



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Cristiane Maria Amorim Costa

**Análise bioética do Processo Transexualizador no Brasil à luz da
perspectiva dos Funcionamentos**

Rio de Janeiro

2015

Cristiane Maria Amorim Costa

**Análise bioética do Processo Transexualizador no Brasil à luz da perspectiva
dos Funcionamentos**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Orientador: Prof.^a Dra. Marilena Cordeiro Dias Vilela Corrêa

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDÉ SIRIUS/CB/C

C837 Costa, Cristiane Maria Amorim.
Análise bioética do processo transexualizador no Brasil à luz da perspectiva dos funcionamentos / Cristiane Maria Amorim. – 2015.
185 f.

Orientadora: Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa.

Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal Fluminense.

1. Transexualidade - Brasil - Teses. 2. Bioética - Teses. 3. Políticas públicas – Teses. I. Corrêa, Marilena Cordeiro Dias Villela. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 613.885

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

Assinatura

Data

Cristiane Maria Amorim Costa

**Análise bioética do Processo Transexualizador no Brasil à luz da perspectiva
dos Funcionamentos**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense.

Aprovada em 09 de setembro de 2015.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marilena Cordeiro Dias Vilela Corrêa
Instituto de Medicina Social – UERJ – PPGBIOS

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Dimas Martins Ribeiro
Universidade Federal Fluminense – UFF - PPGBIOS

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Maria Andrea Loyola
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Heloísa Helena Barboza
Faculdade de Direito – UERJ

Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Dra Marcia Silva de Oliveira
Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a meus pais, Francisco e Odyléa que, com seus exemplos, me ensinaram o valor do amor verdadeiro e do respeito ao outro como pilar de uma relação autêntica. A vocês, mesmo que em oração, minha eterna gratidão... (*Queria ter amado mais [...] cada um sabe a dor e alegria que traz no coração*).

AGRADECIMENTOS

Passaram-se quatro anos. E nesse tempo tive muitos “anjos”, que são conhecidos, cotidianamente, como amigos, familiares, ou apenas aquelas pessoas que passam rápido por nossas vidas e deixam um pouco delas conosco. Alguns vieram ao mundo fazendo parte da minha família; alguns eu escolhi como família ou fui presenteada com suas escolhas; alguns conheci há algum tempo; e outros foram felizmente reconhecidos nesses quatro anos. Essas pessoas sempre tinham uma palavra de conforto, um abraço afetuoso, um sorriso amigo para todos os momentos. Enxugavam a lágrima que, teimosa, insistia em cair de meus olhos, ou simplesmente se faziam presentes na cumplicidade do silêncio. Outros, com generosidade compartilhavam seus conhecimentos. Sinto-me honrada por ter tido esses “anjos” tão especiais que me ajudaram nessa caminhada. Foram muitos e, talvez por isso, esqueça de alguns nomes. Independente de possível esquecimento, este é meu maior agradecimento a todos e todas: obrigada pela solidariedade! Neste momento, não posso deixar de citar alguns nomes.

Deus que, diariamente, recarregava-me de energias para alcançar o objetivo final de, a partir da tese, trazer alguma contribuição para a vida das mulheres transexuais.

Meus pais, a quem devo tudo que sou como pessoa humana. Apesar de não vê-los mais, continuam vivos em meu coração.

Meus filhos, Bernardo e Sofia, que me escolheram e me ensinam, todos os dias, a ser uma pessoa melhor.

Meu companheiro Cristiano que contribuiu para que esse sonho se tornasse realidade.

Meus irmãos, Kátia e Francisco, e afilhados, Vinícius e Pedro, que sempre acreditaram em mim e me apoiaram em todos os momentos, encorajando e valorizando cada vitória.

Minha querida Josi que mantém minha casa uma bagunça organizada para que eu possa me “espalhar”.

Minha cachorrinha Florzinha, minha solidária companheira nas madrugadas. Saudades!!!

Minha orientadora Marilena, minha amiga “anjo” que, com generosidade, disponibilidade e estímulo, ajudou-me a pensar e refletir, tornando-se parte efetiva deste produto final, e parceira para sempre.

Meu coorientador Dimas que trouxe contribuições valiosas para esta tese.

Meus professores e colegas da pós-graduação em Bioética que participaram e contribuíram para a construção de meu conhecimento na área que abracei, inspirando-me a alçar novos voos.

Meus colegas de mestrado e doutorado que, solidariamente, compartilharam momentos de alegrias, dúvidas e incertezas.

Os professores do doutorado que, generosamente, compartilhavam seus conhecimentos, principalmente a Prof.^a Dra. Heloísa Helena Barboza, a Prof.^a Maria Clara Dias e o Prof. Olinto Antônio Pegoraro. Com suas valiosas contribuições, estes mestres também contribuíram para a construção desta tese.

As funcionárias da secretaria do Instituto de Medicina Social, Márcia, Simone, Eliete e Sílvia; e do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS), Simone (que não está mais conosco) e Angélica, pela paciência, disponibilidade e presteza, sempre nos acolhendo e ajudando a resolver nossas obrigações acadêmicas.

Prof.^a Dra. Helena David e Prof.^a Dra. Norma Valéria, pertencentes à Direção da Faculdade de Enfermagem; Prof. Rogério Marques e Prof.^a Silvia Regina, da Coordenadoria de Enfermagem e Chefia de Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, que acreditaram no meu sonho e colaboraram para que se tornasse realidade.

Minha Chefe de Departamento e amiga Beth Rose e meus colegas de departamento: todos possibilitaram que me dedicasse a este momento especial.

Minha querida Celeste que ajudou no cumprimento das exigências das diretrizes formais de tese; Emíla que me ajudou nas transcrições; e Erick que me ensinou a utilizar o NVIVO.

Minha “família” Urologia, parceira nessa difícil tarefa de ser gerente, compreendendo meus momentos de ausência.

Minha amiga Márcia Oliveira, há muito tempo presente nos momentos de dúvidas e fraquezas da minha vida, que me apresentou à Bioética como possibilidade de reflexão sobre meus conflitos profissionais e morais.

Minha amiga Ersília que foi única como enfermeira particular e super amiga em um dos momentos mais difíceis de minha vida.

As mulheres transexuais e os profissionais do Processo Transexualizador que, gentilmente, relataram suas histórias de vida e reflexões as quais tornaram possível esse trabalho.

Os amigos Eliel, Maria de Lourdes, Raquel, Lilian, Elaine, Diana, Miriam, Fátima e todos os demais que são “anjos” na minha vida, que compreenderam minha ausência.

A única maneira de eu descansar em paz é se um dia pessoas transgêneros não forem tratadas como eu fui, sejam tratadas como humanos, com sentimentos válidos e direitos humanos. Gênero precisa ser ensinado nas escolas, quanto mais cedo, melhor. Minha morte precisa ter algum significado.

*Parte da mensagem deixada por Leelah Alcorn,
uma garota transexual, de Ohio (EUA), que se suicidou
em 28 de dezembro de 2014*

RESUMO

COSTA, Cristiane Maria Amorim. *Análise bioética do Processo Transexualizador no Brasil à luz da perspectiva dos Funcionamentos*. 2015. 185 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação, em regime de associação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal Fluminense e da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

Esta tese tem como proposta realizar um estudo da política pública do campo da saúde, conhecido no Brasil como Processo Transexualizador, baseado em uma análise bioética. Pode-se afirmar que o termo “Processo” começa a ser usado quando, em 2008, foi promulgada a Portaria 1707, pelo Ministério da Saúde (portaria mais tarde atualizada, e ainda em vigor, sob o número 2803, de 2013). Inserida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), essa política tem como pilares a integralidade e a humanização da atenção a pessoas transexuais. O objetivo da tese é: identificar o conjunto de Funcionamentos considerados básicos, tanto pela ótica dos transexuais, quanto pela ótica dos profissionais de saúde. Simultaneamente, em diálogo paralelo, a tese busca cotejar a contribuição, através da perspectiva dos Funcionamentos, para a avaliação do próprio Processo Transexualizador e vice-versa. No plano teórico-conceitual, o trabalho se norteia pelo princípio bioético da justiça em saúde, tal como trabalhado por Sen, Nussbaum, Dias e Ribeiro, autores que abordaram a justiça, associando-a ao que eles próprios cunharam conceitualmente como Funcionamentos básicos. No plano metodológico, a forma monográfica de apresentação dos resultados valoriza tanto os dados primários coletados em entrevistas (gravadas, transcritas e sistematizadas em ferramenta de informática – Programa NVIVO), quanto documentos oficiais e, ainda, a leitura crítica e discussão dos autores mencionados, acrescidos de outros como Cecilio, Buber, Bento e Arán. Com relação ao material primário, o campo de estudo foi um hospital universitário do município do Rio de Janeiro, que possui Unidade de Atenção Especializada a Transexuais, referência no Sistema Único de Saúde (SUS). O material empírico primário foi coletado por meio de técnica de entrevista semi aberta, orientada por roteiro. O universo de sujeitos de pesquisa é composto por dez mulheres transexuais e quatro profissionais da área de saúde que também participam da política. Os resultados apontam a necessidade do estabelecimento, por parte do Ministério da Saúde, de instrumentos avaliativos que tenham atuação para além dos trâmites burocráticos institucionais. Devem-se incluir, entre seus tópicos, a Rede de Atenção à saúde estabelecida, o atendimento das necessidades de saúde e a oferta da tecnologia em saúde, os quais comprometem a integralidade da atenção à saúde e, conseqüentemente, a realização do projeto de vida das mulheres transexuais por não possibilitarem o florescimento de seus Funcionamentos básicos.

Palavras-chave: Transexualidade. Política pública. Justiça. Bioética. Necessidades em saúde. Funcionamentos.

ABSTRACT

COSTA, Cristiane Maria Amorim. *Bioethical analysis of the Sex Reassignment Process in Brazil in the light of the functionings*. 2015. 185 f. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação, em regime de associação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal Fluminense e da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

This thesis has a study proposal performing a study of public policy in the field of health known as “Processo Transexualizador” in Brazil, based on a bioethical analysis. It can be assured that the term Process begins to be used, when, in 2008, was promulgated the Ordinance 1707 by the Ministry of Health (Ordinance later updated and still in force, under the number 2803 of 2013). Inserted within the unified health system ((know as SUS, Sistema Único de Saúde), this policy has as pillars the integrality in health and the humanization of attention to the transsexual people. The objectives of the thesis are: identifying the set of considered basic functionings, both in optics of transsexual people and of health professionals. At the same time, in a parallel dialogue, the thesis seeks to collate the contribution from the functionings approach to the Sex Reassignment Process evaluation and vice versa. On the theoretical-conceptual plan, the work is guided by the bioethical principle of justice in health, as worked Sen, Nussbaum, Dias and Ribeiro; authors who approached justice, associating it to which they coined conceptually as basic functionings. At the methodological level, the monographic form of presentation of results values both the primary data collected in interviews (recorded, transcribed and systematized in informatics tool – the program NVIVO), as in official documents, and critical reading and discussion of the authors mentioned plus others like Cecilio, Buber, Bento and Arán. With respect to the primary material, the field of study was a university hospital of the city of Rio de Janeiro, which has a Specialized Attention Unit to transsexuals, reference in the SUS. The primary empirical material was collected through semi open interview technique guided by script. The universe of research subjects is composed of ten transsexual women and four health professionals also participating in policy. The results show the need for the establishment, by the Ministry of Health, of evaluative instruments in addition to institutional harassments. It must include, among its topics, the health care network, meeting the health needs and the provision of technology in health, which compromise the integrality of health care and, consequently, the realization of the project of life of transsexual women, for not allowing the flourishing of their basic functionings.

Keywords: Transsexuality. Public policy. Justice. Bioethics. Health Needs. Functionings.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Descrição das mulheres transexuais entrevistadas | 24 |
| Quadro 2 - Descrição dos profissionais entrevistados | 24 |
| Figura 1 - Demonstrativo dos Funcionamentos básicos das mulheres transexuais | 94 |
| Quadro 3 - Relação temporal – antes e após o ingresso no Processo Transexualizador – dos funcionamentos que compõem a Capacidade de ser saudável | 157 |
| Figura 2 - Relação das capacidades e funcionamentos básicos relacionados à Capacidade de ser saudável | 158 |
| Quadro 4 - Análise temporal – antes e após o ingresso no Processo Transexualizador – da relação da Capacidade de ser saudável com outras capacidades básicas | 159 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| APA | Associação Psiquiátrica Americana |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CIF | Classificação Internacional de Funcionamentos |
| CLT | Consolidação das Leis do Trabalho |
| DSM | Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| GLBT | Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros |
| HCFM/ USP | Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo |
| HUPE | Hospital Universitário Pedro Ernesto |
| LGBT | Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais |
| LGBTB | Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONGs | Organizações Não-Governamentais |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PT | Processo Transsexualizador |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |

SUMÁRIO

| | | |
|-----|--|----|
| | INTRODUÇÃO | 15 |
| 1 | OBJETIVO GERAL | 21 |
| 1.1 | OBJETIVO ESPECÍFICO | 21 |
| 2 | ESCLARECIMENTOS METODOLÓGICOS | 23 |
| 2.1 | Caracterizando os sujeitos do estudo | 23 |
| 2.2 | Considerações éticas da tese | 25 |
| 2.3 | Sobre as etapas de construção do método de análise | 26 |
| 2.4 | Apresentação dos capítulos | 29 |
| 3 | A PERSPECTIVA DE JUSTIÇA COM BASE EM FUNCIONAMENTOS | 31 |
| 3.1 | A Perspectiva dos Funcionamentos | 31 |
| 3.2 | Objeto de Avaliação | 33 |
| 3.3 | Concepção de Saúde | 35 |
| 3.4 | Fonte: a escuta | 37 |
| 3.5 | O aprimoramento humano como condição humana | 38 |
| 3.6 | Para concluir este capítulo..... | 40 |
| 4 | PROCESSO TRANSEXUALIZADOR: PORTA DE ENTRADA NO SUS, TECNOLOGIA EM SAÚDE E HETERONOMIA | 42 |
| 4.1 | A consolidação da política pública Processo Transexualizador no Brasil | 42 |
| 4.2 | Atendimento das demandas (tecnologia) e das necessidades (boas condições de vida) | 48 |
| 4.3 | Fluxo de (des)assistência – a porta de entrada | 53 |
| 4.4 | A auto(hetero)nomia na política pública | 58 |
| 4.5 | Relação (não) integralidade e realização de Funcionamentos | 60 |
| 5 | O IDEAL DE JUSTIÇA: A (NÃO) REALIZAÇÃO DO CONJUNTO DE FUNCIONAMENTOS BÁSICOS QUE REPRESENTAM UMA VIDA VALOROSA PARA AS MULHERES TRANSEXUAIS | 62 |
| 5.1 | Lista de funcionamentos e capacidades: uma proposta provisória | 65 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 5.1.1 | <u>Livre exercício da sexualidade e autonomia de identidade de gênero</u> . | 65 |
| 5.1.2 | <u>Capacidade ser saudável</u> | 73 |
| 5.1.3 | <u>Integridade moral e física</u> | 78 |
| 5.1.4 | <u>Educação</u> | 81 |
| 5.1.5 | <u>Estabelecer relações afetivas – se sentir pertencida</u> | 84 |
| 5.1.6 | <u>Sustentar-se</u> | 86 |
| 5.1.7 | <u>Reconhecer-se como portadora de direitos e usufruir dos mesmos</u> | 88 |
| 6 | RELAÇÕES AFETIVAS DAS MULHERES TRANSEXUAIS: TRANSITANDO ENTRE RELAÇÕES EU-TU E EU-ISSO | 95 |
| 6.1 | As relações EU-TU(ISSO) nas diversas fases da vida da mulher transexual | 99 |
| 6.2 | A perspectiva de justiça relacionada à (não) realização da Capacidade estabelecer relações afetivas- sentir-se pertencida .. | 122 |
| 7 | CAPACIDADE DE SER SAUDÁVEL | 124 |
| 7.1 | A constituição dos funcionamentos que compõem a Capacidade de ser saudável | 125 |
| 7.1.1 | <u>A rede de atenção</u> | 125 |
| 7.1.2 | <u>Tecnologias de saúde</u> | 131 |
| 7.1.3 | <u>Autonomia</u> | 140 |
| 7.1.4 | <u>Atendimento das necessidades de saúde</u> | 150 |
| 7.1.5 | <u>Confidencialidade</u> | 152 |
| 7.2 | Relação entre a capacidade de ser saudável e outras capacidades básicas | 157 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 160 |
| | REFERÊNCIAS | 165 |
| | APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das mulheres transexuais | 177 |
| | APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos profissionais | 178 |
| | APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para mulheres transexuais | 179 |
| | APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para profissionais | 180 |
| | ANEXO A – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa | 181 |
| | ANEXO B – Lista de Martha Nussbaum: capacitações centrais | 184 |

INTRODUÇÃO

Esta tese tem por objeto a análise bioética do Processo Transexualizador, pautada no princípio de justiça.

