

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Daniel da Silva Stack

**“NÃO É UMA REALIDADE DE TODO MUNDO”: ACESSO AO
SUS POR PESSOAS TRANS DO MUNICÍPIO DE SANTA
MARIA A PARTIR DA NORMATIVA 2.803/2013**

Santa Maria, RS
2019

Daniel da Silva Stack

**“NÃO É UMA REALIDADE DE TODO MUNDO”: ACESSO AO SUS POR
PESSOAS TRANS DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA A PARTIR DA
NORMATIVA 2.803/2013**

Monografia apresentada ao Curso de Licenciatura em Ciências Sociais, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Licenciado em Ciências Sociais**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Mari Cleise Sandalowski

Santa Maria, RS
2019

Daniel da Silva Stack

**“NÃO É UMA REALIDADE DE TODO MUNDO”: ACESSO AO SUS POR
PESSOAS TRANS DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA A PARTIR DA
NORMATIVA 2.803/2013**

Monografia apresentada ao Curso de Licenciatura em Ciências Sociais, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Licenciado em Ciências Sociais**.

Aprovado em 18 de Dezembro de 2019

Mari Cleise Sandalowski, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Monalisa Dias de Siqueira, Dr. (UFSM)

Alisson Machado, Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

DEDICATÓRIA

Gostaria de dedicar esse trabalho a cada travesti e transexual que teve sua vida interrompida pela transfobia. A vida é curta, isso é fato, mas para essas pessoas se tornou mais curta do que deveria.

Durante a primeira apresentação deste trabalho até a segunda apresentação, num intervalo de dez dias, Lorena foi covardemente assassinada em São Paulo. Lorena tinha o sonho de ser médica. Me pergunto quantos sonhos como esse não foram interrompidos. Me pergunto o quanto de potencial o mundo deixou de ter pelo preconceito. Me pergunto até quando isso vai se repetir, até quando o Brasil vai liderar o ranking de assassinatos de pessoas transgêneras.

Vocês tiveram uma coragem enorme de enfrentar em todo dia de sua caminhada uma sociedade que busca excluir e marginalizar. Envio meu amor onde estiverem, que possamos nos encontrar e segurar um na mão dx outrx e jamais soltar. Que suas lutas e memórias continuem a despedaçar montanhas e mover as pessoas.

Com todo meu amor, carinho e esperança à todas as Lorenas, Manas, Carolinas, Dandaras, Yuris, Thadeus e Veronicas.

“Que amanhã possa ser diferente pra elas
que tenham outros problemas e encontrem novas soluções”

-Oração - Linn da Quebrada

sinto muito se este mundo
não te ofereceu segurança
que sua jornada para casa
seja suave e pacífica

- descanse em paz - Rupi Kaur - o que o sol faz com as flores

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a minha mãe Jandira por todo o amor e carinho que me deu nesses anos. Agradeço por ter me ensinado a costurar e assim acabei costurando meu caminho entre o Paraná e o Rio Grande do Sul. Tenho certeza que deixastes de viver alguns sonhos para que os meus se tornassem possíveis, espero conseguir retribuir ao longo da minha vida todo o afeto que mereces, te amo.

Agradeço minha orientadora Mari Cleise pelas “desorientações” que me instigou sobre tema, obrigado pelo acolhimento nos meus momentos de pesadelos e também pela autonomia que me concedeu, cresci muito enquanto pesquisador.

Aos meus girassóis que se tornaram o meu refúgio nesses momentos caóticos de incertezas e preocupações, vocês significam muito pra mim. Ao Mathias pelas inúmeras correções significativas ao meu trabalho.

Agradeço aos meus/minhas interlocutorxs pois compartilharam comigo muitas emoções fortes e doloridas de uma realidade excludente. Saibam que enviei meu amor, carinho, respeito e admiração a todos vocês em cada etapa da construção desse trabalho. Vocês me fizeram duvidar a todo momento do que estava fazendo e pra que(m) estaria servindo meu conhecimento, me permitiram ser afetado e me despertaram dores que eu nem sabia que podia sentir e espero nunca deixar de senti-las.

Nada me deixaria mais feliz que um de vocês no meu lugar contando sua história, infelizmente a realidade é ainda muito dura, mas obrigado por confiarem em mim para isso, não espero que esse trabalho modifique o mundo, mas espero estarmos um pouquinho mais próximo dessa mudança a qual luto e acredito que irá se realizar.

Gostaria de agradecer por último também a cada olhar torto que eu pude observar ao expor minha pesquisa e a cada comentário sem embasamento sobre o assunto. Vocês não me mostraram que estava no “caminho certo”, pois isso eu já sabia, mas seu movimento de resistência ao tema só me deram mais energia para continuar.

mesmo sabendo
que não há tempo de sobra
eles escolhem viver
a versão mais bonita da vida

girassóis - o que o sol faz com as flores - Rupi Kaur

RESUMO
**NÃO É UMA REALIDADE DE TODO MUNDO: ACESSO AO SUS POR PESSOAS
TRANS DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA A PARTIR DA
NORMATIVA 2803/2013**

AUTOR: DANIEL DA SILVA STACK
ORIENTADORA: MARI CLEISE SANDALOWSKI

Em 1997 o Conselho Federal de Medicina através da resolução 1.482 autorizou a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais, mas somente com a portaria n°. 2.836, de 1º de Dezembro de 2011, o acesso a esse serviço passou a ser ofertado pelo SUS. Observou-se a necessidade de ampliar o processo de transição de gênero. Esse cenário tornou possível a emergência da normativa n°2.803/2013, que garante o acesso ao tratamento (ambulatorial e hospitalar) de forma gratuita mediante o CID (Código Internacional de Doenças). O acesso ao tratamento hormonal encontra entraves nas unidades básicas de saúde, devido a estigmatização de pessoas trans por profissionais de saúde. O objetivo do trabalho é descobrir como a população trans do município de Santa Maria utiliza o sistema único de saúde para a transição de gênero e identificar quais parâmetros sociais facilitam o acesso ao tratamento hormonal seja pelo SUS, rede privada de saúde e auto-hormonização. O corpo torna-se arena central de um sistema de saúde que inclui para excluir, luta por reconhecimento e para modificar seu corpo de acordo com sua identidade de gênero. A metodologia consiste em uma pesquisa qualitativa com entrevistas não-diretivas aplicadas a pessoas trans.

Palavras-chave: Transexualidade. Gênero. Corpo. SUS

ABSTRACT

IT'S NOT A REALITY OF EVERYONE: ACCESS TO SUS BY PEOPLE TRANS FROM THE MUNICIPALITY OF SANTA MARIA FROM THE NORMATIVE 2803/2013

**AUTHOR: DANIEL DA SILVA STACK
ADVISOR: MARI CLEISE SANDALOWSKI**

In 1997, the Federal Council of Medicine, through resolution 1,482, authorized the performance of transgenitalization surgeries in transgender patients, but only with Ordinance No. 2,836 of December 1, 2011, access to this service was offered by SUS. The need to expand the gender transition process was observed. This scenario made possible the emergence of normative n°2,803/2013, which ensures access to treatment (outpatient and inpatient) free of charge through the ICD (International Code of Diseases). Access to hormone treatment is hindered in basic health units due to the stigmatization of transgender people by health professionals. The objective of the study is to discover how the trans population of the municipality of Santa Maria uses the single health system for the gender transition, and finally identify which social parameters facilitate access to hormone treatment by the SUS, private health network and self-hormonization. The body becomes the central arena of a health system that includes to exclude, struggle for recognition and to modify its body according to its gender identity. The methodology consists of qualitative research with non-directive interviews applied to transgender people.

Keywords: Transexuality. Gender. Body. SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos
Mentais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

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

LGBTQIA+ Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais,
Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexual, outras identidades

ONG – Organização Não Governamental

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 METODOLOGIA.....	16
3 SUS E O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR: O CONTEXTO HISTÓRICO DO ACESSO À SAÚDE À IMPLEMENTAÇÃO DA NORMATIVA 2.803/2013.....	23
4 CORPORALIDADES: A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO E AS PERSPECTIVAS DE AGÊNCIA SOBRE A TRANSEXULIDADE.....	34
5 TRANSEXUALIDADE E GÊNERO: AS DIFERENTES ESFERAS DE RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE TRANSEXUAL.....	48
5.1 RECONHECIMENTO PELO AMOR.....	51
5.2 AS RELAÇÕES MÉDICO-JURÍDICAS.....	55
5.3 O RECONHECIMENTO NA ESFERA SOCIAL.....	61
6 A NORMATIVA 2.803/2013 E O IMPACTO NO ACESSO A SAÚDE DE PESSOAS TRANS DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS.....	80

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei nº8080/90, a partir da reforma sanitária, a qual encarregou o Estado brasileiro a cumprir pelo zelo à saúde de modo universal. O SUS está centrado na constituição que garante igualdade de atendimento independente de classe, raça, religião, identidade de gênero, orientação sexual etc. Nesse modelo o usuário é encaminhado a um serviço de saúde próximo de sua região de residência; caso nessa localidade não tenha as ferramentas necessárias para o tratamento com maiores complexidades, ele é transferido para uma área com serviços especializados.

A realidade nos mostra que este sistema apresenta uma série de elementos e complexidades que dificultam o atendimento de certos grupos sociais, entre os quais, destacam-se os indivíduos travestis e transexuais. O Ministério da Saúde promoveu em 2010 a cartilha de saúde intitulada “Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, e no mesmo ano a “Política integral de saúde da população negra”. Já em 2014 a “Saúde da população em situação de rua” e em 2016 os “Subsídios para o cuidado à saúde do povo cigano”. Esses documentos vieram no intuito de contribuir no processo de formação de profissionais da saúde no atendimento para a integração de grupos vulneráveis.

Grupos vulneráveis são formados por indivíduos estigmatizados; o estigma dificulta o acesso desses indivíduos à saúde, educação e segurança. As identidades de gênero que não se enquadram na cisgeneridade (travesti, transexual e intersexo) ao longo da história sofreram estigmas, mutilações e patologização. A exemplo disso a transexualidade foi retirada da lista de distúrbios mentais somente em 2018, enquadrada em uma nova categoria de “saúde sexual”. Essa medida foi tomada para legitimar essas novas identidades e tentar diminuir o preconceito dos profissionais da área da saúde com a população trans, mas ainda podemos vislumbrar o viés patológico que circula essas identidades.

Em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM) através da resolução 1.482 autorizou a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais,

mas somente com a portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, o acesso a esse direito passou a ser ofertado dentro do SUS.

A partir dessa portaria o sistema de saúde junto com o movimento transexual passou a articular cartilhas e folders informativos aos profissionais para que os usuários tenham atendimento especializado a suas demandas, com respeito às identidades de gênero e sexualidade, qualificando seus serviços para as necessidades da população LGBT, como a hormonioterapia e cirurgias, por exemplo.

Com a oferta do tratamento pelo SUS, o Estado conjuntamente com movimentos sociais, identificou a importância de ampliar o processo de transição de gênero conhecido como processo transexualizador. Esse cenário tornou possível a emergência da normativa nº2.803/2013, que garante o tratamento hormonal e cirurgias aos usuários transexuais de forma gratuita mediante a confirmação do CID (código internacional de doenças).

Em 2017, cinco hospitais no Brasil estavam habilitados a realizar cirurgias de redesignação sexual; esses locais autorizados encontram-se nos estados RJ, SP, PE, GO e RS e outras quatro unidades (MG, RJ, SP e PR) foram credenciadas a iniciar o tratamento hormonal. Mesmo com a abertura dessas unidades a demanda pelo acesso a saúde de pessoas trans é maior que a capacidade de atendimento. Nesse contexto, o acesso ao tratamento hormonal encontra entraves nas unidades básicas de saúde, pois o processo transexualizador ainda é percebido pela sociedade de forma geral, e por parcelas dos profissionais da área da saúde, de forma discriminada, o desrespeito ao uso do nome social, por exemplo, é uma violência simbólica a qual pessoas trans e travestis são submetidas.

Considerando essas questões, o objetivo do trabalho é compreender como a população trans do município de Santa Maria utiliza o sistema único de saúde para a transição de gênero a partir da normativa 2.803/2013 conhecida como a ampliação do processo transexualizador, que regulamenta o acesso ao tratamento ambulatorial e hospitalar. Outro objetivo buscado com o trabalho é identificar se a ampliação dessa política pública é suficiente para atender a demanda da população transexual

do município e como a classe social influencia no acesso ao tratamento, bem como outros direitos.

A ida ao campo ocorreu entre os meses de março e outubro do ano de 2019, sendo todas as entrevistas realizadas em setembro do mesmo ano. A pesquisa é de abordagem qualitativa, se caracterizando como um estudo fenomenológico. Foi composta de um questionário socioeconômico seguido por um roteiro de entrevista; uma entrevista foi realizada presencialmente e as demais foram realizadas através de mídias sociais.

O que busco analisar com a pesquisa é a forma como esses usuários percebem o sistema de saúde, as dificuldades de acesso e as alternativas que estabelecem para suprir essa demanda. Os sujeitos que contribuíram com a pesquisa realizam o tratamento hormonal pelo âmbito privado, da automedicação e pelo SUS, abrangendo a faixa etária de 15 à 28 anos.

Num primeiro momento, proponho uma recapitulação histórica do sistema de saúde até sua institucionalização e a trajetória do processo transexualizador, desde a primeira cirurgia de redesignação sexual até a constituição da normativa que regula o processo de hormonização pelo SUS.

No segundo momento ocorre um debate sobre o corpo e a transexualidade, onde foco a análise sobre as possibilidades que os interlocutores têm de modificar seus corpos, para construir sua identidade. A classe social e o capital cultural se tornam conceitos chave da questão, logo que a maneira como percebemos nosso corpo é influenciada pelo acesso a informação que temos e os recursos financeiros para utilizar de tais espaços.

Após esse debate, sigo para discutir o reconhecimento da transexualidade nas três esferas propostas por Axel Honneth (2003) na família, na área médico-jurídica e a área da estima social. Utilizo o conceito de espaços de possíveis de Bourdieu (2005) que está presente nas decisões judiciais para a retificação de documentos, em forma de valores morais que se reproduzem dentro do campo da lei.

Por último, me proponho a discutir a eficácia da política-pública e as percepções dos interlocutores sobre o atendimento à saúde, colocando em discussão os princípios do SUS e a universalidade do sistema.

Construir essa monografia foi um momento de adentrar outra realidade que não é vivida por pessoas cisgêneras. Para conseguir realizar a pesquisa tive que desestabilizar a matriz que a cisgeneridade se constitui na minha visão de pesquisador. Ao me familiarizar com essas identidades que são a base desse trabalho pude perceber que a formação em gênero e sexualidade que tive na trajetória acadêmica está arraigada a discussões sobre pessoas cis e os espaços em que a transexualidade é abordada ainda é sobre um viés de discussão cisgênera.

Enquanto pesquisador cisgênero, busquei ao máximo incorporar no trabalho produções de pesquisadores transgêneros¹ sobre o tema, encontrando poucos trabalhos. A dificuldade de acesso possivelmente se deu pela falta de ter pessoas transgêneras acessando o nível superior, pesquisando o tema e pela invisibilização que a produção do conhecimento não normativo enfrenta.

Tive que desapegar de qualquer visão médica que adquiri enquanto estudava as normativas e entrevistei profissionais de saúde; logo, as problemáticas que encontrei não são explicadas por esses discursos.

Uma das minhas hipóteses sobre o campo era que a falta do debate de gênero e sexualidade na formação profissional dos agentes de saúde dificultam o acesso ao tratamento, sendo essa hipótese confirmada com minha ida ao campo; porém, com uma série de novas questões que adentraram a análise.

As discussões de gênero e sexualidade se mostraram fundamentais no atendimento humanizado da população travesti e transsexual, assim como possibilita no campo jurídico decisões mais progressistas e liberais. A falta dessa formação na base curricular de todos os níveis educacionais (básico, fundamental, médio, superior e profissionalizante) em gênero e sexualidade permite que estigmas

¹ Adoto a definição da socióloga Letícia Lanz “a primeira coisa a se dizer sobre o termo transgênero é que não se trata de mais uma identidade gênero-divergente, mas de uma circunstância sociopolítica de inadequação e/ou discordância e/ou desvio e/ou não-conformidade com o dispositivo binário de gênero, presente em todas as identidades gênero-divergentes. (2014, p. 70).

históricos continuem afetando e dificultando o acesso de pessoas trans às áreas mais básicas da esfera social, como a busca por cuidados médicos relacionados ou não a transição.

2 METODOLOGIA

Para construir a pesquisa tive que me familiarizar com o cenário de atendimento da saúde para pessoas transexuais no município. Para isso, entrei em contato inicialmente com uma professora referência do assunto da pesquisa de uma instituição privada de ensino do município. A docente me orientou sobre o campo, dando sugestões de contatos que pudessem contribuir para essa pesquisa.

Um desses contatos é um professor de medicina da mesma instituição, sua formação é de médico-endócrino, ele atua no Hospital Casa de Saúde do município. O Hospital também é um espaço em que os acadêmicos desta instituição privada prestem os atendimentos iniciais de sua formação. A entrevista que tive com ele entrou para a análise dos dados.

A pesquisa possui base qualitativa se caracterizando como um estudo fenomenológico. Creswell (2014) define um estudo fenomenológico como:

Um estudo que descreve o significado comum para vários indivíduos das suas experiências vividas de um conceito ou um fenômeno. Os fenomenologistas focam na descrição do que todos os participantes têm em comum quando vivenciam um fenômeno (p. ex., o pesar é vivenciado universalmente). O propósito básico da fenomenologia é reduzir as experiências individuais com um fenômeno a uma descrição da essência universal (uma "captura da própria natureza da coisa", como afirma van Manen, 1990, p. 177). Para esse fim, os pesquisadores qualitativos identificam um fenômeno (um "objeto" da experiência humana; van Manen, 1990, p. 163). Essa experiência humana pode ser um fenômeno como a insônia, o sentimento de exclusão, a raiva, a tristeza ou o submeter-se a uma cirurgia de revascularização do miocárdio (Moustakas, 1994). O investigador, então, coleta dados das pessoas que vivenciaram o fenômeno e desenvolve uma descrição composta da essência da experiência para todos os indivíduos. Essa descrição consiste do "que" eles vivenciaram e "como" vivenciaram (Moustakas, 1994).(CRESWELL, 2014, p.73).

A pesquisa se debruça a entender como a população trans acessa os serviços de saúde para o tratamento hormonal. Com as informações que colhi a partir das entrevistas, acessei Ira, um dos poucos contatos que conheci no ambiente universitário (irei descrever o perfil de cada interlocutor mais adiante). Ira foi o único interlocutor que acessei mais de uma vez; no primeiro momento tivemos uma conversa mais simples para que eu pudesse entender como se dava o acesso pela rede privada, pois havia lido as normativas que regulam o acesso pelo SUS. No

segundo momento realizamos a entrevista a partir do questionário estruturado e o roteiro de entrevista.

Com os dados que ele pôde me fornecer, como também a conversa que tive com a professora universitária e com o médico-endócrino, montei um esboço de questionário para traçar o perfil socioeconômico dos candidatos, uma vez que buscava entender como a categoria classe é condicionante para o acesso à saúde de sujeitos transexuais. O questionário socioeconômico resultou no quadro a seguir. Todos os nomes usados são fictícios para preservar a identidade de meus interlocutores.

