pouquinho de máscaras nos cílios e só um gloss na boca para brilho labial” (L, 57).

“(...) trato da minha cara, ponho um bocadinho de base, um bocadinho de rímel,

então a minha vestimenta para andar durante o dia é assim, é roupa de gaja mesmo, já não ando com roupa de gajo. Não me sinto à vontade. Pinto as unhas”. (LI, 23)

1.2) (Re)construções do corpo

Pode ser percecionado ao longo dos discursos que as (re)construções são um desejo comum a todas as participantes e todas assumem este como um processo que será realizado ao longo das suas vidas. Contudo duas participantes referiram que sempre tiveram aparência feminina e por isso, sem grande necessidade de fazer alterações.

“Na verdade, a vida de uma trans é uma luta para se adequar cada vez mais com o padrão. Não é uma obrigação, mas é uma felicidade (...) Eu graças a deus, eu nunca tive muitas características masculinas, mesmo quando eu tinha uma vida de rapaz, eu nunca tive pelo, é da minha genética, nunca tive barba” (K, 29).

“Sempre me senti bem. Desde criança que eu sabia, porque graças a deus, eu não tive esse problema de ter nascido feia, de barba, nariguda e masculina” (L, 57).

A construção de uma aparência feminina é ambicionada por todas as participantes. Desta forma, a colocação de próteses mamárias, a rinoplastia e o reajustamento das coxas são procedimentos apontados por todas, sendo que a colocação de próteses mamárias parece ter especial destaque, uma vez que assumem ser um dos aspetos que contribui significativamente para o aumento da autoestima.

“No meu caso, a primeira coisa foi aumentar os seios, porque os seios aumentam a autoestima da mulher. Mas é, eu pretendo mexer no nariz (...)” (K, 29).

“(...) meu peito cresceu imensamente com hormônios. Com 34 anos eu coloquei primeira prótese de silicone. E que eu achei muito bom. A minha autoestima foi lá me cima. Se eu soubesse que era muito bom, eu tinha colocado com 17” (L, 57).

Segundo os discursos, o processo de (re)construção corporal é processo solitário, marcado pela ausência de apoio emocional, sendo que esta falta de apoio parece permanecer ao longo da vida destas mulheres.

“A minha família neste momento não tem nada de significativo para mim” (M, 26)

“Nunca tive apoio de ninguém não. Nem de família, pelo contrário” (L, 57).

“Porque na minha família era super maltratada, insultada, humilhavam-me bastante, batiam-me” (AP, 29)

Duas participantes mencionam ter alguém que consideram poder contactar num momento de maior angústia. Apenas uma participante menciona a mãe quando questionada acerca de pessoas significativas.

“Eu tenho assim, tenho uma melhor amiga (...) ela está sempre junto comigo, nos momentos. A gente conversa muito” (L, 57).

“(...) A minha mãe sabia aquilo que era e aí de alguém que dissesse alguma coisa, aí de alguém. Tinha uma grande mãe eu” (LO, 46).

O apoio financeiro é também descrito como praticamente inexistente. Ou seja, há algum apoio para a realização das alterações corporais, mas prevê que as pessoas esperem pela sua vez numa longa lista de espera e não inclui todos os procedimentos que pretendem realizar.

“Muito pouco, muito pouco para o que eu precisava. Ao financeiro, muito pouco” (AP, 29).

1.2.1) Experiências nos cuidados de saúde em Portugal

Mais de metade das participantes afirma ter recorrido a um/uma profissional de saúde por motivos relacionados com as questões de género. Apenas uma participante respondeu negativamente, porém tinha uma consulta marcada para uns dias mais à frente. Segundo os relatos das participantes, as áreas da saúde a que recorrem com mais

frequência são a psicologia, a psiquiatria, a sexologia e a endocrinologia.

Tendo em conta os discursos, as experiências nos cuidados de saúde em Portugal são variadíssimas. As participantes consideram ter experiências positivas, no sentido em que se sentiram bem acompanhadas pelas/os profissionais de saúde, ainda assim, há algo que consideram necessitar de mudança.

“Sim, a nível de conselhos e tudo, a nível de ... são 5 estrelas” (LO, 47).

“Sim, acho que cada vez esta melhor, sim, cada vez muito melhor. Eu como ando há uns anos nisto, quando eu comecei não era tão, como agora” (AP, 29).

A presença de profissionais de saúde direcionados para a população trans é apontado por várias participantes como algo a mudar nos serviços de saúde.

“(...) mais, se calhar mais especialistas. Os especialistas que queiram estar e ser especialistas. Que queiram estar a acompanhar o caso de x, de fulana, e etc” (M, 26).

“Então quando eu fui procurar ela, eu sabia que ia ter um conforto maior porque ela já estava acostumada a tender esse tipo de população” (K, 29).

1.2.1.1) Dificuldades/ Barreiras

É então possível ao longo dos discursos perceber várias dificuldades encontradas pelas participantes na utilização dos serviços de saúde em Portugal. O tempo de espera assume destaque, sendo mencionado por todas as participantes, quer o tempo que demoram até conseguir aceder, bem como o tempo que demoram os procedimentos clínicos.

“Mas que o Estado ajuda, ajuda, é verdade, só que é muito demorado” (LO, 46).

“Foram anos de tratamento, de consultas, de avaliações médicas, uma sobrecarga (...) Acho que as vezes, demoram muito, acho que o tempo de espera não devia ser tanto. É isso a maior dificuldade que eu encontro” (AP, 29).