A transexualidade era uma temática distante da realidade cotidiana dos profissionais que trabalhavam no Serviço de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ) até 2001, quando, por ordem judicial (COSTA; SILVA, 2012) realizou-se a primeira adequação genital cirúrgica¹ em uma mulher transexual. Nesse estudo será utilizada, a partir de agora, a terminologia “pessoas transexuais” e, quando for necessária a especificação, serão denominados “homem transexual” e “mulher transexual”. Segundo Almeida (2010, p. 120), essa adequação da nomenclatura deve-se ao respeito à maneira como essas pessoas “querem ser reconhecidas: como mulheres e homens, ainda que tais categorias possam vir acompanhadas do adjetivo transexual”.

Para Bento (2008) o termo transexualidade refere-se a uma experiência identitária caracterizada pelo conflito com as normas sociais de gênero. São homens e mulheres que apresentam uma identidade de gênero dissociada do sexo anatômico que apresentam. Essa definição confronta-se com aquela proposta pela medicina e pelas ciências, que tem como foco discursivo o aspecto psíquico da pessoa, que a qualifica como uma doença mental e a relaciona ao campo da sexualidade e não ao do gênero (BENTO, 2008).

Assim, tal como definido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), o transexualismo² é definido desta forma:

Um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal estar ou de

¹ Neste estudo, será utilizada a terminologia “adequação genital cirúrgica” em substituição ao termo “cirurgia de transgenitalização”, pois, segundo Machado (2010), as pessoas transexuais reconhecem como a nomenclatura mais adequada. Outras definições se apresentam como “cirurgia de redesignação sexual”, ou “cirurgia de transgenitalização”, e poderão vir a ser utilizadas quando houver citação direta do autor.

² O termo “transexualismo” será utilizado sempre que estiver em citação relacionada à área de conhecimento médico. Entretanto, frente ao reconhecimento do valor da autonomia da identidade de gênero e em respeito à experiência das pessoas transexuais, sem que seja necessário um enquadramento em alguma patologia, optou-se por utilizar a terminologia “transexualidade” no restante da tese.

inadaptação por referência a seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado (BRASIL, 2008a, p. 71).

Esta definição é bastante semelhante à definição de Harry Benjamin, de 1966, encontrada no livro “O Fenômeno Transexual”, no qual o transexual é reconhecido pela solicitação de redefinição cirúrgica, definição que se perpetua até os dias atuais.

A Classificação Internacional de Doenças (CID) incluiu, em 1980, o diagnóstico de transexualismo, assim como a Associação Psiquiátrica Americana (APA) também o incluiu no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais, em sua terceira versão.

Atualmente, no CID-10, o transexualismo continua incluído como um Transtorno de Identidade Sexual e o Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais, em sua quinta versão, atualizada em 2012, modificou o termo para “disforia de gênero”.

Dois dispositivos se destacam na temática da transexualidade: a) o avanço da biomedicina que torna o desejo da modificação corporal e sexual uma possibilidade a ser concretizada; b) o reconhecimento da identidade de gênero como uma construção sociocultural, pela influência da sexologia (ARAN, 2006; CORREA, 1998; CORREA; ARAN, 2009).

Nesse sentido, o transexualismo, enquanto disforia ou transtorno de identidade de gênero, é um “dispositivo da sexualidade” que, frente à necessidade e ao desejo das pessoas transexuais de modificações corporais e da identidade sexual, cria uma “entidade nosológica e de fixação, pelas instituições médicas e jurídicas, de descrições e prescrições sobre como deve ser vivenciada corretamente a transexualidade” (VENTURA, 2010b, p. 15). Independente da qualificação que se atribui a essa pessoa, existe um sentimento de pertencimento ao outro sexo, o que leva à transformação do seu corpo para adequá-lo a esse sentimento, buscando a hormonioterapia e a cirurgia para atender a esse anseio. Mas, por outro lado, também gera uma condição de sofrimento, visto que uma vez não enquadradas na norma social sexual dominante, as pessoas transsexuais são estigmatizadas, e vivenciam situações de discriminação e exclusão nos mais diversos ambientes.

A discussão sobre a temática da transexualidade, no Brasil, iniciou-se por volta dos anos 70, sendo um dos primeiros casos emblemáticos a prisão de um médico, Roberto Faria, que realizou a intervenção cirúrgica de redesignação sexual e por isso foi a julgamento, tendo sido inocentado pelo Supremo Tribunal (VENTURA, 2010a).

Foi longo o percurso até a promulgação de uma resolução do CFM que respaldasse a ação médica de realização de cirurgia de redesignação sexual. Este processo teve início em 1975, e a primeira Resolução que permitia esse tipo de cirurgia foi promulgada apenas em 1997.

O atendimento de saúde dos casos que envolvem cirurgia de adequação genital apoiava-se apenas nas resoluções do Conselho Federal de Medicina, surgidas a partir de 1997, pois não existia nenhuma política pública voltada para o atendimento dessa clientela. Somente em 2008 houve a primeira promulgação de uma política específica. Essa cronologia pode ter interferido na definição da importância dada à modificação corporal cirúrgica dentro da política. Talvez isso possa explicar também como a modificação se tornou uma dificuldade maior para se pautar as ações de política pública com foco na integralidade, ficando restrita ao âmbito da técnica cirúrgica.

O Serviço de Urologia do HUPE/UERJ passou a realizar esse tipo de cirurgia, regularmente, em 2002. Com o estabelecimento de uma política pública específica para as pessoas transexuais, essa unidade hospitalar se tornou Unidade de Atenção Especializada de referência para atendimento das pessoas transexuais.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde, nomeada **Processo Transexualizador**, de número 1707 e promulgada em 2008, as ações ali propostas permitem a integralidade, a humanização da atenção, promovendo um atendimento livre de discriminação, inclusive pela sensibilização dos trabalhadores de saúde e dos demais usuários do estabelecimento de saúde voltada para o respeito às diferenças e à dignidade humana (BRASIL, 2008b).

A integralidade é definida como princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) e “pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num corte de ações ou enfermidades” (BRASIL, 2005, p. 192). Tendo como premissa a integralidade esta Portaria visa, portanto, o aumento das capacidades humanas e das liberdades substantivas das pessoas transexuais (SEN, 2010).

Algumas questões se impõem quando se pensa nessa relação integralidade-capacidades humanas:

- a) Existe preocupação com as demandas objetivas e reais, perceptíveis pelos clientes/usuários, e as necessidades potenciais, percebidas pelos profissionais? E se existe esse levantamento, as proposta de resoluções são efetivadas?
- b) Existe uma rede de atendimento de saúde funcionando para atender as necessidades levantadas por esses clientes?
- c) O Processo Transexualizador busca a integralidade da atenção ou apenas a correção cirúrgica de um transtorno, segundo o diagnóstico médico?
- d) O Processo Transexualizador apresenta uma interface com a política de saúde integral? Em que medida a resposta governamental incorpora ações voltadas à prevenção e à assistência?

Muitos trabalhos estão sendo desenvolvidos com a temática da transexualidade. Muitos deles ligados à área da sexualidade, com contribuições valiosas de Bento, Leite Junior, Arán, entre outros, que apresentam questões referentes às implicações da patologização da condição transexual; às consequências advindas da rigidez da norma binária da sociedade que impede a cidadania dessas pessoas; e à relação dessa normatividade com políticas públicas relacionadas à transexualidade. Outros pesquisadores, ligados ao Direito e à Bioética, como Ventura, Barboza e Guimarães, buscam argumentos morais para sustentar a necessidade de alteração do nome civil, refletem sobre a repercussão dessa modificação atrelada ao “pensamento” de um juiz, e a discussão da heteronomia atrelada a um diagnóstico médico.

Com base nessa literatura e em pesquisa empírica original, como está detalhado na seção da metodologia, esse trabalho procura interligar as temáticas: Bioética, Sexualidade, Direito e Integralidade. Dentro dos campos de saber apresentados, o que parece comum é um ideário de justiça, onde todas as pessoas possam realizar suas vidas da maneira que desejam.

A integralidade, enquanto bandeira de luta, seria, como enfatizam Tatiana Vargas de Faria Baptista e Ruben Araújo de Mattos (2011), o ideal de justiça na saúde. Entendendo que o foco da integralidade não está restrito ao atendimento das demandas do usuário, mas também das necessidades percebidas pelo profissional e pelo usuário como importantes para a realização da vida dessa pessoa humana, podemos compreender que a política pública que responde a este pilar poderia ser considerada moralmente justa, quando tem como alvo a totalidade da pessoa humana e a contribuição para a realização de uma vida valorosa para a mesma.

Nesse sentido, a própria construção de uma política teria por objetivo atender necessidades de uma sociedade, contribuindo para a diminuição de desigualdades e favorecendo que todos os indivíduos tenham seus direitos de cidadão assegurados. Associada a isso, a realização de políticas públicas, que apresentem como base a integralidade, teriam por objetivo atender o indivíduo em suas necessidades, de uma maneira a não enfatizar uma questão específica, e sim através de uma visão holística.

Relacionada a esse ponto, a sexualidade volta à discussão quanto à autonomia de cada um, pautada na reflexão sobre a repercussão da patologização da condição transexual na vida das pessoas, o que também interfere na integralidade da atenção à saúde e, dessa forma, na discussão ética da temática.

O Direito traz importantes discussões sobre a necessidade da modificação do nome civil como fundamento para a dignidade da vida dessas pessoas, questões relacionadas ao acesso às técnicas de reprodução assistida, entre outras ligadas à formação da família e à supressão do direitos civis.

A Bioética, um capítulo da ética, tem como um de seus focos de atenção, o cuidado com as condições sociais da vida humana, onde se enquadram as políticas públicas que são responsáveis por oferecer essas condições (PEGORARO, 2010).

Dentro dessas condições sociais de vida, ressalta-se a saúde, considerada um instrumento concreto de cidadania, visto que contribui para que outros bens sejam alcançados, favorecendo, a princípio, a construção de um futuro melhor, ou escolhas que ajudem a alcançar essa realidade. Entretanto, quando esse dueto saúde/cidadania não caminha em sintonia, geram-se injustiça individual e social/coletiva.

Conforme aponta Barboza (2010, p. 156), “no caso do transexual, a Bioética se apresenta como o último espaço de denúncia dos efeitos perversos que podem

resultar do Processo Transexualizador”.

Portanto, parece que existe uma base comum em todas essas áreas de conhecimento. Cada autor, em sua proposta de estudo, busca uma vida digna e justa para as pessoas transexuais. Não uma vida igual, porque as demandas são específicas, mas sim equitativa, buscando-se identificar as necessidades específicas que demandem ações individuais e governamentais também específicas.

Nesse sentido, reforçam a ideia do ideal de justiça a ser alcançado, visto que buscam, através da identificação e diminuição das necessidades das pessoas, diminuir também as diferenças entre os mesmos e, assim, estabelecer a igualdade de direitos, contribuindo para a construção uma sociedade mais justa para todos.

1 OBJETIVO GERAL

Não de maneira diferente, este estudo tem por **objetivo** analisar, baseado no princípio bioético de justiça, o Processo Transexualizador. Mais especificamente, o estudo tem como foco a concepção de justiça, utilizando a perspectiva dos Funcionamentos de Dias (2015c).

1.1 Objetivos Específicos

Para atender a este objetivo geral foram estabelecidos os seguintes **objetivos específicos**:

- a) Identificar o conjunto de Funcionamentos básicos que servem como **ideal regulador** (grifo da autora) para as políticas públicas voltadas às pessoas transexuais;
- b) Analisar, sob a ótica dos transexuais e dos profissionais, a contribuição do Processo Transexualizador na realização do conjunto de Funcionamentos básicos;
- c) Analisar a portaria do Processo Transexualizador, apontando as potencialidades e fragilidades.

Talvez por pura ousadia, compreende-se esse trabalho como uma extensão dos trabalhos desenvolvidos por Márcia Arán e Heloísa Helena Barboza.

Márcia Arán (2009, p. 2), em sua ampla pesquisa apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), intitulada *Transexualidade e saúde: condições de acesso e cuidado integral*, tem por objetivo “aprofundar o conhecimento sobre o acesso e o processo de cuidado integral à saúde de transexuais na rede pública de saúde brasileira, com vistas a contribuir na proposição de políticas públicas a esse segmento”. Provavelmente, esta autora estaria, nesse momento, desenvolvendo trabalhos que trouxessem reflexões sobre a política pública dentro da dinâmica das Unidades de Atenção Especializada.

Heloísa Helena Barboza (2010), no exame da bibliografia jurídica, através da jurisprudência sobre a transexualidade existente em tribunais superiores brasileiros, trouxe a discussão do princípio de justiça em sua tese de doutorado, baseada na teoria principialista de Beauchamp e Childress³, e apontando a Bioética da Proteção como possibilidade, aponta algumas fragilidades: a) a necessidade da alteração do nome e sexo de forma legal, afirma que “enquanto não for assegurado o reconhecimento da nova qualificação civil do transexual, não haverá um estado de bem-estar mental e social, dentro do possível de ser alcançado” (BARBOZA, 2010, p. 133); b) a questão do início da hormonioterapia na infância e adolescência; c) a reprodução assistida; d) o não reconhecimento pelas instâncias jurídicas como homens ou mulheres, ressaltando que “[...] seu corpo permanece um híbrido homem-mulher, sob o rigor do olhar médico-biológico, para o qual prevalece sua composição genético-gonadal” (BARBOZA, 2010, p. 145).

Espera-se que este estudo aprofunde essas reflexões, traga um diagnóstico situacional das necessidades desse grupo, tanto em relação a uma vida digna, como em relação à sua inserção no SUS, considerando que a Constituição Federal Brasileira faz referência à garantia de acesso universal e igualitário a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação dos cidadãos (PAIM, 2009).

Soma-se a este diagnóstico feito no presente trabalho a ideia de dar voz às pessoas que vivenciam a política pública instituída e que podem contribuir, elas mesmas, para as análises desta tese, visto que poucos trabalhos científicos se propõem a essa estratégia. Trata-se de uma preocupação ética baseada no questionamento sobre o sentido da existência, concretas, singulares, mas também sobre o próprio sentido da pessoa, de seu respeito, de sua dignidade (DURAND, 2003).

Com o diagnóstico e a contribuição valiosa das pessoas que vivem e constroem essa política, espera-se elaborar uma proposta teórica, um conjunto de Funcionamentos básicos que poderá contribuir no atendimento das necessidades dessas pessoas, assim como servir de base para a avaliação de outras Unidades de Atenção à Saúde que têm como foco o cuidado a pessoas transexuais.

³ Beauchamp e Childress (2002, p. 55) apresentam uma teoria que busca contribuir com os problemas do âmbito da saúde, que consideram como centrais à ética biomédica, composta por quatro grupos de princípios morais: respeito pela autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Estes “são diretrizes gerais que deixam um espaço considerável para um julgamento em casos específicos e que proporcionam uma orientação substantiva para o desenvolvimento de regras e políticas mais detalhadas”.

2 ESCLARECIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente tese configura-se como um estudo monográfico de abordagem qualitativa. Na pesquisa descritiva, a autora procura conhecer a realidade e interpretá-la, sem modificá-la, apenas narrando o que acontece. Na abordagem qualitativa não há procedimentos estatísticos para processo de análise de um problema, os fatos são interpretados pela pesquisadora, a fim de se obter a solução de um problema proposto.

O **campo de estudo** escolhido foi um hospital universitário do município do Rio de Janeiro que, por estar habilitado à realização de procedimentos do Processo Transexualizador, possui uma Unidade de Atenção Especializada a Transexuais.

Os **sujeitos** deste estudo foram dez mulheres transexuais e quatro profissionais da área de saúde que participam do Processo Transexualizador em hospital universitário do município do Rio de Janeiro, tendo como critério de inclusão estarem inseridos no Processo Transexualizador. O universo total de sujeitos pesquisados totalizou, portanto, o número de 14 (quatorze).

A opção por realizar um corte na pesquisa, através da definição dos sujeitos do estudo em mulheres transexuais, deu-se por conta da consideração, em nosso contexto brasileiro, do caráter experimental de alguns procedimentos cirúrgicos para os homens transexuais, o que aponta outras implicações morais e éticas.

2.1 Caracterizando os sujeitos do estudo

Nos quadros subsequentes, apresentados abaixo, apresenta-se breve perfil dos sujeitos do estudo. O Quadro 1 refere-se às mulheres transexuais e o Quadro 2 aos profissionais que se dispuseram a participar do estudo.

Quadro 1 - Descrição das Mulheres transexuais entrevistadas

| N | Idade | Relação afetiva | Formação | Trabalho | Ingresso no PT | Ingresso na fila da cirurgia |
|----------|--------------|------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| 1 | 23 | Não | Ensino Médio completo | Não | 2009 | 2011 |
| 2 | 42 | Não | Ensino Médio completo | Não | 2008 | 2010 |
| 3 | 30 | Não | Ensino Médio incompleto | Não | 2009 | 2010 |
| 4 | 42 | Namorado | Terceiro grau incompleto | Não | 2007 | 2009 |
| 5 | 49 | União estável | Ensino Médio incompleto | Funcionária pública | 2008 | 2010 |
| 6 | 33 | Sim há 8 anos | Ensino Médio completo | CLT | 2007 | 2009 |
| 7 | 35 | Não | Ensino Médio incompleto | Não | 2008 | 2010 |
| 8 | 37 | Sim Há 4 anos | Ensino Médio completo | Cabeleireira | 2010 | 2013 |
| 9 | 26 | Não | Ensino Médio completo | Atendente | 2006 | 2011 |
| 10 | 45 | Sim há 7 anos | Terceiro grau incompleto | Cabeleireira | 2005 | 2009 |

Legenda: Processo Transexualizador (PT); Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Fonte: A autora, 2015.