Nome	Idade	Ocupação	Raça/Etnia	Renda familiar	Quanto tempo reside em SM	Como realiza o tratamento hormonal
Cosima	26 anos	Assistente social e acadêmica	Branca	Acima de 3.000 por mês	Mora em SM há quase dois anos	Iniciou com automedicação aos 17 anos e faz agora tratamento pelo rede privada
Sarah	15 anos	Estudante	Branca	Até 1.000 reais	Nasceu e mora em SM	Acessa o SUS há um mês para tratamento hormonal em Porto Alegre
Krystal	20 anos	Dona de casa	Branca	Até 2.000 reais	Nasceu e mora em SM	Automedicação há 11 meses
Ira	28 anos	Acadêmico	Branco	Acima de 4.000	Mora em SM há seis anos	Tratamento na rede privada há dois anos

Mark	18 anos	Dançarino	Branco	Até 1.000 reais	Mora em SM há oito anos	Automedicação há dois meses
-------------	------------	-----------	--------	--------------------	-------------------------------	--------------------------------

Quadro 1. Perfil socioeconômico dos entrevistados

Consegui acessar quatro interlocutores dentro do espaço universitário; desse número, dois acabaram desistindo de contribuir com a pesquisa. Uma apenas respondeu o questionário socioeconômico, mas não realizou a entrevista; dessa forma, não coloquei os dados na tabela pois eram insuficientes para a análise que proponho.

O segundo homem trans com quem entrei em contato foi indicação de Ira, com a qual tive uma maior proximidade. Observando o ínfimo número de sujeitos dentro dos espaços que frequento, optei por me servir das mídias digitais. Utilizei o Facebook para entrar em contato com Krystal, pois já tínhamos nos adicionados nessa rede social antes dela se “assumir” como trans, ela me indicou Sarah com a qual estabeleci contato também pelo Facebook.

Sarah é adolescente com quinze anos de idade. Desse modo, além do termo de compromisso do pesquisador, foi necessário um termo de autorização e consentimento dos pais em contribuir para essa pesquisa.

O uso de mídias digitais foi novamente necessário pela dificuldade de acesso e disponibilidade para que meus interlocutores conseguissem participar. Cosima não estava em Santa Maria devido aos trabalhos acadêmicos e não possuía previsão exata de retorno. Como ela foi uma das poucas pessoas que encontrei no ambiente acadêmico e tem a classe social como fator central para acesso ao tratamento, optei por realizar a entrevista on-line, entendendo que a pesquisa perderia muitos dados relevantes para os cruzamentos das diversas realidades de acesso.

Mark estava num processo de mudança de residência, então, nossos horários acabaram não possibilitando um encontro presencial. Como dois interlocutores tiveram que realizar a entrevista on-line, quando entrei em contato com a Krystal e Sarah dei a oportunidade de escolherem se gostariam que a entrevista fosse pessoalmente ou utilizar o recurso do Facebook, de forma que a opção escolhida foi a on-line. Das cinco entrevistas que realizei, quatro foram através do Facebook.

Optei por realizar entrevistas on-line porque caso não seguisse esse caminho não teria outra maneira de acesso a esses sujeitos e a viabilidade da pesquisa poderia estar comprometida.

Reconheço que a entrevista que realizei pessoalmente com Ira forneceu uma série de outros dados paralelos aos pontos que havia questionado e também uma riqueza maior de detalhes. Também pude explicar alguns pontos das perguntas que porventura não ficaram bem expostos. Para a entrevista on-line eu escutei novamente a gravação da entrevista com Ira, e a partir dela, corrigi determinados termos e acrescentei mais informações para deixar as perguntas o mais detalhado possível.

Fazer as entrevistas on-line, de certo modo, engessou o interlocutor a responder somente aquilo que foi perguntado; Krystal foi a única interlocutora que trouxe outros pontos para além do que estava questionando. Portanto, tive que trazer novas questões no roteiro de entrevista e acrescentar indagações aos interlocutores sobre as aberturas que conduziam a outros temas relevantes para a pesquisa.

Pensado inicialmente na experiência desses sujeitos ao acesso à saúde, conclui que a melhor forma de obter esses dados seria por entrevistas não-diretivas; esse modelo de entrevista dá a possibilidade do interlocutor discorrer mais do que o que foi perguntado, isto é,

Por meio delas, colhem-se informações dos sujeitos a partir do seu discurso livre. O entrevistador mantém-se em escuta atenta, registrando todas as informações e só intervindo discretamente para, eventualmente, estimular o depoente. De preferência, deve praticar um diálogo descontraído, deixando o informante à vontade para expressar sem constrangimentos suas representações. (SEVERINO, 2014, p.77).

Como a pesquisa abarca sujeitos trans que acessam diferentes meios de tratamento hormonal, como a rede pública, rede privada e automedicação, foi necessário eliminar algumas questões que não se encaixam na realidade do entrevistado, principalmente no que toca a automedicação, o acesso ao hormônio, e no que diz respeito à rede privada, os gastos com os diferentes serviços. A base do primeiro roteiro de entrevista foi se desdobrando em novas configurações de acordo com a especificidade do interlocutor.

Após traçar o perfil socioeconômico, as primeiras questões investigavam se os sujeitos procuraram o SUS para tentar iniciar o tratamento hormonal; em caso afirmativo, questionei como ocorreu essa procura e se buscou o sistema de saúde para outro tratamento não relacionado a transição. Tive como objetivo buscar entender como esses sujeitos acessam o sistema único de saúde e se práticas de violência são reproduzidas com esses indivíduos. Em segundo momento, busquei identificar com que idade se entendeu como transexual, como se assumiu para a família, bem como ela reagiu e quando começou a fazer tratamento hormonal. Esses questionamentos trouxeram trajetórias de vida muito distintas entre os interlocutores.

Também busquei entender como acontece o tratamento de cada interlocutor, dada a quantidade de hormônios existentes e as possibilidades de medicação. Nesse ponto houve uma pluralidade nas maneiras como são realizadas a hormonização, como conseguem a receita e onde compram a medicação. Nas duas primeiras entrevistas esse ponto trouxe muitas questões relacionadas às percepções sobre seus corpos. Portanto, nas entrevistas posteriores elaborei questões sobre o tema, buscando adentrar com cautela neste assunto para não constranger o interlocutor, que foi avisado de que, se não quisesse responder, poderia ficar livre para comunicar.

As últimas questões da entrevista privilegiaram as situações em que o sujeito, enquanto transexual, percebia em relação à dificuldade de acessar diferentes espaços comparado às pessoas cisgêneras. Também questionei quanto às possíveis contribuições espontâneas que meus interlocutores gostariam de realizar. Entre eles, apenas Ira trouxe a sugestão de pensar a sexualidade; caso as entrevistas fossem pessoais havia elaborado alguns questionamentos a respeito; porém, as entrevistas ocorreram majoritariamente on-line e não gostaria de parecer invasivo nesse assunto já que eu poderia ser um “estranho” atrás de uma tela fazendo questionamentos muito íntimos. Desse modo, optei por não entrar no assunto da sexualidade, pois o material produzido do primeiro roteiro foi grande e tive que recortar alguns pontos na redação desta monografia.

Outro ponto importante da pesquisa é que os interlocutores acessados são todos brancos. A pesquisa buscou trazer à discussão do acesso questões de classe

e raça, entendendo que no contexto brasileiro não podemos falar sobre classe sem ter em mente que raça se intersecciona. Na construção da pesquisa tive dificuldades em acessar interlocutores negros; na minha posição de pesquisador acadêmico os espaços em que frequentei em busca de possíveis entrevistados são compostos de pessoas majoritariamente brancas e cisgêneras. Isso não quer dizer que esses interlocutores não existam, mas que há uma maior dificuldade de pessoas transgêneras negras acessarem as esferas onde meus interlocutores estavam.

Fazendo esses apontamentos metodológicos da pesquisa, irei detalhar um pouco sobre os interlocutores. Cosima é assistente social e no momento está somente na universidade, tem 26 anos e realiza o tratamento hormonal na rede privada; ela toma bloqueadores que inibem a produção de testosterona e com um adesivo vai repor o hormônio feminino. Se entendeu como mulher trans em 2009 e contou para a família; na esfera pública se assumiu como mulher aos dezoito anos. Vem de um município na região fronteira oeste do estado com uma população de um pouco mais de quarenta mil habitantes. Está em Santa Maria há quase dois anos e no momento da entrevista estava passando um período na sua cidade natal.

Krystal é dona de casa, tem vinte anos, nasceu e mora em Santa Maria, descobriu ser uma pessoa transexual aos doze anos de idade, mas por medo e por entender que as pessoas a sua volta não entendiam sobre o termo decidiu não contar naquele momento. Foi após uma novela em que apareceu um garoto trans que ela veio a assumir publicamente para a família, aos dezoito anos de idade. Nessa idade iniciou seu processo de hormonização pela automedicação consumindo o hormônio em pílula por onze meses, interrompendo o tratamento por não ter dinheiro para comprar a medicação; retornou ao tratamento com injeções intramusculares há dois meses, com auxílio financeiro de seu noivo.

Sarah é a interlocutora mais jovem, tem quinze anos, nasceu e mora em Santa Maria, se entendeu enquanto mulher transexual aos 13 anos de idade com auxílio de sua mãe que a levou no endócrino particular, onde foi encaminhada ao posto de saúde e posteriormente para Porto Alegre. Na data da entrevista se hormonizava há um mês com bloqueador de hormônio masculino e ingestão de hormônio feminino em pílula. No Brasil existem três unidades preventivas visando

atender adolescentes transexuais: uma delas se localiza em Porto Alegre. Ela e sua mãe vão mensalmente à cidade para realizar consultas.

Ira é homem trans e bissexual, tem 28 anos, desde criança não se reconhecia como do sexo feminino. Aos 26 contou pra família que era homem trans e foi quando iniciou o tratamento hormonal. Ele vem da região oeste do Rio Grande do Sul de uma cidade com uma população de oitenta mil habitantes aproximadamente, e reside em Santa Maria há quatro anos. É acadêmico e participa de um coletivo, frequentando vários espaços de debate sobre gênero e transexualidade.

Mark é homem trans, tem 18 anos, mora em Santa Maria há oito anos. Se entendeu como homem trans e se “assumiu” para a família com 16 anos, é dançarino e pretende cursar física, é o único interlocutor que está no mercado de trabalho, mora com os pais, mas paga todas as suas despesas e auxilia na manutenção da casa. Faz automedicação, comprando a receita com um amigo. Adquire a medicação na farmácia e faz a injeção intramuscular de 21 dias. Está juntando dinheiro e pretende ir ao endócrino no final do ano.

3 SUS E O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR: O CONTEXTO HISTÓRICO DO ACESSO À SAÚDE À IMPLEMENTAÇÃO DA NORMATIVA 2.803/2013

Compreendendo que a transexualidade não apresenta um conceito trans-histórico, assim como a saúde que adquiriu diferentes concepções de acordo com períodos históricos. Este capítulo visa discutir um pouco o caminho percorrido até a formação do sistema único de saúde, e os percalços que os tratamentos de saúde para população travesti e transexual tiveram até serem ofertados pelo SUS.

O conceito de doença sofreu diversas variações sócio-históricas. Na antiguidade até a Idade Média a doença foi considerada como uma punição divina em relação aos pecados e atos imorais terrenos. Nesse contexto, pode-se citar como exemplo a masturbação que por muito tempo foi considerada desvio de conduta. Os tratamentos para a erradicação das doenças foram diversos em conformidade com a época e com a cultura, como por exemplo o uso de xamãs e curandeiros.(SCLIAR, 2007).

Com o advento da modernidade as concepções de saúde também se modificam: a saúde entendida apenas como ausência de doença se modificou a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos como condição necessária para um bem estar físico, social e mental.

A ideia de direito à saúde aparece na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) em seu art. 25 quando afirma que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos...”. Posteriormente, no ano de 1966, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reafirma a ideia, e dispõe em seu art. 12 que os Estados-partes reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental, trazendo indicações mais precisas sobre as medidas a serem adotadas para assegurar o direito à saúde, como “a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta e a “criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade”. (VENTURA, 2011, p.92).

O Estado como responsável de promover a saúde passou a se configurar a partir de 1910. Desde o período colonial o acesso aos tratamentos de saúde foram proporcionados para pessoas que detinham poder econômico. No século XX, com

as epidemias de febre amarela, doenças de chagas, hanseníase² ocorridas no início do século passado, somadas a organização econômica brasileira diferente do período colonial, essas epidemias comprometeram a exportação de produtos dos trabalhadores; então, o Estado se viu obrigado a tomar medidas sanitárias nas cidades, como a vacinação obrigatória.

Movimentos trabalhistas a partir de 1930 foram fundamentais para a transformação social do acesso à saúde, resultando na criação do Ministério do Trabalho.

Portanto, há estudos que reconhecem, desde o início do século XX, a formação de três subsistemas no Brasil vinculados ao poder público: saúde pública³, medicina do trabalho⁴ e medicina previdenciária⁵. Desde suas origens tais subsistemas percorreram caminhos paralelos, de forma relativamente autônoma e respondendo a pressões distintas. (PAIM, 2009, p.26).

Em 1975 foi sancionada a lei 6.229 que organizava o chamado Sistema Nacional de Saúde, que propõe ao Estado como obrigação promover e aplicar ações de interesse coletivo como, por exemplo, a proteção à saúde e o combate à doenças, além de difundir órgãos capazes de coletar informações e compreender a demanda da necessidade de saúde da população. Podemos observar o delineamento básico da estrutura que viria a se tornar o Sistema Único de Saúde.

O documento “A questão democrática na área da saúde” foi debatido no 1º Simpósio Nacional de Saúde proposto a criação do SUS, vindo a ser incorporado pelo Estado. Com a aprovação da constituição de 1988, em vigor nos dias atuais, a saúde foi reconhecida como direito social⁶, o que simbolizou uma vitória aos

² Conhecida como lepra até 1909 quando foi encontrado o termo hanseníase no “Segundo Congresso Internacional de Lepra” em Bergen por Gerhard Hansen.

³ Ações voltadas para a prevenção, do ambiente e coletividade

⁴ As empresas contratavam as medicinas de grupo para evitarem que seus trabalhadores procurassem a assistência médica previdenciária, e contava com o apoio do governo que dispensava parte das contribuições previdenciárias.

⁵ Somente brasileiros com acesso formal ao mercado de trabalho com a carteira assinada na época tinham acesso a assistência médica da previdência social.

⁶ Art. 193 da constituição de 1988 “Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante a políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco e de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

movimentos sociais que emergiram na década de 1960 e tiveram papel fundamental para a democratização do acesso a direitos básicos.

Enquanto se debatia a legislação do SUS no Congresso Nacional, foram adotadas medidas visando à integração das ações e à unificação dos serviços de saúde, mediante a convênios entre os governos federal, estaduais e municipais, com a implantação do programa como se fosse pontes capazes facilitar a travessia para a outra margem do rio - SUS. (PAIM, 2009, p.28).

O SUS é sustentado em três pilares: universalidade, integralidade e equidade. Universalidade refere-se ao acesso democrático dos usuários independente de classe, raça, cor, identidade de gênero, religião e sexualidade. Integralidade é o princípio que se deve atender às minorias sociais com a criação de políticas públicas que comportem sua demanda. Equidade corresponde à necessidade que o Estado tem de promover ações que visem diminuir a disparidade social.

O princípio da dignidade da pessoa humana é regente e norteador de todo sistema de direitos humanos, no sentido de que estes devem propiciar o desenvolvimento da personalidade de cada um, nos diferentes contextos sociais. O princípio da igualdade deve garantir o igual respeito e consideração moral, social e jurídica aos projetos pessoais e coletivos de vida de todas as pessoas, limitando a realização, tão somente, daqueles projetos que violem a dignidade das outras pessoas. O princípio da liberdade deve garantir a todos as condições objetivas para realização de escolhas pessoais, legítimas e justas, e, assim, o exercício desses direitos. O princípio da equidade, enquanto princípio que busca conjugar igualdade e justiça, ganha destaque no sistema de direitos humanos, no sentido que deve garantir a simetria necessária nas relações e das condições de pessoas e/ou grupos, para que todos possam, de fato, vivenciar os direitos afirmados, considerando-se as desigualdades sociais e pessoais estejam presentes nos diversos contextos sociais. (VENTURA, 2011, p. 80).

A organização do SUS tem por base dois agentes principais, a organização municipal e estadual, ambas com autonomia. Neste modelo o usuário é encaminhado a uma base de saúde próxima de sua região de residência. Caso a região não tenha as ferramentas necessárias para o tratamento com maiores complexidades, o indivíduo é encaminhado para uma área com serviços especializados (estadual). A rede privada de saúde assim como hospitais filantrópicos podem fazer parte do sistema público de saúde através de convênios;

os gastos com a prestação desses serviços são de responsabilidade da gestão municipal e estadual.

A política de saúde nacional reconhece que há diferentes públicos que necessitam do atendimento do SUS e busca, portanto, aprimorar o atendimento para que comportem os sujeitos. Sua idealização é de um sistema perfeitamente operante e funcional, mas a realidade do atendimento pode não seguir esses princípios. Logo com a criação do SUS os gastos para a saúde foram reduzidos, por isso, alguns tratamentos de saúde contam com poucos profissionais para realizá-los não conseguindo acompanhar a demanda da população. Entre esses tratamentos destaco as cirurgias de redesignação sexual como um tratamento específico para a população transexual ofertado pelo SUS e com poucos acessos.

Seguindo o princípio da integralidade, o Ministério da Saúde através da resolução nº2 de 6 de Dezembro de 2010 aprovou a “Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transgêneros” com estratégias e ações que comportassem os tratamentos de saúde necessários a essa população e auxiliar os profissionais no atendimento. As estratégias de saúde para população LGBT se centraram principalmente com o pânico do HIV/AIDS na década de noventa e o surgimento de movimentos políticos compostos por LGBTs.

Durante todo o período histórico, sexualidades e identidades de gênero desviantes da norma foram tratadas com estigmas, condenadas, perseguidas e sob diversos “tratamentos”. Quando falamos de movimento LGBT e suas lutas com o sistema de saúde, deve-se pontuar que os direitos adquiridos pela população trans sofreram diversos percalços até estarem instituídos no SUS e sua institucionalização não significa garantia de acesso, visto que a patologização médica é enfoque central de discussão de grupos transexuais.

[..]acreditamos que a patologização não garantiu direitos de fato, mas impôs um modelo para se pensar a transexualidade como experiência catalogável, curável e passível de normalização. Tratou-se até aqui de um processo que qualificou alguns saberes científicos como os únicos capazes de dar respostas acertadas às vivências que desafiam as normas de gênero. Processo que, por outro lado, autoriza o tutelamento dos corpos e das subjetividades de pessoas que se reconhecem como transexuais. (BENTO; PELÚCIO, 2012, p.574).

A primeira cirurgia de redesignação sexual no Brasil ocorreu em 1971. O profissional responsável pelo procedimento foi o médico Roberto Farina, cirurgião plástico e pioneiro de cirurgias de redesignação sexual no Brasil. Farina operou Waldyrene, nascida do sexo masculino com o nome Waldir Nogueira.

