



MINHA CRIANÇA TRANS

Projeto de defesa das crianças e adolescentes transgêneros de todo o Brasil

FORMULÁRIO PARA PESSOAS MAIORES DE 18 ANOS

DATA: 26 / 01 / 25 HORÁRIO: 13:30 h's

ENTREVISTADORA(OR): Léo Paulino

LOCAL DA ENTREVISTA: *endereço completo e referência (ponto, casa...)

Praca da República

QUESTIONÁRIO

1) DATA DE NASCIMENTO: 28 / 05 / 1985

2) CIDADE/ESTADO ONDE NASCEU/CRESCEU:

São Paulo - SP

3) COM QUAL IDADE VEIO PARA SÃO PAULO ? *para quem não nasceu/cresceu no Est. de SP*.

4) SE MUDOU PARA SÃO PAULO: () sozinha () com família () com madrinha para trabalhar

5) LOCAL EM QUE RESIDE ATUALMENTE: *bairro/cidade

Lisboa - Portugal

6) RESIDE EM: () residência compartilhada () abrigo. () casa de acolhimento

() casa onde trabalha. () com família. (X) residência individual própria

7) POR QUE VEIO PARA SÃO PAULO?

Para trabalhar e fazer Documentos

8) QUAL O VALOR MÉDIO DA SUA ESTADIA/PERMOITE/MORADIA?

R\$ 1000,00



MINHA CRIANÇA TRANS

Pela defesa das crianças e adolescentes transgêneros de todo o Brasil

AUTOIDENTIFICAÇÃO

9) VOCÊ SE IDENTIFICA COMO: ☒ travesti () mulher trans () transexual () trans feminina

10) QUE IDADE QUE VOCÊ TINHA QUANDO DE ENTENDEU DESTA FORMA?

15 anos

11) COM QUANTOS ANOS VOCÊ FEZ A SUA TRANSIÇÃO SOCIAL ?

15 anos

12) SOBRE O SEU NOME, VOCÊ:

☒ utiliza nome social () retificou os documentos

13) *para as que utilizam nome social*

() apenas de forma social

() incluiu o nome social nos documentos

☒ deseja retificar a certidão de nascimento, mas não possui recursos

() não retificou pois não possui os documentos solicitados pelo cartório/defensoria publica

() não deseja retificar

RELAÇÃO FAMILIAR

14) COM QUAL IDADE VOCÊ FALOU PARA A FAMÍLIA SOBRE A SUA IDENTIDADE DE GÊNERO?

15 anos

15) PARA QUEM VOCÊ CONTOU?

Minha família

16) COMO FOI?

Reunido a família e contou

Apoio familiar até hoje

17) VOCÊ SAIU DE CASA

☒ POR CONTA PRÓPRIA

() FOI EXPULSA DE CASA PELA FAMÍLIA?

18) COM QUAL IDADE SAIU/FOI EXPULSA DE CASA?



MINHA CRIANÇA TRANS

Pela defesa das crianças e adolescentes transexuais de todo o Brasil

19) FOI ACOLHIDA/PROTEGIDA POR:

- () outros familiares
- () pela igreja/comunidade religiosa
- () sistema de acolhimento do Estado
- () outras mulheres trans/travesti
- () outras mulheres trans/travesti que já eram profissionais do sexo
- () por uma madrinha
- () por uma(um) cafetina(cafetão)
- () outro _____

20) ONDE FOI MORAR QUANDO OCORREU? (*pode ser mais de um local inicial)

Cafetina aqui em São Paulo
"Me cafetinei a muitos anos e acabou com minha vida"

21) (CASO EXPULSA) QUAL(QUAIS) MOTIVOS TE FIZERAM SAIR DE CASA?

22) ATUALMENTE POSSUI CONTATO COM A FAMÍLIA CONSANGUÍNEA? ☒ SIM () NÃO

(CASO SIM)

23) FAZ ALGUM TIPO DE AJUDA FINANCEIRA? ☒ SIM () NÃO

24) ELES RESPEITAM SUA IDENTIDADE DE GÊNERO (NOME/PRONOMES)? ☒ SIM () NÃO

(CASO NÃO)

25) QUAL (QUAIS) MOTIVO(S)?