Quadro 2 - Descrição dos profissionais entrevistados⁴

| Nº | Idade | Formação | Vínculo trabalhista | Início da participação |
|-----------|--------------|-----------------|----------------------------|-------------------------------|
| 1 | 43 | Mestrado | Estatutária | 2011 |
| 2 | 56 | especialista | Bolsista | 2007 |
| 3 | 35 | Especialista | Estatutário | 2011 |
| 4 | 32 | especialista | Bolsista | 2007 |

Fonte: A autora, 2015.

As mulheres transexuais apresentavam idades que variavam entre 23 e 49 anos, 50% delas não trabalhava e entre as que trabalhavam apenas uma tinha estabilidade no emprego pelo regime federal.

Quanto à escolaridade, todas possuíam, minimamente, o ensino fundamental, sendo que sete tinham o ensino médio completo e duas delas o terceiro grau incompleto. Quanto a relações afetivas, 50% não possuía companheiro. Entre as

⁴ Visando garantir o anonimato dos profissionais entrevistados, não foi acrescentado neste quadro a profissão destes sujeitos.

mulheres que possuíam, uma tinha namorado e as outras quatro apresentavam relações maritais com seus parceiros. Ressalta-se que apenas uma vivia sob o modelo de união estável.

O ingresso no Processo Transexualizador variava de seis a 10 anos, e o ingresso na fila para a realização da cirurgia ia de três a seis anos.

Quanto aos profissionais, a idade variava de 32 a 56 anos, todos tendo especialização como formação mínima. Dois possuíam vínculos trabalhistas, estatutários, e os outros dois eram bolsistas, em modalidade de treinamento profissional, sem vínculo empregatício. No tocante ao tempo de participação no Processo Transexualizador, este variou de quatro a oito anos. Foram entrevistados, um médico, um assistente social, um enfermeiro e um psicólogo.

2.2 Considerações éticas da tese

Todos os requisitos éticos propostos pela Resolução 466/2012 foram respeitados. Sendo assim, este projeto foi encaminhado para aprovação no Comitê de Ética da Instituição proponente e a coleta de dados foi realizada somente após a emissão do parecer de aprovação (Número 501.157), em 12 de dezembro de 2013 (ANEXO A).

Foram elaborados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo um para as mulheres transexuais (APÊNDICE A) e outro para os profissionais do Processo Transexualizador (APÊNDICE B). O termo foi apresentando aos participantes deste estudo, disposto em duas cópias, ficando uma com o participante e a outra com a entrevistadora. Antes da assinatura do referido termo, o mesmo foi adequadamente informado sobre o objetivo deste estudo, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos, havendo total liberdade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação. Para a coleta de depoimentos, foram realizadas entrevistas (APÊNDICES C e D) iniciadas somente após a concordância e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas ocorreram no período de janeiro a maio de 2014.

Visando garantir o anonimato dos sujeitos do estudo, foi utilizada, ao final de cada depoimento, a sigla, entre parênteses (ENT), que significa entrevista, com a

numeração arábica de 1 a 14, aleatoriamente escolhida.

2.3 Sobre as etapas de construção do método de análise

Para o alcance dos objetivos, a metodologia utilizada foi norteada pela pesquisa realizada por Wolff e De-Shalit (2010)⁵, no livro “*Disadvantage*”, por estar relacionada à realidade e por ser relevante para a vida real.

Para a identificação dos Funcionamentos básicos, os autores utilizaram como ponto de partida a Lista de Nussbaum⁶ (2007, 2008), composta por 10 itens, a saber: vida; saúde corporal; integridade corporal; senso, imaginação e pensamento; emoção; razão prática; afiliação; outras espécies; jogo; e controle sobre o ambiente. Sua descrição mais detalhada encontra-se no Anexo B.

A partir dessa lista, os autores utilizaram os seguintes passos: a) verificação cruzada das categorias de Nussbaum (2007, 2008), através de revisão; b) sugestão de incluir uma série de outras categorias de Funcionamentos para a construção de uma lista preliminar; c) testagem das categorias através de entrevistas, utilizando a lista preliminar; d) elaboração final da lista de Funcionamentos.

A partir do método apresentado, a construção deste estudo seguiu os seguintes passos, subdivididos em três etapas:

Etapa 1 - Elaboração preliminar de um conjunto de Funcionamentos básicos

Foi realizado um estudo de revisão integrativa que identificou quais os Funcionamentos que são evidenciados como básicos para a realização do projeto de vida das pessoas transexuais, a partir da lista de capacitações básicas

⁵ Esta pesquisa aconteceu em Israel e na Grã-Bretanha, tendo como participantes aproximadamente 100 adultos, entre eles trabalhadores sociais que cuidam de pessoas desempregadas, médicos e pacientes de hospitais, professores e alunos, profissionais que trabalham em asilos e refugiados. Os autores consideram que a abordagem das capacitações humanas centrais não consegue alcançar o que os mesmos denominam como desvantagem, visto que, para a realização ou manutenção de um determinado funcionamento, os indivíduos podem ter que assumir riscos (WOLF; DE-SHALIT, 2010).

⁶ A lista de capacitações humanas centrais é uma lista de oportunidades que “são centrais na vida humana, no sentido que sua presença ou ausência é tipicamente entendida como sendo uma marca de presença de vida humana” (NUSSBAUM, 2008, p. 71-72). Esta tem objetivo de oferecer um mínimo social decente para as pessoas.

(*capabilitites*, em inglês), de Nussbaum⁷. A revisão integrativa foi pautada na seguinte questão norteadora: Quais os Funcionamentos apontados como relevantes na literatura sobre transexualidade?

Utilizou-se como critérios de inclusão: a) publicações de artigos no período de 2007 a 2013; b) artigos completos; c) bases de dados: Scielo, Lilacs e Medline; d) estudos em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Como critério de exclusão foram utilizados: a) artigos que não eram disponibilizados completos; b) artigos publicados em outros idiomas que não os previamente definidos; c) artigos publicados fora da temporalidade definida.

Os estudos foram selecionados através da leitura dos resumos dos artigos (num total de 104). Posteriormente, buscaram-se os textos completos, sendo encontrados 80 publicações que se relacionavam à proposta deste. Realizou-se a leitura e releitura dos mesmos buscando responder a questão norteadora da revisão.

O objetivo era identificar nessa literatura científica os Funcionamentos que são evidenciados como valorosos para que as pessoas transexuais alcancem uma vida digna de ser vivida e realizem seus projetos de vida. A partir da análise final, ficou estabelecido um conjunto de Funcionamentos básicos para as pessoas transexuais, que deve incluir: a) *Livre exercício da sexualidade e autonomia de identidade de gênero*; b) *Integridade moral e física*; c) *Relações pessoais*; d) *Educação formal*; e) *Fonte de renda para um sustento digno*; f) *Saúde*; g) *Direito a decidir sobre questões legais*.

A definição desse conjunto de Funcionamentos básicos serviu de base para a construção do roteiro de entrevista, voltada ao alcance da segunda etapa do estudo.

Etapa 2 - O conjunto de Funcionamentos⁸ básicos, do ponto de vista dos entrevistados, com (ou sem) a contribuição do Processo Transexualizador

A partir da finalização da primeira etapa, realizaram-se as entrevistas com 10 mulheres transexuais, que já estavam no Processo Transexualizador, mas ainda não

⁷ Ressalta-se que foi utilizada a lista das capacitações centrais de Nussbaum apenas utilizando-se os itens que a compõem, visto que nosso foco de estudo é centrado em realizações, mais especificamente, funcionamentos, sendo um deles a liberdade.

⁸ A perspectiva dos funcionamentos adota dois termos – funcionamentos e capacidades. Os funcionamentos são reconhecidos como os “mais elementares, como apartar-se da dor, buscar acolhimento [...]” e as capacidades são os termos mais complexos como “capacidade de desenvolver um projeto de vida e construir uma visão de mundo [...]” (DIAS, 2015c, p. 50).

tenham sido submetidas à adequação cirúrgica genital, estando na fila de espera para sua realização; e quatro profissionais da área de saúde que fazem parte do Processo Transexualizador, baseado em instrumento previamente elaborado. A questão norteadora da entrevista com as mulheres transexuais foi contar um pouco de sua história, identificando quais Funcionamentos eram importantes para o alcance de uma vida digna de ser vivida para as pessoas transexuais. Para os profissionais, a questão norteadora era a identificação das necessidades consideradas básicas para as mulheres transexuais.

Neste primeiro momento, não era apresentada a lista de Funcionamentos anteriormente construída. Após a resposta à pergunta, eram apresentados os Funcionamentos previamente estabelecidos, sendo solicitado que os comentassem, identificando sua importância na realização de uma vida digna para os transexuais, assim como a contribuição do Processo Transexualizador na sua realização.

As entrevistas foram gravadas em gravador MP3 e transcritas para análise e categorização das mesmas.

Após a transcrição das entrevistas, a análise dos dados foi realizada através do estudo minucioso de conteúdo de acordo com os pressupostos teóricos de Bardin. Neste contexto, esta análise pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. É um método empírico que depende do tipo de fala alcançado e do tipo de interpretação que o pesquisador objetiva, procurando conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (BARDIN, 2010).

A análise temática consiste na contagem de um ou vários temas, ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada. É rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples. Apresenta-se organizada em três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Baseada nessa técnica de análise, foi utilizado o programa NVIVO 10 para MAC, para definição das categorias e posterior discussão.

Foram evidenciadas sete Capacidades⁹ básicas para as mulheres transexuais, confirmadas com as “vozes” dos sujeitos do estudo: a) *Livre exercício*

⁹ A terminologia capacidade será utilizada pelo reconhecimento da maior complexidade desses funcionamentos, associado a interpretação da necessidade de um conjunto de funcionamentos básicos para sua realização.

da sexualidade e autonomia de identidade de gênero; b) *Integridade moral e física*; c) *Estabelecer relações afetivas*; d) *Educação formal*; e) *Sustentar-se*; f) *Reconhecer-se como portadora de direitos e usufruir dos mesmos*; g) *Ser saudável*.

Após a análise do conjunto dos Funcionamentos básicos para as mulheres transexuais, avaliando a contribuição do Processo Transexualizador, optou-se por aprofundar as discussões em duas Capacidades: *Capacidade de Estabelecer relações – sentir-se pertencida* e a *Capacidade de Ser saudável*. A primeira capacidade está intimamente relacionada à definição de integralidade proposta por Cecilio (2009) e Cecilio e Matsumoto (2006), na qual um dos conjuntos da taxonomia relaciona-se a vínculos afetivos e efetivos entre usuário e equipe/profissional. A segunda capacidade aprofunda a avaliação do Processo Transexualizador, objetivo final desta tese.

Etapa 3 - Análise da *Capacidade de Estabelecer relações – sentir-se pertencida* que traz uma reflexão sobre a condição transexual na relação com outras pessoas no transcorrer da vida, chegando até o Processo Transexualizador, identificando indícios que favoreçam ou impeçam sua realização.

Etapa 4 - Análise da *Capacidade de Ser saudável* no tocante à contribuição do Processo Transexualizador para a realização da mesma, definindo que Funcionamentos a compõem; além da identificação da inter-relação de outras Capacidades para que a *Capacidade de Ser saudável* possa ser realizada.

2.4 Apresentação dos capítulos

Para o atendimento dos objetivos a tese foi construída em cinco capítulos. A primeira parte é composta pela apresentação introdutória dos problemas, objetivos, e esclarecimentos metodológicos.

O primeiro capítulo apresenta a perspectiva de justiça utilizada, como já foi citada, a perspectiva dos Funcionamentos. Nele são apresentados os argumentos que defendem a escolha da mesma como mais adequada ao objeto de estudo.

O segundo capítulo faz uma análise da política pública baseada no pilar da integralidade, que seria o ideal de justiça.

O terceiro capítulo analisa o conjunto de capacidades básicas que representaria uma vida digna para as mulheres transexuais, analisando a contribuição ou não da política pública (Processo Transexualizador) em sua realização, além de apontar as inter-relações entre as mesmas. A partir deste capítulo, o material empírico coletado e analisado passa a ser apresentado.

O quarto capítulo traz a discussão da *Capacidade de Estabelecer relações-sentir-se pertencida*, que faz as ligações das diversas áreas de conhecimento, Sexualidade, Direito, Integralidade e Bioética, em todas as etapas de vida da mulher transexual, finalizando, no momento atual, quando estão inseridas no Processo Transexualizador.

O quinto capítulo traz uma análise da *Capacidade de Ser saudável*, apontada como básica pelas mulheres transexuais, identificando e analisando os Funcionamentos básicos que compõem esta Capacidade, assim como sua relação com outros Funcionamentos que contribuem para o florescimento da referida Capacidade, analisando-os dentro do Processo Transexualizador em uma Unidade de Atenção Especializada.

E por último, nas considerações finais, é apresentado o *link* de tudo: a tentativa de redescrição – ainda que provisória e passível de mudanças no tempo – da pessoa transexual.

3 A PERSPECTIVA DE JUSTIÇA COM BASE EM FUNCIONAMENTOS¹⁰

Este capítulo tem por objetivo avaliar, pautado no princípio de justiça, a adequação da utilização da perspectiva dos Funcionamentos para a avaliação do Processo Transexualizador. Para tanto, inicialmente, a perspectiva é brevemente apresentada, apontando a relação dos pilares desta – objeto de avaliação, concepção de saúde, fonte: a escuta e o aprimoramento humano – com a temática do Processo Transexualizador / transexualidade.

3.1 A Perspectiva dos Funcionamentos

Justiça ou injustiça são palavras cotidianamente usadas como forma de denominar uma ação que se considere boa ou ruim para uma pessoa, um grupo ou comunidade, entre outros. Mas, para justificar a aplicação do adjetivo justo ou injusto, é necessário que recorramos a argumentos racionais, o que muitas vezes implica na remissão de uma teoria de justiça, ou seja, de uma teoria que forneça os critérios pelos quais a razão influencia o julgamento da justiça e da injustiça (SEN, 2010, p. 55).

Neste trabalho foi utilizada como referencial a Perspectiva dos Funcionamentos, proposta por Dias (2015c), tal como cunhada no campo da moralidade e, mais especificamente, no campo da Bioética, sendo baseada no conceito de sistema funcional oriundo da Filosofia da Mente, entendido como o “conjunto de processos funcionais, somado aos estímulos e respostas oferecidas pelo organismo como um todo” (DIAS, 2015a, p. 31). Esta definição contribui tanto

¹⁰ Uma versão deste capítulo da tese foi publicada em *Functioning Approach - for a more inclusive moral point of view*, em 2014. Mais tarde (2015), foi publicada em língua portuguesa com o título *A Perspectiva dos Funcionamentos - por uma abordagem mais inclusiva*. Estes livros foram organizados pela Prof.^a Dra Maria Clara Dias.

para caracterizar os vários sistemas funcionais, quanto distingui-los. A autora, exemplificando uma descrição de um indivíduo, enfatiza que o nosso próprio organismo é composto por vários sistemas funcionais (respiratório, digestivo, entre outros).

O foco, do que seria considerado justo, nessa perspectiva, é “a igualdade dos Funcionamentos básicos do indivíduo”, respeitando as “[...] diversidade e singularidade inerente às diversas formas de vida e à existência concreta de cada indivíduo” (DIAS, 2015d, p. 49). Os Funcionamentos iriam desde os mais elementares até os mais complexos, definidos como Capacidade.

Costa (2015), em seu estudo intitulado Deficiência mental à luz da perspectiva dos Funcionamentos básicos, aponta a abrangência dessa perspectiva, comparando-a com a Classificação Internacional de Funcionamentos (CIF), modelo da Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS determina uma lista de Funcionamentos relacionados à saúde e às atividades de participação no âmbito da vida. Considerando a perspectiva dos Funcionamentos, o autor enfatiza que podem ser incluídos outros Funcionamentos que vão desde “atividades (por exemplo, jogar futebol), bem como estados desejados pelas pessoas (por exemplo, estar apto para algo), e pode ser geral (por exemplo, estar livre de sede) ou específico (por exemplo, beber vinho)” (COSTA, 2015, p. 124).

O que faz com que um Funcionamento seja considerado básico é seu caráter central na concepção de realização por parte de cada indivíduo ou de cada forma de vida. Tal aspecto pode “ser reconhecido tanto como condição ou meio para a realização de outros Funcionamentos, quanto como algo valorável em si mesmo”; ou, dito de outra forma, pode ser considerado central por si mesmo, ou por servir para o alcance de outros Funcionamentos centrais (RIBEIRO; DIAS, 2015, p. 93). A criação e o desenvolvimento de políticas públicas devem promover Funcionamentos básicos, assegurá-los e, com isso, respeitá-los.