As questões burocráticas surgem também nos discursos, como sendo barreiras no acesso aos cuidados de saúde para duas participantes.

“Talvez a parte burocrática (...) a questão burocrática para tirar um utente. Lógico que tem que ter burocracia. Agora a saúde, eu acho que não precisava existir tanto”. (K, 29).

1.2.1.2) Alternativas/ Recursos

As participantes destacaram algumas formas de ultrapassar as dificuldades encontradas nos serviços de saúde, nomeadamente o recurso a cuidados de saúde privados e a realização de procedimentos clandestinos.

“Já cheguei a ir à ----, pagar do meu bolso. Caríssimas as consultas” (AP, 29).

“Se quisermos assim uma transformação, uma transição mais rápida, temos que recorrer aos privados” (LI, 23).

Dos procedimentos clandestinos, surge a toma de pílulas anticoncepcionais, em doses excessivas e sem supervisão sendo quase sempre o primeiro passo das entrevistadas para a obtenção de algumas alterações corporais. É necessário também destacar o discurso de uma participante que recorreu a procedimentos clandestinos e até hoje permanece com dificuldades em consequência desses procedimentos.

“Usei 10 hormônios diferentes, 10 medicamentos diferentes. Sempre procurando buscar mais perfeição, porém sem controle médico sobre isso. Sempre por conta própria” (K, 29).

“Fiz rabo, injetei em caso, com silicone. Ui, quase morri ... Ai quase que eu morri. Ai, ainda hoje sinto, hoje tenho que tomar remédio, às vezes a minha perna prende, incha muito” (LO, 47).

Por outro lado, como referido anteriormente, as duas participantes de nacionalidade brasileira destacam o papel das ONG's de forma comparativa ao SNS.

Referem recorrer a estas ONG's por não puderem recorrer aos cuidados de saúde, em consequência da falta de documentação fundamental para o efeito.

“(...) procurei no sentido de fazer exames, de ver se esta certinha a minha saúde, saber de DST's e pedir orientações sobre como fazer o cartão de utente ... e pegar preservativos nessas ONG's (...)” (K, 29).

“As únicas pessoas que podemos contar realmente são as ONG's” (L, 57).

1.2.2) Pós-alterações corporais

O resultado que advém das alterações corporais parece ser muito satisfatório, contribuindo de forma significativa para o bem-estar físico e emocional das participantes.

“Mas depois de ver as alterações, ai, vale a pena. Compensa tudo! Compensa! Muito melhor” (AP, 29).

“Faça de conta que eu estava em 0 e estou em 80. Eu olho-me ao espelho e, não sou bonita, eu sei que não sou bonita, mas olho-me ao espelho e gosto do que vejo” (LO, 46).

1.3) Expressões de violência

São inúmeras as expressões e situações de violências pelas quais as participantes atravessam. Quando questionadas sobre se já alguma vez tinham sido discriminadas, todas responderam afirmativamente. Os contextos em que ocorrem os comportamentos discriminatórios são os mais diversos. Na grande maioria das vezes, iniciam-se no próprio seio familiar, pela rejeição da família.

“Porque eu fui posta na rua com 14 anos ... a minha família pôs-me na rua” (AP, 29).

“Não foi fácil, que a minha mãe arrumou as minhas coisas “adeus, até amanhã”. Com 15 anos” (M, 26).

Posteriormente, o contexto escolar e laboral são dos mais referidos, como os contextos com mais manifestações de preconceito e discriminação. No contexto laboral este preconceito reflete-se na inexistência de oportunidades de emprego para pessoas trans.

“Em termos de escola, eu era gozada ou porque ia com maquilhagem ou porque se deixasse o cabelo crescer, já era um travesti ou um paneleiro, era isto, era aquilo” (LI, 23).

“Não tem trabalho para você no mercado formal. Porque tem preconceito” (K, 29).

São diversas as situações em que as participantes assumem sentir dificuldade. Atividades aparentemente simples para qualquer outra pessoa, parecem ser pequenos tormentos para as pessoas trans, acrescentando ainda as agressões gratuitas de que muitas são vítimas. Particularmente, uma participante relata não conseguir ter uma relação amorosa com ninguém, derivado do preconceito das pessoas.

“Quando eu ia na padaria comprar um pão, por mais que eu fosse mulher visualmente (...) lá onde eu morava, sabiam que um dia eu fui menino” (K, 29).

“Eu já não vou à praia há bastante tempo por causa dos complexos corporais” (LI, 23).

2) Posicionamento das mulheres trans face ao trabalho sexual

Na abordagem ao trabalho sexual, vários são os significados atribuídos pelas participantes. Se por um lado, há quem refira o trabalho sexual como única alternativa para a subsistência e para a realização de alterações corporais, há, por outro lado uma participante que afirma gostar de ser trabalhadora do sexo e de todas as experiências que o trabalho sexual lhe proporciona.

2.1) Impulsionadores

O início da realização de trabalho sexual não varia muito entre as participantes. Segundo estas, o trabalho sexual era a única alternativa para fazer face às adversidades

da vida e ainda para conseguir juntar algum dinheiro para a realização das alterações corporais de forma mais rápida.

“Para conseguir viver. Eu trabalhava, mas com o meu ordenado nunca na vida eu ia conseguir por um peito, nunca, nunca, nunca.” (LO, 46).