Waldyrene passou por um longo atendimento de uma equipe multidisciplinar, ao que se constatou que era transexual e apresentava o desejo de remover todas as características do sexo biológico e adquirir todas as características principais e secundárias do gênero feminino. Em um congresso de medicina cinco anos após a cirurgia bem sucedida de Waldyrene, Roberto Farina afirmou ter realizado a cirurgia de redesignação sexual diversas vezes com sucesso. No mesmo período, Waldyrene entrou na justiça para alterar seus documentos de acordo com sua identidade de gênero; o que possibilitou que o Ministério Público descobrisse sua identidade e pudesse indiciar Roberto Farina por lesão corporal grave e mutilação genital, podendo ser condenado de dois a oito anos de prisão.

A comunidade científica internacional frente a condenação do médico se posicionou a favor do cirurgião, tratando a cirurgia como um tratamento de saúde necessário. Mesmo com diversas mobilizações e cartas enviadas ao Ministério Público este continuou com as acusações; dentre os argumentos apresentados pela instituição, expressões sobre o processo relacionam a transexualidade aos estigmas de “perversão” e “aberração”, afirmando que sujeitos transexuais devem ser submetidos a tratamentos psiquiátricos pois são portadores de distúrbios mentais e em nada podem responder sobre seus corpos:

O Ministério Público pediu o aumento da pena: "Admitindo-se que ele (Waldyrene) possa oferecer sua neovagina a homens, então somos forçados a concluir que agora ele é uma prostituta", afirmou o promotor Piva, em 1978. "Embora mutilado, Waldir continuará sendo o que sempre foi, ou seja, um homem que mantém relações sexuais com outros homens. Mas a prática de relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo será sempre uma aberração, tanto à natureza como à lei." E continuou: "Farina quer que os portadores de distúrbios mentais possam autorizar a realização em seus próprios corpos de cirurgias mutiladoras; que os homossexuais – 'bichinhas' – entrem em fila para conseguirem a cirurgia; que os pais de família sejam obrigados a suportar, em seus lares, filhos homossexuais – do que ninguém está livre – e ainda mutilados". (trecho retirado de matéria do G1 "Monstro, prostituta, bichinha": como a Justiça condenou a 1ª cirurgia de mudança de sexo do Brasil e sentenciou médico à prisão").

Foi apenas com a Resolução CFM nº1.482/97, quase trinta anos após a operação de Waldyrene que o Conselho Federal de Medicina aprova a cirurgia de redesignação sexual em caráter experimental para pacientes portadores do desvio psicológico permanente de identidade sexual, com tendência à automutilação e extermínio.

A transexualidade era chamada de “transexualismo”, o sufixo “ismo” remete a doença, visto que era considerada distúrbio psicológico no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e no CID (Código Internacional de doenças). A transexualidade só foi removida da área de transtornos mentais no CID-11 em 2018⁷, sendo classificada como incongruência de gênero relacionada à saúde sexual.

Na resolução CFM nº1.482/97 diz no art.3 que a definição de *transexualismo* deve obedecer a quatro critérios, sendo o quarto ponto a “ausência de outros transtornos mentais”, esse trecho revela a patologização da transexualidade na área médica como transtorno mental. Esse artigo foi revogado posteriormente pela CFM 1.955/2010 onde se lê “ausência de outros transtornos mentais” agora lê-se “ausência de transtornos mentais”, retirando da transexualidade seu caráter patológico histórico, mas colocando dentro de uma experiência catalogada pelos profissionais médicos.

Atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) define transexualidade como um tipo de transtorno de identidade de gênero. O homem transexual e a mulher transexual se identificam com uma masculinidade e/ou feminilidade diferente daquela esperada pela sociedade em função do seu sexo biológico, causando-lhe uma “disforia de gênero”, o que leva essas pessoas a demandar a mudança de sexo, através de um procedimento cirúrgico. (POPADIUK et al. 2006, p.2).

Observa-se a necessidade de normatizar corpos, gênero e sexualidades através do discurso biomédico e laudos. A retificação da documentação de pessoas transexuais antes do Decreto nº8.727/16 só era possível mediante o laudo médico e cirurgia de redesignação sexual; agora pode ser feita de forma direta no cartório e

⁷ A APA (Associação Americana de Psicologia) removeu em 1973 a homossexualidade do quadro de doenças do DSM- IV e posterior em 1990 retirada do CID-10.

sem a necessidade de ter realizado a hormonoterapia e cirurgias. Importante conceber que para determinados serviços, a população trans consegue realizá-los de forma autárquica e, em outras, ela se vê dependente do discurso biomédico e novamente de laudos, como o CID diagnosticado pelo psiquiatra. Berenice Bento (2014) vai chamar esse processo de cidadania precária, ações que deixam o sujeito dependente de um “sistema que lhe reconhece para poder excluir”. A mesma “cidadania precária” pode ser observada na maneira como o processo transexualizador foi instituído e continua operando.

Embora a primeira cirurgia de redesignação sexual tenha sido um sucesso, a institucionalização desse serviço através do SUS é um marco recente, pois a cirurgia de redesignação e o tratamento hormonal estavam a serviço somente de quem pudesse pagar esses tratamentos⁸ e apenas no exterior, uma boa parcela da população trans realiza hoje a cirurgia de redesignação sexual em países como a Tailândia.

O processo transexualizador ofertado pelo SUS passou por diversos ajustes. A portaria nº1.707 de 18 de Agosto de 2008, constitui o primeiro marco na oferta ao tratamento hormonal no SUS. Essa portaria registra que gênero e orientação sexual são condicionantes ao acesso da saúde e que estigmas e preconceitos dificultam a promoção de saúde para a população LGBT, sendo que a exclusão desses sujeitos do sistema de saúde viola os direitos humanos. Com a portaria nº2.836 de 01 de Dezembro de 2011, “Política Nacional de Saúde Integral LGBT” é institucionalizada a necessidade de ampliação do processo transexualizador, como também é definido nos objetivos do Ministério da Saúde:

- VIII -elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais;
- IX - elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS. (BRASIL, 2013, p.24).

⁸ Classe é um condicionante ao acesso à saúde, como pontua Letícia Lanz; a experiência de mulheres transexuais de classe média se difere de mulheres transexuais pobres. Fatores comuns passados nessas duas experiências envolvem estigmas sociais.

Nessas portarias não se define o tipo de atendimento e etapas do processo transexualizador. Já na portaria nº859 de 30 de Julho de 2013, constam duas etapas de atendimento: o ambulatorial e o hospitalar. O tratamento hormonal fica a âmbito do tratamento ambulatorial de (média complexidade) e as cirurgias ficam no atendimento hospitalar (de alta complexidade). Essa portaria também institucionaliza que, para o início do tratamento hormonal, o paciente deve ter feito um acompanhamento de dois a três anos com uma equipe multidisciplinar composta de no mínimo um psiquiatra e psicólogo, um assistente social, um endócrino, um clínico geral e um enfermeiro. O paciente deve ter mais de dezoito anos para iniciar o tratamento hormonal, sendo que, em alguns casos, poderá iniciar o tratamento aos dezesseis anos, desde que tenha um parecer da equipe multidisciplinar que o acompanha e a autorização do responsável legal. Com a normativa nº 2803/2013 integram-se no processo transexualizador serviços para a população de homens trans não abrangidos pelas normativas anteriores.

O cuidado da população trans é estruturado pelos componentes da Atenção Básica e pela Atenção Especializada. A Atenção Básica é o componente da rede responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população, além de ser porta de entrada prioritária na rede. A Atenção Especializada é um conjunto de diversos pontos de atenção, com diferentes densidades tecnológicas. Os componentes da Atenção Especializada no PrTr incluem as modalidades de atenção ambulatorial (acompanhamento clínico, pré e pós-operatório e hormonioterapia) e hospitalar (realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório). (POPADIUK et al. 2006, p.5).

Em 2013 estavam habilitadas pelo ministério da Saúde quatro unidades de atendimento hospitalar, no Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP, Porto Alegre/RS e Goiânia/GO. Em 2014 foi habilitado o hospital em Recife/PE. A região Norte não apresenta nenhum atendimento hospitalar dentro do processo transexualizador, o que dificulta a população trans de regiões mais interioranas e periféricas acessarem o direito ao tratamento.

O atendimento ambulatorial encontra maior número de unidades espalhadas pelo território brasileiro. Seis hospitais estão credenciados pelo SUS para o tratamento ambulatorial e outras dezoito unidades funcionam por iniciativa do governo estadual e municipal.

O SUS, através do PrTr e da PNSILGBT visa garantir o atendimento integral de saúde das pessoas trans, incluindo ações de acolhimento e acesso aos serviços do SUS, desde o uso do nome social, acesso à hormonioterapia e cirurgias de adequação do corpo biológico à identidade de gênero social. (POPADIUK et al, 2006, p.5).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RS) consegue realizar em média uma cirurgia mensal de redesignação para o sexo masculino e uma para o sexo feminino⁹. Observa-se que o acesso ao tratamento mesmo tendo a disponibilidade no SUS encontra entraves; em regiões onde não há hospitais autorizados a população trans dessa região se vê desassistida.

Além dos hospitais habilitados na rede SUS existem seis serviços ambulatoriais destinados ao atendimento da população trans: Uberlândia/MG, Curitiba/PR, João Pessoa/PB, Belém/PA e dois em São Paulo/SP¹². O procedimento cirúrgico de redesignação sexual e o tratamento hormonal para transexuais são realizados na sequência de um processo de avaliação longo e complexo, que poderão ser realizados a partir de 21 anos de idade, desde que tenha indicação específica e acompanhamento prévio de dois anos pela equipe multidisciplinar no Ambulatório de Serviço de Atenção Especializada no PrTr, em cumprimento à Resolução do CFM. (POPADIUK et al. 2006 p.5).

Santa Maria é um município da região central do Rio Grande do Sul. A configuração do seu sistema de saúde atende mais de trinta municípios próximos. Dispõe do Hospital Universitário (HUSM) e o Hospital Casa de Saúde, ambos vinculados ao SUS e a universidades presentes no município.

Embora Santa Maria tenha uma grande estrutura para o atendimento de saúde comparada com os municípios vizinhos, não apresenta nenhuma unidade ambulatorial ou hospitalar que possa atender satisfatoriamente às necessidades da população transexual do município e região. As únicas opções que a população transexual encontra é tentar entrar na fila de espera para atendimento em Porto

⁹ O início dos procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos enfrentam uma demanda maior do que sua estrutura pode atender, na região Sul são realizados mensalmente apenas uma cirurgia de redesignação sexual masculino e feminino, segundo dados do G1 em 2013 estavam na fila de espera para a cirurgia de redesignação sexual duzentos e oitenta pessoas transexual, cinquenta apenas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Alegre, município há cerca de 300 Km de distância, ter condições de arcar com o tratamento hormonal pelo setor privado ou realizar a auto-hormonização.

Data	Marco	Descrição
10 de Dezembro de 1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos	É um documento marco na história dos direitos humanos. Elaborada por representantes de diferentes origens jurídicas e culturais de todas as regiões do mundo, como uma norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações
1971	Primeira cirurgia de redesignação sexual no Brasil	Realização da cirurgia de redesignação sexual de Waldyrene Nogueira pelo cirurgião Roberto Farina
17 de Julho de 1975	Lei 6.229/75	Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.
19 de Setembro de 1990	Lei 8.080/90	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.
10 de Setembro de 1997	Resolução CFM nº 1.482 /97	Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de "transexualismo" (presença do termo transexualismo como doença)
06 de Novembro de 2002	Resolução CFM nº 1.652/2002	Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97
18 de Agosto de 2008	Portaria Nº 1.707	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de

		gestão.
03 de Setembro de 2010	Resolução CFM nº 1.955/2010	Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02.
19 de Novembro de 2013	Portaria 2.803/2013	Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS).
28 de Abril de 2016	Decreto 8.727/2016	Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional
01 de Março de 2018	Portaria PGR/MPU nº 7	Dispõe sobre o uso do nome social pelas pessoas transgênero usuárias dos serviços, pelos membros, servidores, estagiários e trabalhadores terceirizados, no âmbito do Ministério Público da União.

2. Quadro com de leis sobre saúde e transexualidade

4 CORPORALIDADES: A MEDICALIZAÇÃO DO CORPO E AS PERSPECTIVAS DE AGÊNCIA SOBRE A TRANSEXULIDADE

O acesso ao tratamento hormonal e a procedimentos cirúrgicos são a oportunidade de modificação corporal, ou seja, de transformar esse corpo em uma casa confortável, incorporando elementos na construção da identidade transexual. Acessar os meios para modificar o corpo não é tão simples como formulado na normativa, pois, as modificações corporais estão condicionadas a fatores como classe social, capital cultural e regionalidade.

É sobre essa “tela”, o corpo, que inserimos aspectos que constituem nossa identidade, não restrita somente à limitadas definições de homens e mulheres. Nosso corpo faz-se presente como parte e assentamento do tecido social. Há um corpo fisiológico que adquirimos ao nascer - do qual não podemos nos desvincular - e um corpo social onde são inscritos sinais e projeções culturais.

Assim, o corpo não é somente uma coleção de órgãos arranjados segundo leis da anatomia e da fisiologia. É, em primeiro lugar, uma estrutura simbólica, superfície de projeção passível de unir as mais variadas formas culturais. Em outras palavras, o conhecimento biomédico, conhecimento oficial nas sociedades ocidentais, é uma representação do corpo entre outras, eficaz para as práticas que sustenta. (LE BRETON, 2006, p.29).

A biologia não consegue explicar os significados que construímos ao redor do corpo, mas tem legitimidade para normalizar sua existência e ações. A ordem biológica foi movida para justificar uma inferioridade natural da mulher, teoria que dizia se tratar de um mau desenvolvimento corporal, a vagina foi vista como um pênis invertido, que não se desenvolveu pra fora. Da mesma forma com a população negra, com as teorias racialistas e a frenologia que apontavam a suposta inferioridade, justificando pelo tamanho do crânio e outros atributos fisiológicos (HELMAN, 2003). Essas teorias dominaram o campo científico e construíram estigmas históricos presentes nas relações de mulheres e negros. O que evidencia o caráter hegemônico do conhecimento científico, a necessidade e o poder de explicar as diferenças sociais por uma base biológica.

Com a atual produção da vida e existência, não temos um corpo puramente biológico, pois o corpo está em constantes mudanças que são frutos da ordem

social. O ato de ir a academia, por exemplo, vai além da busca por saúde física, também apresenta a intenção de deixar o corpo sarado¹⁰, ser, então, reconhecido como bonito e atraente. Nossa alimentação também não pode ser vista como natural, já que as desigualdades sociais de acesso à alimentação básica são permeadas de relações políticas e o próprio alimento é produzido através de manipulações genéticas (transgênicos) constituídas pela humanidade. O corpo é, então, exercitado, alimentado, ornamentado e definido dentro de teias culturais da qual não se pode desprendê-lo. Para analisar a corporalidade de pessoas transexuais deve-se ter em mente que todo o conhecimento produzido sobre o assunto é majoritariamente composto por pessoas cisgêneras.

A expressão corporal é socialmente modulável, mesmo sendo vivida de acordo com o estilo particular do indivíduo. Os outros contribuem para modular os contornos de seu universo e a dar ao corpo o relevo social que necessita, oferecem a possibilidade de construir-se inteiramente como ator do grupo de pertencimento. No interior de uma mesma comunidade social, todas as manifestações corporais do ator são virtualmente significantes aos olhos dos parceiros. elas só têm sentido quando relacionadas ao conjunto de dados da simbologia própria do grupo social. Não há nada de natural no gesto ou na sensação. (LE BRETON, 2006, p.9).

A percepção sobre o corpo é distinta na área médica, nas ciências *psi* (psicanálise; psicologia; psiquiatria) e para as ciências sociais. A área médica esteve muito ligada à funcionalidade; o que é acionador e definidor dessas percepções são as funções corporais, dos órgãos, tecidos, cromossomos etc. As ciências *psi* se detiveram em desenvolver seus estudos sobre o cérebro e a mente, buscaram sua justificação a partir das experiências do indivíduo (relação com mãe e pai, traumas etc). As ciências sociais, por sua vez, veem o corpo como uma parte da cultura, o corpo dotado de “peles simbólicas”, círculos concêntricos ao redor do indivíduo, sendo que as experiências variam de acordo com gênero, sexualidade, raça e tamanho.

O conceito de pele simbólicas, delineado anteriormente, significa que a existência do corpo é sempre moldada e alterada por noções culturais de *espaço*. Essas funções normalmente entendem as fronteiras do corpo para

¹⁰ Miskolci (2017) traz que o uso do termo sarado surgiu com o pânico do HIV/AIDS, onde um corpo doente era medido pela magreza e um corpo musculoso então seria um corpo são.

muito além da fronteira natural e física da pele. Em termos espaciais, essas pedras simbólicas - algumas visíveis, outras não - pode fazer o corpo (e o senso de self que ele contém) adquirir dimensões enormes. (HELMAN, p.37, 2003).

Como não podemos nos afastar desse corpo social, é através dele que os indivíduos leem uns aos outros, conjunto composto pela aparência física, trejeitos, vestuários, todos esses signos constituem as identidades que rotulamos de masculina e feminina.

Ser homem e mulher engendra, então, uma construção além dos órgãos sexuais, envolve uma performatividade de gênero (BUTLER, 2003) apoiadas no ideal de masculinidade e feminilidade. O sujeito que não corresponde a esse ideal de gênero consequentemente sofre sanções do grupo social nos diversos espaços que transitam. Guacira Louro (2000) nos conta como a escola apresenta um currículo oculto sobre as normas de gênero; dessa forma, é comum os relatos sobre *bullying* que LGBT¹¹s sofrem no ambiente escolar. Dentro da questão transgênera a evasão escolar é um presente cotidiano.

Krystal relata ter reprovado três vezes no primeiro ano do ensino médio em consequência de assédios e *bullying* praticados pelos colegas e professores. É em decorrência de ter o corpo como transgressor às normas de gênero que o estigma se alia como marca definidora de *status* social (GOFFMAN, 1988).

As escolas não suportam trabalhar com transexuais, pois empreendem toda uma maquinaria com vistas a estabelecer e reiterar a norma heterossexual. Talvez pelo afastamento das normas operado por essa experiência, pois uma vez iniciado o processo de transexualização, com a ingestão de hormônios, a colocação de próteses ou a retirada de partes do corpo, dificilmente se retrocede às normas de gênero e sexualidade. Esses são sujeitos que escapam à eficiente política de governo de corpos e subjetividades no funcionamento da maquinaria escolar. (SANTOS, 2015, p.10).

Para os saberes médicos construídos ao longo do século XX e XXI, o indivíduo transexual deve, no seu processo de transição de gênero, modificar seus trejeitos: para as mulheres transexuais suavizar a voz, os movimentos, uso de

¹¹ O termo da sigla que comporta mais identidades é LGBTQIA+, utilizo LGBT para facilitar a leitura, no que tange o sistema de saúde e políticas públicas somente Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais são reconhecidos.

maquiagem, transicionar seu guarda roupa e construir uma nova identidade; dessa forma, criam-se dois pólos onde os indivíduos devem se fixar.

Diante dessas complexas experiências, como são complexas as experiências humanas em geral, o saber médico não pode justificar os “transtornos” por nenhuma disfunção biológica. Em última instância, são as normas de gênero que contribuirão para a formação de um parecer médico sobre os níveis de feminilidade e masculinidade presentes nos demandantes. Serão elas que estarão sendo citadas, em séries de efeitos discursivos que se vinculam às normas, quando, por exemplo, se julga ao final de um processo se uma pessoa é um(a) “transexual de verdade”. Não existem testes clinicamente apropriados e repetíveis ou testes simples e sem ambiguidades. O que assusta é perceber que tão pouco conhecimento, credenciado como científico, tenha gerado tanto poder. (BENTO; PELÚCIO, 2012, p.573).