Os pilares que sustentam essa perspectiva são: os Funcionamentos como objeto de avaliação; uma concepção ampliada de saúde; a escuta das pessoas envolvidas como fonte para a definição dos Funcionamentos básicos; e a busca do aprimoramento como condição do humano. Estes pilares são apresentados relacionando-os à literatura científica voltada para a transexualidade, visando justificar a utilização dessa perspectiva na avaliação de políticas públicas para estas pessoas.

3.2 Objeto de Avaliação

Nessa perspectiva, o objeto de avaliação está nos próprios Funcionamentos, visto que alguns indivíduos “jamais desenvolverão certas Capacidades específicas, tal como a *Liberdade*, entendida na sua forma mais fundamental, a saber, autonomia ou poder de auto-determinação” (DIAS, 2015d, p. 50).

Essa nova proposta busca ampliar o espectro de indivíduos incluídos originalmente na teoria proposta por Sen, que tem como objeto a garantia da liberdade de escolha do conjunto de Capacidades que o agente deseja realizar, ou, o que o autor denominou, a capacitação. Na perspectiva de Sen, os Funcionamentos são definidos como as várias coisas que uma pessoa pode considerar valioso fazer ou ser. A Capacidade é definida como as várias combinações alternativas de Funcionamentos, e a capacitação é a liberdade substantiva para realizar essas combinações (SEN, 2010).

Por conseguinte, Sen (2010, p. 32) tem como base de sua abordagem a expansão de liberdades, sendo a liberdade entendida “tanto em relação aos processos que levam à liberdade de ações e decisões, como as oportunidades reais das pessoas, dadas as circunstâncias pessoais e reais”.

No caso específico dos transexuais, podemos facilmente imaginar que, em decorrência de processos discriminatórios extremos que os condenam a uma espécie de morte social, estes tenham se tornado incapazes de assumir a direção de suas próprias vidas e, neste sentido, de eleger livremente a vida que querem viver, o que pretendem fazer e ser. A necessidade primária, para essas pessoas, apontaria, assim, para realizações de Funcionamentos básicos outros, como única alternativa disponível. Neste sentido, uma política pública adequada seria aquela que buscasse prover diretamente a realização de tais Funcionamentos básicos, independente de qualquer consideração acerca da liberdade de escolha do agente. De acordo com a perspectiva que estamos defendendo, a liberdade de escolha não é o foco da justiça, mais sim um entre os diversos Funcionamentos que o indivíduo pode ou não desenvolver. O grau de centralidade da liberdade de escolha diante de outros Funcionamentos só poderá ser aferido na análise de cada caso particular e, na sua ausência, a promoção de outros Funcionamentos básicos por parte do Estado se torna ainda mais urgente.

Outro aspecto que merece ser considerado é que a própria política do Processo Transexualizador acaba por, se não negar, ao menos restringir a liberdade do indivíduo transexual, já que seu ingresso no Processo e o passaporte de acesso à modificação corporal, e outros benefícios que a política venha a oferecer, estão associados a um diagnóstico médico de doença mental. Em outras palavras, para usufruir da política, o indivíduo transexual precisa receber um diagnóstico de portador de um distúrbio de identidade, o que faz com que, aos olhos da sociedade, sua autonomia seja, no mínimo, colocada sob suspeita.

Associado a essa heteronomia em relação à modificação corporal, os indivíduos transexuais, por serem quem são, deixam de ter realizados diversos Funcionamentos nas mais diferentes áreas: seus laços familiares são rompidos; ocorre a saída da escola pelos processos discriminatórios a que são submetidos, tanto por parte de professores, quanto de alunos; são levados a buscar sub-empregos para a própria sobrevivência ou são excluídos de seu ambiente de trabalho. Daniela Murta, em seu estudo, enfatiza que “a maior parte das pacientes se mantém através de trabalhos informais, bicos e prostituição, e que aquelas que têm emprego fixo normalmente escondem sua condição” (AMARAL, 2007, p. 73). Toda essa negação de realizações a essas pessoas, torna-as vulneráveis a abusos físicos e a agressões psicológicas, o que pode colocar outros Funcionamentos em risco, como, por exemplo, a própria saúde (ARMAS, 2008).

Nesse sentido, uma política pública voltada para os indivíduos transexuais não pode ser avaliada a partir da liberdade de Funcionamentos para o alcance de uma vida valorosa, visto que este princípio lhes é negado desde o momento de seu autorreconhecimento como transexual. A partir disso, torna-se imperiosa uma perspectiva na qual o foco não seja a liberdade, mas sim os Funcionamentos considerados, em cada caso, como básicos: Funcionamentos estes que, por ventura, podem ainda contribuir para a conquista da autonomia desses indivíduos.

Ao garantir a realização dos Funcionamentos básicos do indivíduo, o Processo Transexualizador seria, então, considerado o meio para o alcance de uma vida digna. Uma compreensão adequada do Processo, atenta a toda a sua complexidade, permitiria uma melhor identificação dos Funcionamentos a serem protegidos e/ou desenvolvidos, entre eles, a própria liberdade

Pode-se inferir que o Processo Transexualizador busca promover Funcionamentos, ou um conjunto dos mesmos relacionados à saúde, através da

realização da cirurgia, da mudança dos caracteres secundários e do acompanhamento hormonal. Mas a realização desses Funcionamentos não invalida a necessidade de realização de outros Funcionamentos que estarão associados ou não à saúde e que não podem ser negados por processos discriminatórios, ou pela extrema valorização equivocada do procedimento cirúrgico enquanto único para a realização do projeto¹¹ de vida dessas pessoas.

Um exemplo vivenciado cotidianamente por esses indivíduos é a dificuldade de alteração do nome civil, seja antes ou após o ingresso no Processo Transexualizador, sendo considerada uma questão crítica para as pessoas transexuais (CURRAH; MINTER, 2000). Sem essa alteração, não há como sair da exclusão social, mesmo após a alta do Processo Transexualizador. O contato com o mundo se dá através de seu nome, e sendo este oposto à sua expressão de gênero, a pessoa transexual se mantém vulnerável a situações de constrangimento, preconceito, podendo perpetuar as dificuldades de inserção na escola, no trabalho e demais ambientes. Tais aspectos tornam-se relevantes, quando consideramos que, na formulação de uma política pública, devem ser ponderados os diversos Funcionamentos que somam ou restringem outros Funcionamentos.

3.3 Concepção de Saúde

Saúde na perspectiva aqui adotada é: “a capacidade normativa dos seres humanos, operando através de um conjunto de Funcionamentos básicos – como um sistema dinâmico e interativo – que para serem desenvolvidos e exercidos precisam de determinadas condições materiais de existência” (RIBEIRO; DIAS, 2015, p. 93).

Essa visão ampliada de saúde reitera o somatório de fatores que são determinantes e condicionantes da saúde, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, evidenciando a necessidade de políticas públicas de caráter econômico, político e social que atendam às necessidades e demandas da sociedade (BRASIL, 1990).

¹¹ Na tese, projeto de vida compreende “a realização de um sistema funcional em todo o seu vigor” (DIAS, 2015c, p. 26).

No caso das pessoas transexuais, a saúde passa também pelo atendimento às demandas de modificação corporal, que seriam a hormonioterapia, o uso de silicones, a modificação de caracteres secundários e da própria adequação cirúrgica genital. Os dois primeiros possibilitam o recurso da auto-medicação ou auto-aplicação, o que muitas vezes gera sérias consequências para a saúde, já que são realizadas sem nenhum tipo de supervisão ou orientação e, normalmente, realizadas por pessoas sem preparo para tal prática, principalmente na adolescência, quando começam a aparecer os caracteres secundários referentes ao sexo anatômico. Somam-se a isso a auto-medicação, a falta de recursos financeiros para a compra dos hormônios, levando à utilização de hormônios mais baratos que podem ocasionar complicações a longo prazo, ou recorrer às longas filas do judiciário em busca de recurso para a manutenção do tratamento.

No caso de implante de silicone nas mamas das mulheres transexuais, o preço para tal procedimento é três vezes mais caro para essa clientela, quando comparado ao implante em mulheres, o que gera uma demanda para as clínicas clandestinas ou mesmo as “bombadeiras”, gerando altos riscos para a saúde, pela falta de material adequado; e gerando dor pela falta de anestesia (VILLELA; SANTOS; VELOSO, 2006, p. 77), além dos danos à própria saúde, imediatamente e/ou a médio e longo prazos.

Além da Capacidade de se manter saudável, outros Funcionamentos precisam ser garantidos para que as pessoas transexuais possam realizar seus projetos de vida. Aqui, destacamos os seguintes aspectos: a) sociais – educação, emprego, habitação; b) legais – regime jurídico como homem e mulher, casamento, proteção contra a violência, documentos de identidade e registros; c) médicas – cuidados médicos contínuos, entre outros (CURRAH; MINTER, 2000). Neste sentido, a concepção ampliada de saúde não restringe a avaliação à mera ausência de doenças, mas abrange a diversidade de Funcionamentos que definem a saúde.

Considerando a concepção ampliada de saúde a partir dessa perspectiva, esses Funcionamentos estariam contemplados e, portanto, incluídos como itens de avaliação do Processo Transexualizador, desviando o foco do biológico e retornando-o para a realização dos indivíduos nas mais diversas áreas.

3.4 Fonte: a escuta

A principal fonte de conhecimento, nessa perspectiva, é a investigação empírica. O reconhecimento do que é básico poderá variar em cada caso, visto que o “acesso ao que é básico é sempre empírico e depende de circunstâncias, bastante particulares, vivenciadas pelos diversos indivíduos” (DIAS, 2015d, p. 49).

Assim, não haveria uma lista de Funcionamentos básicos ou centrais, conforme proposto por Nussbaum (2007, 2008). A autora procurou conjugar a perspectiva de Sen à crença aristotélica em atributos universais que comporiam a concepção de uma vida digna ou realizada (NUSSBAUM, 2011). Neste intuito, Nussbaum (2007, 2008) estabeleceu uma lista 10 capacitações centrais (*capabilities*, em inglês) que merecem ser protegidas e asseguradas de diversas formas, por serem essenciais nas diversas fases do ciclo da vida de uma pessoa. Os aspectos contemplados nesta lista, guardadas pequenas variações interpretativas, ergueriam assim, uma pretensão de universalidade, no âmbito das vidas ditas humanas (DIAS, 2015a).

Em contrapartida, na perspectiva aqui defendida para a avaliação de políticas públicas para as pessoas transexuais, o escopo de Funcionamentos compreendidos como básicos deve ser definido pelos próprios indivíduos, objeto de nossa consideração moral, visto serem eles os responsáveis pelo reconhecimento de quais Funcionamentos, ou conjunto de Funcionamentos, contribuem para a realização de seus projetos de vida (DIAS, 2015d), principalmente quando consideramos que a liberdade lhes é negada em várias instâncias. No entanto, para que possamos estar atentos às demandas específicas de cada caso, faz-se necessária uma

escuta apurada de diferentes vozes e uma atenção refinada às circunstâncias particulares vivenciadas pelos diversos indivíduos, de modo que possamos incluir várias formas de funcionamentos que, sob o ponto de vista da constituição da identidade do próprio indivíduo, devem ser reconhecidos como fundamentais (RIBEIRO; DIAS, 2015, p. 93).

Através desta escuta, voltada ao reconhecimento dos Funcionamentos básicos que contribuem para o florescimento da vida das pessoas transexuais, conseguir-se-ia alcançar, como produto final, o que realmente é valorável para esse grupo de pessoas e para a realização de seus projetos de vida. Através da escuta

de diferentes vozes, tornamo-nos mais aptos para elaborar políticas públicas adequadas às realizações de todos os envolvidos.

3.5 O aprimoramento humano como condição humana

Na perspectiva aqui defendida, para realizar a análise do Processo Transexualizador, a identidade da pessoa é “compreendida como incluindo, necessariamente, entidades que estão para além dos limites do nosso corpo e/ou artefatos” (DIAS, 2015b, p. 70). Neste sentido, adota-se uma concepção não rígida de natureza humana, pela qual são permitidas modificações e alterações, visto que pessoas, aqui, são compreendidas como “sistemas funcionais dinâmicos, flexíveis, que se transformam e se moldam, numa tentativa de melhor se harmonizar com seu entorno e alcançar uma realização plena” (DIAS, 2015b, p. 79).

Não se trata de busca de modificações corporais eugênicas e nem de qualificá-las em negativas ou positivas. Trata-se sim de apontar um argumento moral que flexibilize a natureza humana, permitindo às mulheres transexuais a realização de modificações corporais para o alcance de seus projetos de vida.

Esse pilar da perspectiva de Funcionamentos é de fundamental importância para os indivíduos que são alvos da política pública que estamos discutindo aqui, pelo significado que para eles têm a cirurgia de redesignação sexual e as modificações de caracteres secundários, como, por exemplo, o implante de silicone nas mamas e as mastectomias. Conforme descreve Bento (2009, p. 106):

As respostas e as formas de relacionar-se com as genitálias e as sexualidades são diversas. No entanto, quando se perguntava o porquê da cirurgia, encontrava-se uma constância nas respostas: “Quero ser livre”. Nenhum/a dos/as entrevistados/as respondeu: “Eu quero a cirurgia para conseguir ser penetrada ou penetrar, para conseguir o orgasmo”. Entre os transexuais masculinos, a mastectomia é a cirurgia que lhes dará o que os transexuais conseguirão com a construção da vagina, ou seja, liberdade. É o desejo de serem reconhecidos/as socialmente como membros do gênero identificado que os/as leva a realizar os ajustes corporais.

Essa liberdade favorece o autorreconhecimento do indivíduo e sua percepção de ser-cidadão – e não um anormal, um **fora da ordem** (grifo da autora) –, gerando inclusão social e a tão sonhada cidadania, em seu sentido amplo.

A fixação da natureza humana, em termos de identidade sexual, tem seu alicerce no sistema binário sexual, o “operador lógico”, que define para as pessoas apenas duas alternativas relacionadas:

ao sexo (ser macho ou fêmea no sentido biológico, a partir da própria dotação genital), ao gênero (agir como homem ou mulher, ou seja, seguir linhas de conduta socialmente aprovadas para uma ou outra) e à opção sexual (ter um desejo heterossexual, voltado para pessoas de sexo oposto ao nosso, ou homossexual, voltado para pessoas do nosso sexo) (BERNINI, 2011, p. 20).

A afirmação da fluidez dessa natureza humana, através do “reconhecimento do caráter incerto e mutável das identidades” (TEIXEIRA, 2012, p. 507) rompe com esse sistema e aponta para as diversas maneiras de intervenção corporal como forma de aprimoramento humano.

Esse entendimento derruba a necessidade de patologização da condição de ser transexual, para a qual a medicina empresta seu discurso científico buscando a produção da verdade, com vistas à regulação e ao controle dos corpos que se mantêm fora da sociedade normatizadora (FOUCAULT, 2010).

No âmbito onde o aprimoramento é compreendido como parte da natureza humana, parte do nosso anseio por uma vida melhor, as pessoas transexuais passam a ter tanto seus direitos reconhecidos quanto acesso às modificações corporais. A patologização da transexualidade perde o sentido e as modificações corporais, a utilização da hormonioterapia, as modificações dos caracteres secundários se tornam uma necessidade, e não um recurso de tratamento do “transtorno” de indivíduos transexuais. A partir deste entendimento, olhar para a transexualidade seria olhar para a pessoa transexual buscando sua singularidade – um ser possuidor de uma história, escolhas e rumos que o tornam único.

Merecem, ainda, destaque, as pessoas transexuais que desejam as modificações corporais, mas não querem a realização da cirurgia de redesignação sexual, o que muitas vezes acarreta a sua não inserção no Processo Transexualizador e, portanto, a negação de usufruir dos benefícios da política pública. Lembramos que as políticas públicas deveriam evidenciar e resolver as necessidades que seriam comuns, sem perder, nem desvalorizar a singularidade dos indivíduos. Sua função seria assegurar o direito dos indivíduos na realização dos Funcionamentos, sem precisar recorrer a estratégias de normatização das

peçoas, a partir de seu enquadramento em um diagnóstico médico e em um padrão de tratamento que não pode ser alterado.

Na análise do caso brasileiro do Processo Transexualizador, uma associação que se impõe é a do aprimoramento humano com a diretriz de integralidade. Uma definição de integralidade ampliada parte da definição de necessidade de saúde apoiada em uma taxonomia, organizada em quatro conjuntos, a saber: boas condições de vida, acesso e consumo de tecnologia para melhorar e prolongar a vida, vínculos a(e)fetivos entre usuário e equipe/profissional, autonomia no modo de viver (CECILIO, 2009).

Nessa taxonomia, podemos identificar em dois conjuntos (acesso e consumo à tecnologia para melhorar e prolongar a vida e para garantir autonomia no modo de viver) a questão do aprimoramento humano, pois as modificações visadas, quaisquer que sejam, são consideradas como aquelas que melhor promovem a existência ou realização do indivíduo. Portanto, a Portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a, 2008b, 2013a), por estar pautada na integralidade, visaria ao aumento e aprimoramento dos Funcionamentos dos indivíduos transexuais. Buscaria também reconhecer quais Funcionamentos são necessários para o florescimento de cada pessoa, tomando como base a expressão de suas demandas e, a partir dessa avaliação, desenvolver estratégias que levassem à promoção dos diversos Funcionamentos.