“A minha família pôs-me na rua, eu, entretanto conheci uma rapariga (...) essa rapariga levou-me à prostituição” (AP, 29)

2.2) Significações das experiências

Na abordagem à existência de vantagens no trabalho sexual, a maioria das participantes descreve apenas uma: o dinheiro rápido. Contudo, parece ser possível identificar inúmeras desvantagens, desde situações de violência, questões de saúde e ainda a realização de fetiches.

“A única vantagem é o dinheiro, nada mais” (K, 29).

“Dinheiro fácil. Dinheiro muito, muito fácil” (LI, 23).

“A vantagem que há é apanhar doenças. Se nós não tivermos cabeça, nós morremos cedo” (LO, 46).

“(...) querem que você faça xixi neles, cuspir, etc, etc. O mundo do sexo é assim. Eles vêm e descarregam em você os seus desejos mais nojentos” (K, 29).

Como já referido, uma das participantes distingue-se das restantes uma vez que assume realizar trabalho sexual por gostar realmente da atividade. Além disso, acrescenta que o seu trabalho vai mais além do que apenas a relação sexual.

“(...) eu acho que na verdade, eu acho que tenho um talento muito grande para fazer este trabalho. Porque nem todos os homens que vêm comigo, vêm necessariamente para ter relação sexual. Tem uns que vêm para se vestir de mulher (...). Tem uns que pagam para sentar aqui na sala. Alguns querem estar de meia liga, de espartilho, de salto alto, conversando. Realizar fantasias que não conseguem noutra lugar” (L, 57).

Todas as participantes trabalham preferencialmente com homens, no entanto, referem aceitar fazer trabalhos com mulheres e com casais. Quanto à forma como descrevem as/os clientes, estas relatam tratarem-se de pessoas de todas as idades, de diferentes estatutos sociais e económicos.

“Tem de tudo, tem bom e tem ruim. Tem rico e tem pobre (...). Agora tem aquele cliente fino, tem aquele cliente que é mais grosseiro, tem o cliente que é limpinho, cheiroso que até é agradável de estar, mas outros que não há condições de se estar com ele” (LO, 46).

“Clientes, apanhamos de tudo um pouco. Desde jovens, a velhos, tudo e mais alguma coisa. Em termos de clientes é o que aparecer” (LI, 23).

2.3) Impacto das alterações corporais face ao trabalho sexual

As opiniões dividem-se quanto à influência das alterações corporais no exercício do trabalho sexual. Portanto, parece haver quem se posicione positivamente, no sentido em que realizar as alterações corporais permite uma maior atração de clientes.

“Quanto mais o corpo feminino tiver, mais atrai os homens (...) o que lhes atrai a eles é lado feminino” (LO, 46).

“(...) os clientes perguntavam se eu já era operada, ou se já tinha os peitos e eu dizia que não e eles “ok, então eu passo cá mais tarde” e acabavam por nunca voltar” (LI, 23).

Em contrapartida, é possível identificar relatos que afirmam que as alterações corporais influenciam negativamente o trabalho sexual.

“Após a realização da cirurgia, traz desvantagens. Vou lidar com outro mercado” (K, 29).

“Piorar! Eles agora não procuram as mulheres com mamas. Peço muita desculpa. Eles agora procuram as paneleiras montadas. As que usam peruca” (M, 26).

9. Discussão dos resultados

É na sequência da análise dos dados apresentados anteriormente que se realiza a discussão dos resultados obtidos. Para isso, ter-se-á em consideração os objetivos de investigação inicialmente propostos. Importa referir desde já, que um dos principais contributos desta investigação passa por permitir uma melhor compreensão das vivências trans, nomeadamente no que diz respeito aos processos de (re)construção corporal no exercício do trabalho sexual e na saúde.

Os resultados obtidos demonstram que o autoquestionamento da identidade ocorre frequentemente em idade escolar, demonstrando que desde cedo há um sentido de pertença identitária a um determinado género. Efetivamente há evidências de que a idade com que as pessoas adquirem consciência do seu género é aos 8 anos (Kennedy, 2012). Verifica-se assim uma consciência precoce da identidade de género. Posto isto, e como refere Saleiro (2017), abordar a diversidade de género no sistema educativo é contribuir para um crescimento e desenvolvimento pessoal e social livres de discriminação, para todas as crianças e jovens.

A expressão de género com o qual se identificam parece ocorrer um pouco mais tarde. Segundo os resultados, o primeiro passo é a modificação na forma de vestir, o crescimento do cabelo e a utilização de maquilhagem. Já aqui é possível perceber a importância que é atribuída à autoimagem.

No que diz respeito às (re)construções corporais, estas podem ser inúmeras, no entanto o que importa aqui salientar é que, segundo os resultados, o objetivo da realização destas (re)construções é comum a todas: o bem-estar e a satisfação com a autoimagem. Os resultados são sugestivos de que as participantes atribuem a feminilidade à aparência e ao corpo. Parece haver a crença de que só se sentirão mulheres, se a sociedade as interpretar como tal, com base na aparência. De facto, são vários os estudos que reforçam

esta ideia, de que o corpo é o meio mais importante para a visibilidade e o reconhecimento social da identidade de cada pessoa (Saleiro, 2012; Filho & Rocha-Coutinho, 2013). Assim sendo, o que as mulheres procuram é satisfazer a necessidade de se (re)construírem a nível corporal o mais rápido possível para que a sua aparência fique rapidamente em concordância com o seu género.