Dentro do espectro transgênero e da sexualidade houve um processo de patologização de todas as identidades e sexualidades divergentes da norma cis-heterossexual, desencadeando desesperadamente a busca por uma explicação biomédica desses fenômenos e, por consequência, a correção desses indivíduos (BENTO, 2006). Assim como o conceito de homossexualidade desenvolvido da relação de poder que a heterossexualidade exerce sobre sexualidades divergentes da norma (FOUCAULT, 2010), a categoria transexual surgiu a partir da década de cinquenta, como um conceito “criado” também da relação de poder da cisgeneridade sobre qualquer outra maneira de experienciar o gênero.

Questionar a transexualidade antes do século XX parece não fazer sentido, uma vez que até esse momento, transexuais não existiam como sujeitos. O/a transexual consiste em um objeto inventado, como uma “espécie”, com diagnóstico e tratamento específicos, em meio a disputas de poder. Assim, “[é] importante ressaltar que antes de 1950 não existiam definições ou caracterizações específicas para transexuais, isto é, não havia diferenciação entre transexuais, travestis e homossexuais”. (SANTOS, 2015, p.6).

Segundo Bento e Pelúcio (2012), houve a necessidade de se definir o “verdadeiro transexual” que apresenta um conjunto específico de características. Dentre elas a necessidade de eliminar todos os caracteres do sexo biológico e o desejo de adquirir todas as características do gênero oposto, assim como a propensão ao suicídio; essas definições da transexualidade estão presentes na

normativa 2.803/2013 que regula o acesso ao tratamento hormonal. As definições e saberes médicos foram pautados na concepção da cisgeneridade sobre o que consideram disforia de gênero e, conseqüentemente, sua visão sobre a transexualidade.

Dentro das minhas entrevistas com um dos profissionais da saúde, que atende alguns homens trans do município, a visão biomédica é presente no momento em que ele afirma que deve-se fazer o diagnóstico para descobrir se a pessoa é transexual ou apenas travesti.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) apresenta os códigos e a tipificação da doença que devem estar presentes em todos os diagnósticos para que tenham validade legal. O “transexualismo”, por exemplo, é definido como “transtornos da identidade sexual (F64.0)”. Além “do transexualismo”, há o “travestismo bivalente (F64.1), o transtorno de identidade sexual na infância (F64.2), outros transtornos da identidade sexual (F64.8), o transtorno não especificado da identidade sexual (F64.9)”, ou seja, eliminou-se, em 1973, o “homossexualismo” do DSM-8 e, em 1975, do CID-10, mas o que assistimos em seguida foi a uma verdadeira proliferação de novas categorias médicas que seguem patologizando comportamentos a partir do pressuposto heteronormativo, que exige uma linearidade sem fissuras entre sexo genital, gênero, desejo e práticas sexuais. (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 572).

As definições de transexual e de travesti na área médica não estão ancoradas no pertencimento ou reconhecimento desses indivíduos, mas em uma definição biomédica sobre o assunto que acaba por reforçar a binariedade do gênero, dizendo que só podem existir homens e mulheres com uma distinção corporal bem delimitada entre si.

As pesquisas de Bento (2006), Lanz (2014) e essa pesquisa mostram que a busca pela modificação corporal não está vinculada apenas às definições tipicamente biológicas do que seria a transexualidade e na busca por inserir os corpos dentro de uma definição de masculino e feminino. Ira, um de meus interlocutores, afirma:

[...] busquei ajuda de médicos pra eu mudar meu corpo, de uma forma que eu me sentisse melhor e confortável, não que eu almeje no futuro fazer uma cirurgia de readequação sexual. Eu não sinto vontade de ter um pinto pra ser homem, enquanto a isso está ok. Mas agora com meu corpo me sinto mais confortável com ele, embora tenha os seios que a gente chama de “intruso”

dentro dos transhomens - Ira, 28 anos, realiza o tratamento hormonal pelo setor privado.

Embora grande parte de meus interlocutores transexuais se identificam a partir da “disforia de gênero”, “almejando eliminar todas as características do sexo biológico e adquirir as do sexo oposto”, isso não é de fato uma regra. Ira sente-se confortável com as modificações que o hormônio produziu em seu corpo, não busca a cirurgia de readequação sexual, embora queira eliminar os seios que define de “intruso”, Ira não se enquadraria dentro da definição hegemônica do “transexual de verdade”, pois, em sua visão foi necessário desconstruir as definições do que é ser homem, para assim poder reivindicar sua identidade enquanto trans-homem bissexual.

Em nossa cultura ocidental, modificações corporais através de procedimentos cirúrgicos são constantemente acionados pelos indivíduos que detêm poder econômico para tal acesso. Dentro do escopo social existe uma concepção das modificações corporais que podem ser feitas pelos indivíduos e são aceitáveis no tecido social; essas modificações são fruto de um processo histórico dentro dos tensionamentos da (a)normalidade.

No panorama atual o indivíduo pode de forma autônoma buscar realizar inúmeras cirurgias, desde que essas cirurgias não tragam a ambiguidade para o corpo. Modifica-se nariz, peitos, quadris, vagina, pênis mas desde que siga a cisgeneridade; portanto, uma mulher pode buscar de forma autônoma uma cirurgia de correção vaginal¹²; porém, o mesmo não se pode acontecer com uma mulher trans, a qual precisa justificar sua demanda através de um laudo patologizante de sua condição. Dessa forma o laudo médico sobre a transexualidade deve ser problematizado, uma vez que essa relação médico-paciente está permeada de relações de poder.

Se, para o Estado, os/as normais de gênero são aqueles/as que têm uma correspondência entre genitália, performance e práticas eróticas e se essa definição gera um *modus operandi* que exclui sujeitos que estão nos seus

¹² Para melhor aprofundamento ler “Ame seu corpo, inclusive sua vagina: estudo sociológico da produção discursiva sobre a autoestima vaginal e empoderamento feminino nas mídias digitais” tese de doutorado da socióloga Marcelle Jacinto da Silva, Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-graduação em Sociologia, Fortaleza, 2019.

marcos, estamos diante de uma contradição com sua própria definição universalizante. A resposta para resolver essa contradição nos limites do DSM é a inclusão excludente. (BENTO; PELÚCIO, 2012, p.577).

Dentro das narrativas dos meus interlocutores acima de dezoito anos, diversas formas de violência foram relatadas quando os mesmos buscaram profissionais de saúde para tratamento relacionado à transição ou outros tratamentos.

As violências simbólicas habituais incluem o não respeito ao nome social, o tratamento por pronomes não adequados com a identidade de gênero do paciente, negligência médica e assédio sobre o corpo do paciente. Devemos lembrar que a medicina é constituída por seres humanos com inclinações morais pautadas geralmente no senso comum, que estigmatiza sujeitos LGBTs constituídos como minorias sociais. Portanto, quando não se problematiza as definições de gênero e sexualidade na formação acadêmica, os profissionais reproduzem os estigmas sociais no seu atendimento médico-paciente. Cosima, uma de minhas interlocutoras, relata o assédio que sofreu em uma consulta com um médico urologista.

Outro tipo de violência que sofri nitidamente por ser uma mulher trans foi um assédio de um médico urologista. Precisei buscar esse especialista por estar com fortes dores na região pélvica. Chegando lá, me fizeram inúmeras perguntas do por que estar buscando esse profissional. Tive de dar muitas explicações íntimas tanto a atendente quanto ao médico. Ele ficou muito surpreso e teceu comentários muito machistas e transfóbicos do tipo: “tu coloca muita mulher no chinelo”, “nossa, como pode tu ter nascido homem e ser tão linda e feminina”, etc. A gota d'água foi ele pedir pra me despir pra fazer alguns exames de imagem. Detalhe: ele quis fazer exame de imagem nos meus seios, que nada tinham a ver com a minha dor e procura. No meio dos exames ele fez mais comentário, alguns deles sórdidos. Ao se despedir ele disse: se perguntarem quem é o teu GINECOLOGISTA, diz que sou eu. Saí de lá péssima, suja, como se estivesse sido estuprada. Mas não cheguei a denunciá-lo. - Cosima, 26 anos, realiza o tratamento hormonal pelo setor privado.

Discutir gênero na formação profissional da área médica é o primeiro pressuposto para garantir o acesso universal aos serviços oferecidos (CARVALHO, 2015). Mesmo com o desenvolvimento de políticas públicas para a promoção da saúde de travestis e transexuais, a implementação dessas políticas encontram percalços.

A circulação dos corpos transexuais em espaços como a escola, o trabalho e a universidade são restritas justamente por serem corpos vistos como transgressores das normas de gênero tidas como fixas e imutáveis (BENTO, 2006).

No próprio desenvolvimento da pesquisa consegui ter acesso a apenas duas pessoas trans que ingressaram no ensino superior tanto pela universidade pública como pela particular; ambas apresentam um perfil socioeconômico elevado e realizam a transição de gênero na rede privada. Houve uma dificuldade enquanto pesquisador acadêmico (já pontuada no capítulo metodológico) de encontrar sujeitos transexuais nos espaços que frequento, dadas as dificuldades de inserção da população trans em espaços hegemonicamente cisgêneros.

A forma como vemos nosso corpo também é marcada pela classe a qual pertencemos, vimos que a noção de corpo para a área médica se diferencia muito das definições encontradas nas ciências sociais. As diferentes classes percebem o uso do seu corpo de formas distintas; sendo assim, o corpo pode ser visto de formas diferentes como, por exemplo, de forma mecânica, ou instrumento de trabalho intelectual.

As regras que determinam os comportamentos físicos dos agentes sociais e cujo sistema constitui sua “cultura somática”, são produto das condições objetivas que elas traduzem na ordem cultural, ou seja, conforme o modo de dever-ser: são função, precisamente, do grau em que os indivíduos tiram seus meios materiais de existência de sua atividade física, da venda de mercadorias que são o produto dessa atividade, ou do emprego de sua força física e de sua venda no mercado de trabalho. (BOLTANSKI, 2004, p.157).

É através de significativos culturais que o corpo adquire outras dimensões. Cecil Helman (2003) mostrou através de seu estudo que dependendo do nível de instrução do indivíduo, seu gênero e classe são marcadores sociais que diferenciam a busca por assistência médica.

Da mesma forma, a classe atrelada à transexualidade traz percepções distintas de agência e transformações sobre o corpo. Todos os meus interlocutores nesta pesquisa fazem, até o momento, modificações corporais com o uso de hormônios; porém, o acesso a esse tratamento e as perspectivas de futuras modificações se delimita pela classe social.

A possibilidade de acesso ao conjunto de modificações ofertado pelo SUS é algo muito positivo para a autoestima de pessoas trans, mas também se torna um fardo para as mesmas que apresentam traços “mais marcados” pelo sexo biológico, revelando sua condição enquanto transexuais (LANZ, 2014).

Krystal, a interlocutora que já citei anteriormente, revela os embates ainda presentes com seu corpo, afirmando que ter peito pequeno, cabelo curto e a marca de expressão de pelos faciais deslegitimam sua identidade transexual e a fazem se sentir “menos mulher”.

Ira, que faz tratamento hormonal no setor privado, diz já ter pesquisado valores de cirurgias de mastectomia dupla ou bilateral, que é a remoção dos seios; ele consegue vislumbrar a possibilidade de realizar essa cirurgia. Por outro lado, Krystal afirma ter aceitado o fato de que nunca irá conseguir fazer a operação.

Assim, eu ainda sofro de disforia que é quando você não aceita o seu corpo no caso o corpo que não é designado ao meu gênero. O que mais me afetava era meu órgão sexual. Agora já me convenci que nunca irei conseguir fazer a redesignação de sexo, então tive que aceitar o fato de ser uma mulher com pênis - Krystal, 20 anos, realiza a transição de gênero por auto-medicação.

Ela relata inúmeras violências que sofreu por conta de ser transexual na escola, quando tentou se inserir no mercado de trabalho e rejeição por parte da família. Dessa forma, interrompeu a medicação pelo uso de pílula de forma autônoma por onze meses por não ter condições de comprar a medicação; retornou há dois meses da data da entrevista com a medicação injetável, com a ajuda de seu noivo que dá suporte financeiro ao tratamento.

É importante trazer alguns condicionantes sociais que estão presentes na fala de Krystal em comparação com Ira. Krystal é de classe baixa, sua renda depende de seu noivo, com quem está junto há menos de um ano; ela não conseguiu concluir o ensino médio em decorrência de violências cotidianas, se assumiu enquanto mulher trans quando ainda frequentava o ensino médio. Dentro do seu universo do possível (BOURDIEU, 2007) ela não vislumbra a possibilidade de frequentar o ensino superior; o conhecimento que tem da transexualidade foi construído parte de forma

autônoma, pela sua experiência enquanto transexual, e em parte a partir das definições hegemônicas de gênero.

Conheci Ira em 2018 em eventos sobre gênero e sexualidade dentro e fora da universidade. Ele se encontra no ensino superior engajado em espaços como o coletivo do qual faz parte, que discute constantemente novas perspectivas sobre gênero e transexualidade.

O capital cultural (BOURDIEU, 2007) de Ira é distinto do de Krystal, o que o possibilita repensar de forma acadêmica e teórica seu gênero, desconstruindo uma série de normas vigentes. Ele diz que gosta de ter cabelo comprido e que não se sente deslegitimado por ter o cabelo comprido e por ter vagina. Enquanto Krystal nos conta que o fato de não conseguir acessar o SUS e a rede privada para a cirurgia de redesignação sexual a forçaram a aceitar seu pênis em decorrência da impossibilidade de agência condicionada por sua classe. Dessa forma, a (des) construção do gênero é permeada pelos espaços que os sujeitos circulam.

Foi desenvolvido ao longo das décadas um vasto mercado para modificações corporais na área da estética, dentre as quais se destacam as cirurgias de feminização facial, operações que são feitas para deixar o rosto mais “feminino”.

No seu trabalho, Aureliano Lopes (2018) acompanhou concursos nacionais de beleza com mulheres transexuais e a presença de empresas do ramo estético que promoviam palestras para mostrar as novas tecnologias que garantem uma harmonização do rosto sem deixar marcas perceptíveis. A presença de empresas desse nicho em espaços como esses, onde as pessoas trans que ali circulam se distinguem economicamente, denota uma estratégia do mercado em transformar em lucro a necessidade/vontade de adequação às normas de gênero por parcelas da população trans. Criando esse desejo como bem comercializável e negociável para determinadas classes sociais.

Como na pesquisa da socióloga Letícia Lanz (2014); a construção do corpo de pessoas transexuais e sua identidade se dá incorporando signos considerados masculinos e femininos. Corresponder às expectativas construídas sobre o sexo biológico afeta todos os indivíduos sociais de formas diferentes, porém, os únicos que repensam seu corpo e seu gênero são os que não condizem com esse ideal.

Há histórias e mais histórias envolvendo o constrangimento a que pessoas transgêneras são constantemente submetidas pela população cisgênera. Histórias comoventes e dolorosas, como a da travesti que foi espancada pelo pai até quase a morte ou da transexual que teve negada pelo SUS a sua cirurgia de readequação genital por não corresponder de maneira alguma ao padrão de feminilidade exigido pelos médicos do SUS a fim de considerarem-na apta para a cirurgia de readequação genital. (LANZ, 2014,p. 145.).

Gostaria de trazer à discussão algumas críticas tecidas por pessoas cisgêneras ao afirmarem que pessoas trans “reforçam” as normas de gênero em sua construção do corpo. Como já elencado, as percepções corporais e de identidade variam quanto à classe econômica e capital cultural, em consequência da transgressão do corpo quanto às normas sociais. As pessoas trans são afastadas de esferas que constituem a base das pessoas cis, como família, escola, mercado de trabalho, independência econômica e socialização com o gênero que se identifica (LANZ, 2014). Portanto, com esses apontamentos, transexuais e travestis de estratos econômicos baixos e sem acesso às discussões epistemológicas do gênero têm disponível no seu campo de agência para construir seu corpo as definições hegemônicas do gênero.

Poucos transexuais conseguem inserir-se na discussão epistemológica do gênero nas universidades. Não que gênero e práticas corporais generificadas não sejam pensadas por transgêneros (elas já vêm sendo pensadas por vários movimentos trans desde a década de cinquenta), mas as possibilidades de discussão, desconstrução e reconstrução do corpo abrangem os critérios de classe e raça conjuntamente com as práticas do saber médico.

Repensar o gênero é, então, algo essencial não somente para pessoas trans, mas para pessoas cisgêneras, num momento em que a violência sofrida por pessoas trans advém de pessoas cis. Também devemos fazer um recorte de grupos compostos por pessoas cis atravessados por raça, gênero e sexualidade que se encontram em posição desigual nas relações de poder e têm de repensar suas relações com seu corpo e com a feminilidade e masculinidade.

No que tange à transexualidade, a cisgeneridade sempre encontra-se num patamar de muitos privilégios sociais e, conseqüentemente, poder de controle sobre esses indivíduos.

Butler (2015) argumenta casos em que a vida humana é reduzida a representações nulas de dignidade humana, a corpos vazios de representações, o que ela chama de corpos abjetos.

Esta matriz excludente pela qual os sujeitos são formados exige, pois, a produção simultânea de um domínio de seres abjetos, aqueles que ainda não são sujeitos, mas que formam o exterior constitutivo relativamente ao domínio do sujeito. O abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas inóspitas e inabitáveis da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do inabitável é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito. (BUTLER, 2015, p. 155).

A transexualidade e a travestilidade constituem essas zonas inóspitas, ou seja, o restante dos sujeitos sociais que são cisgêneros acabam por legitimar a violência praticada contra esses corpos. A pesquisa de Souza (2015) com travestis do município de Santa Maria (RS) evidencia como esses corpos são tidos como não passíveis do mínimo de respeito e cuidado com a saúde.

Um de meus interlocutores trans-homens relata a resistência que têm de usar banheiros públicos pela possibilidade de sofrer violência; é dessa forma que circular nesses espaços é restrito a somente uma possibilidade de existência desses corpos, definidos dentro da binaridade de gênero, seja por sujeitos cisgêneros ou por sujeitos transexuais passáveis.

Mulheres transexuais enfrentam um estigma social de vincular seus corpos a prostituição. Por não se inserirem no mercado de trabalho majoritariamente, travestis e transexuais recorrem à prostituição como única alternativa para conseguir se sustentar (SOUZA, 2015).

Esses corpos encontram barreiras para circularem durante o dia, seu espaço de existência se limita a noite, em alguns casos nas “faixas” se prostituindo.

No começo desse ano larguei mais de 30 currículos e depois de longos meses fui chamada para ser entrevistada em um estabelecimento. Ao chegar lá a pessoa que ia me entrevistar me olhou da cabeça aos pés e riu, eu sem

entender o por que perguntei: O que houve? e ela disse: não nada "querido". Aí fui me sentar para fazer a entrevista e ela falou o seguinte: Nem se dê o trabalho de sentar as entrevistas já acabaram [...] quando cheguei a saída a gerente se deu o trabalho de sair lá de dentro abrir a porta pra mim e perguntar o seguinte: O que você veio fazer aqui? Respondi que havia vindo para a entrevista, ela olhou bem no meu olho deu risada e disse: O teu lugar não é aqui e sim na rua, nas faixas. Depoimento de Krystal - 20 anos.