O Processo Transexualizador passa então a desempenhar um importante papel na busca pelo aprimoramento humano, visto que favorece as modificações físicas necessárias às pessoas transexuais e também desejadas por elas, tornando possível, de alguma forma, a realização de seus projetos de vida.

3.6 Para concluir este capítulo...

Buscou-se analisar, neste capítulo, a adequação da utilização da perspectiva de Funcionamentos na avaliação das políticas públicas voltadas às pessoas transexuais. Em outras palavras, procurou-se interpretar o Processo Transexualizador a partir dos pilares da referida perspectiva. Destacamos a importância de adotarmos como foco de nossa consideração os próprios

Funcionamentos relacionados às realizações. Não são nosso foco as capacitações, que estão ligadas às oportunidades, visto que estas só existem a partir da possibilidade de escolha, liberdade de escolha, o que, no caso dos transexuais, não existe, na maioria das vezes. Uma visão ampliada de saúde, proposta pela perspectiva dos Funcionamentos, redundaria numa ampliação do próprio campo de avaliação, pois permite que o olhar do avaliador percorra várias áreas interligadas à saúde, para além da visão biologicista que simplesmente a interpreta como ausência de doenças.

A singularidade das pessoas é, por sua vez, respeitada na medida que se atribui às próprias pessoas envolvidas no Processo Transexualizador o papel de (i) definir e julgar quais Funcionamentos básicos devem ser garantidos para que a realização de seus projetos de vida seja possível e, também, de (ii) avaliar a efetividade das políticas públicas na promoção desses mesmos Funcionamentos. Dessa forma, permitindo que essas pessoas sejam genuinamente escutadas, as políticas públicas serão mais eficientes e a avaliação das mesmas será mais efetiva para que, cada vez mais, sejam garantidos e ampliados os direitos de todos a uma boa vida.

Por último, ressaltamos que uma compreensão da busca pelo aprimoramento humano, como parte constitutiva da nossa própria natureza flexível, faz com que as intervenções e modificações corporais sejam reconhecidas como naturais, tornando não apenas desnecessário, como também um erro, patologizar o indivíduo para que as mesmas possam ocorrer. Tais modificações fazem parte de um processo através do qual certos indivíduos buscam sua autorrealização.

4 PROCESSO TRANSEXUALIZADOR: PORTA DE ENTRADA NO SUS, TECNOLOGIA EM SAÚDE E HETERONOMIA

Este capítulo apresenta um breve histórico do Processo Transexualizador, aprofundando a avaliação da **integralidade** como pilar dessa política pública. A integralidade, em sua concepção teórica, contribuiria na realização de Funcionamentos básicos para as mulheres transexuais, o que iria influenciar na definição de uma política pública moralmente mais justa.

Nesse sentido, a avaliação das portarias e resoluções que tratam da temática da transexualidade, no Brasil, apontariam a perspectiva da integralidade e a intenção de agregar a contribuição dessa perspectiva para a realização ou não dos Funcionamentos básicos deste grupo de pessoas.

4.1 A consolidação da política pública Processo Transexualizador no Brasil

A partir de 1980, com a difusão da epidemia da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), foram formuladas as primeiras ações governamentais para a população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros), materializadas em políticas públicas que objetivavam minimizar os efeitos da AIDS (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009). Não existia, nesse momento, uma visão integral de saúde para as pessoas transexuais, muito menos discutia-se o estabelecimento de uma portaria para a sua modificação corporal – esta foi promulgada bem mais tarde e denominada “Processo Transexualizador”. [sugiro citar o ano da promulgação]

Em 2004, o Governo Federal lança o Programa “Brasil sem Homofobia”, considerado à época “um marco histórico na luta pelo direito à dignidade e pelo respeito à diferença” (BRASIL, 2004, p. 7). Apresentava como eixo central o combate à violência, e como objetivo a promoção da cidadania através da luta contra a discriminação e a homofobia.

Dentre suas ações, propunha a criação do Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros (GLBT) que teria como um dos objetivos a elaboração de uma Política Nacional de Saúde para essa população, e como um dos pontos de pauta a “discussão com vistas à atualização dos protocolos relacionados às cirurgias de adequação sexual” (BRASIL, 2004, p. 23).

Ressalta-se que, anteriormente, o CFM já havia promulgado duas resoluções autorizando a realização de cirurgia de transgenitalização¹² como tratamento médico de transexuais, respectivamente em 1997 e em 2002. A Resolução CFM 1482 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997b, p. 1), de 1997, autorizava “a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas [testículos nos homens e ovário nas mulheres] e caracteres sexuais secundários”.

Em 2002, a Resolução CFM 1652, substituiu a anterior e retirou o caráter experimental de cirurgia para a mulher transexual – do tipo neocolpovulvoplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres secundários (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002) –, mantendo o caráter experimental apenas para os homens transexuais.

Além dessa alteração do estatuto dos procedimentos de modificação corporal em mulheres transexuais, que deixam de ser enquadradas como experimentais, as Resoluções estabelecem:

a) critérios para o diagnóstico de transexualismo:

- i) Desconforto com o sexo anatômico natural;
- ii) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
- iii) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- iv) Ausência de outros transtornos mentais (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002, p. 4).

¹² A cirurgia de transgenitalização é um procedimento realizado na genitália de homens e mulheres com diagnóstico de transexualismo. A abordagem cirúrgica é diferenciada, quer se trate de homens ou de mulheres transexuais. A cirurgia nas mulheres transexuais consiste na retirada cirúrgica do pênis (penectomia) e testículos (orquiectomia), construção de um neoclitoris funcional (neoclitoroplastia), de uma uretra perineal (uretroplastia), uma neovagina (neocolpoplastia) e de uma genitália com aspecto externo feminino- grandes e pequenos lábios (neovulvoplastia) (SILVA, E.; SILVA, H.; DAMIÃO, 2012). A cirurgia em homens transexuais consiste na reconstrução da mama (mastectomia bilateral), remoção dos órgãos reprodutivos femininos (histerectomia e anexectomia) e a construção do pênis (neofaloplastia) (DJORDJEVIC; BIZIC, 2012).

- b) critérios de indicação para a realização dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador, sempre referidos à cirurgia: definiu-se um tempo mínimo de dois anos de acompanhamento anterior à intervenção cirúrgica, e a idade mínima de 21 anos para ingresso no Processo.

Essas resoluções, na prática, retomavam critérios adotados em atendimentos e cirurgias para as pessoas transexuais que já aconteciam em alguns hospitais do país, antes mesmo da formulação de qualquer política pública específica e sem nenhuma discussão mais ampliada, no nível do Governo, sobre essa temática. Tais atendimentos realizados no contexto de um vazio, em termos de diretrizes governamentais, geravam uma não-uniformidade dos procedimentos clínicos e cirúrgicos nos hospitais.

Esse problema acabou por ser alvo de uma iniciativa que associou Universidades, Governo, Organizações Não-Governamentais (ONGs) LGBT: a I Jornada Nacional de Transexualidade e Assistência Pública no Brasil, que aconteceu, em 2005, na UERJ, sendo considerada um marco na construção do Processo Transexualizador (JORNADA NACIONAL DE TRANSEXUALIDADE, 2005).

O documento final, elaborado na referida Jornada, apontou algumas recomendações, destacando-se: a) o estabelecimento de diretrizes unificadas de assistência a essa população e um protocolo único para a rede de serviços públicos de saúde; b) a incorporação dos procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual à tabela do Sistema Único de Saúde e incorporação dos hormônios à lista de medicamentos excepcionais custeados pelo SUS; c) a diminuição da idade para ingresso no Processo Transexualizador de 21 para 18 anos; entre outras recomendações (JORNADA NACIONAL DE TRANSEXUALIDADE, 2005).

As discussões sobre a constituição de uma política pública para as pessoas transexuais ocupariam uma lacuna que as resoluções médicas, até então, não davam conta, pois tinham como foco a preocupação com a modificação do corpo, a saber: definir quem pode usufruir, o tipo de mudança que pode ser realizada nos corpos e quando fazê-la.

A partir dessa construção progressiva no âmbito médico, das políticas públicas e sociais, mais ainda com a instituição do Comitê Técnico de Saúde da População GLBT, em 2008 foi promulgada a Portaria nº 1707, do Ministério da Saúde (MS), que institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador a ser empreendido em serviços de referência, denominados Unidades de Atenção Especializada (BRASIL, 2008b). Tendo por objetivo a aprovação da regulamentação do Processo Transexualizador, é promulgada alguns dias mais tarde a Portaria MS 457 (ambas embasadas na Resolução CFM 1652, de 2002). A última, 457, trata das normas para credenciamento das unidades, como o formulário de vistoria do gestor, das diretrizes de atenção especializada no Processo Transexualizador e da relação dos serviços que já puderam ser habilitados imediatamente, a saber: Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no Rio de Janeiro (HUPE-UERJ) (RJ); Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre (RS); Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) (SP); Instituto de Psiquiatria da Fundação Faculdade de Medicina MECMPAS (SP); e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, em Goiânia (GO) (BRASIL, 2008a).

Em outubro de 2014, o Hospital das Clínicas, pertencente à Universidade Federal de Pernambuco, em Recife (PE) passa a compor o quadro das unidades de Atenção Especializada para o Processo Transexualizador (BRASIL, 2014).

Quanto à assistência médica, havia uma previsão de realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos exclusivos para a Unidade de Atenção Especializada.

Em julho de 2013, foi promulgada a nova Portaria nº 859 e sua suspensão aconteceu no dia seguinte¹³, através da Portaria nº 1579. Em novembro de 2013, é promulgada mais uma Portaria, de número 2803, que “redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2013c, p. 25). Essa nova portaria ampara-se na resolução CFM 1955, de setembro de 2010 (BRASIL, 2013c), que retira o caráter experimental dos seguintes procedimentos cirúrgicos: adenomastectomia, histerectomia e oforectomia – intervenções cirúrgicas sobre

¹³ Essa portaria previa redução da idade para realização de adequação cirúrgica genital para 18 anos, quanto a idade para início da terapia hormonal para 16 anos (BRASIL, 2013a). No dia seguinte, a portaria que suspendeu a anterior tinha como justificativa, em seu artigo 1º, a necessidade de definição dos “protocolos clínicos e de atendimento no âmbito do Processo Transexualizador” (BRASIL, 2013b, p. 48).

gônadas e caracteres sexuais secundários em homens transexuais – mas mantém o caráter experimental da neofaloplastia, ou seja, da cirurgia da genitália, justificado pelos questionamentos relacionados aos seus resultados estéticos e funcionais (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010a).

A portaria também define que a porta de entrada “prioritária” no Processo dar-se-á pela Atenção Básica em Saúde, componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS), definida como “responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade [...]”, de onde partirá o encaminhamento para o Serviço de Atenção Especializada (BRASIL, 2013c, p. 25).

No tocante à assistência, a portaria prevê a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos exclusivos para a Atenção Especializada, ampliando a lista de procedimentos disponibilizados nas portarias anteriores.

Em todas as portarias promulgadas, que tratam do Processo Transexualizador, a integralidade aparece afirmada como um pilar, justificado e ressaltado pela não-centralidade da meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e das demais intervenções somáticas (BRASIL, 2008b, 2013).

De fato, a integralidade é definida como princípio fundamental do SUS e constitui um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2005, p. 192).

Uma definição de integralidade mais ampliada, adotada por Cecílio (2009) e Cecílio e Matsumoto (2006), parte da definição de necessidade de saúde apoiada em uma taxonomia, organizada em quatro conjuntos, a saber: boas condições de vida, acesso à tecnologia e consumo desta para melhorar e prolongar a vida, vínculos afetivos e efetivos entre usuário e equipe profissional, autonomia no modo de viver.

As boas condições de vida estão relacionadas aos fatores externos, do ambiente, ligados ao processo de saúde-doença das pessoas e aos lugares produtivos na sociedade capitalista. Neste sentido, seriam as condições de saneamento básico, condições de trabalho, os hábitos pessoais, entre outros.

O segundo conjunto – acesso à tecnologia e consumo desta para melhorar e prolongar a vida – é definido a partir das necessidades individuais de cada cidadão, em seu momento de vida.

O terceiro – vínculos afetivos e efetivos entre usuário e equipe/profissional – refere-se ao estabelecimento de um vínculo entre sujeitos iguais e autônomos, para que a relação paciente/profissional possa ser adequada, construindo-se para o “encontro de subjetividades” (CECILIO, 2009, p. 119).

O quarto conjunto – autonomia no modo de viver – tem a informação e a educação em saúde como parte do processo de construção de autonomia do sujeito, empoderando-o para possuir o máximo poder sobre sua vida.

Além disso, integralidade na atenção à saúde também se relaciona aos fluxos, articulações e circuitos entre as Unidades de Atenção. Portanto, inclui o espaço da micro e macropolítica da saúde (CECILIO, 2009).

O espaço da micropolítica da saúde (integralidade focalizada), refere-se à reunião do conhecimento dos atores das diversas áreas de saúde, na busca de atendimento das demandas e necessidades dos usuários. No caso das pessoas transexuais, a demanda seria pela realização da cirurgia de redesignação sexual – a necessidade de acesso à tecnologia. Mas as necessidades dessa clientela merecem ser levantadas e atendidas, tais como: condições de vida/dificuldade de trabalho; acesso aos serviços de saúde; acesso à escola; sentir-se pertencido(a) em um grupo, visto que muitos perdem seus vínculos mais nucleares como a família e amigos, entre outros; a autonomia relacionada ao sentido de agente, que compromete cada vez mais sua vida nos mais diversos âmbitos; e o vínculo afetivo na relação entre usuário e equipe, estabelecendo uma relação de confiança – já que essas pessoas vivenciam frequentes episódios de discriminação nos serviços de saúde – para que se consiga ter a possibilidade de elencar as necessidades de saúde e contribuir para sua resolução. Portanto, não faltam necessidades a serem levantadas e a ação conjunta dos vários profissionais envolvidos no Processo Transexualizador aumentaria o espectro de observação, a partir dos diferentes olhares dos atores envolvidos na assistência a essa clientela.

No entanto, somente esse espaço não é suficiente para que a integralidade seja alcançada plenamente, visto que a resolução das necessidades de saúde, pode estar em outros serviços, como, por exemplo, as necessidades de saúde relacionadas a condições de vida ou o fato de o sujeito ser portador de alguma patologia, de outra ordem, e necessitar de atendimento em serviços de saúde especializado, como cardiologia, cirurgia vascular, endocrinologia, entre outros.

Nesse sentido, existe a macropolítica da saúde (integralidade ampliada), onde estabelece-se a articulação dos serviços com outros serviços e instituições, que podem ou não estar relacionados ao setor saúde (CECILIO, 2009). Esta necessidade de articulação fica bem clara quando as pessoas transexuais, após a realização da cirurgia, não recebem, automaticamente, seus novos nomes civis, sendo fundamental que entrem com processos na justiça para tal.

O sistema de saúde, nesse sentido, deve ser pensado como uma rede de múltiplas entradas e fluxos, na qual todos os serviços devem objetivar a “integralidade focalizada”, independente do nível de atenção.

Este capítulo buscou analisar a efetivação do princípio da integralidade no Processo Transexualizador. Para tal, a partir dos conjuntos da taxonomia adotada por Cecilio (2009) e Cecilio e Matsumoto (2006), foram analisadas as portarias promulgadas do Processo Transexualizador quanto à concretização do princípio da integralidade.

4.2 Atendimento das demandas (tecnologia) e das necessidades (boas condições de vida)

As pessoas transexuais têm como demanda, quando buscam os serviços de saúde, a modificação corporal, visando atingir uma congruência de sua identidade de gênero com seu corpo físico, o que podemos considerar a utilização de tecnologia para melhorar a vida. Apesar da transexualidade ser considerada uma patologia pelas ciências médicas, defendemos aqui sua definição como uma experiência identitária caracterizada pelo conflito com as normas de gênero (BENTO, 2008), o que justifica seu enquadramento nesse conjunto de necessidades.

O Processo Transexualizador prevê, na tabela de serviços do SUS, procedimentos cirúrgicos e clínicos, para serem realizados em homens e mulheres transexuais. Na primeira portaria, entre os procedimentos cirúrgicos, incluem-se a cirurgia do aparelho geniturinário – redesignação sexual – e a cirurgia de vias aéreas superiores da cabeça e do pescoço (BRASIL, 2008a). Esses procedimentos eram restritos a mulheres transexuais.

Já na nova Portaria nº 2803 de 2013, os procedimentos cirúrgicos foram bastante ampliados, se comparados com as portarias anteriores, tanto em relação ao seu número quanto em relação à ampliação de alguns procedimentos para os homens transexuais, que são: a) para as mulheres transexuais: a cirurgia do órgão genital, a tireoplastia e a plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral; b) para os homens transexuais: mastectomia bilateral, histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia e outras cirurgias referentes a cirurgias complementares para correções de cirurgias anteriores ou de complicações e reconstruções de cirurgias anteriores (BRASIL, 2013c).