No que concerne ao SNS, o que nos dizem os resultados é que as experiências no acesso e na utilização dos serviços de saúde são caracterizadas pela morosidade. O que sucede é a procura por alternativas que combatam esta dificuldade. Os procedimentos clandestinos são destacados como principal alternativa ao SNS. Destes procedimentos, a utilização de pílulas anticoncepcionais assume particular destaque, pois é um dos procedimentos a que recorrem a maioria das mulheres trans, antes de qualquer acompanhamento clínico, devido à facilidade de aquisição. A toma das pílulas é realizada de forma excessiva com o intuito de, como referido anteriormente, obter rapidamente a aparência feminina. Estes dados são corroborados no estudo de Arán e Murta (2006), que relatam a toma de pílulas anticoncepcionais antes do recurso aos serviços de saúde e justificam esta toma com crença de desenvolver e acelerar as alterações corporais. Nos seus estudos, Mazaro e Cardin (2017) sustentam a perigosidade associada à realização de procedimentos clandestinos. Contudo, os resultados demonstram que a consciência dos potenciais riscos associados a estas práticas, surgem precisamente após a realização das mesmas e acompanhada de arrependimentos.

Outra dificuldade mencionada nos discursos relativamente ao acesso ao SNS prende-se com as questões burocráticas. Este resultado deriva do discurso de mulheres emigrantes, que por não terem a documentação necessária, não conseguem aceder aos tratamentos e procedimentos disponibilizados no SNS. Desta forma, mencionam recorrer às ONG's que prestam serviços direcionados à população trans que realiza trabalho

sexual. Ainda no que diz respeito ao SNS, segundo a análise dos dados, seria pertinente a existência de profissionais de saúde preparadas/os e direcionadas/os especificamente à população trans, no sentido em parece haver um sentimento de pertença e de segurança maior quando os/as profissionais de saúde estão dotados de conhecimentos no que concerne às questões de género. Pinto e Moleiro (2012), quando estudam as experiências nos cuidados de saúde de pessoas trans não chegam a um consenso quanto às práticas exercidas. Por um lado, concluem que há profissionais de saúde com competências para o atendimento e a prestação de cuidados adequados a pessoas trans, contudo, percebem também que ainda são realizadas algumas práticas menos adequadas, nomeadamente práticas contrárias às sugeridas pelos *SOC (WPATH, 2011)*.

Embora as dificuldades e as barreiras na realização das (re)construções corporais sejam uma constante, quer pelo difícil acesso ao SNS, quer pelas consequências negativas dos procedimentos clandestinos, é possível constatar uma mudança no bem-estar físico e emocional das mulheres após as alterações corporais. Winter e colaboradores/as (2016) corroboram a existência de melhoras na saúde e no bem-estar após a transição social, hormonal e cirúrgica das pessoas trans. Desta forma, os dados sugerem que existem, não só a sensação de bem-estar corporal associada à realização pessoal, mas também associada à perceção de saúde. Isto é, quando as mulheres experienciam bem-estar e satisfação com os seus corpos, estas parecem também experienciar melhoras na saúde, física e mental.

No que diz respeito à influência que as (re)construções corporais têm no trabalho sexual, os resultados obtidos não são consensuais. Através dos discursos verifica-se que por um lado, há a convicção de que as alterações do corpo podem contribuir para a atração de mais clientes, no entanto, aquando desta convicção, as alterações dizem respeito a questões estéticas. Por outro lado, há a convicção de que as alterações corporais podem

prejudicar o trabalho sexual, uma vez que ao realizar a cirurgia de mudança de sexo, passarão a posicionar-se de outra forma no “*mercado do sexo*”.

Verifica-se que as vivências destas mulheres são marcadas por diversas expressões de violência, nos mais diversificados contextos ao longo da vida, sendo este facto corroborado nos estudos de Ramalho, Barroso e Santos (2013) que afirmam que as pessoas trans pertencem ao grupo social mais negligenciado e incompreendido e que estas vivências podem traduzir-se em graves consequências na saúde física e psicológica das pessoas trans.

Conclusões

Após a discussão dos resultados torna-se pertinente realizar uma reflexão acerca do desenvolvimento desta investigação, realizando também uma análise às suas limitações, bem como sugestões que podem ser pertinentes para investigações futuras.

O presente estudo pretendia aprofundar o conhecimento científico no que diz respeito às mulheres trans que desenvolvem trabalho sexual, com especial enfoque nas questões da autoimagem e do corpo face ao exercício do trabalho sexual e à saúde.

Antes de tudo, deste estudo é possível concluir que há uma consciência precoce da identidade de género. Desta forma, sendo a escola um dos principais agentes de aprendizagem e conhecimento, é importante refletir sobre políticas educativas, que qualifiquem, antes de mais, os/as educadores/as de infância, os/as professores/as, os/as auxiliares de ação educativa, entre outros/as integrantes das comunidades escolares, para a igualdade de género. Posteriormente, os/as alunos/as com vista à eliminação de estereótipos sociais de género.

No que concerne às (re)construções do corpo conclui-se que estas são percebidas como uma necessidade, contribuindo significativamente para o bem-estar, salientando mais uma vez o bem-estar corporal associado à perceção de saúde e à realização pessoal das mulheres.

As alternativas ao SNS para as (re)construções corporais são pensadas com base na rapidez dos procedimentos e não nas questões económicas e/ou nas consequências que podem advir. Desta forma, os procedimentos clandestinos são frequentemente o recurso procurado pelas mulheres. Assim, é possível também concluir que as fragilidades do sistema de saúde e do recurso aos procedimentos clandestinos na procura do corpo “ideal” envolvem riscos graves na saúde das mulheres trans.