A fala de Krystal mostra que a inserção em esferas sociais é restrita a alguns tipos de corpos. Quando a entrevistadora não dá a mesma oportunidade para ela que aos demais candidatos, ela reforça e legitima através de estigmas o espaço que esse corpo deve ocupar dentro da sociedade.

Não é por acaso que o Brasil segue sendo o país que mais mata travestis e transexuais e, ao mesmo tempo, é o país que mais consome pornografia trans¹³. O cenário social brasileiro segue "abjetando" esses corpos de condições materiais de existência dignas e objetificando-os como um produto a ser consumido on-line.

A brutalização dos sujeitos se correlaciona à brutalização dos corpos. Na classificação de um determinado crime como *homofóbico*, a intensidade com que a violência é empregada e as marcas produzidas nos corpos das vítimas preenchem alguns dos critérios classificatórios utilizados pelo Movimento LGBT. O grau de violência, portanto, dimensiona a qualificação do crime e autoriza, em muitas ocasiões, a reivindicação das mortes pelo Movimento. Não acidentalmente, os relatórios formulados pelo Movimento do Espírito Lilás, relativos aos anos de 2011 e 2012, apresentam as informações que constam no primeiro parágrafo deste texto. A cabeça esmagada, às dezenas de facadas e o estrangulamento compõem o excesso, o inexplicável, e comprovam, de forma cabal, a ocorrência da *homofobia*. (FILHO, 2016, p.326).

Na materialização de violências contra indivíduos LGBTs, com ênfase ao fato da população transexual e travesti apresentarem a expectativa de vida reduzida a metade de uma pessoa cisgênero¹⁴, a morte desses sujeitos é tida como algo positivo e constantemente transformada em espetáculo¹⁵.

¹³ O Brasil é o país que lidera crimes de ódio a travestis e transexuais segundo a ONG Transgender Europe e o país que busca com maior frequência o termo trans em plataformas de vídeos pornográficos. Disponível em: <encurtador.com.br/lxAKO> acesso em 14 de Novembro de 2019.

¹⁴ A expectativa de vida de uma pessoa trans é de 35 anos, enquanto uma pessoa cis no Brasil segundo dados do IBGE é de 75 anos, dados disponíveis em: <<http://abre.ai/atzd>> acesso em 14 de Nov de 2019.

¹⁵ Dandara foi morta por seis homens em 2017, sua morte foi filmada e circulou a internet, durante seu espancamento que envolveu pauladas, pedradas e depois sua execução a tiro, seus algozes se

Lanz (2014) vai dizer que eliminar esses corpos ambíguos na perspectiva de uma pessoa normativa é aceitável, pois esses corpos são considerados transgressores em relação à forma que, supostamente, deveriam ser. Em janeiro de 2019 foi noticiado que um homem assassinou e arrancou o coração de uma travesti¹⁶ afirmando se tratar de um demônio. A brutalidade que um corpo tido como transgressor sofre ultrapassa as margens do que pode ser concebido como crueldade. Em Santa Maria (RS) houve o homicídio de duas transexuais num intervalo de menos de vinte e quatro horas; os crimes ocorreram uma semana após a primeira parada de visibilidade transexual¹⁷ do município.

Dentro da luta por reconhecimento, respeito e reivindicações sociais os corpos transgêneros têm um peso político. A existência se torna resistência frente às normas de gênero que afastam do campo social cotidiano e os empurram à marginalidade. Um corpo transexual é circunscrito por camadas complexas e limitadas de agência dos sujeitos, é transpassado por saberes médicos que reforçam a binaridade de gênero, por estigmas que tentam exercer controle sobre seus corpos, mas também é a “tela” onde esses sujeitos constroem-se a si mesmos, como se identificam é o vir a existir, parte de um processo libertador.

divertiam com o acontecido. Matéria disponível em: <<http://abre.ai/atza>> acesso em 14 de Nov de 2019.

¹⁶ Matéria completa disponível em: <<http://abre.ai/aty7>> acesso em 14 de Nov de 2019.

¹⁷ Matéria completa disponível em: <<https://tinyurl.com/rxocf44>> acesso em 14 de Nov de 2019

5 TRANSEXUALIDADE E GÊNERO: AS DIFERENTES ESFERAS DE RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE TRANSEXUAL

Ter a possibilidade de modificar o corpo é poder construir uma identidade que corresponda ao indivíduo. A população transexual luta para ter sua identidade reconhecida em todos os âmbitos sociais, ser respeitada enquanto homem ou mulher e ter seus documentos de acordo com sua identidade de gênero. Este capítulo se propõe a refletir sobre as diferentes esferas de reconhecimento social e seus tensionamentos.

Utilizando a ideia de Butler (2003), nascemos numa sociedade cis-heterossexista na qual presume-se que todo o indivíduo que nasce se identifica com o sexo anatômico, incorpora os papéis sociais do mesmo, o que constitui seu gênero e tem desejo pelo sexo oposto.

O gênero só pode denotar uma unidade de experiência, de sexo, gênero e desejo, quando se entende que o sexo, em algum sentido, exige um gênero — sendo o gênero uma designação psíquica e/ou cultural do eu — e um desejo — sendo o desejo heterossexual e, portanto, diferenciando-se mediante uma relação de oposição ao outro gênero que ele deseja. A coerência ou a unidade internas de qualquer dos gêneros, homem ou mulher, exigem assim uma heterossexualidade estável e oposicional. Essa heterossexualidade institucional exige e produz, a um só tempo, a univocidade de cada um dos termos marcados pelo gênero que constituem o limite das possibilidades do gênero no interior do sistema de gênero binário oposicional. Essa concepção do gênero não só pressupõe uma relação causal entre sexo, gênero e desejo, mas sugere igualmente que o desejo reflete ou exprime o gênero, e que o gênero reflete ou exprime o desejo. (BUTLER, 2003, p.45).

Quando o indivíduo não corresponde às práticas e papéis sociais atribuídos ao gênero, como pessoas transexuais, por exemplo, acaba sendo submetido a uma série de violências físicas e simbólicas. É importante destacar o quanto a sociedade divide-se em dois pólos opostos: o masculino e o feminino. As práticas generificadas estão presentes nos indivíduos desde o nascimento, os meninos se vestem de azul, brincam de futebol, de super-heróis; já as meninas se vestem de rosa, usam maquiagem, ganham bonecas e aprendem a fazer os serviços domésticos. (PEARSE; CONNEL, 2015).

É importante destacar que não existe apenas uma forma de se construir o gênero, ele é um espectro onde numa ponta se fixa o que é considerado feminino e na outra o masculino, de modo que os indivíduos se posicionam ao longo deste prisma (PEARSE; CONNELL, 2015; BENTO, 2006; BUTLER, 2003).

Ao discutir a performatividade de gênero, Butler (2003) defende a constante construção da nossa identidade, performando o que é esperado de um homem ou de uma mulher. Essa construção identitária se dá sobre os signos sociais atribuídos ao gênero.

Gênero nem sempre se constituiu de maneira coerente ou consistente nos diferentes contextos históricos, é por que gênero estabelece intersecções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente construídas. (BUTLER, 2003, p.45).

Letícia Lanz (2014), afirma que dificilmente um indivíduo consegue alcançar o patamar esperado de homem ou de mulher; essa ação exige uma constante vigilância de todas as esferas, a fim de manter a performance coerente com a práxis social. Ela utiliza-se do termo armário de Eve Kosofsky Sedgwick¹⁸, criado por ela para definir o processo de encobrir sua identidade em espaços públicos. Portanto, os indivíduos que se reconhecem como transgêneros na esfera pública estariam no processo de “sair do armário”.

Essa reivindicação identitária pode variar de acordo com os sujeitos. Ira, que realiza tratamento hormonal no sistema de saúde privado, não se identificava com o gênero feminino desde a infância, se vendo como homem aos dezesseis anos, “assumindo-se” para sua família com vinte e seis anos. Nesse período de dez anos dentro do “armário” ele relata que suas experiências foram cheias de angústias e insatisfação pessoal. Cosima relata que em sua experiência não existiu um momento específico de “confissão”. Foram incontáveis momentos que ela demonstrou ter uma identidade feminina. Aos dezesseis anos ela se “assumiu” enquanto mulher trans para seus pais, buscando ajuda profissional de psicólogos, psiquiatras e endocrinologistas e aos dezoito anos, se “assumiu” publicamente.

¹⁸ Epistemologia do armário é um livro publicado em 1990 por Eve Kosofsky Sedgwick, que é considerado um dos fundadores dos estudos queer.

Não há um padrão de identidade transexual. O que define a vivência transexual é a existência e o pertencimento social em um gênero distinto daquele que lhe foi imposto através do nascimento. Essa questão exclui os travestis e transexuais de todos os campos sociais existentes, o que gera desconfortos, podendo acarretar em sérios problemas psicológicos aos indivíduos transexuais. (SALLES; GONÇALVES; ARAÚJO, 2017. p. 270).

Na trajetória de meus interlocutores, destacam-se três momentos em sua construção identitária. Primeiro, o não-reconhecimento com o gênero atribuído ao nascimento; o segundo momento, o de se reconhecer como transexual, pertencente ao gênero oposto; e o último momento, o de reivindicar sua identidade de gênero no espaço público.

É importante salientar que essas etapas podem não ocorrer de forma linear ou simplesmente não ocorrer, posto que a experiência transexual é distinta para cada indivíduo.

Um dos primeiros momentos do não-reconhecimento com o gênero de nascimento entre meus interlocutores ocorreu na socialização na primeira infância tendo por base a criação familiar. Honneth (2003) define três esferas do reconhecimento dos indivíduos; o autor utiliza-se da abordagem de Hegel (1770-1831) e da psicologia social de George Herbert Mead (1863-1931). Na sua concepção existem três esferas do reconhecimento do indivíduo: a afetiva, a jurídica e a solidariedade social.

A primeira esfera de reconhecimento se tece no plano dos afetos, entre as pessoas próximas, nas relações primárias. O que acontece primeiro na forma do amor entre mãe e filho, na primeira infância, desenvolve-se ao longo do que se pode chamar de aventura infantil do pré-reconhecimento, e é nesse movimento intersubjetivo em que se constrói, ao mesmo tempo, o amor de si mesmo e a autoconfiança, possibilitados pela experiência do amor do outro e da confiança no amor do outro, formando-se assim a base concreta emotiva para a defesa e reivindicação de direitos, na rede do reconhecimento jurídico, bem como as condições pessoais para a participação no plano da rede de solidariedade e da estima social. (ALBANOZ, 2011, p.136).

Essas diferentes esferas de reconhecimento estiveram presentes nas narrativas dos interlocutores, o reconhecimento familiar, médico-jurídico (envolvendo

os diagnósticos da transexualidade e as mudanças na documentação como nome social) e a estima social, onde se debruça o desejo de ser reconhecido e respeitado enquanto agente social.

5.1 RECONHECIMENTO PELO AMOR

A socialização de gênero masculina e feminina é opressora para os indivíduos que não correspondem ao padrão esperado de comportamento. Nesse momento, os indivíduos não se veem representados nas práticas de gênero constituídas sobre seu sexo biológico e são, na maioria das vezes, atraídos pelas características que constituem o outro gênero.

Desde a primeira infância eu sofri muito com a tentativa de socialização masculina. Nunca me senti pertencente ao gênero masculino... Mas vir a me entender mulher levou mais tempo. Eu vivi durante a minha adolescência no que chamo de limbo. Sempre fui muito andrógina e naquela época muitas pessoas me liam como mulher cis... Mesmo eu desconhecendo a categoria trans. Eu demorei a me entender "trans" no sentido de ter me entendido primeiramente mulher. A aproximação com os termos mais políticos só aconteceu em 2009. Antes disso, como disse, vivi a androginia. - Cosima, 26 anos, realiza o tratamento hormonal no setor privado.

A não-identificação com o sexo biológico acontece antes de se entender como de outro gênero, “o vir” a se entender como transexual. No imaginário social, o homem e a mulher que se identificam com práticas e formas de pensar opostos ao seu gênero são rotulados de “viado”, “mulherzinha”, “sapatão” etc. O que se questiona inicialmente a partir dessas práticas é a sexualidade do sujeito; questionar o gênero é uma tarefa mais árdua visto que desestabiliza as fronteiras que concebemos para ele (LANZ, 2014).

Dessa forma, os sujeitos relatam viver uma espécie de “limbo” de não saber o que são. Sarah, minha interlocutora de quinze anos, relata “desde sempre” não se reconhecer como menino. A princípio, com doze anos ela veio a se identificar como

homem gay, para aos treze anos acessar um vídeo da youtuber Thiessa¹⁹ e a partir do seu relato se entender como trans.

Ira relata que sua identificação com a transexualidade ocorreu através de um trabalho da graduação onde entrevistou um homem trans, reconhecendo-se em sua narrativa. É importante pontuar que a disseminação das informações sobre transexualidade aumenta com as mídias digitais, uma vez que os smartphones possibilitam os sujeitos a adentrar em discussões que por ventura não permeiam seus espaços sociais (MISKOLCI, 2012).

Outro fator que chama a atenção nas narrativas é o conhecimento apenas das categorias de gays e de lésbicas, logo que a sigla LGBTQIA+ iniciou-se como movimento GLS²⁰.

No âmbito familiar, o não-reconhecimento afetivo de pais, parentes e amigos é uma problemática para os sujeitos LGBTs, que os condicionam a permanecer no “armário”. Nas narrativas dos cinco entrevistados, para três desses interlocutores, se “assumir” para a família foi o período com alguns percalços na relação familiar, mas com *aceitação*. Dois desses interlocutores fazem o tratamento hormonal pelo setor privado, com auxílio financeiro dos pais, e Sarah vai a Porto Alegre regularmente com sua mãe realizar o tratamento hormonal pelo SUS. Mark e Krystal apresentam uma narrativa semelhante; porém, o ato de se “assumir” para família enquanto transgênero foi um período marcado por *rejeição* por parte da família. Esses dois interlocutores não recebem apoio financeiro da família na realização do tratamento hormonal, utilizando-se da automedicação. Nas palavras de Krystal quando se assumiu “foi bem ruim, rejeição por todos no início, levou uns dois anos para melhorar as coisas. Hoje em dia me aceitam, mas no início não é fácil e a pior rejeição é a da família, é a que mais dói e afeta”.

Para Honneth (2003), o não-reconhecimento pelo amor afeta a auto-confiança do sujeito; portanto, ser rejeitado pela família por ser uma pessoa transgênera pode comprometer a visão que o indivíduo tem sobre si mesmo.

¹⁹ O canal da Youtuber pode ser acessado através do link <encurtador.com.br/ixDO3> acesso em 21 de Dez de 2019.

²⁰ Gays, lésbicas e simpatizantes. Para maiores informações, ler “OUSANDO TEIMAR POR LIBERDADE: trajetória e lutas do Movimento LGBT no Brasil de Iago Henrique Fernandes de Sousa Moura, disponível em <<http://twixar.me/Q5GT>> acesso em 20 de Nov de 2019.

O reconhecimento errôneo na perspectiva de Charles Taylor (2000) é algo que pode afetar o modo como as pessoas se veem, desenvolvendo um horror as suas características. Portanto, a rejeição por parte da família contribui para que o indivíduo esteja em constante sofrimento psíquico e não se sinta pertencente ao grupo. O maior número de suicídio entre adolescentes de 11 e 19 anos, segundo a pesquisa intitulada *Transgender Adolescent Suicide Behavior*²¹, realizada entre 2012 e 2015 pelo pesquisador Russell B. Toomey, dizem respeito aos sujeitos transexuais; um dos fatores determinantes desse dado é a aceitação, reconhecimento e o apoio familiar.

The Trevor Project²² é uma ONG destinada a prevenção do suicídio entre LGBTs entendendo que existe três vezes mais possibilidades de suicídio comparado com pessoas cis e heterossexuais e cinco vezes mais chance de executar o suicídio. O protocolo de estresse de minorias²³ se volta, a partir de uma amostra com 1451 participantes gays, lésbicas e bissexuais, a avaliar a escala de homonegatividade internalizada, a escala de revelação da sexualidade e a escala de experiências de estigma. Esse estudo foi pautado no estresse ao qual minorias são submetidas, fazendo com que seus membros sejam expostos a uma série de estressores específicos levando-os a uma maior vulnerabilidade social. Ira relata como se adaptou à dificuldade da mãe em reconhecê-lo no pronome masculino, algo que anteriormente causava sofrimento.

[...] os pronomes ela tem mais dificuldade e as vezes saí “ela” mas ta no caminho sabe, também respeitar, eu adaptei outra estratégia, antigamente eu ficava horrorizado, me afeta de uma forma que isso tire quem eu sou, ela se equivocou errou, às vezes eu vou lá e digo, não é “ela” é “ele”, mas isso não pode me afetar de uma forma que eu vou deixar de ser “ele” porque a pessoa ta me chamando de “ela” sabe, mas isso são construções nossas, nosso processo, nosso tempo também. Ira - 28 anos

Em muitos casos, os familiares temem as dificuldades que o indivíduo enfrenta no espaço público por ser trans. Essas concepções da transexualidade estão ancoradas nos estigmas sociais e na marginalização de travestis e

²¹ disponível em <<http://twixar.me/7SGT>> acesso em 20 de Nov de 2019.

²² disponível em <<https://www.thetrevorproject.org/>> acesso em 20 de Nov de 2019.

²³ disponível em <<http://twixar.me/IXGT>> acesso em 20 de Nov de 2019.

transexuais. Cosima relata a preocupação que seus pais tiveram assim que se assumiu mulher transexual.

Como sempre foi evidente aos olhos dos outros e deles a minha feminilidade, ao me assumir mulher trans e falar da necessidade da hormonização, houve *compreensão* mas também muita *preocupação*. Tanto em relação aos efeitos dos fármacos como - e ainda mais nesse caso - em relação à *transfobia*. As violências e violações que provavelmente eu passaria. Foram dias ou até semanas, não lembro com exatidão, de reuniões e conversas familiares para encontrar uma solução para "meu problema". Depois disso, tudo ficou mais simples para mim e para eles. E logo eu ingressei no ensino superior. O que eu acho que deu muita segurança. Eles tinham medo que não conseguisse *ascender* e me inserir em espaços meus por direito por conta da transfobia, das dificuldades três vezes maiores por eu ter uma identidade de gênero dissidente. Cosima - 26 anos (grifos meus).

Na sociedade as identidades de travestis e transexuais estão ligadas ao estigma social da prostituição. As políticas públicas para esses sujeitos surgiram apenas com o pânico da AIDS na década de noventa, os quais foram rotulados como grupos de risco (como discutido no capítulo anterior); esse estigma está presente em toda a publicização de campanhas do Ministério da Saúde para transexuais e travestis (CARVALHO, 2015). A publicização do tema não significa um reconhecimento positivo dos sujeitos transexuais.

Assim, as imagens de travestis mortas divulgadas em jornais nos informam também sobre a *associação entre certos modos de vida e a criminalidade*. Recorrendo ao panóptico, tanto de Bentham, quanto de Foucault, Mason (2002) faz uma relação entre sistemas de conhecimento e de visibilidade afirmando que *tornar algo visível é tornar algo conhecido de uma determinada maneira*. Logo tornar travestis visíveis apenas a partir de corpos mortos *é construir um regime de visibilidade/conhecimento no qual assassinatos cruéis seriam constitutivos da experiência dessas pessoas*. Ou ainda, o fetichismo de alguns programas de TV brasileira, que lançam desafios para que se descubra se determinada pessoa com aparência feminina seria "mulher de verdade" ou "travesti", construindo um regime de visibilidade no qual essas travestis e/ou transexuais seriam pessoas que escondem um segredo, que podem enganar ou que haveria uma "mulher de verdade" em oposição a "falsas mulheres". (grifos meus, CARVALHO, 2015, p. 87-88).