Essa ampliação dos procedimentos, na atual portaria, representa a incorporação de demandas antigas dessas pessoas, visto que, nas mulheres transexuais, o fornecimento das próteses mamárias minimiza o problema crônico do uso do silicone industrial que causa vários problemas de saúde a curto, médio e longo prazos, além de diminuir a exploração a que as mulheres transexuais eram submetidas para realizar esse procedimento em estabelecimentos privados.

No que se refere aos homens transexuais, os procedimentos cirúrgicos que passam a ser oferecidos modificam os caracteres secundários, como no caso da mastectomia, que traz uma maior liberdade para os transexuais masculinos e contribui para o desejo de ser socialmente reconhecido como um membro do gênero escolhido (BENTO, 2012).

Apesar desses ganhos, alguns procedimentos, para os homens transexuais, mantiveram seu caráter experimental, como a vaginectomia e neofaloplastia com implante de próteses penianas e testiculares, clitoroplastia e cirurgia de cordas vocais (BRASIL, 2013a).

A **experimentalidade** (grifo da autora) desses procedimentos tem como consequência a restrição da sua realização “[...] em hospitais de ensinos, habilitados para a realização da Atenção Especializada no Processo Transexualizador” (BRASIL, 2013a, p. 28), que totalizam cinco instituições no país, além da não inserção na Tabela de Procedimentos do SUS e, portanto, não são “pagos” às unidades hospitalares que o realizam.

Essa questão tem sido alvo de muitas críticas, visto que o caráter experimental de cirurgia para os homens transexuais alarga ainda mais as fronteiras de exclusão de parte de um todo (grupo de pessoas transexuais) já bastante excluído.

Cabe ressaltar que, desde a primeira portaria do CFM referente às cirurgias para as pessoas transexuais, já foram transcorridos 18 anos e, ainda, que a primeira Portaria do Processo Transexualizador foi promulgada em 2008, tendo portanto se passado, agora em 2015, sete anos. Analisando essa temporalidade, é inevitável o questionamento em relação ao tempo necessário para que o humano – ou os benefícios advindos do uso de tecnologias médicas para a cidadania das pessoas – sobreponha-se ao valor dos resultados da técnica cirúrgica, analisados do ponto de vista unilateral da Medicina e, desta forma, levando à exclusão da experimentalidade dos procedimentos cirúrgicos no Processo Transexualizador para os homens transexuais.

Além da temporalidade, ressalta-se que a portaria 1707, anterior a que está em vigor, já afirmava, em seu artigo 2º, inciso III, que as ações do Processo Transexualizador permitiriam “a fomentação, a coordenação e a execução de projetos estratégicos que visem ao estudo de eficácia, efetividade, custo/benefício e qualidade do processo transexualizador” (BRASIL, 2008b, p. 43). Neste sentido, ainda não existem estudos que apontem resultados substanciais levando a crer que a modificação corporal é uma etapa de todo um processo e tão importante quanto os benefícios reais na qualidade de vida dessas pessoas e na colaboração quanto à sua “ressuscitação social”? Somente a partir dessas respostas será possível alcançar uma política pública que cumpra seu papel em prol da justiça social, o que parece que não vem sendo cumprido em sua totalidade.

Com relação aos procedimentos clínicos, que se mantiveram nas duas portarias, incluem-se o acompanhamento clínico pré e pós-operatório e tratamento hormonal (BRASIL, 2008a, 2013).

A idade mínima para realização dos procedimentos também sofreu modificações com a nova Portaria nº 2803, de 2013 (BRASIL, 2013c). Os procedimentos cirúrgicos podem ser iniciados a partir dos 21 anos e os procedimentos clínicos ficam autorizados a partir dos 18, o que pode ser compreendido como uma evolução se considerarmos que, na portaria anterior, a idade mínima para qualquer procedimento era 21 anos.

Percebe-se um corte temporal entre os procedimentos clínicos e cirúrgicos. Uma possível explicação poderia ser a suposta irreversibilidade da modificação corporal, quando realizada pelo bisturi, e sua possível reversibilidade, quando ocorre a suspensão da hormonioterapia. Entretanto, essa (i)reversibilidade não se

concretiza nessa simples lógica, visto que os efeitos adversos e as complicações oriundas do uso prolongado de hormônios, muitas vezes sem orientação médica inicial, podem ser irreversíveis também.

No tocante à temática da idade, foi realizada uma consulta ao Conselho Federal de Medicina (2003), para analisar o marcador para o início de procedimentos voltados à modificação corporal. Nesta consulta, questionava-se a idade estabelecida (21 anos) na Resolução CFM 1652, de 2002, como um critério para seleção dos pacientes para a cirurgia de redesignação sexual. O questionamento buscava conhecer a referência que teria sido utilizada para embasar a resolução citada, ou seja, para definir essa idade, e, utilizando-se das alterações do Código Civil (BRASIL, 2002), levantava também a possibilidade da redução da idade para 18 anos.

Os argumentos utilizados pelo parecerista do CFM são dois: o primeiro seria a desobrigação de modificação da idade, a partir da modificação do Código Civil, visto que não existe nenhuma referência na resolução dessa vinculação (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003); o segundo seria o “cuidado que vincula o procedimento à idade” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003, p. 4), baseado em dois aspectos, a saber: “1. A delicadeza problemática da condição de transexualidade e; 2. A natureza complexa, inovadora e irreversível da cirurgia proposta” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003, p. 2). Acredita-se que esses argumentos devem vigorar até hoje, visto que a política pública, amparada na resolução do CFM, de 2010, mantém essa idade para realização de cirurgia.

Entretanto, esse mesmo argumento de irreversibilidade é utilizado no processo-consulta CFM 32, de 2012 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012), que solicitava orientação sobre a idade para início da hormonioterapia em adolescentes transexuais. A base de seu argumento de irreversibilidade pautava-se nos “efeitos colaterais que podem trazer agravos importantes e permanentes à sua saúde” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012, p. 3), em caso de auto-medicação.

Portanto, dadas as devidas proporções, tanto a cirurgia quanto a hormonioterapia podem gerar mudanças irreversíveis no corpo e a variável “idade” tem pouco valor, se considerarmos que, muitas vezes, as alterações físicas causadas por bisturis ou por medicação, sem orientação e/ou controle, geram muito mais prejuízos físicos e alargamento das diferenças sociais e da injustiça social.

Neste sentido, o argumento de irreversibilidade não deveria ter um peso maior que os princípios de justiça e autonomia.

Um ganho verificado com a nova portaria foi a disponibilização de hormônios para os usuários que se encontram no Processo. Muitas pessoas transexuais apresentam dificuldades de serem inseridas no mercado de trabalho, não possuem uma rede de pessoas para ajudá-las financeiramente e, portanto, não dispõem de recursos para adquirir os medicamentos. Isso as leva a não utilizar todos os hormônios prescritos, recorrendo, muitas vezes, à auto-medicação, ao uso de hormônios mais baratos, ou mesmo à Justiça para conseguir o financiamento ou a disponibilização gratuita do medicamento.

Entretanto, apesar dos ganhos apontados, a portaria atual (2803/2013) não faz nenhuma referência à organização assistencial, diferente da anterior que apresentava, em seu anexo III, as Diretrizes Assistenciais ao Indivíduo com Indicação para a realização do Processo Transexualizador, que objetivavam “[...] garantir a equidade do acesso e orientar as boas práticas assistenciais [...]” (BRASIL, 2008c, p. 71). Essas diretrizes destinavam-se a orientar o acolhimento, acompanhamento terapêutico, o fluxo de encaminhamento, a indicação de cirurgia de transgenitalização e a atenção continuada.

O formulário para anamnese (anexo I-A), contido na Portaria 457, de 2008, a ser utilizado como base para o acolhimento, fazia referência à avaliação de vínculos sociais, escola, trabalho, entre outros, através do levantamento da história pessoal, indo do nascimento até a puberdade, observando também história sexual, escolaridade, trabalho e hábitos (BRASIL, 2008a).

O acompanhamento terapêutico (Anexo I-B), pertencente à mesma portaria anteriormente citada, ressaltava a inclusão das “dimensões psíquicas, social e médico-biológicas” (BRASIL, 2008a, p. 71), o que explicita a visão integral do ser humano que se encontra sob cuidados, com itens relacionados aos aspectos psicossociais, entre eles: inserção no mercado de trabalho, vivência social da feminilidade ou masculinidade, mudanças físicas, sociais e psicológicas após a cirurgia e vivência familiar.

Esse formulário também fazia menção ao “acompanhamento jurídico da mudança do nome de registro e de como a pessoa tem lidado com isso” (BRASIL, 2008a, p. 22). A nova portaria de 2013 não menciona nada sobre o assunto,

reforçando mais uma vez a suposta inexistência de relação entre o Processo Transsexualizador e a mudança do nome civil.

Tem sido visto que a modificação do nome fica a cargo judiciário e da decisão dos juízes que, em geral, formulam-na a partir de uma declaração emitida pela instituição onde foi realizada a cirurgia. O “*corte físico*” (referência à cirurgia) parece ser necessário para o convencimento dos juízes (SCHRAMM; BARBOZA; GUIMARÃES, 2011). Além disso, o tempo de espera para a sentença é, normalmente, muito longo, o que gera muitas dificuldades de recomeço de vida para essas pessoas. Se antes havia a necessidade de modificação corporal como uma questão intrínseca, algo do interior da própria pessoa, agora a necessidade é uma questão externa de sua identidade para a sociedade, do exercício de sua cidadania.

Essa dificuldade da modificação do nome civil gera privações de liberdade como dificuldades no ingresso no mercado de trabalho, na escola. Também contribui para aumentar as privações já existentes, gerando sofrimento ou agravando-o pelas expectativas frustradas relacionadas, além de limitar as possibilidades de exercício da condição de agente e cidadão.

Em 15 de maio de 2014, na 1ª Jornada de Direito da Saúde, foram aprovados 45 enunciados interpretativos sobre direito da saúde que objetivam orientar as condutas dos magistrados nas decisões judiciais. Dentre esses enunciados, dois são específicos sobre a modificação do nome para as pessoas transexuais. Estes enunciados orientam que **a retificação do nome no registro civil e do sexo jurídico não precisam ficar atrelados à cirurgia de redesignação sexual** (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014).

4.3 Fluxo de (des)assistência – a porta de entrada

A Portaria nº 2803, de 2013 (BRASIL, 2013c), aponta que a linha de cuidado para realização das ações no Processo Transsexualizador é estruturada tanto na Atenção Básica, quanto na Atenção Especializada, subdividida em uma modalidade ambulatorial e outra hospitalar. Isso é bastante interessante visto que se desenha uma **Rede de Atenção** para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas trans.

A Portaria anterior (457, de 2008) reforçava, em várias passagens, a necessidade da articulação entre os diversos níveis de atenção. Chama nossa atenção, o artigo 2º, inciso III, que enfatiza que a Unidade de Atenção Especializada deve: (1) “estar articulada e integrada com o sistema de saúde local e regional” (BRASIL, 2008a, p. 1); (2) no Anexo I, item 3, que “devem demonstrar sua integração e articulação com a rede regional e local de atenção à saúde” (BRASIL, 2008a, p. 8). Nesse mesmo item, no tocante às ações diagnósticas e terapêuticas, reforça-se a necessidade de que se “integrem a outras unidades assistenciais ao sistema de referência e contra-referência hierarquizado pelas Secretarias de Saúde” (BRASIL, 2008a, p. 8); e, (3) no artigo 4º, determina que as secretarias de saúde de Estado e Município “estabeleçam os fluxos assistenciais de referência e contra-referência dos pacientes” (BRASIL, 2008a, p. 2).

Fica evidenciado que as duas portarias, de alguma forma, apresentavam preocupação com a rede de atendimento das pessoas transexuais.

Sobre a linha de cuidado, a nova portaria define, em seu artigo 3º, inciso I, que a Atenção Básica será a “**porta de entrada prioritária do usuário na rede**” (BRASIL, 2013a, p. 2) (grifo da autora). Dessa forma, afirma, em seu artigo 4, que a integralidade do cuidado no Componente Atenção Básica “será garantida pelo encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção especializado no Processo Transexualizador” (BRASIL, 2013a, p. 2).

Esse ponto é alvo de posições favoráveis e contrárias, com argumentos bastante pertinentes. O primeiro deles, favorável à porta de entrada se fazer pela via da Atenção Primária, refere-se à constatação de que a cirurgia de redesignação sexual e de caracteres secundários é apenas uma dentre as necessidades de saúde e, portanto, outras necessidades na Atenção Primária podem ser levantadas e, dessa forma, essa proposição é congruente com o princípio de universalidade do sistema de saúde (LIONÇO, 2009).

No entanto, se pensarmos que a integralidade, pilar da Portaria, promove um olhar inteiro, completo, do indivíduo, essa entrada pode ser realizada em qualquer um dos níveis de atenção, inclusive nos hospitais. O que deve ser permanente, em todos os níveis de atenção, para que a integralidade seja uma realidade, é o conceito ampliado de saúde, a responsabilização pela equipe de saúde, construção multiprofissional de projetos terapêuticos, a busca pela autonomia dos usuários na produção da saúde e a continuidade da atenção (FEUERWERKER, 2007).

Conforme afirma Cecílio (2009, p. 122):

Temos desconsiderado que há espaço para (e necessidade de) escuta das necessidades singulares de saúde das pessoas e a criação de novas estratégias de qualificação e defesa da vida dos usuários, mesmo naqueles serviços pelos quais estão apenas de “passagem”, para consumo de um atendimento bem especializado.

O segundo argumento refere-se à diminuição de problemas relacionados ao acesso no plano programático. A Atenção Básica tem em sua organização as Unidades Básicas de Saúde, onde a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é prioritária e a equipe de profissionais inclui médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros (BRASIL, 2012).

Estes argumentos baseiam-se no modelo tecno-assistencial da pirâmide, onde a Rede Básica encontra-se na base e a hierarquização dos serviços levaria à racionalização dos recursos, assim garantindo acesso a todas as tecnologias, contribuindo ainda para o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e o usuário (CECILIO, 1997). Entretanto, isso, na realidade, passou a ser a “quimera da Atenção Básica” e não uma realidade (CECILIO, 2012, p. 2895).

Além disso, considerando que as pessoas transexuais, muitas vezes, escondem ou não expõem suas vidas, mantendo-se o mais invisível possível, por medo de serem excluídas e sofrerem mais discriminação, essa procura pela Atenção Básica baseada na Estratégia da Saúde da Família (ESF) pode ser, pelo menos à primeira vista, bastante ameaçadora para as pessoas. Se considerarmos que o agente comunitário é alguém da própria comunidade, o sentimento de ameaça pode aumentar, principalmente pelo medo de ter sua vida exposta e poder se tornar alvo de violência e discriminação, o que já acontece com frequência às pessoas trans. Portanto, a exigência formal de que o encaminhamento e a marcação de consultas especializadas sejam referenciados pela Atenção Básica pode acabar sendo mais um “dificultador da vida do usuário do que uma estratégia potente para o redesenho de novos circuitos e fluxos no interior do sistema” (CECILIO, 1997, p. 474).

A confidencialidade é um aspecto de suma importância para a população LGBT e, caso as pessoas transexuais tenham alguma desconfiança em relação à sua garantia, elas poderão optar por “não se manter no serviço ou podem reter informações por temer que a informação se torne pública, colocando em perigo sua

própria saúde e seguridade” (OPAS, 2013, p. 4). Neste sentido, a definição da Atenção Primária como porta de entrada para o Processo Transexualizador não garante que a integralidade da atenção seja atendida.

Além disso, o que se vivencia na prática cotidiana é uma imensa dificuldade de acesso a atendimento de saúde, seja na Atenção Básica, nos ambulatórios ou em hospitais, devido à discriminação e ao preconceito por parte dos profissionais, como ressaltam vários estudos citados. As dificuldades de acesso incluem desde o não atendimento, até o atendimento de pouca qualidade – “atenção inferior” (OPAS, 2013, p. 3)

Segundo Nascimento e Almeida (2012, p. 7), isso é causado porque as pessoas transexuais “esbarram nas visões biologizantes que predominam nos serviços de saúde” e pautam suas ações assistenciais.

Outra questão que merece consideração refere-se às desigualdades nacionais, nos mais variados níveis de atenção à saúde, e ao “despreparo dos níveis de Atenção Básica e mesmo dos ambulatórios intermediários para incorporação dessa demanda [...]”. Neste sentido, a universalização dessa porta de entrada para todo o Brasil pode gerar mais dificuldades do que soluções (COSTA, 2010, p. 238). Ou seja, retornamos ao ponto da não integralidade pelo argumento do despreparo dos profissionais.

Visto por outro lado, a definição de uma porta de entrada facilita a compreensão das pessoas transexuais sobre para onde se dirigir ou para não se perderem perambulando nas Unidades de Atenção Especializada, sem saber o caminho a percorrer para o sucesso do ingresso no Processo. Além do que, como já apontado por Almeida (2010), a definição de uma porta de entrada é fator de urgente resolução.