Este estudo mostra ainda que as vivências destas mulheres são marcadas por diversos tipos de violência nos mais variados contextos. Com frequência, a família é um desses contextos, onde as mulheres experienciam rejeição e são colocadas fora de casa por expressarem o seu género. Posto isto, verifica-se que o trabalho sexual frequentemente surge como um meio, com intenção de obter um fim: a construção de uma identidade plena, que exige poder económico.

No que concerne a investigações futuras, parece pertinente uma maior exploração no âmbito dos serviços de saúde pública, no sentido de compreender as perceções das/os profissionais de saúde, especialmente profissionais de saúde mental, no atendimento e acompanhamento a mulheres trans que realizam trabalho sexual. Esta investigação conduz também à necessidade de uma maior atenção relativamente ao recurso de procedimentos clandestinos e nas consequências que destes advêm. Seria também pertinente a realização de estudos que problematizem a interseccionalidade no que concerne às questões trans, para que se possam pensar em intervenções/políticas sociais mais justas e inclusivas que reconheçam as pessoas que se situam na interseção de vários eixos de desigualdade.

Pretende-se que esta investigação possa também despertar para a reflexão sobre as inúmeras situações de violência às quais as pessoas trans estão sujeitas, derivadas do preconceito por parte da sociedade.

É fulcral compreender as necessidades e especificidades deste grupo social, no sentido de contribuir para a implementação de políticas públicas com base em abordagens multidisciplinares de proximidade, nos sistemas de ensino e de saúde em Portugal, contribuindo em simultâneo para a diversidade e para a igualdade de género.

Há efetivamente muito caminho a percorrer, não necessariamente com as pessoas trans que fazem trabalho sexual, mas com a comunidade em geral de forma a eliminar o

preconceito e a discriminação. Torna-se por isso urgente trabalhar questões como o respeito pelo outro, a empatia e a aceitação.

Relativamente à construção desta investigação, foram encontradas algumas limitações no decorrer desta, nomeadamente na literatura acerca do tema estudado, sendo esta ainda escassa e também no acesso a esta população para a realização das entrevistas.

Ainda assim, de forma geral, os objetivos delineados na realização desta investigação obtiveram resposta, embora tenha sido necessário proceder a ajustes, pela qualidade de informação e pela sua pertinência.

Referências

- Almeida, M. (2004). “Teoria *Queer* e a contestação da categoria «género»”. In F. Cascais (Ed.) *Indisciplinar a teoria – estudos gays, lésbicos e queer*,. (pp.91-98). Lisboa: Fenda Edições
- American Psychological Association (2008). *Report of the APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance*. Disponível em: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf>
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- AMPLOS - Associação de mãe e pais pela liberdade de orientação sexual e identidade de género. (2010). *Constituição de Associação*. Disponível em: <https://amplosbo.files.wordpress.com/2009/08/estatutos-amplosig.pdf>
- Appleby, G. & Anastas, J. (1998). *Not just a passing phase: Social work with gay, lesbian, and bisexual people*. New York: Columbia University Press.
- Arán, M., & Murta, D. (2009). Relatório preliminar dos serviços que prestam assistência a transexuais na rede de saúde pública no Brasil. *Transexualidade e saúde: condições de acesso e cuidado integral*, 1-29.
- Athayde, A. (2001). Transexualismo masculino. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 45(4), 407-414.
- Associação ILGA Portugal - Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo. (2011). *Sabemos o que somos. Pessoas: por cuidados de saúde adequados, competentes e sensíveis à diversidade de identidades e expressões de género*. Disponível em: <http://www.ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/sqs.pdf>

- Associação ILGA Portugal - Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo. (2016). *Estatutos*. Disponível em: <https://ilga-portugal.pt/institucional/estatutos.php>
- Batista, E., de Matos, L., & Nascimento, A. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23-38.
- Bento, B. (2003). Transexuais, corpos e próteses. *Revista Labrys: estudos feministas*, (4). Disponível em: <https://medium.com/revistalabrys/transexuais-corpos-e-pr%C3%B3teses-1ae7e07b76cc>
- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- Bento, B. (2012). Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2655-2664.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: SAGE Publications.
- Casa Arco-íris – Casa de acolhimento de emergência para vítimas de violência doméstica LGBTI. (2018). *Bilhete de Identidade de Projeto #4 – Casa Arco-Íris*. Disponível em: <https://spsc.pt/index.php/2018/12/26/bilhete-de-identidade-de-projeto-4-casa-arco-iris/>
- Casa Arco-íris – Casa de acolhimento de emergência para vítimas de violência doméstica LGBTI. (n.d.). *Casa Arco-Íris*. Disponível em: <http://www.associacaoplanoi.org/wp-content/uploads/sumula.pdf>

Casa Qui – Associação solidariedade social. (n.d.). *Estatutos*. Disponível em:
https://www.casa-qui.pt/images/docs/ESTATUTOS_Casa_Qui.pdf

Centro Gis. (n.d.). *Centro de Respostas às Populações LGBTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo)*. Disponível em:
<https://www.associacaoplanoi.org/centro-gis/>

Centro Gis. (n.d.). GIS – *Gabinete Itinerante de Saúde*. Disponível em:
<https://www.associacaoplanoi.org/gis-gabinete-de-saude-itinerante/>

Chapman R, Nicol P, Shields L, Watkins R, Zappia T (2012) Nursing and medical students' attitude, knowledge and beliefs regarding lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking healthcare for their children. *J Clin Nurs*, 21(7–8), 938–945.