Em muitos ambientes a mídia coloca a identidade travesti e transexual como alvo de "piadas". Exemplo disso é a abordagem da emissora de televisão brasileira

SBT que exibiu no dia 25 de fevereiro de 2019 a câmera escondida “travesti no mictório”²⁴, na qual satiriza o medo de muitas pessoas transexuais de acessarem banheiros públicos. Ira relata não utilizar banheiros da universidade e outros espaços públicos pela exposição e o risco de violência.

A forma como a transgeneridade é abordada na esfera social pela mídia contribui para um reconhecimento errôneo dos indivíduos (TAYLOR, 2000), subordinados aos estigmas sociais que o envolvem. No caso de Krystal, sua mãe se reaproximou logo que ela assumiu um relacionamento com um homem, o qual hoje é seu noivo. Quando Krystal assume um relacionamento estável, ela se desvincula do estigma relacionado à prostituição, trazendo a perspectiva de um relacionamento heterossexual. Da mesma forma, os pais de Cosima se tranquilizaram quando ela conseguiu ingressar no ensino superior.

A leitura que faço hoje faz eu ver que eles tiveram dificuldades sim ao me reivindicar mulher, mas teve compreensão e amor (naquele momento como preocupação) por parte dos meus pais e demais familiares. O apoio eu tive e foi crucial para o meu desenvolvimento e para a minha existência no mundo. Provavelmente eu não sobreviveria sem ele. Cosima - 26 anos.

O reconhecimento afetivo na transexualidade é permeado de medo, pois o indivíduo fica vulnerável a ser rejeitado e não-reconhecido pelos familiares, que acabam por não respeitar sua identidade. Nos casos em que a família consegue demonstrar acolhimento e apoio, há um período em que a nova identidade do sujeito vai se constituir em um espaço seguro.

5.2 AS RELAÇÕES MÉDICO-JURÍDICAS

As áreas médica e jurídica tornam-se centrais para a emancipação do sujeito transexual, pois é através da medicalização do corpo, do tratamento hormonal e das práticas cirúrgicas que sujeitos podem modificar o biológico para se adequar a sua verdadeira identidade de gênero. No campo jurídico, o transexual adquire o direito

²⁴ O caso foi abordado na matéria “Close errado | SBT faz piada transfóbica e confunde trans com drag queen” disponível em <<http://twixar.me/BpGT>> acesso em 20 de Nov de 2019

de alterar sua documentação e ser reconhecido por um órgão oficial, com uma validação de sua identidade.

Essas esferas não estão separadas; assim, o direito e a área médica se tornam um campo cheio de novos desafios, onde os transexuais vão passar por novos constrangimentos e desreconhecimento. Segundo Honneth (2003), a segunda esfera de reconhecimento é o jurídico²⁵, no qual o indivíduo é reconhecido como portador de direitos, o que envolve o respeito cognitivo, pois, na sua visão, a privação de direitos ameaça a integridade social dos sujeitos.

Para evitar a privação de direitos os sujeitos transgêneros têm lutado por reconhecimento. Quando o assunto é transexualidade não conseguimos separar definitivamente a esfera jurídica da esfera médica, pois ambas se influenciam em suas decisões.

Aqui não se trata de reconhecer esses dois campos, o dos/das médicos/as e o do/da juiz/juíza, como sendo absolutamente distintos e não comunicáveis; eles se retroalimentam. Contemporaneamente, quando o assunto é inteligibilidade e reconhecimento no campo do gênero e da sexualidade, não é possível afirmar onde inicia um e termina o outro. (DUQUE, 2013, p. 97).

As definições na área médica apontam para um conhecimento que exerce controle sobre o indivíduo transexual o colocando em posição de doente (LANZ, 2014; BENTO, 2006). Como problematizado no capítulo anterior, o laudo do “verdadeiro transexual”, no qual os profissionais buscam enquadrar os sujeitos, é uma forma de sufocar outras identidades que fujam do binarismo de gênero vendo a cirurgia de redesignação sexual como a “cura” para essa “problemática” (BENTO; PELÚCIO, 2012).

Para Bento (2006), o que acontece com pessoas trans na esfera social de reconhecimento pode se chamar de cidadania precária, em um momento que para acessar o nome social o indivíduo utiliza-se do auto-reconhecimento se identificando como transexual. Para a mudança dos documentos oficiais no campo jurídico entende que o indivíduo deveria ter passado pela cirurgia de redesignação sexual,

²⁵ Honneth analisa somente a esfera do direito, no caso da transexualidade, nos estudos de Flávia Teixeira Bonsucesso(2009) e Tiago Duque (2013) a esfera do direito se une com a esfera médica, ambas se tornam responsáveis pelo reconhecimento do sujeito.

pois se trata de um processo visto como irreversível, processo em que não se pode voltar atrás (BONSUCESSO, 2009).

A adequação do corpo para uma performance de gênero coerente e fixa de acordo com as normas sociais vigentes é sempre colocada como única meta a ser alcançada através da cirurgia que garantiria a “inclusão”. O discurso que justifica a cirurgia se sustenta na necessidade de favorecer os laços de sociabilidade das pessoas (transexuais). (BONSUCESSO, 2009, p.56).

O campo jurídico é influenciado pela sociedade e o direito não apresenta valores trans-histórico; ao contrário, ele se constitui de acordo com o tempo histórico e as demandas apresentadas pela sociedade. Como dito no primeiro capítulo, João Farina, o médico que operou Waldirene, foi indiciado por lesão corporal, sendo que nos autos do processo consta, segundo argumento apresentado pelo ministério público, que “homossexuais bichinhas” não poderiam decidir sobre seus corpos. Bourdieu (2005) vai definir essa presença de valores morais nas decisões judiciais a qual ele chama de espaço de possíveis.

As práticas e os discursos jurídicos são, com efeito, produto do funcionamento de um corpo cuja lógica específica está duplamente determinada: por um lado, pelas relações de força específicas que lhe conferem a estrutura e que orientam as lutas de concorrência e, mais precisamente, os conflitos de competência que nele têm lugar, e para o outro lado, pela lógica interna das obras jurídicas que dele estão em cada momento o espaço dos possíveis e, deste modo, universo das soluções propriamente jurídicas. (BOURDIEU, 2005, p. 211).

O campo jurídico se caracteriza pela competição ao monopólio do dizer, que é o direito; dessa forma os juristas formulam as leis e são responsáveis pela interpretação da lei. No que Bourdieu (2005) caracteriza como espaço de possíveis podemos perceber estigmas e valores sociais que perpassam as decisões jurídicas, isto é, argumentos extralegais entrecruzam-se com elementos de ordem formal para fundamentar a ação e/ou decisão judicial.

Em sua tese, Flávia Bonsucesso (2009) analisa os autos de processos encaminhados por pessoas trans para a alteração do nome nos documentos. Na época da pesquisa qualquer mudança no nome deveria ser realizada somente pelo aparato jurídico, também sob a confirmação da cirurgia de redesignação sexual.

Alguns juristas exigiam que o solicitante passasse por perícia. Os sujeitos acompanhados por Flávia foram encaminhados durante seu processo à perícia e relataram o constrangimento de passar pelo procedimento que era realizado no IML com profissionais despreparados. A perícia exigia fotos, geralmente invasivas, necessitando que o indivíduo ficasse totalmente exposto a olhares constrangedoras e preconceituosas das pessoas presentes na sala.

[...] não é a medicina que decide o sexo e sim a natureza. [...] Quem nasce homem ou mulher, morre como nasceu. Genitália similar não é autêntica. Autêntico é o homem ser do sexo masculino e a mulher do feminino, a toda evidência. Excerto da decisão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, 8ª Câmara Cível, processo nº. 6.617/93 em que os Desembargadores negaram o provimento do pedido formulado na inicial e mantiveram a decisão do Juízo de Primeira Instância negando a alteração de pré-nome e sexo. (BONSUCESO, 2009, p.65).

No trecho acima podemos perceber como as decisões judiciais incorporam o discurso biológico, assim como a noção do “verdadeiro transexual”. Os processos não seguiam uma conformidade nas decisões tomadas, ficando sob decisão de juízes que poderiam tomar uma decisão favorável ou não ao processo.

Em seu estudo, Thiago Duque (2013) acompanha um processo onde a decisão para a retificação do nome foi aprovada, de forma que a argumentação do operador de direito concluiu se tratar de um sujeito feminino e que ter documentos originais geraria desconforto e confusão para quem estivesse lidando com a pessoa.

O reconhecimento reivindicado e garantido pela sentença envolve justificativas médico-patologizantes e jurídicas, e a vê em interação com outras pessoas igualmente prejudicadas com o fato de ela ser “uma mulher com documentos masculinos”. Como se lê, a sentença não remete apenas às “características secundárias” do corpo, a passabilidade e a reivindicação dela, mas os prejuízos das outras pessoas que, em interação com ela, sofrem situações bizarras. Como nas interações cotidianas comumente a genitália não estará exposta, o maior número de pessoas prejudicadas, isto é, “constrangidas”, é pelo fato dela passar por mulher até o momento de mostrar os documentos. Isso é corroborado pelo fato das fotos serem identificadas como reveladoras/comprovadoras de que a requerente é uma “pessoa do sexo feminino, com características secundárias indiscutivelmente femininas”. O fato de esta sentença ser justificada levando em consideração os prejuízos dos outros e não exclusivamente o da requerente, de certa forma, até mesmo dando menor atenção à cirurgia e maior enfoque à passabilidade e os constrangimentos alheios, corrobora a dificuldade de

peessoas como ela, em muitos casos, não ter os documentos alterados pelo fato de serem acusados de não passar por. (DUQUE, 2013, p.100-101).

Importante considerar o quanto uma performance de gênero deve ser coerente com o indivíduo para que ele seja reconhecido legalmente. O auto-reconhecimento do indivíduo não é levado em questão para os processos; precisa-se do laudo psiquiátrico, o parecer médico e da perícia; em nenhum momento o sujeito é ouvido, ficando à mercê da manipulação do direito e da medicina. Esses pontos contribuem para o não reconhecimento dos indivíduos como sujeitos de direito.

Os Pareceres Sociais, nos processos analisados, parecem procedimentos complementares, pois alguns deles foram confeccionados após a realização da cirurgia. As entrevistas ocorreram dentro dos limites da Promotoria Pública por peritos da própria instituição. As informações contidas nos relatórios focam as histórias de vida dos sujeitos, também rastreando indícios de feminilidade e masculinidade - a exemplo dos Pareceres Psicológicos e Psiquiátricos. Ao focalizar o olhar sobre a verdade de uma transexualidade e a autenticidade da demanda da cirurgia, que impedirá o arrependimento após o ato cirúrgico e sobre a possibilidade de cumprir com as normas de gênero após este processo, os peritos silenciam sobre os constrangimentos e violências vivenciadas pelos sujeitos que ameaçam até mesmo a capacidade de viver. Silenciando também sobre a coragem dos homens e mulheres (transexuais) de suportar as discriminações e abandonos para viverem em acordo com o seu desejo. Novamente a vida vivida parece importar apenas enquanto fragmentos capazes de preencher critérios diagnósticos. Os laudos fornecem poucos elementos significativos, corroboram as decisões anteriores dos peritos e, somente nos casos em que os “candidatos” foram recusados, a sua elaboração contribuiu para as decisões da Promotoria. (BONSUCESSO, 2009, p.116).

O Decreto nº8.727/16, de 28 de Abril de 2016, altera a solicitação da retificação do nome; o sujeito, mediante o reconhecimento pessoal enquanto transexual, pode solicitar o nome social de forma gratuita e retificar o documento mediante gastos de aproximadamente trezentos reais, no contexto atual. Assim, retornamos ao ponto importante da pesquisa: a autonomia financeira da pessoa trans, ou seja, para dar encaminhamento a essas modificações a classe torna-se novamente responsável por definir os que têm ou não têm acesso.

Boaventura Santos (1994) nos diz que o acesso ao direito é permeado pelo fator de classe; assim, os serviços jurídicos são mais custosos para pequenas

causas do que para movimentar grandes ações. No Brasil, a maioria da população depende do serviço público, que encontra uma demanda maior daquela que ele pode atender, causando, por consequência, morosidade no sistema.

O acesso ao reconhecimento jurídico a partir do Decreto nº8.727/16 se dá pelos indivíduos terem condições econômicas de conseguirem arcar com os gastos nesse processo. Krystal conta sobre as informações que tem da regularização da documentação.

[...] aqui em Santa Maria tem um lugar específico para pessoas trans poderem fazer a inclusão do nome social na identidade. Tem a inclusão que você inclui o seu nome que você se identifica nos seus documentos e tem a retificação. A retificação seria trocar o nome pra sempre você paga infelizmente. *Como é direito nosso deveria ser de graça mas não.* No caso pra trocar o nome no registro é preciso ir no cartório onde a pessoa nasceu e falar que você quer retificar o nome civil que foi dado no seu nascimento por que não condiz com sua pessoa personalidade seu gênero, no caso a inclusão fica o seu nome social e abaixo o nome civil. Entretanto a inclusão só serve pra você não passar constrangimentos em locais que você vai como balada etc algum local que possam pedir documentos. Mas caso você queira casar você tem fazer a retificação que é a troca do nome em todos seus documentos. - Krystal 20 anos (grifos meus).

O que fica nítido na fala de Krystal são questionamentos quanto a um direito ofertado pelo Estado e que é inacessível a determinados sujeitos. Encontramos uma resposta novamente na definição de cidadania precária de Bento (2006), em que há uma ação do Estado de incluir os sujeitos para excluir. Primeiro, se oferta o tratamento hormonal de forma gratuita pelo SUS; depois, dificulta-se o acesso definindo a cirurgia para somente “verdadeiros transexuais”. Posteriormente, o Estado concede a autonomia do sujeito para retificar a documentação sem ter passado pela operação, para garantir o acesso a indivíduos que tenham somente condições econômicas para tal.

Entendendo a dificuldade de inserção de pessoas trans no mercado de trabalho e incorporando as questões de classe já pontuadas, o acesso e divulgação da informação também é responsável por garantir que transexuais saibam sobre seus direitos. Krystal segue falando da dificuldade de encontrar informações na esfera social sobre seus direitos.

[...] no caso os postos de saúde disponibilizam a inclusão do nome social no cartão para que a pessoa trans não passe constrangimento por incrível que parece é uma porcentagem muito grande de pessoas trans que não sabem que têm esse acesso para não passar por constrangimentos. Por exemplo *ninguém fala na televisão, jornal que quaisquer travesti e trans podem ir até um posto de saúde e pedir para fazer a inclusão de nome social no cartão do sus*. Assim como a maioria das travestis e trans também não sabem que podem fazer a inclusão do nome no CPF na receita federal e não é pago a inclusão do CPF. Krystal - 20 anos (grifos meus).

A falta de divulgação da informação dos direitos de transgêneros contribuem para manutenção da precarização do acesso; logo, percepções sociais que partem do pressuposto de que esses sujeitos não devem acessar determinados campos contribuem para o estigma de corpo abjeto (BUTLER, 2015) e, conseqüentemente, a visão de serem sujeitos que não possuem direitos.

5.3 O RECONHECIMENTO NA ESFERA SOCIAL

Como elencado por Krystal mesmo com a garantia de direitos como, por exemplo, o uso do nome social e a retificação da documentação com Decreto nº8.727/16, muitos transgêneros acabam não utilizando esse serviço pela falta de conhecimento dos seus direitos.

Adentramos na terceira esfera proposta por Honneth (2003), o reconhecimento por parte dos grupos sociais, o que ele chama de reconhecimento pela solidariedade. Em sua visão, esse reconhecimento gera estima social, ser reconhecido como sujeito portador de direitos, respeito e atuante na sociedade.

Em sua tese, Mario Felipe de Lima Carvalho (2015) acompanhou as conferências organizadas pelo movimento transexual entre 2004 e 2015 e trouxe pontos importantes sobre a luta de ativistas trans por reconhecimento na esfera social.

Primeiramente, lembrar que em sua origem o movimento trans é prioritariamente um movimento de prostitutas que são travestis. Em segundo lugar, o processo de construção desses sujeitos políticos é atravessado pela práxis do ativismo relacionado ao enfrentamento à epidemia do HIV/AIDS e, portanto, passa pela consideração que a maior vulnerabilidade ao vírus é atravessada por diversos fatores como classe, raça, e discriminações decorrentes das práticas sexuais e expressões de gênero. (CARVALHO, 2015, p.44).

Levando em consideração a vulnerabilidade de travestis e transexuais, as primeiras articulações do movimento também envolveram o Ministério da Saúde para a confecção de folders informativos sobre saúde sexual, cuidados com a pele, com silicone industrial e dicas gerais. No decorrer dos anos foram confeccionados materiais para escolas, profissionais de saúde e transgêneros. O que gerou polêmica por parte de parcelas da população que se opõe ao tema ser trabalhado nos espaços escolares.

A articulação do movimento trans visa mostrar que são sujeitos de direitos, que devem ser reconhecidos e respeitados. A campanha “Olhe, olhe de novo e veja além do preconceito, sou travesti e tenho o direito de ser quem eu sou” do Ministério da Saúde (2010) mostra a reivindicação do movimento para obter respeito de sua condição transgênera. As ações visam trazer para os outros indivíduos sociais a falta do não-reconhecimento da cidadania.

Nestes espaços, reais, virtuais ou imagéticos, a luta por reconhecimento opera simultaneamente sobre o imaginário social do grupo e da sociedade englobante. Proponho, então que “cidadania” é uma categoria encenada pelas/os ativistas com diferentes propósitos e efeitos em diferentes contextos. Torna-se cidadã/o, jogando-se luz sobre os elementos que conferem tal estatuto. A publicidade e seu processo de construção opera um regime de visibilidade que visa também os operadores de políticas públicas, assim como a própria população trans. Neste último caso, a conquista de reconhecimentos periféricos é ferramenta na promoção de autoestima dessa população, como se tais cartazes dissessem: “você é travesti, mas também pode ser advogada”. (CARVALHO, 2015, p.96).

A articulação do movimento também buscou a abertura de possibilidades para as pessoas travestis e transexuais, mostrando que a ascensão social é possível, embora seja muito mais difícil que para uma pessoa cisgênera. O reconhecimento na esfera pública além de demarcar a cidadania desses sujeitos também busca reivindicar novos direitos.

Se para Honneth (1992, 2003 e 2009), são as situações de desrespeito que sinalizam a ausência de reconhecimento, percebemos aqui a produção de um circuito afirmativo do reconhecimento. Ou seja, a partir da reivindicação do estatuto de “cidadã/o”, a consequência lógica é o respeito, que se

configura num duplo processo de reconhecimento, tanto social quanto jurídico. (CARVALHO, 2015, p.85).

Segundo Nancy Fraser (2001) existem dois tipos de injustiças: uma cultural e simbólica e outra de ordem econômica. Em sua visão, o Estado deve separar uma política de reconhecimento para remediar a injustiça simbólica e políticas de redistribuição para os problemas de ordem econômica. Sob o viés da autora essas duas políticas se relacionam.