O que se questiona é se a definição da porta de entrada resolveria esse problema ou se resolveria um problema, mas estabeleceria outros, talvez mais graves. O desafio, então, é o da qualificação de todas as portas de entrada para que se tornem

espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população [...] para, a partir desse reconhecimento, organizá-los no sentido de garantir o acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado para o seu caso (CECILIO, 1997, p. 475).

O encaminhamento regulado pode contribuir também para a democratização do acesso à lista das pessoas que estão na fila para a realização da cirurgia, o que é, em muitos casos, extremamente importante. Entretanto, muitas pessoas que estão nas longas filas de espera para a realização do procedimento de redesignação sexual criticam a falta de informação referente ao seu lugar na fila de espera, referindo o sentimento de angústia tanto pela espera, quanto pelo desconhecimento em relação ao tempo de demora para a realização da tão esperada cirurgia. Então, a fila passaria a ser real e acessível aos maiores interessados, as pessoas transexuais, desde que as informações fossem disponibilizadas através de algum canal de comunicação.

No entanto, na Portaria de nº 457, de 2008, em Diretrizes Assistenciais ao indivíduo com indicação para a realização do Processo Transexualizador, isso já estava identificado, no anexo III, onde, em relação ao fluxo de encaminhamento, lê-se: “as secretarias estaduais de saúde devem regular esses encaminhamentos e manter sob regulação a lista de espera por readequação cirúrgica genital nos hospitais credenciados/habilitados”. Infelizmente, isto ainda continua sem efetivação (BRASIL, 2008a, p. 13).

A partir da análise dos documentos oficiais acima citados e vis-à-vis os resultados que ainda vamos abordar (material das entrevistas), percebe-se que, primeiramente, essa rede precisa sair do papel e passar a existir de fato, com a capacitação dos profissionais e a incorporação das ações da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT). Sendo este um dos nós do Processo Transexualizador, pouco adianta definir qual será a porta de entrada na rede, se esta, em todos os seus níveis de atenção, não se encontra apta a receber essa demanda.

Uma possibilidade de resolução desse problema seria a inversão dessa lógica, com o estabelecimento de parcerias entre Unidades de Atenção Básica e Unidades de Atenção Especializada visando, primeiramente, capacitar o grupo de profissionais para o atendimento dessa clientela e, a partir dessa capacitação, iniciar-se o estabelecimento de uma Rede de Atenção, com o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, favorecendo o atendimento das necessidades dessas pessoas e contribuindo para a realização de seus projetos de vida, em uma visão integral da saúde.

4.4 A auto(hetero)nomia na política pública

O Processo Transexualizador, tal como abordado em todas as Portarias do MS, está respaldado na Resolução do CFM 1955 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010) que qualifica a experiência da transexualidade como uma patologia, de forma a possibilitar a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos nas instituições do sistema de saúde brasileiro.

Se, por um lado, o Processo reconhece a vulnerabilidade das pessoas trans como uma das justificativas para sua implantação no SUS, de outro, o diagnóstico médico de transgenitalismo leva à estigmatização, aumentando ainda mais essa vulnerabilidade. Esse é o paradoxo da patologização, como analisado por Arán et al. (2009). Sem dúvida, o principal problema é como estabelecer uma argumentação que garanta o atendimento pelo Estado sem que seja necessário um diagnóstico médico, o de transexualismo (ADRIÁN, 2010). Assim,

[...] como reconhecer a não-patologização dessas pessoas, reivindicada por elas mesmas, garantindo-lhes a continuidade dos serviços e conquistas alcançadas, tão fundamentais para essa população? É uma resposta que deve ser pactuada entre a população, movimento social, governo, academia e conselhos de medicina, para garantir a viabilidade e funcionalidade da resposta (MACHADO, 2010, p. 61).

Ser autônomo é ser considerado capaz de se auto-determinar e guiar por seus próprios fins. É neste sentido que um ser autônomo deve ser reconhecido moralmente como um fim em si mesmo. Desta compreensão do ser humano, plenamente racional como ser capaz de se auto-determinar, deriva o núcleo da noção de dignidade humana. Essas ideais de tradição Kantiana, ainda que abstrações filosóficas, marcam fortemente nossas normas sociais atuais. Por isso, autonomia, dignidade, e a defesa do humano como um fim (e nunca usado como mero meio), presentes na linguagem jurídica, são ideias e ideais que se ampliam até a linguagem comum ou cotidiana.

Entretanto, considerando o conceito de autonomia e considerando o argumento da patologização, surge a seguinte questão: que ser autônomo é esse, se está, ao mesmo tempo, vinculado a uma “natureza” que produz corpos imperfeitos e depende da Medicina para transformar-se, na qualidade de doente

com transtornos mentais? A autonomia funciona como um propulsor para o ingresso no Processo de modificação corporal, mas não determina a sua realização. Essa realização está atrelada ao consentimento médico ou “*habeas corpus*” fornecido por meio do diagnóstico de verdadeiro transexual, utilizando os parâmetros contidos na resolução do CFM; diagnóstico que será confirmado se, durante dois anos, o transexual provar sua condição de portador de **transtorno de identidade de gênero** (grifo da autora) (VENTURA; SCHRAMM, 2009). Ou seja, o que se quer demonstrar é a incoerência entre o argumento do respeito à autonomia de quem deseja a mudança corporal e uma heteronomia dos termos que definem o ato de modificação corporal, fornecido pelos médicos, ainda que esteja prevista a assinatura do consentimento livre e esclarecido do sujeito, garantindo sua aceitação em participar do Processo.

A luta pela despatologização deve ser mantida, mas os direitos já consolidados não podem ser perdidos. A interseção entre estes pontos garantirá a autonomia de decisão e a proteção dos direitos dessas pessoas, contribuindo para a diminuição de sua vulnerabilidade.

Portanto, um dos conjuntos de necessidades da taxonomia proposta por Cecilio, a autonomia não é alcançada visto que a patologização da condição de “ser” transexual é incompatível com o empoderamento das pessoas a ponto de deixá-las viver a vida que consideram interessante e importante para si; objetivando, ainda, gerar “autoestima, uma nova percepção de cidadania e controle sobre suas próprias vidas em outros espaços, como saúde, educação, emprego [...]” (ARMAS, 2008, p. 61). Desta forma, buscaria-se atender às necessidades dos transexuais para além das modificações corporais.

Em suma, é possível afirmar que houve uma ampliação significativa em relação aos procedimentos a serem disponibilizados pelo SUS para os homens e as mulheres transexuais. Além disso, o acesso a hormônios no âmbito dos serviços de saúde minimiza os riscos de auto-medicação, contribui para o uso regular do medicamento e torna desnecessário o recurso à Justiça para a garantia da utilização. Entretanto, a ampliação da Portaria é voltada apenas para o aspecto de modificação corporal, reforçando o valor da tecnologia como dispositivo soberano para resolver as questões relacionadas à transexualidade, como se esta ficasse restrita à esfera da matéria e não da pessoa, cidadão.

Entendendo que uma política pública que tem como princípio a integralidade deve contribuir para a realização de necessidades das mais diversas esferas, buscando tornar a pessoa um agente, parece haver incoerência entre os princípios e as ações propostas pelo Processo Transexualizador no SUS. Neste sentido, o princípio da integralidade, tal como apresentado na Portaria ministerial, não é alcançado, visto que apenas o conjunto de necessidades relativas ao acesso a tecnologias é mencionado; e, se considerarmos a demanda de outras modificações corporais para além da genital, podemos afirmar que esta necessidade de tecnologia não é atendida, em sua totalidade.

Além disso, o estabelecimento da Atenção Básica como aposta de entrada apresenta pontos positivos e negativos e, como se buscou mostrar, não garante a integralidade da atenção. A busca de plena saúde deve ser avaliada independentemente de qual seja o serviço pelo qual a pessoa é assistida, principalmente quando se considera que as pessoas transexuais já apresentam grandes dificuldades de acesso a serviços de saúde por conta de processos discriminatórios. Talvez aí esteja um dos grandes nós do Processo Transexualizador: fazer com que a rede absorva esse usuário, independente de sua porta de entrada, respeitando integralmente suas demandas e necessidades.

4.5 Relação (não) Integralidade e realização de Funcionamentos

Como percebido nesse capítulo, a promulgação da Portaria 2803, de 2013, que tinha como proposta uma redefinição e ampliação do Processo Transexualizador (BRASIL, 2013c), parece ter usado como parâmetro para essa definição a **modificação corporal**, seja em termos de ampliação numérica do número de procedimentos, seja da cobertura hormonal.

As questões apontadas como importantes para avaliação integral da pessoa foram suprimidas da nova portaria, tais como os instrumentos de anamnese, avaliação, entre outras que apontavam um cuidado com o levantamento das necessidades de saúde para as pessoas incluídas no Processo Transexualizador, o que revelaria quais Funcionamentos as pessoas transexuais realizam ou não e, dessa forma, a contribuição da política pública em sua realização.

Isso parece ser bastante incoerente, já que a portaria pauta-se no reconhecimento de que a orientação sexual e a identidade de gênero são condicionantes da situação de saúde, já que tornam vulnerável a população que não se enquadra na heteronormatividade socialmente dominante, deixando estas pessoas expostas a processos discriminatórios de exclusão e ao estigma (BRASIL, 2008b).

Diante disso, a partir da análise documental, o Processo Transexualizador não parece contribuir para a realização da Capacidade de *Ser saudável* das pessoas transexuais, visto que, apesar de, por direito, não estar focado na centralidade da modificação corporal, essa centralização fica clara nas entrelinhas.

Nenhuma outra recomendação sobre necessidades de pessoas trans é apontada, em qualquer outro documento mais atual, deixando de ser oferecida algum tipo de resposta à preocupação com os Funcionamentos que as pessoas transexuais, elas mesmas, consideram valorosos para a realização de seus projetos de vida.

5- O IDEAL DE JUSTIÇA: A (NÃO) REALIZAÇÃO DO CONJUNTO DE FUNCIONAMENTOS BÁSICOS QUE REPRESENTAM UMA VIDA VALOROSA PARA AS MULHERES TRANSEXUAIS

O desenvolvimento biotecnológico trouxe muitos avanços em diversas áreas, inclusive na área da saúde. Dentre estes avanços, ressaltam-se, aqui, a possibilidade de modificação corporal do sexo, por meio de medidas como a utilização de hormônios (endocrinologia) e o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas para a mudança corporal (CASTEL, 2001).

A promulgação das Portarias do Ministério da Saúde de nºs 1707 e 457, de 2008, com sua ampliação e atualização no ano de 2013 na Portaria 2803, instituiu, no Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, proporcionando a inclusão das pessoas transexuais em ações governamentais e políticas públicas.

A política pública teria como premissa a promoção da reinserção da pessoa transexual na sociedade como cidadã, tornando-a agente, termo que designa, segundo a definição de Sen (2011), alguém que age e ocasiona mudança e cujas realizações podem ser julgadas de acordo com seus próprios valores e objetivos.

Além disso, o estabelecimento de tal política pública pode influenciar um aprimoramento da cidadania, visto que se aceita que a identidade da pessoa pode incluir aspectos de modificações corporais e utilização de artefatos adequados às necessidades e desejos de cada um(a), desfazendo uma naturalização do que seja o corpo e a identidade de si (ARÁN; CORREA, 2009; DIAS, 2015c).

Entretanto, Pegoraro (2002a) ressalta que o desenvolvimento tecnológico e a facilitação do acesso a seus produtos, através da formulação de políticas públicas, trazem, muitas vezes, questionamentos não mais relacionados à técnica, e sim à ética. Nesse sentido, é fundamental refletir sobre a contribuição das políticas de saúde “no florescimento de cada indivíduo, levando em consideração tanto as suas próprias potencialidades, quanto as características mais relevantes de seu entorno” (RIBEIRO; DIAS, 2015, p. 100).

Para tal, é imperiosa a criação de estratégias de avaliação do Processo Transexualizador, visando evidenciar se, de fato, a Política vem sendo capaz de

promover a equidade e, portanto, se pode ser considerada **justa**. Nesse sentido, é necessária a elaboração de indicadores de sua efetividade, ou seja, avaliar se os objetivos da política têm sido implementados e alcançados (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012, p. 291).

Ribeiro (2014, p. 968) reconhece que, no Brasil, “de modo geral, existe uma lacuna entre as discussões sobre teorias de justiça distributiva contemporânea e políticas públicas, excetuando algumas poucas contribuições, em particular no campo da Saúde Coletiva”. Algumas teorias de justiça vêm se apresentando como relevantes para avaliação de políticas públicas e na busca por uma definição do que seria *básico* entendido como *central* para o desenvolvimento pleno de uma pessoa.

A abordagem da Teoria de Justiça de Sen (2011, p. 262) tem como foco avaliativo a oportunidade, ressaltando que a liberdade é “valiosa porque nos dá mais oportunidade de buscar nossos objetivos – tudo aquilo que valorizamos” e que pode-se “atribuir importância ao próprio processo de escolha”.

Alguns críticos como Anderson (1989), Cohen (1993) e Dias (2015c) enfatizam que o objeto de avaliação deve ser a realização efetiva de Funcionamentos, visto que o foco seria a vida real.

No caso específico de avaliação de políticas públicas, Wolff e De-Shalit (2010) ressaltam que o foco na liberdade de realizar Funcionamentos/Capacidades (*capabilities*), proposta por Sen, pode ser “problematicamente complexo”, já que seria necessário identificar as diferentes possibilidades de combinações de Funcionamentos que, expressos em gráficos, representariam uma infinidade deles (WOLFF; DE-SHALIT, 2010, p. 64).

Frente ao exposto, pensando em estabelecer parâmetros de avaliação bioética do Processo Transexualizador, adota-se a perspectiva de Funcionamentos proposta por Dias (2015c) que, baseada em autores da chamada Filosofia da Mente, vê os indivíduos como sistemas funcionais, e centra na realização de Funcionamentos o foco da avaliação. Nesta proposta seria possível reconhecer a contribuição efetiva da política pública na vida das pessoas por ela contempladas.

A terminologia Funcionamento básico refere-se à sua “centralidade como requisito para uma vida digna” (RIBEIRO; DIAS, 2015, p. 93). Neste sentido, o Funcionamento poderia ser ele mesmo básico, tendo um valor por si mesmo, ou um colaborador no alcance de outros Funcionamentos. Além disso, considera-se

relevante que o próprio indivíduo se responsabilize pelo reconhecimento dos Funcionamentos básicos.

Nesse tocante, Sampaio e Coelho (2012) ressaltam a escassez de pesquisas nas quais a ótica dos próprios transexuais é evidenciada, enfatizando a importância de inclusão da fala destas pessoas nas discussões. Neste sentido, a especificidade e complexidade do sujeito transexual serão respeitadas, assim como a oportunidade de considerar quais Funcionamentos e seus arranjos, a seu ver, são relevantes para seus projetos de vida.

Relacionando a integralidade, pilar do Processo Transexualizador, à análise bioética, pautada no princípio de justiça, pode-se inferir que a política pública, para ser considerada moralmente justa, deve prover o atendimento das demandas e necessidades de saúde das pessoas transexuais que, em consequência, promoverá seus Funcionamentos básicos.

Para este capítulo, buscou-se, primeiramente, com base na literatura (revisão integrativa), identificar quais Funcionamentos são apontados como relevantes para a vida das pessoas transexuais, através dos principais autores que abordam o tema. As repercussões apresentadas pelos autores selecionados na revisão, quanto à não realização dos Funcionamentos básicos e à injustiça que isto implica, apontaram para uma **lista** preliminar, como um ideal regulador, que viria a servir de referência para posterior avaliação.

A lista preliminar, conforme anteriormente citada, pautada na revisão da literatura, apontou sete Funcionamentos que foram considerados básicos, a saber: a) *Livre exercício da sexualidade e Autonomia de identidade de gênero*; b) *Integridade moral e física*; c) *Estabelecer Relações Afetivas*; e) *Educação Formal*; f) *Sustentar-se*; g) *Reconhecer-se como portador de direitos e usufruir dos mesmos*; h) *Ser saudável*.

Após a identificação desses Funcionamentos reconhecidos como básicos, objetivou-se compará-los e validá-los por meio da realização das entrevistas junto aos sujeitos do estudo. O que era apenas uma lista estática ganha vida porque, nesse momento, as vozes das pessoas envolvidas no Processo Transexualizador, sejam as mulheres transexuais ou os profissionais, não apenas reforçam a importância desses Funcionamentos, ressaltando a centralidade de alguns em relação a outros, como também apresentam as interfaces dos mesmos. Além disso,

favorecem a percepção da contribuição da política pública na realização dos mesmos.

5.1 Lista de Funcionamentos e Capacidades: uma proposta provisória

5.1.1 Livre exercício da sexualidade e autonomia de identidade de gênero

O direito ao próprio corpo e à livre identidade de gênero são, reconhecidamente, direitos fundamentais. Segundo Pereira (2010, p. 851), a pessoa humana não se realiza, quando não lhe é “assegurado o respeito ao exercício de sua sexualidade”, conceito que incorpora a liberdade sexual e a autonomia da identidade de gênero.