26) TÊM FILHOS(AS/ES) BIOLÓGICOS? () SIM ☒ NÃO

27) QUANTOS? _____



MINHA CRIANÇA TRANS

Peia defesa das crianças e adolescentes transgêneros de todo o Brasil

28) TÊM CONTATO? () SIM () NÃO

(CASO SIM)

29) FAZ ALGUM TIPO DE AJUDA FINANCEIRA? () SIM () NÃO

30) RESPEITAM SUA IDENTIDADE DE GÊNERO (NOME/PRONOMES)? () SIM () NÃO

CASO NÃO,

31) QUAL (QUAIS) MOTIVO(S)? _____

32) EM ALGUM MOMENTO, VOCÊ SOFREU VIOLÊNCIA FAMILIAR? () SIM (X) NÃO

(CASO SIM)

33) QUAL? () violência verbal () violência física () violência psicológica

34) QUE FAMILIAR? _____

35) VOCÊ IDENTIFICA SE ESSA(S) VIOLÊNCIA(S) ESTÁ(ÃO) RELACIONADA(S) A SUA IDENTIDADE DE GÊNERO? () SIM () NÃO

(CASO SIM)

36) COM QUANTOS ANOS VOCÊ SOFREU A PRIMEIRA VIOLÊNCIA DEVIVO A SUA IDENTIDADE DE GÊNERO? _____

ESCOLARIDADE

37) QUAL O NÍVEL DE ESCOLARIDADE:

() ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO - () ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO

(X) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO - () ENSINO MÉDIO COMPLETO

() ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO - () ENSINO SUPERIOR COMPLETO



MINHA CRIANÇA TRANS

Pela defesa das crianças e adolescentes transgêneros de todo o Brasil

para as que não terminaram o ensino médio

37) QUAIS MOTIVOS TE FIZERAM PARAR OS ESTUDOS? Negar para Europa

ACESSO À SAÚDE

38) POSSUI ALGUMA QUESTÃO DE SAÚDE? (☒ SIM () NÃO

39) SE SIM, QUAL(QUAIS)?

HIV - controlado

40) (somente se menor de 18) FAZ/FEZ BLOQUEIO PUBERAL? () SIM () NÃO

(CASO SIM)

41) DE QUAL FORMA?

() acompanhada em ambulatório trans () pelo SUS () automedicação

() particular () plano de saúde

42) COM QUANTOS ANOS VOCÊ COMEÇOU O BLOQUEIO? _____

43) FAZ HORMONIZAÇÃO? () SIM () NÃO

(CASO SIM)

44) DE QUAL FORMA?

() acompanhada em ambulatório trans () pelo SUS () automedicação

() particular () plano de saúde

45) COM QUANTOS ANOS VOCÊ COMEÇOU A HORMONIZAÇÃO? _____

46) QUANDO VOCÊ COMEÇOU FOI:

() acompanhada por profissional da saúde () automedicação

(CASO NÃO)

47) POR QUAL MOTIVO? _____

48) JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA REFERENTE À TRANSIÇÃO? (☒ SIM () NÃO

49) SE SIM, QUAL? MAMA; Seios e Industrial, nariz

50) QUAL FORMA? () pelo SUS (☒ particular () plano de saúde () clínica clandestina



MINHA CRIANÇA TRANS

Pela defesa das crianças e adolescentes transgêneros de todo o Brasil

51) JÁ APLICOU SILICONE INDUSTRIAL? ☒ SIM () NÃO

52) SE SIM, EM QUE PARTE(S) DO CORPO? quadril e perna 7 litros

TRABALHO

53) COMO VOCÊ GANHA A VIDA HOJE?

(caso Prostituição)

54) LOCAL ONDE COSTUMA A TRABALHAR: *rua de referência/bairro/cidade

Sockey Club, Republica, Europa

55) IDENTIFICA O LOCAL: ☒ ponto na rua () casa noturna () casa de madrinha () motel

() casa de prostituição

56) COM QUANTOS ANOS INICIOU NESTA ATIVIDADE:

16 anos

57) QUAL(QUAIS) O(S) MOTIVO(S) PRINCIPAL(AIS):

Rebelião, pagar as contas, viver minha vida

58) VOCÊ JÁ DESEJOU TER OUTRA FORMA DE RENDA? ☒ SIM () NÃO

59) CASO SIM, QUAIS MOTIVOS TE IMPEDIRAM DE MUDAR DE ATIVIDADE?

Quero ser cabeleireira, vender perucas
"Na Europa e Aqui no Brasil"

60) QUAL O VALOR MÉDIO DE UM PROGRAMA?

R\$ 300,00 Europa

61) JÁ SOFREU VIOLÊNCIA POR ALGUM CLIENTE? () SIM ☒ NÃO

200 Euros

(CASO SIM)

62) QUAL/QUAIS? ☒ violência verbal () violência física () violência psicológica

63) VOCÊ IDENTIFICA QUE ESSA(S) VIOLÊNCIA(S) ESTÁ(ÃO) RELACIONADA(S) A SUA IDENTIDADE DE GÊNERO? ☒ SIM () NÃO

64) VOCÊ FEZ B.O? () SIM ☒ NÃO

CASO SIM, FOI ENCAMINHADO E INVESTIGADO O CASO? () SIM () NÃO

CASO NÃO, POR QUE ?