No reconhecimento de travestis e transexuais é de suma importância que essas políticas efetivem-se socialmente juntas, uma vez que esses indivíduos são excluídos do mercado de trabalho por uma injustiça cultural, pautada na normatividade dos corpos.

Um exemplo de ações de reconhecimento seriam as cotas no ensino superior para pessoas transexuais. Uma outra proposta, que foi desenvolvida pela prefeitura do Rio de Janeiro, é o Projeto Damas²⁶ que visa instruir e profissionalizar travestis e transexuais para que possam se inserir no mercado formal de trabalho. As ações de reconhecimento se apoiam no debate de gênero e sexualidade nas escolas e na formação e sensibilização de profissionais de saúde para desconstruir o preconceito.

O remédio para a injustiça econômica é a reestruturação político-econômica de algum tipo. Isso pode envolver redistribuição de renda, a reorganização da divisão do trabalho, submeter investimentos a uma tomada de decisão democrática, ou transformação de outras estruturas econômicas básicas. [...] O remédio para a injustiça cultural, em contraste, é algum tipo de mudança cultural ou simbólica. Isso poderia envolver a revalorização de identidades desrespeitadas e de produtos culturais de grupos discriminados. Também poderia envolver o reconhecimento e a valorização positiva da diversidade cultural. Mais radicalmente ainda, poderia envolver a transformação total de padrões sociais de representação, interpretação e comunicação de modo que mudaria o sentido de si mesmo em todas as pessoas. (FRASER, 2001, p. 16-17).

Tratar os problemas de reconhecimento como injustiça social é identificar o déficit de *status* social que esse grupo enfrenta. As políticas de reconhecimento aliada àquelas de redistribuição econômica são as responsáveis por transformar o

²⁶ Mais informações disponíveis em <<http://abre.ai/projetodamas>> acesso 23 de Nov de 2019.

status social do grupo transgênero, de modo a trazê-lo para a esfera social como conjunto de cidadãos e, como tal, merecedores de respeito, extirpando o preconceito, mas também proporcionando ferramentas responsáveis pela abertura de novas possibilidades de vida que destoam da prostituição.

Mark relata que em todos os espaços públicos que já frequentou recebeu olhares que classifica como “tortos” e “de desprezo”. Ele conta ter sido tratado mal por uma atendente em um mercado quando estava com sua namorada. Analisando esse cenário onde Mark estava fazendo compras tendo capital econômico para levar tudo o que se propôs a comprar, o poder econômico pouco importou para evitar o desreconhecimento enquanto sujeito e consumidor. Dessa forma, mesmo as pessoas trans que podem acessar outros espaços em razão de sua classe social, podem sofrer situações de desrespeito. Assim, a aparência é outro fator de (des)reconhecimento.

O estudo de Thiago Duque (2013), que acompanha situações de seus interlocutores que passam e não passam por pessoas cisgêneras, relata uma “normalidade” no tratamento o quanto mais próximo esses sujeitos se encontram do ideal de aparência e comportamento do gênero que se identificam.

Portanto, o reconhecimento de direitos em relação ao gênero e a sexualidade passa, necessariamente, pelo reconhecimento e valorização da passabilidade, quando, por exemplo, da alteração da mudança do nome e do sexo nos registros civis, levando em consideração não exclusivamente a pessoa passável. (DUQUE, 2013, p.181).

No assédio sofrido por Cosima, o constrangimento iniciou quando revelou ser mulher transexual, visto que sua expressão de gênero é passável como uma mulher cisgênera. Mesmo quando acessou a rede privada, vantagem proporcionada por sua classe, sofreu situações de desrespeito e desreconhecimento.

Essas situações de desrespeito e não-reconhecimento com pessoas trans na esfera médico-jurídica e na social se sobressaem quando a performance de gênero é distante do modelo normativo vigente. Dessa forma, a luta pela aceitação social reivindicada pelo ativismo trans vem para resguardar os direitos, evitar que preconceitos atravessem esses sujeitos e, também, produzir novas políticas que

busquem facilitar o acesso da população transgênera às esferas sociais. Mesmo quando uma pessoa transexual condicionada por sua classe consegue acessar espaços onde a maioria não se faz presente, tem de lidar com situações de desrespeito advindas de pessoas cis. Os momentos em que o preconceito não atinge esses sujeitos são aqueles em que sua identidade enquanto transexual não é exposta, seja por vias discursivas ou físicas.

6 A NORMATIVA 2.803/2013 E O IMPACTO NO ACESSO A SAÚDE DE PESSOAS TRANS DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

Como observado no decorrer do estudo, existe uma série de questões que transpassam a vida de uma pessoa trans no que diz respeito ao acesso ao tratamento hormonal através do SUS. Este capítulo se debruça a discutir as violências que os interlocutores sofreram ao acessar o sistema de saúde, as redes paralelas de saberes e cuidados que se formam ao serem desassistidos dessa política pública e a experiência dos interlocutores que utilizam a rede privada para o tratamento.

Um dos pontos problematizados ao longo dos capítulos é o diagnóstico da transexualidade feito pela equipe multidisciplinar do SUS ou psiquiatras da rede privada; essa discussão é de suma importância para a autonomia do sujeito transexual frente às relações de poder médico-jurídicas sobre o indivíduo. Porém, deve-se salientar que esse debate é centrado principalmente nas capitais onde o processo transexualizador atua; em cidades onde não há presença de ambulatórios nem de hospitais autorizados para procedimentos hormonais e cirúrgicos. A possibilidade de diagnóstico acaba se tornando quase inacessível, pois a principal barreira ao tentar iniciar o tratamento é a violência, principalmente simbólica, sofrida nos atendimentos das unidades básicas de saúde.

Como destaca Camilo Braz (2017), os hospitais que prestam os atendimentos especializados são em sua maioria hospitais universitários, espaços em que novos conhecimentos e técnicas são incorporados do ambiente acadêmico; dessa forma, a viabilidade de um atendimento especializado para esse público é maior.

Sarah, minha interlocutora de quinze anos é a única que acessa o SUS para o tratamento, se deslocando para Porto Alegre, para o acompanhamento que chamam de preventivo em adolescentes de 11 à 17 anos. Ela relata que os profissionais de saúde que a atendem em nenhum momento trataram-na por pronomes incorretos ou demonstraram não estarem receptivos e atenciosos com o tratamento hormonal.

Nicolas Ronchi²⁷ relata no seu vídeo “Como consegui minha receita?” o modo como ocorreu o acesso ao ambulatório trans na cidade de Florianópolis, onde os profissionais foram atenciosos e entendiam sobre o processo transexualizador que ele estava buscando acessar. As falas das(os) demais interlocutoras(es), desta pesquisa, que utilizam a rede privada ou automedicação, para transição hormonal, diverge desses dois relatos de experiência em ambulatórios específicos.

Mark (20 anos), me conta sobre como tentou encaminhar pelo processo transexualizador o tratamento hormonal no município: “fui no posto pra tentar marcar e não tive uma experiência boa com as pessoas de lá me chamando no feminino, mesmo eu já tendo avisado”.

Ainda que travestis permaneçam excluídas do processo de atenção à saúde na norma Processo Transexualizador, é inegável que a publicação da portaria representa um avanço na consolidação dos direitos sexuais. A ênfase na autonomia da pessoa transexual na tomada de decisão sobre as estratégias médico-cirúrgicas necessárias à melhoria da qualidade de vida é uma diretriz fundamental para que a atenção à saúde de transexuais não se restrinja a novos mecanismos de poder e controle sobre os corpos e condutas sexuais das pessoas. Da mesma forma, a ênfase no processo de superação dos agravos decorrentes dos processos discriminatórios, sustentado na diretriz da atuação multiprofissional e do cuidado sobre os laços sociais e da inserção social, é um ganho fundamental dessa norma técnica proposta pelo Ministério da Saúde. (LIONÇO, 2008, p. 58).

A aplicação dos direitos como o nome social nos atendimentos, fica a mercê da “boa vontade” dos profissionais de saúde. Mesmo com o Decreto nº8.727/16, visto anteriormente, o qual concede um auto-reconhecimento e autonomia ao sujeitos transexuais sobre o uso do nome social; novas medidas tiveram que ser viabilizadas pelo Estado, visto a não efetivação desse direito. Com isso, surge a Portaria PGR/MPU nº 7, de 1º de Março de 2018 que dispõe sobre o uso do nome social pelas pessoas transgênero usuárias dos serviços, pelos membros, servidores, estagiários e trabalhadores terceirizados, no âmbito do Ministério Público da União.

Com a emergência desta portaria ainda observa-se restrições ao uso do nome social em postos de saúde. A difusão da informação desse direito de

²⁷ Nicolas Ronchi é um homem trans e youtuber, no canal a maioria dos seus vídeos é informativos relacionados a sua transição hormonal <[encurtador.net/xyAE0](https://www.youtube.com/channel/UCxyAE0)> acesso em 25 de Nov de 2019

reconhecimento não chega a população travesti e transexual mais pobre, o que ocasiona que esses profissionais de saúde acabam saindo impunes das violências simbólicas que reproduzem no atendimento.

Outro exemplo de descaso médico pode ser observado no caso de uma transexual natural de Itapetinga (BA) que foi esfaqueada na praça²⁸, conseguiu se arrastar até o hospital onde ficou à deriva no corredor pedindo socorro e seguiu sendo agredida no local pela mulher suspeita de ter ajudado a cometer o crime. O vídeo gravado por um celular mostra a transexual no chão ensanguentada pedindo ajuda, enquanto uma mulher circula ao seu redor a ofendendo.

Não muito distante, os estudos de Martha Helena Teixeira Souza e Pedro Paulo Pereira (2015), que acompanharam as travestis de Santa Maria, identificam casos de violência de pessoas transexuais agredidas por estarem vulneráveis na prostituição e quando buscaram o serviço de saúde sofreram situações de violências simbólica pela negligência médica.

Na vida de uma pessoa transexual, a violência é um fato com o qual o indivíduo convive diariamente; por isso muitos sujeitos nem tentam esse primeiro acesso no posto de saúde.

A despeito das conquistas e dos avanços decorrentes da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), ainda há problemas estruturais que precisam ser superados se pretendemos assegurar universalmente serviços de saúde de qualidade para a população brasileira. Antes da institucionalização do SUS, vale lembrar, apenas contribuintes do sistema previdenciário tinham acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil, não sendo este um direito de todas, como agora previsto constitucionalmente. Tal realidade é complexificada, paradoxalmente, quando se observa hoje o elevado número de sujeitos que têm acesso aos serviços de saúde somente na esfera do SUS, considerando que apenas cerca de 25% da população brasileira dispõem de pelo menos um plano de saúde privado (IBGE, 2010). (MELLO, 2011, p.11).

Kristal diz já ter procurado o SUS por conta de problemas de saúde não vinculados ao tratamento hormonal: “[...] eu estava com problemas respiratórios, asma, aí eu teria que fazer nebulização e além de ter demorado seis horas fui

²⁸ Matéria completa disponível em: <encurtador.net/mHKMZ> acesso em 25 de Nov de 2019.

constrangida ao ser chamada pelo nome cível, se recusaram a me chamar pelo nome social”.

Todavia, transexuais e travestis não buscam os serviços de saúde apenas quando inseridas no processo de readequação sexual ou em consequência da infecção do hiv/aids. Por esta razão, e considerando a forte discriminação que atinge tais pessoas quando buscam serviços universais de atendimento à saúde, deve-se ressaltar a relevância de iniciativas como a criação, em junho de 2009, na cidade de São Paulo, do Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais – instalado onde já operava o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da Secretaria Estadual da Saúde. (MELLO, 2011, p.19).

Devemos então compreender que outras práticas de saúde devem ser implementadas para garantir o direito da integralidade nas unidades de saúde. Mesmo com projetos como Brasil sem Homofobia (2004) e Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT (2010), políticas públicas desenvolvidas para promover o debate sobre a diversidade de gênero e sexualidade ao SUS, o acesso à saúde de pessoas transexuais é ainda prejudicado; essa barreira no acesso se torna maior se cruzarmos com outros fatores discriminantes como classe social, raça, escolaridade etc.

No âmbito das reflexões sobre acesso da população LGBT a serviços de saúde fundados nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, note-se que orientação sexual e identidade de gênero não devem ser cogitadas como atributos identitários ou marcadores sociais únicos, já que necessariamente se articulam de formas diversas com outros, a exemplo de idade, raça/cor e classe social, para ficarmos com apenas três exemplos. Isto significa dizer que o sujeito não pode ser pensado apenas como “gay”, “lésbica”, “bissexual”, “travesti” ou “transexual”, já que seu corpo/self também pode ser negro-rico-jovem, entre tantas outras combinações possíveis dos atributos raça/cor, classe social e idade. (MELLO, 2011, p.12-13).

Outro fator que perpassa o acesso ao processo transexualizador pelo SUS é o tempo de espera até ser beneficiado(a) pelo programa. Após realizar todos os encaminhamentos na unidade básica de saúde, para poder iniciar o processo transexualizador, os usuários trans devem aguardar a disponibilidade de atendimento. Sarah relata que passou quase um ano aguardando o serviço, desde o

momento que sua mãe a levou ao endócrino até ser contemplada pelo processo transexualizador de Porto Alegre.

Para o tratamento preventivo não existe tanta demanda pelo fato da maioria da população trans não reivindicar sua identidade de gênero na adolescência, por ainda não se entender como trans ou medo da rejeição familiar. Para Krystal que também buscou iniciar o tratamento hormonal pelo SUS, encontrou uma espera muito longa. Quando a questionei se já havia tentado encaminhar para o tratamento hormonal pelo sistema público de saúde ela me respondeu que sim e estava aguardando há mais de seis meses para ser encaminhada. Com esse fator da fila de espera aliado com a falta de poder econômico para iniciar o tratamento, acabou recorrendo a automedicação.

Fiz tratamento hormonal durante 11 meses, por conta própria, por que o sus não é nada acessível em relação a isso e um endócrino a consulta custa em média de 250 reais. Não tenho como pagar esse preço. Então fiz faço auto medicação por conta própria - Krystal, 20 anos.

O uso de medicação sem prescrição médica, como os hormônios utilizados para a transição pode causar sérios efeitos colaterais e problemas de saúde. Os indivíduos transexuais que utilizam o SUS ou a rede privada dispõem de exames de rotina para monitorar seu organismo e evitar futuros problemas de saúde. Ira diz que faz exames de sangue com intervalos de no máximo três meses, monitorando junto com sua endócrina o índice de testosterona e outras substâncias no organismo.

Os efeitos colaterais do uso de hormônio feminino incluem trombose e câncer de próstata; os hormônios masculinos podem causar problemas renais e câncer de colo de útero. O não acesso ao acompanhamento e a política pública coloca o sujeito transexual sob riscos à saúde. Krystal relata que os efeitos colaterais da sua medicação envolve duras mudanças de humor e muita irritabilidade nos primeiros dias após a aplicação da medicação; ela não tem acesso a qualquer tipo de acompanhamento sobre o efeito dos fármacos.

[...] por que não é algo acessível se for pagar uma consulta é caro. O que fazemos vamos até o Google e pesquisamos quais hormônios são mais usados. E acaba que começamos automedicação. Não recomendo a

ninguém não é saudável se não tem acompanhado médico pode dar inúmeras complicações, como trombose, ficar tetraplégica, dar câncer, tumor ou até causar a morte. Krystal - 20 anos.

Devido ao processo transexualizador não conseguir atender municípios distantes das capitais, muitos sujeitos não possuem poder econômico para utilizar o serviço privado, então acabam desenvolvendo uma rede paralela frente aos dois sistemas de atendimento à saúde. Essa rede é formada por pessoas transexuais desassistidas da política pública, onde trocam informações sobre hormônios e dosagens entre si por grupos de Facebook. Krystal relata participar de um grupo de pessoas trans onde se trocam conhecimento sobre medicações; as postagens incluem a experiência que a pessoa teve com o determinado hormônio, efeitos colaterais, quantidade do consumo etc. Dessa forma, o indivíduo transexual que não acessa o serviço público nem o privado encontra a oportunidade de modificar seu corpo, mesmo com todos os riscos possíveis à saúde já mencionados.

Assim me colocaram em um grupo/página no Facebook de mulheres trans travestis eles trocam e falam sobre os hormônios. Mas eu não vejo nada não participo, porque acho errado recomendarem hormônio. Cada pessoa é diferente tem organismo diferente, então digamos que meu hormônio funciona muito bem pra mim mas para outra não, vai de cada metabolismo - Krystal 20 anos.

A internet foi o cenário onde Mark (18 anos) e Cosima (26 anos) encontraram informações sobre hormônios e iniciaram o consumo da medicação de forma autônoma.

Cogitei uma época fazer acompanhamento mensal, indo para capital uma vez por mês, mas desisti por conta da logística e dos gastos. Não tinha condições. Continuei me automedicando. Por ter pesquisado muito eu já me sentia autodidata especialista no assunto. Também sentia medo de sofrer com a transfobia ao procurar me informar pelos serviços do SUS da minha cidade. Eram outros tempos, a militância e resistência tava acontecendo em grandes centros urbanos como São Paulo... E aqui a informação era muito escassa - Cosima - 26 anos.

A partir de suas pesquisas on-line Mark definiu a dosagem de testosterona a ser consumida, em sua visão de um jeito que não prejudicasse sua saúde;

importante elencar que o consumo de qualquer hormônio causa efeitos variados em cada organismo e se o corpo for mais propenso geneticamente a determinada doença ela pode se manifestar; então, o uso de automedicação é um risco que alguns transexuais assumem por não existir acompanhamento médico especializado e de fácil acesso para atender suas demandas.

Martha Helena Teixeira Souza e Pedro Paulo Pereira (2015), destacam a presença de bombadeiras como peças centrais para a modificações corporais. Elas são travestis mais velhas que têm experiência com o manuseio do silicone industrial e acabam se tornando referência para outras trans e travestis para construir um corpo feminino.

Mas como nós garotas trans queremos resultados, queremos sermos mais femininas possíveis, a gente corre esse risco. Por que é tudo uma questão de padrão de beleza sabe. Por conta de toda essa transfobia que muita travesti e trans se põe em risco de ir em uma bombadeira pagar barato e por silicone industrial o famoso hidrogel. É algo que é feito para avião não para humanos, mas como querem o corpo ideal acabam pondo suas vidas em risco. Krystal - 20 anos.

Voltando a discutir o papel do Estado em assegurar um bem estar físico e social ao indivíduo, podemos observar o quanto os grupos de travestis e transexuais permanecem excluídos do sistema de saúde.

Talvez não seja demais lembrar aqui que os problemas enfrentados pela população LGBT no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde são ainda mais dramáticos nos casos de travestis e transexuais. Não só por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais (alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, por exemplo), mas também pela intensidade da homofobia que costuma incidir sobre estes dois grupos identitários, especialmente quando também são discriminados a partir de outros marcadores sociais, como níveis de renda e de escolaridade, raça/ cor e aparência física, entre outros. Nesses termos, pode-se apontar que travestis e transexuais correspondem ao público, no conjunto da população LGBT, que mais intensamente sente a escassez de políticas de saúde específicas e, paralelamente, o que mais se beneficiará de tais ações quando forem efetivadas. (MELLO, 2011, p.21).

No âmbito da implementação de políticas públicas para integrar minorias sociais ao sistema de saúde, os grupos de transexuais e travestis encontram

dificuldades no acesso a esses serviços, mesmo utilizando o processo transexualizador. Outros indivíduos têm de lidar com o estigma social, presente, inclusive, entre muitos dos profissionais da saúde pela falta de conhecimento sobre transexualidade.