Costa, B. (2014). *Sexo comercial e transgênerismo: um estudo exploratório com trabalhadores do sexo travestis e transexuais*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto). Disponível em:
https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=34384

d'Aquino, L., & Mucelin, G. (2017). A proteção dos transgêneros que não se submeteram à cirurgia de transgenitalização: Pela necessidade de reconhecê-los como cidadãos sujeitos de direito. In A. F. Bispo, F. Martins, & M. Pertille (Eds.) *II Congresso Sul Brasileiro de Direito* (pp. 59-69). Disponível em:
<https://emporiododireito.com.br/uploads/livros/pdf/1526316401.pdf#page=59>

Ditmore, M. (2006). *Encyclopedia of prostitution and sex work, Volumes 1 & 2*. London: Greenwood press. Disponível em:
<http://www.armchairpatriot.com/Encyclopedias/Encyclopedia%20of%20Prostitution%20and%20Sex%20Work%20%28pdf%29.pdf>

- Elizalde, C. (2008). Las prostitutas toman la palabra. Las vicissitudes de su construcción como sujetos sociales. *Prostituciones: diálogos sobre sexo de pago*. 95-110.
- Falcão, F., Rolo, F., Santos, G., Fonseca, L., Carvalho, G., Pinheiro, S., Bastos, M., Dinis, H., & Carvalho, R. (2014). Perturbações da Identidade Sexual. Transexualidade. In F. Barros, & R. Figueiredo (Eds.), *Manual da Medicina Sexual. Visão Multidisciplinar* (pp. 431-444). Disponível em: <http://www.spandrologia.pt/Pdfs/Publicacoes/manualdemedicinasexual.pdf>
- Fernandes, L. & Carvalho, M. (2008). Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método do *snowball*. *Toxicodependências*, 6(3), 17-28.
- Filho, T., & Rocha-Coutinho, M. (2013). O corpo feminino transexual. *Seminário Internacional Fazendo Gênero*
- Franco, T., Miranda, L. C., Franco, D., Zaidhaft, S., & Arán, M. (2010). Male-tofemale transsexual surgery: Experience at the UFRJ University Hospital. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 37(6), 426-434.
- Gamboa, D., García, A., Winton, A. (2018). Mujeres transgénero trabajadoras sexuales en Chiapas: las violências del processo de construcción y reafirmación de su identidade de género. *Sociológica (México)*, 33(94), 139-168.
- Giongo, C., Oliveira-Menegotto, L., & Petters, S. (2012). Travestis e transexuais profissionais do sexo: implicações da Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(4), 1000-1013.
- Hines, S. (2007). Transgendering care: Practices of care within transgender communities. *Critical Social Policy*, 27(4), 462-486.

- Jesus, J. (2012). *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos*. Disponível em: <http://www.diversidadesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>
- Kennedy, N. (2012). Crianças Transgênero: mais do que um desafio teórico. *Revista Cronos*, 11(2), 21-61. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2151>
- Krawczak, K., Santos, J., & Strucker, B. (2017). Só nos resta uma “única” escolha: a relação de travestis e transexuais com o mercado de trabalho e a necessidade de recorrer à prostituição. *Congresso latino-americano de gênero e religião*, 5, 372-388.
- Lei nº7/2011. Diário da República. Série I. 52 (2011-03-15). p.1450-1451. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/278187/details/maximized>
- Lei nº38/2018. Diário da República. Série I. 151 (2018-08-07). p.3922-3924. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115933863/details/maximized>
- Marques, L., Lavinhas, G., & Müller, V. (2018). A transexualidade e o estranhamento do corpo: sobre os recursos à mudança de sexo. *Revista de Psicanálise Stylus*, (35), 133-151.
- Mazaro, J., & Cardin, V. (2017). Da precariedade do acesso à saúde, das políticas públicas ineficazes e das técnicas clandestinas de modificação corporal utilizadas pelas travestis e mulheres trans. *Revista da Faculdade de Direito*, 1(37), 146-165.
- Mead, M. (1979). *Debates antropologia. Sexo e Temperamento: em três sociedades primitivas*. São Paulo: Perspetiva.
- Mello, D., Gonçalves, K., Fraga, M., Perin, L., & Helene Jr, A. (2013). Complicações locais após a injeção de silicone líquido industrial: série de casos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 40(1), 37-43.

- Miranda, O., & Garcia, P. (2012). A Teoria Queer como representação da cultura de uma minoria. *III Encontro Baiano de Estudos em Cultura*.
- Moleiro, C., Raposo, C., Moita, G., Pereira, H., Gato, J., Silva, M., & Neves, S. (2017). Guia Orientador da Intervenção Psicológica Com Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans (LGBT). Disponível em: https://www.ordemdos psicologos.pt/ficheiros/documentos/guidelines_opp_lgbt_marco_2017.pdf
- Moraes, M. (2013). Usos e limites da categoria gênero. *Cadernos Pagu*, (11), 99-105. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634466>
- Moujoud, N., & Pourette, D. (2005). “Traite” de femmes migrantes, domesticité et prostitution: À propos de migrations interne et externe. *Cahiers d'études africaine*, 45(179/180), 1093-1121.
- Nureña, C., Zúñiga, M., Zunt, J., Mejía, C., Montano, S. & Sánchez, J. (2011). Diversity of commercial sex among men and male-born *trans* people in three Peruvian cities. *Culture, Health & Sexuality*, 13(10), 1207-1221.
- Oliveira, A. (2008). *O mundo da prostituição de rua: trajetórias, discursos e práticas: um estudo etnográfico*. (Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto). Disponível em: https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=29501
- Oliveira, A. (2013). Prostituição de mulheres migrantes e saúde. In C. Nogueira, & S. Magalhães (Eds.), *Gênero e Saúde: Novas (in)visibilidades*. (pp. 75-85).
- Oliveira, A. (2017a). Vitimização, crime ou trabalho? Definir a prostituição, hoje. *Portugal em falta: atlas improvável*. (pp. 88-91).

- Oliveira, A. (2017b). Prostituição em Portugal: uma atividade marginalizada num país que tolera mais do que persegue. *Bagoas: estudos gays: gêneros e sexualidades*, 11 (17), 201-224.
- Overstreet, K. (2017, Setembro). *What doctors should know about gender identity*. TEDx Livonia CC Library.
- Panopoulou, G., & Gonzalez-Pier, E. (2019). Challenges in HIV infection control in transgender women sex workers. *The Lancet Public Health*, 4(3), 117-118.
- Parente, J., Belé, J., Figueiredo, F., Paiva, L., Garcia, C., Albuquerque, G., Maciel, E., & Adami, F. (2015). Álcool, drogas e violência: implicações para a saúde de minorias sexuais. *Reprodução e Climatério*, 30(3), 108-114.
- Parisotto, L., Guaragna, K., Vasconcelos, M., Strassburger, M., Zunta, M., & Melo, W. (2003) Diferenças de gênero no desenvolvimento sexual: Integração dos paradigmas biológico, psicanalítico e evolucionista. *Revista de Psiquiatria*, 25(1), 75-87.
- Pinto, N. (2014). *Experiencing and representing transsexuality: developmental trajectories of, and social representations on, transsexual people*. Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde, ISCTE-IUL.
- Pinto, N., & Moleiro, C. (2012). As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: Perspetivas de profissionais de saúde e utentes. *Psicologia*, 26(1), 129-151.
- Quintero, M., & Aguirre, S. (2017). Caracterización de las variables interpersonales y la calidad de vida de seis mujeres transgénero que ejercen trabajo sexual en la ciudad de Pereira. Disponível em: <http://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/4384/1/DDMPSI58.pdf>

- Ramalho, N., Barroso, C., & Santos, B. (2013). Género e vulnerabilidade: Intervenção com travestis em contexto de prostituição de rua. Perreira, H. & Costa, P. (Eds.). *Coming-out for LGBT. Psychology in the current international scenario*. Universidade da Beira Interior: International Academy of LGBT Psychology and Related Fields. (pp. 143-155).
- Ramos, A., Teixeira, N., Cruz, S., & Fernandes, L. (2014). Uma incursão etnográfica ao mundo dos trabalhadores sexuais transgéneros. *Saúde Reprodutiva. Sexualidade e Sociedade*, 4, 45-55.
- Rede Ex Aequo - Associação de jovens lésbicas, gays, bissexuais, transgéneros e simpatizantes. (2004). *Estatutos*. Disponível em: <https://www.rea.pt/imgs/uploads/doc-estatutos.pdf>
- Rocha, R., Pereira, D., & Dias, T. (2013). O contexto de drogas entre travestis profissionais do sexo. *Saúde e Sociedade São Paulo*, 22(2), 554-565.
- Roche, K., & Keith, C. (2014). How stigma affects healthcare access for transgender sex workers. *British Journal of Nursing*, 23(21), 1147-1152.
- Rodrigues, L. (2016). *Viagens Trans(Género) em Portugal e no Brasil: Uma Aproximação Psicológica Feminista Crítica*. (Tese de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/87343>
- Saleiro, S. (2012). A transexualidade e o género: identidades e (in) visibilidades de homens e mulheres transexuais. *VII Congresso Português de Sociologia. Sociedade, Crise e Reconfigurações*
- Saleiro, S. (2017). Diversidade de Género na Infância e Educação: Contributos para uma Escola Sensível ao (Trans)Género. *Ex aequo*, (36), 149-165.

- Sampaio, L., & Coelho, M. (2012). Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16, 637-649.
- Scott, J. (1995) Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71-99.
- Silva, B. & Cerqueira-Santos, E. (2014). Apoio e Suporte social na Identidade social de travestis, transexuais e transgêneros. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo – SPAGESP (São Paulo)*, 15(2), 27-44.
- Silva, B. & Cerqueira-Santos, E. (2018). Apoio social na autoestima e identidade social de pessoas trans brasileiras. *Psico*, 49(4), 422-432.
- Silva, G., Macêdo, K., Rebouças, C., & Souza, A. (2006) Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(2). 246-257.
- Silva, R., Bezerra, W., & Queiroz, S. (2015). Os impactos das identidades transgênero na sociabilidade de travestis e mulheres transexuais. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(3), 364-372.
- Slamah, K., Winter, S., & Ordek, K. (2010). Stigma and violence against transgender sex workers. *RH Reality Check*. Disponível em: <https://rewire.news/article/2010/12/16/stigma-exclusion-violence-against-trans-workers/>
- Stotzer, R. (2009). Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggression and Violent Behavior*, 14(3), 170-179.
- Sweileh, W. M. (2018). Bibliometric analysis of peer-reviewed literature in transgender health (1900–2017). *BMC international health and human rights*, 18(1), 16.