Mark (18 anos) buscou uma psiquiatra para que ela pudesse fornecer o diagnóstico da transexualidade presente no CID, para que assim ele conseguisse iniciar o tratamento hormonal. A médica psiquiatra acabou por dizer que ele era muito novo e talvez estivesse indeciso quanto ao seu desejo de transicionar de gênero; para Mark o que ficou nítido no atendimento é que a psiquiatra não queria fornecer a autorização. Ira (28 anos) adverte que muitos profissionais não estão preparados para desempenhar suas funções no que tange às questões de transexualidade.

[...] nem todos os psiquiatras entendem o que é transexualidade, não adianta tu ir e ser o primeiro experimento sabe, então eu seguia o caminho dele pelos profissionais, pela psiquiatra, pela endócrino. Até tenho que voltar na psiquiatra mas é trezentos reais, mas tá tudo bem com a cabeça por enquanto - Ira, 28 anos.

Na busca por profissionais médicos ele encontrou uma psicóloga que se mostrou apática nos atendimentos; quando buscou os serviços desta profissional foi num grande momento de angústia por questionar sua identidade de gênero. Ele esperava que a profissional pudesse lhe ajudar e dizer de fato se ele estava “ficando louco”. Não obtendo nenhum tipo de alívio com as sessões, desistiu, acabou retornando a outra psicóloga sob indicação de um amigo trans. A médica-endocrinologista que ele acessa também foi indicação do mesmo amigo; ela se destaca principalmente pelo atendimento que desempenha em seu consultório.

As pessoas sabem do que estamos falando, entendem, estudaram isso, a endócrino está sempre se atualizando, ela entende, sabe da transexualidade, por isso a medicação ela é gradativamente se não eu tomaria toda a medicação. De três em três meses ela faz exames de sangue pra ver as alterações sabe, tem todo esse acompanhamento para ver a evolução e desenvolver a puberdade no homem - Ira, 28 anos.

Profissionais qualificados fazem toda a diferença em promover o bem estar físico e social do paciente. Nos relatos em que os profissionais acolhem o indivíduo, fazem questionamentos, se mostram receptivos e promovem uma escuta do outro, há mais chances das pessoas trans retornarem ao consultório médico; já nos relatos em que o profissional promove no atendimento alguma violência ou desconforto o usuário dificilmente retorna ao consultório por quaisquer motivos.

Uma primeira leitura poderia sugerir que se está diante de um quadro de polarização radical: de um lado o poder médico, materializado na equipe, e de outro, os/as “candidatos/as” oprimidos, sem capacidade de resposta e de reação, vítimas de um poder que decide isoladamente os rumos de suas vidas. As condições objetivas para se chegar a esta conclusão parecem favoráveis. Nas trajetórias de vida, pode-se notar que há um viés de classe social constante: todos são oriundos de camadas sociais excluídas. O fato de vivenciarem a experiência transexual, ou seja, de estarem fora das normas de gênero, torna estas pessoas duplamente excluídas. Muitos afirmaram: “se eu tivesse dinheiro, não suportaria isto aqui”. (BENTO, 2003, p. 68).

Deste modo promover a integralidade de travestis e transexuais ao sistema de saúde é um enorme desafio. A falta de debate sobre gênero na formação profissional dos agentes de saúde permite que estigmas históricos sejam levados ao atendimento com o paciente, sendo reproduzidos cotidianamente nas práticas profissionais.

Os princípios do SUS de universalidade e integralidade acabam não abrangendo de modo satisfatório a comunidade travesti e transexual. Deve-se ter em mente que a constituição do processo transexualizador pela normativa precisa ser ampliada ainda mais, visto que a escassez de pólos em outras regiões dificulta o acesso a esses centros especializados na transição de gênero.

Em parceria com a ONG Igualdade e o Coletivo Transviver, composto por homens trans do município, a Prefeitura Municipal de Santa Maria divulgou em julho de 2019 a notícia da abertura de um ambulatório²⁹ para população trans e travesti. Buscando fazer um remanejamento com profissionais da rede pública (endócrino, psicólogo, psiquiatra, assistente social) que passarão por uma formação profissional voltada ao atendimento das demandas de saúde da população travesti e transexual.

²⁹ Matéria completa disponível em <<http://twixar.me/j2FT>> acesso em 28 de Nov de 2019.

Com essa iniciativa será possível que a população trans do município seja assistida pelo sistema de saúde, pois a normativa 2.803/2013 impacta uma pequena parcela de transexuais; o restante da população trans e travesti sofre com um atendimento à saúde precário, violento e normativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo contribuiu para identificar o acesso ao tratamento hormonal pela população transexual de Santa Maria a partir da normativa que regulamentou essas ações. Ele evidencia as violências sociais sofridas por sujeitos que não estão de acordo com a cisgeneridade. Os resultados provenientes podem servir de embasamento para novas discussões fazendo uma conexão entre as ciências sociais e a área da saúde.

Nos relatos dos interlocutores destaca-se a dualidade em relação ao medo de sofrer por ser quem eles são, bem como a alegria de poder se expressar conforme sua real identidade. Nas palavras de Ira, “vir a existir”.

Da primeira cirurgia de redesignação sexual bem sucedida no Brasil até a oferta do serviço pelo SUS, muitas noções e conhecimentos médicos foram sendo revistos. O Dr. Roberto Farina foi indiciado por mutilação corporal grave, numa época em que a autonomia de pessoas transexuais era impensada e esses sujeitos eram percebidos e definidos como doentes mentais, sem possuir autonomia para decidir sobre seu corpo. Partindo dos dados coletados e da análise observa-se ainda, resquícios desse pensamento, visto que as pessoas transexuais têm que convencer os peritos de serem “transexuais de verdade”.

Devemos compreender que ser transgênero é um auto-reconhecimento e, desse modo, há indivíduos que desejam se submeter a redesignação sexual e outros estão confortáveis com sua genitália biológica e nem por isso passam a ser “menos” homem ou mulher. O discurso médico coloca a cirurgia de redesignação como a cura para a disforia de gênero buscando normatizar e tentar corrigir o que poderia ser chamado de corpos ambíguos.

Aliado ao discurso médico, o sistema jurídico é outro campo de controle, uma vez que alterar o registro civil e ser reconhecido pelo Estado por sua identidade real (Goffman, 1988) está novamente condicionado a cumprir os requisitos de uma norma binária de gênero cissexista. Outros aparelhos de controle dos corpos envolvem a família, a escola e o mercado de trabalho, etc. O indivíduo se adequa a

essa proposta de vida generificada, ou então, é afastado desses espaços e marginalizado.

Dentro dessa construção do corpo e identidade do sujeito transexual se divide em inúmeras camadas. A agência sobre o seu corpo é dependente da classe econômica, do lugar onde reside e do acesso à informação que possui.

Na esfera social, esses sujeitos acabam por serem vistos como corpos abjetos (Butler, 2015), o controle dos corpos também está sob a mão dos indivíduos, espaços em que são mobilizadas agressões e violências sobre os corpos que se distanciam da norma, violências que se reproduzem dentro de um sistema de saúde que possui como pilar o princípios de universalidade e integralidade.

Em razão da falta de acesso a um cuidado de saúde que respeite os princípios da dignidade humana desencadeiam-se novos problemas sobre o corpo, através do uso de medicações sem o acompanhamento de profissionais. O descaso no sistema de saúde, de uma forma geral, com essa população se alia com as normas de gênero e o desejo da construção do corpo para promover um cenário violento de uma falsa inclusão.

Os altos níveis de suicídio entre jovens trans, morte por violências e por complicações de saúde advindas de procedimentos clandestinos denunciam um Brasil que pouco se mobiliza a pensar novas políticas públicas para promover qualidade de vida a pessoas transgêneras.

Pensar políticas públicas para pessoas transexuais deve levar na sua constituição critérios como raça/etnia, classe econômica e escolaridade. É necessário compreender que as injustiças são de ordem social e econômica, pensando conjuntamente ações que visem diminuir as desigualdades.

As possibilidades de transformação do corpo ficam à disposição de uma classe específica; assim, o mercado desenvolve um nicho de serviços onde são ofertadas cirurgias para feminizar o rosto, redesignação sexual e próteses, lucrando com o desejo de construir uma identidade com a qual se identifica.

O despreparo dos profissionais no atendimento municipal é o principal motivo para que muitas pessoas trans não busquem acesso a essa política pública, por compreender que serão alvos de violências.

É evidenciada a necessidade de discutir na educação básica o tema gênero e sexualidade para evitar evasões escolares de sujeitos que não estão em conformidade com as práticas de gênero, bem como trabalhar o tema na formação profissional de todo o sujeito. Todas as profissões que se inserem na sociedade devem estar aptas para prestar qualquer serviço a qualquer pessoa, com destaque para a necessidade de formação para profissionais de saúde, que acabam levando em seus atendimentos, os estigmas socio-históricos.

Os interlocutores que detém poder econômico também estão vulneráveis (em graus diferentes) a sofrerem violências de profissionais da área biomédica e que a passabilidade, a aparência de um corpo coerente com as normas de gênero evita a transfobia em muitos espaços, mas no campo da saúde ela não é suficiente para privar o indivíduo de constrangimentos.

A normativa 2.803/2013, entendida como a ampliação do processo transexualizador, ainda não atinge efetivamente grande parte da população transexual que não reside na localidade dos hospitais autorizados. Para promover uma ação efetiva da política pública deve-se ampliar esse serviço para além das capitais, visando fornecer os atendimentos especializados e com profissionais preparados em todo o território nacional, uma vez que essas poucas unidades estão com demandas maiores do que conseguem atender, o que gera uma nova precarização da saúde de travesti e transexuais.

Mesmo a normativa sendo um marco nos direitos da população trans, problemas discutidos ao longo do trabalho impactam a vida da população transexual. A normativa deve ser pensada em conjunto com outras estratégias que visem promover o bem estar social da população transgênera.

Ao longo das entrevistas, muitas esferas da vida dos interlocutores foram descritas. Abordei no trabalho as esferas mais pertinentes com o que a pesquisa se comprometeu a discutir, mas gostaria de frisar a necessidade de maior aprofundamento em cada área levantada no trabalho, novas reflexões sobre as outras áreas que não foram contempladas nesse trabalho e incluir nos estudos pessoas trans negras, para compreender como raça/etnia, classe social e gênero se interseccionam no acesso à saúde. Também saliento a necessidade de trabalhos

futuros construirão reflexões não somente a partir das narrativas dos interlocutores, como também em conjunto com esses atores sociais.

É constante a busca por autonomia, para “vir a existir” para alterar o corpo, para construir uma nova identidade. Não ser quem você é, ficar preso a uma vivência que não lhe pertence.

“Cresci entre ausências, do pai que nunca tive, o homem que nunca fui, o filho que nunca serei. O mesmo testículo fujão, não desceu, como que prevendo a contradição sexual que eu me tornaria, uma travesti que nasceu com os testículos escondidos. Piada pronta!

Devido a todas essas ausências “homens” tornou-se um sinônimo de dor, porque mesmo quando presentes não havia amor. Todas as experiências de afeto que tive foram com mulheres.

Nasci de um ventre que não me esperava e pouco me coube. Só aguentei até o oitavo mês, ansiosa que sou.

Desde muito cedo meu corpo foi ocupado por intervenções cirúrgicas, hérnia inguinal, fimose, endoscopia. Talvez hoje, cada comprimido de hormônio seja uma reivindicação de posse sobre esse corpo. A cada comprimido eu me caibo melhor sobre essa pele, esse adonar-se de mim mesma alivia qualquer preocupação com possíveis riscos. O fígado, os rins, o coração, todo o corpo pode falhar, mas ainda assim vai falhar dentro do meu campo de escolha, limitado que seja.” - texto de Giu Nonato, presente no documentário “Meu corpo é político” de 2017.

REFERÊNCIAS

- ABREU, P. D; ARAÚJO, E. C; VASCONCELOS, E. M. R. **Representações sociais de mulheres transexuais sobre o hiv/aids**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(3):805-7, mar., 2018.
- ALBANOZ, S. G. **As esferas do reconhecimento**: uma introdução a Axel Honneth, In: Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2011, vol. 14, n. 1, pp. 127-143.
- ALMEIDA, G. **'Homens trans'**: Novos matizes na aquarela das masculinidades? Florianópolis: Estudos Feministas, 2012.
- ARÁN, M; MURTA D; LIONÇO T. **Transexualidade e saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2009.
- ÁVILA S. **Transmasculinidades**: a emergência de novas identidades políticas e sociais. Rio de Janeiro: Editora Multifoco; 2015.
- BENTO, B. A. de M. **Nome social para pessoas trans**: cidadania precária e gambiarra legal. Contemporânea, São Carlos, 2014.
- _____ **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BENTO, B; PELÚCIO, L. **Despatologização do gênero**: a politização das identidades abjetas. Florianópolis: Estudos Feministas, 2012. p.569-581.
- BONSUCESSO, F. T. **Vidas que desafiam corpos e sonhos**: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade. Campinas: UNICAMP, 2009.
- _____ **Histórias que não têm era uma vez**: as (in) certezas da transexualidade. Florianópolis: Estudos Feministas, 2012.
- BONSUCESSO, F. T. et al. **Entre o segredo e as possibilidades do cuidado**: (re)pensando os silêncios em torno das narrativas das travestis sobre HIV/AIDS. Rio de Janeiro: Sex., Salud Soc, 2018.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

_____. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.482 de 1997**. Diário Oficial da União 1997; 19 set. 25. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.652 de 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.955 de 2010**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais**. Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sus princípios e conquistas**. Brasília, 2000.

BRAZ, C. **Transmasculinidades, temporalidades**: antropologia do tempo, da espera e do acesso à saúde a partir de narrativas de homens trans. Florianópolis: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), 2017.

_____. **Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2019.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____ Vida precária in: **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto?. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CARVALHO, M. F. L. **“Muito prazer, eu existo!” Visibilidade e Reconhecimento no Ativismo de Pessoas Trans no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ, 2015.

CONNEL, R; PEARSE, R. **Gênero uma perspectiva global**: compreendo o gênero - da esfera pessoal à política - no mundo contemporâneo. São Paulo: nVersos, 2015.

CRESWELL, J. W. **Investigação Qualitativa & Projeto de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2014.

DAMETTO, J; SCHMIDT, J. C. **Entre conceitos e preconceitos**: A patologização da homossexualidade em psychopathia sexualis de Richard Von Krafft-Ebing. Erechim: PERSPECTIVA, 2015.

DUQUE, T. **Gêneros incríveis**: identificação, diferenciação e reconhecimento no ato de passar por. Campinas: UNICAMP, 2013.

FACCHINI, R. **Histórico de Luta LGBT no Brasil**. São Paulo: Pagu, 2011.

FILHO, F. S. T. **Homofobia e sua relação com as práticas “psi”**. São Paulo: Pagu, 2011.

FILHO, R. E. **Corpos brutalizados**: conflitos e materializações nas mortes de LGBT. São Paulo: Pagu, 2016.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. São Paulo, Graal, 2010.

FRASER, N. **“Da redistribuição ao Reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista”**. In: SOUZA, J. (org) Democracia Hoje. Brasília: UNB, 2001.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Ed.34, 2003.

JUNIOR, A. L. S. **Feminização, estigma e o gênero facializado: a construção moral do gênero feminino por meio de cirurgias de feminização facial para travestis e mulheres transexuais**. São Paulo: Saúde e Sociedade, 2018.

KAHHALE, E. M. P. **Histórico do Sistema Conselhos de Psicologia e a interface com as questões LGBTs**. São Paulo: Pagu, 2011.

LANZ, Leticia. **O corpo da roupa: A pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero**. Universidade Federal de Curitiba - UFPR. Curitiba. 2014.

LE BRETON, D. **A Sociologia do Corpo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

LIONÇO, T. **Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade**. São Paulo: Saúde e Sociedade, 2008.

_____. **Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios**. Rio de Janeiro: Revista saúde coletiva, 2009.

LOURO, G. L. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

LUIZ, C. L. **Saúde para pessoas LGBT**. São Paulo: Pagu, 2011.

MELLO, L. et. al. **Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade**. Rio de Janeiro: Revista Sexualidad, Salud y Sociedad, 2011.

MISKOLCI, R. **Teoria Queer: um aprendizado pelas diferenças**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

_____ **San Francisco e a nova economia do desejo**. São Paulo: Lua Nova, 2014.

_____ **Desejos Digitais**. In: Desejos digitais: uma análise sociológica da busca por parceiros on-line. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

OLIVEIRA, A. C. G. A. **Os corpos refeitos: a intersexualidade, a prática médica e o direito à saúde**. Minas Gerais: Revista Gênero, sexualidade e direito, 2015.

PERES, W. S; TOLEDO, L. G. **Travestis, transexuais e transgêneros: novas imagens e expressões da subjetividade**. São Paulo: Pagu, 2011.

POPADIUK, G. S; OLIVEIRA, D. C; SIGNORELLI, M C. **A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva. Porto Alegre, 2016.

SALLES, D. G; GONÇALVES, J. S; ARAÚJO, L. D. **A transexualidade na literatura científica das ciências da saúde**. Londrina: Inf&Inf, 2017.

SANTO, E. R. do E. **Homossexualidade: psicanálise, religião e educação**. R. Inter. Interdisc. Florianópolis: INTERthesis, 2017.

SANTOS, A. P. **A Patologização da identidade de gênero: Debatendo as concepções e as políticas públicas**. São Paulo: Pagu, 2011.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice - o social e o político na pós modernidade**. Porto Alegre: Edições Afrontamento, 1994.

SANTOS, D. B. C. **A biopolítica educacional e o governo de corpos transexuais e travestis**. Cadernos de Pesquisa v.45 n.157 p.630-651 jul./set. 2015.

SAMPAIO, J. V; SAMPAIO, I. M. P. **“Tudo é sempre de muito!”: produção de saúde**

entre travestis e transexuais. Rev. Estud. Fem. vol.25 no.2 Florianópolis mai./ago. 2017.

SAMPAIO, L. L. P; COELHO, M. T. A. D. **Transexualidade**: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor de saúde. Interface - Comunic. Saude, Educ., v.16, n.42, p. 637-49, jul./set. 2012.

SCKELL, S. N. **Os juristas e o direito em Bourdieu**: A conflituosa construção histórica da racionalidade jurídica. In: Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 28, n.1, p.157-178.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. Physis vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan./Apr. 2007.

SEVERINO, A. J. **Metodologia para o trabalho científico**. São Paulo: Editora Cortez, 2014.

SOARES, M. A. F. **A Patologização da identidade de gênero**: debatendo as concepções e as políticas públicas. São Paulo: Pagu, 2011.

SOARES, M. A. F. **A Patologização da identidade de gênero**: debatendo as concepções e as políticas públicas. São Paulo: Pagu, 2011.

SOUZA, M. H. T; PEREIRA, P. P. G. **Cuidado com Saúde**: A travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Florianópolis: Enferm. vol.24 no.1 Mar. 2015.

TAYLOR, C. **A política do reconhecimento**. In: Argumentos Filosóficos. São Paulo: Loyola, 2000.

VALENÇA, K. S. L. et al. **Atuação da rede social na saúde integral de mulheres jovens transexuais com HIV/AIDS**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(3):820-3, mar., 2018.

VENTURA, M. **Direitos humanos e saúde**: possibilidades e desafios. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2011.