- The European Network For The Promotion Of Rights And Health Among Migrant Sex Workers. (2009). *Work Safe in Sex Work. A European Manual on Good Practices in Work with and for Sex Workers*. Disponível em: https://tampep.eu/wp-content/uploads/2017/11/wssw_2009_final.pdf
- The European Network For The Promotion Of Rights And Health Among Migrant Sex Workers. (2019). *Services 4 Sex Workers*. Disponível em: <http://www.services4sexworkers.eu/s4swi/articles/view/id/49>.
- Tilio, R. (2014) Teorias de gênero: principais contribuições teóricas oferecidas pelas perspectivas contemporâneas. *Revista Género*, 14(2), 125-148.
- World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Ginebra. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>
- World Professional Association for Transgender Health (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. 7th Version.

Anexos

Anexo I – Ficha sociodemográfica**FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

Nome

Pronome pelo qual se identifica:

Qual o sexo que lhe foi atribuído à nascença?

Masculino

Feminino

Como define o seu género? Se não o define, porquê; Se sim, como define?

Idade:

Habilitações Literárias:

Nacionalidade:

Estado civil:

Sente-se atraído/a por alguém?

Situação amorosa

Profissão

Situação Profissional (empregado/a, desempregado/a, outra)

Anexo II – Entrevista

ENTREVISTA

Percurso do sentido de género e sua expressão

1. Quando é que começou a perceber que o seu sexo não era congruente com o género?
Como lidou com isso?
2. Como decorreu o desenvolvimento da expressão de género ao longo do tempo?

Cuidados de saúde em Portugal

3. Já recorreu a algum/a profissional de saúde por motivos relacionados com a sua identidade/expressão de género? Como obteve informação sobre esses serviços?
4. Qual a(s) especialidade(s) do/a(s) profissional(is) de saúde a que recorreu?
5. Como caracteriza/ descreve e qual a sua experiência pessoal com estes serviços?
6. Sente que em Portugal existem condições para ajudar pessoas transexuais, nomeadamente, a nível de apoio psicológico? Teve contacto/ acompanhamento com/ por estes/as profissionais? Se sim, e pela sua experiência como caracteriza esse trabalho pelos profissionais de saúde, em específico pelos/as Psicólogos/as?
7. Quais as dificuldades que encontrou no recurso aos serviços de saúde?
8. O que considera urgente mudar no Serviço Nacional de Saúde em prol de um bom atendimento a pessoas Trans?

Transformações corporais

9. Em caso de já ter iniciado o seu processo de transição física:
 - 9.1 Quando iniciou?
 - 9.2 Quais as alterações corporais/tratamentos/procedimentos clínicos que já realizou? E quais os que ainda pretende realizar?
 - 9.3 Como e onde foram realizados?

10. No caso de já ter realizado algumas alterações, como se sente (a nível físico, emocional) comparativamente com a situação anterior?

11. Quais as dificuldades que sentiu no processo de transição?

12. Em alguma fase do processo de transição lhe foi perguntado a sua orientação sexual?

Se sim, quem perguntou?

13. Teve algum apoio (financeiro, afetivo) durante o processo de transição? Se sim, qual o tipo de apoio? Quem deu esse apoio?

Pessoas significativas (familiares, amigos/as, entre outros)

14. Qual é a sua relação com as pessoas significativas (amigos, família, parceiros/as)? Que papel têm na sua vida?

15. Alguma(s) dessas pessoas acompanhou e apoiou o seu processo de transição ou foi um caminho solitário?

Percurso profissional

16. O que levou ao início da atividade profissional?

17. Qual as vantagens que a sua atividade profissional acarreta?

18. Quem são os/as clientes? Como os/as caracteriza?

19. Considera que as alterações corporais podem influenciar/influenciam a realização do seu trabalho? De que modo?

20. Como perspetiva o futuro? Como se imagina daqui a 10 anos?

Vivência do quotidiano

21. Já alguma vez se sentiu discriminado/a? Se sim em que contextos? Fale-me dessas situações? E quais as discriminações sociais que no seu caso diria terem sido e/ ou serem atualmente as mais difíceis?

22. Descreva um dia comum da sua vida.

Finalização da entrevista

Deseja acrescentar mais alguma informação?

Obrigada pela sua participação.

Data: __/__/____

Anexo III – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Esta entrevista insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, do Instituto Universitário da Maia, intitulada “Mulheres trans trabalhadoras do sexo: Impactos e significados sobre o corpo e a saúde”.

São objetivos centrais desta investigação compreender os significados e os impactos que as questões da autoimagem e do corpo têm no exercício do trabalho sexual (atual ou passado) pelas mulheres trans e a sua relação com a saúde no sentido lato.

A participação no estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que esta decisão se reflita em qualquer prejuízo. Toda a informação fornecida será mantida em sigilo, salvaguardando-se a confidencialidade e o anonimato. Os dados recolhidos não serão utilizados para outros fins, além da investigação em causa.

A entrevista será gravada em áudio, se o permitir, para posterior análise. A gravação será, posteriormente, destruída.

Aceito que a entrevista seja gravada? Sim Não

Declaro que tomei conhecimento e que aceito livremente participar nesta entrevista

Assinatura do/a participante:

Declaro cumprir todos os preceitos éticos subjacentes a um processo de investigação científica com seres humanos.

Assinatura da investigadora:

Data: ___/___/_____