Áran (2009, p. 1148), ao realizar uma revisão sobre os aspectos constitutivos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero, identifica uma tendência, onde “parte-se do pressuposto de que existe uma identidade transexual universal, a qual é revestida de uma série de preconceitos, os quais invariavelmente afetam a vida desses indivíduos e interferem na determinação de si”. Neste sentido, expõe que experiência transexual é vivida individualmente, não existindo um transexual universal, e as formas como as pessoas transexuais relacionam-se com suas genitálias, assim como sua sexualidade, são variadas (BENTO, 2009).

Sampaio e Coelho (2012, p. 646) ressaltam que a transexualidade “não elimina a subjetividade de cada um”, pois cada pessoa a viverá e a compreenderá, singularmente. Desta forma, algumas pessoas transexuais sentem-se desconfortáveis em relação ao seu sexo anatômico, mas também não necessariamente desejam realizar o procedimento cirúrgico para alterá-lo. No entanto, podem querer alterar, por exemplo, apenas as mamas, através do implante de silicone e do uso de hormônios. O importante é reconhecer que não existe uma regra ou um padrão e a individualidade da vivência transexual é um importante marcador.

As possibilidades de modificação do corpo das pessoas transexuais, por meio de diversas formas de intervenção, são apontadas como fator importante para a

melhoria das condições de vida e como substancial para expandir a liberdade individual (VENTURA; SCHRAMM, 2009).

Nesse sentido, a base desse Funcionamento deve incluir questões de orientação sexual, expressão e identidade de gênero, valorizando a liberdade e a autonomia da pessoa em relação ao seu corpo e à sua sexualidade. Identidade de gênero refere-se à experiência vivida do gênero de cada pessoa, estando este em correspondência ou não ao sexo anatômico (PRINCÍPIOS DE YOGYKARTA, 2006), sendo reconhecida como um determinante da condição de vida de mulheres transexuais pela produção de vulnerabilidade (OMS, 2013).

Compreendendo a importância da autonomia de identidade de gênero na “vivência trans” e respaldando-nos em Bento (2004, p. 171), quem ressalta a necessidade de análises independentes dos conceitos, optamos pela separação dos termos “sexualidade” e “identidade de gênero” nessa Capacidade: “as histórias de mulheres transexuais lésbicas e de homens transexuais gays indicam a necessidade de se interpretar a identidade de gênero, a sexualidade, a subjetividade e o corpo como modalidades relativamente independentes”.

As duas palavras, liberdade e autonomia, tão ricas de significados e representações, são fortemente marcadas no discurso das pessoas transexuais como algo a ser conquistado diariamente, e que se faz sentir desde a **infância**, quando o processo de migração de sexo e gênero se iniciaria (PETRY, 2011). A infância é também uma fase da vida na qual os papéis de gênero não são ferozmente rígidos, existindo ainda uma certa liberdade de expressão de gênero:

Eu acho que, na minha cabeça, eu não achava que eu era um menino. Eu acho que era ao contrário. Eu achava que eu era uma menina e as pessoas me fizeram a entender que eu era um menino [...] Na minha cabeça eu era uma menina e pra mim eu não via diferença entre eu e as outras meninas. (ENT 10)

Na **adolescência**, parece que as mulheres transexuais, percebendo a existência de uma sociedade respaldada em um sistema social sexual binário e rígido, buscam estratégias de camuflagem para exercerem sua liberdade de expressão de gênero:

[...] na época eu usava a desculpa de ser roqueiro e aí o cabelo era comprido. (ENT 7)

[...] eu pegava roupa escondida da minha mãe e ficava, me trancava no meu quarto e usava. (ENT 1)

Assim, já no início da hormonização, adotavam estratégias de não revelar as modificações corporais:

[...] eu nunca tirava a blusa [...] Então quando eu comecei a tomar hormônio na adolescência eu já tinha o hábito de não ficar sem camisa. Então não era estranho pra minha mãe me ver de camisa que não mostrava tanto. (ENT 7)

A repressão dos pais – os primeiros vigilantes das expressões de gênero não compatível como o sexo anatômico, na adolescência – pode ser o primeiro indício da percepção da sociedade em que vivem e que viriam a enfrentar:

O meu pai sempre me chamava atenção, quando eu estava na adolescência: “Fala feito homem, engrossa essa voz, para de falar com trejeitos, vai cortar esse cabelo [...]”. (ENT 2)

Essa vida camuflada começa a não ser satisfatória. A mudança corporal é autônoma, mas não existe liberdade para que isso possa ser compartilhado com a sociedade, apesar de já haver o reconhecimento do não enquadramento no que a sociedade espera que se cumpra: adequar-se à norma binária heterossexual. Em um determinado momento, marcado pela necessidade extrema de ser livre para expressar sua sexualidade e usufruir da autonomia de sua identidade de gênero, sem subterfúgios, sem estratégias para esconder, as mulheres transexuais rompem com tudo o que impede essa realização. É neste momento que algumas delas saem ou são convidadas a sair de casa, rompendo com a família, quando vão morar com um parente distante ou sozinhas, ou criam estratégias de convivência:

[...] até o dia em que morei com meus pais, eu tinha que me vestir conforme eles queriam. [...] Fui morar num privê. (ENT 3)

Um paciente que a gente atendeu e a mãe colocou para fora de casa, a condição de voltar para dentro de casa era cortar o cabelo e vestir-se de homem. (ENT 12)

Saí de casa muito cedo, com 14 anos eu saí de casa. Aí eu comecei a pintar a unha, tirar sobrancelha. (ENT 5)

Mas, assim, eu já estava como mulher, aí ela [a mãe] ficou muito abalada que ela viu logo essa mudança em vestido, em saia, minha vestimenta. Aí eu fui trabalhando na cabeça dela e hoje ela me respeita. Mas foi

complicado pra cabeça dela, pra minha família. (ENT 9)

A Capacidade *Livre exercício da sexualidade e autonomia de identidade de gênero* fica comprometida, primeiramente no plano de seu núcleo familiar, como pode ser exemplificado nas falas acima. Depois, a restrição desta Capacidade se expande para o convívio em sociedade, onde a liberdade da sexualidade tem como consequência a restrição a outras Capacidades relatadas como básicas, tais como *Estabelecer Relações Afetivas; Integridade física e moral; e Reconhecer-se como portador de direitos e poder usufruir dos mesmos*:

Começa na Justiça, onde elas têm dificuldade para poder mudar o nome, elas têm dificuldade para ir ao banheiro, elas têm dificuldade de se inserir na sociedade, porque elas são observadas, olhadas, comentadas. (ENT 14)

A autonomia da identidade de gênero permanece até o ingresso no Processo Transexualizador, visto que as modificações corporais já se iniciaram por autodeterminação. Neste momento, a autonomia se converte, ou dito melhor, é atropelada pela heteronomia, uma vez que é compulsória a necessidade de um laudo médico, a partir do atendimento dos critérios médicos estabelecidos na Resolução CFM 1955 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010), para o acesso aos benefícios da política pública. A aceitação da heteronomia aparece nas falas como uma necessidade para estar no Processo Transexualizador, reproduzindo o discurso científico, no argumento da legitimidade ao procedimento de modificação corporal:

[...] Se eu te disser que não acredito vai ser meio incoerente dizer que eu não acredito. Porque se eu dizer que não acredito, então quer dizer que eu não tenho nada. E se eu não tiver nada, o que eu estou fazendo aqui? [...] Se por um lado eu não tenho nada, se não é uma patologia, então isso, nada disso é necessário. Essa estrutura toda que tem, não é necessário [...] Então se quiserem chamar isso de transtorno [...] eu pessoalmente não me incomodaria com isso. (ENT 10)

O que entra em questão, portanto, é a autonomia da decisão de realizar as modificações corporais, inclusive nos órgãos genitais para que “possa assumir de forma completa a performance de gênero que o realiza e satisfaz” (PEREIRA, 2010, p. 848) e, neste sentido, a realização desse Funcionamento básico: *Liberdade do exercício da sexualidade e autonomia de identidade de gênero*.

Idealmente, o ser autônomo é uma pessoa capaz de se auto-determinar e se guiar por seus próprios fins (RACHELS, 2006). E isso significa ser reconhecido moralmente como um fim em si mesmo, seguindo a tradição Kantiana que ainda marca nossa moralidade.

Entretanto, pode-se questionar que ser autônomo é esse, que depende da autorização da Medicina para se transformar? A autonomia funciona como um propulsor para o ingresso no processo de modificação corporal, mas não determina a sua realização. Contrariamente, no caso das pessoas trans, essa realização está atrelada ao consentimento médico, ou *habeas corpus* no dizer de Ventura e Schramm (2009), conquistado por meio do diagnóstico de **verdadeiro transexual**, exigido pela resolução do CFM, e que, ademais, só poderá ser obtido após dois anos de acompanhamento médico-psicológico, ou seja, no caso de o transexual provar sua condição de possuidor do “transtorno de identidade de gênero” (grifo da autora).

Cabe ressaltar que este termo, **verdadeiro transexual**, foi usado nos anos 1960 e 70, período em que se pensava que a pessoa transexual apresentava um percurso característico de desenvolvimento de identidade de gênero atípico, e ela teria uma melhoria de sua qualidade de vida através de tratamento, seja por hormônio, seja pela cirurgia genital.

Eram apontadas como características dos transexuais verdadeiros os seguintes parâmetros: identificação *cross-gênero*, através dos comportamentos apresentados desde a infância que permaneciam na vida adulta, pouca ou nenhuma excitação sexual e desinteresse heterossexual, tendo sempre como parâmetro principal seu órgão genital (WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH, 2001). Estes parâmetros parecem assemelhar-se aos critérios estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina para definição do diagnóstico de transexualismo. Da maneira como está disposta a política, a restrição não é apenas da autonomia da identidade de gênero, mas também da liberdade de expressão da sexualidade.

Nesse sentido, os médicos do Processo Transexualizador, da forma como está estabelecido na política pública brasileira, são os profissionais que regulam, permitem ou impedem o acesso das pessoas transexuais aos recursos disponibilizados pelo Processo. Eles passam, assim, a ser “juízes sociais”,

principalmente os profissionais de saúde mental, responsáveis por fornecer o diagnóstico para as pessoas transexuais (SAMPAIO; COELHO, 2013b, p. 4).

As pessoas transexuais que são **juígadas e condenadas por estes juízes** (grifo da autora) ficam impedidas de usufruir da política pública. Em geral, são aquelas que não se adequam às características do verdadeiro sexual, exemplificados nas pessoas transexuais que não desejam uma similaridade ao considerado “normal, na perspectiva de alinhamento linear entre sexo-gênero-desejo” (CORRÊA, 1998), ou são aquelas pessoas que não desejam a cirurgia ou que ainda têm dúvidas sobre a necessidade de sua realização.

Entretanto, não apenas os médicos, mas as mulheres transexuais também aparecem como **juízes** (grifo da autora) na qualificação das pessoas que devem ser inseridas no Processo Transexualizador. Estas utilizam este mesmo argumento como forma de controle das pessoas que estão ingressando no Processo Transexualizador, como se algumas não fossem transexuais e forjassem sua existência para alcançarem a inserção na política.

Eu acho que há muitas pessoas que estão na fila de espera que não estão tratadas psicologicamente para fazer a cirurgia. Eu acho que deveria haver uma forma, não é chegar um homem de peruca, que você vê que aquela pessoa não tem como fazer uma cirurgia, mas está ali na fila [...]. Aí fica aquela coisa meio estranha: um monte de andrógenos por aí operado. (ENT 3)

Elas se submetem à cirurgia porque não têm um serviço que preste um atendimento endocrinológico pra travesti. Agora meninas que não entendem, que não têm essa essência... Porque por isso que eu falo da patologia porque fica muito bem explicado. Não fica dizendo: Ah! É uma doença! Uma doença! Não gente! É uma questão de atenção diferenciada. Talvez eu possa até estar me colocando mal. Mas transexualidade pra mim é bem diferente de travestilidade. (ENT 7)

A questão que parece ser evidenciada é a necessidade de diferenciação da categoria travesti, que aparece nesta fala referindo-se ao Processo Transexualizador, mas também em vários campos e de diversos modos (PETRY, 2011), como se os mesmos ocupassem um espaço, dentro da política pública, que seria destinado apenas a transexuais. Conforme aponta Leite Junior (2011), as pessoas que são categorizadas como travestis estão associadas à marginalização e à prostituição, independente do quanto esta seja verdadeira ou não.

Mas, além disso, o que parece também estar em jogo é a expressão de gênero, ou mais especificamente a expressão da feminilidade. Bento (2008)

percebeu que as mulheres transexuais, ao buscarem legitimar sua feminilidade, procuram se diferenciar das travestis, que são apontadas, muitas vezes, como vulgares, exageradas e promíscuas.

Os travestis, segundo as mulheres transexuais, parecem deixar transparecer marcas do sexo anatômico masculino, desqualificando a experiência transexual por não passarem despercebidos em sua performatividade de gênero. Associado à desqualificação, questionam sua manutenção na Política por considerarem que estariam retirando a vaga das mulheres transexuais dentro do Processo Transexualizador, seja no atendimento, seja atrasando a realização da cirurgia por ocuparem um lugar na fila de espera para sua realização. Poderíamos inferir que as mulheres transexuais, apesar de serem contrárias à definição do transexual universal e verdadeiro, utilizam desse mesmo argumento, de forma estratégica, para se diferenciarem das travestis, por estarem buscando também as definições de expressão de gênero compatíveis ou não com o acesso ao Processo Transexualizador. Como afirma Leite Junior (2011, p. 238), “a busca por uma feminilidade ‘verdadeira’, associada ao conceito de ‘mulher’, ‘travesti’ ou ‘mulher transexual’ está ligada a um jogo por legitimidade e distinção social”.

Outro argumento que aparece nas falas das mulheres transexuais seria, realmente, a necessidade de uma avaliação médica para a confirmação do **ser transexual** (grifo da autora) e o cuidado para que não se arrependam depois da cirurgia genital, por ser irreversível.

[...] Uma travesti despreparada se mutila, seja particular ou não. Seja qual for a finalidade, pra não ficar por baixo ou pra conseguir hormônio ou pra conseguir o nome e essa pessoa futuramente com certeza vai ter problemas de depressão, vai ter problemas com... Vai se arrepender, não vai querer [...] Vai chorar horrores compulsivamente como eu vi uma que chorava compulsoriamente, todos os dias porque havia operado. Se arrependeu, queria morrer e vai acontecer. (ENT 7)

Trata-se do mesmo argumento que as mantêm na condição de patologizadas para ingressarem no Processo, o qual, muitas vezes é questionados pelas mesmas, já que nem todas as mulheres transexuais concordam com a condição de serem diagnosticadas:

Eu não me vejo transtornada de nada. Sinceramente, eu me acho normal. Isso aí é invenção dessa área da medicina, da psicologia, porque eu não me vejo diferente de ninguém, anormal. (ENT 2)

Algumas mulheres transexuais, reconhecendo o controle dos corpos pela ciência, questionam o motivo do não recebimento de benefícios sociais por conta do **diagnóstico psiquiátrico** (grifo da autora):

Como eu sou anormal, por que que eles não aposentam a gente? [...] Eu ia adorar ganhar um salário mínimo. Mesmo que pouco... Eu nem pensei nessa patologia [...]. Não tinha que fazer? Eu fiz. Fui lá, fiquei os dois anos. Vou falar o que? Eu discordo totalmente disso... (ENT 2)

A Associação Americana de Psiquiatria classifica, no DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais-5), a pessoa transexual como portadora de disforia de gênero e ressalta que o diagnóstico faz-se necessário para as pessoas transexuais terem acesso a cuidados, mas que o mesmo não pode ser obstáculo em áreas sociais, ocupacionais e legais (AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING, 2013).

Nesse sentido, o portador de um diagnóstico de disforia de gênero, a princípio, na visão da referida associação, não pode ter restrições de direitos por conta deste enquadramento. Mas, na realidade, não é o que acontece no Brasil. O diagnóstico é parte de um processo de estigmatização e discriminação por conta de um não enquadramento nas normas sociais, o que cria dificuldades em várias áreas. Portanto, as restrições existem e devem ser alvo de ações governamentais para combatê-las.

Diante do exposto, a transexualidade, vivida dentro e fora do Processo Transexualizador, desnuda a realidade cruel da supressão do livre exercício da sexualidade para aqueles e aquelas que não estão enquadrados dentro de uma heteronormatividade do sistema sexo-gênero, o qual revela a imposição de uma identidade de gênero que cerceia a liberdade de se viver a sexualidade de maneira autônoma e, dessa forma, as impede de viver a vida valorosa que escolheram viver.

As mulheres transexuais transitam entre a liberdade ou não de sua sexualidade e a autonomia ou heteronomia da expressão de gênero desde a infância, inclusive no que diz respeito ao ingresso no Processo Transexualizador.

A não realização dessa Capacidade gera sofrimento, dificuldades de todas as ordens, pois restringe o exercício da cidadania que, nas palavras de Pegoraro (2002a, p. 31), significa a “partilha de liberdade”. Neste sentido, a Capacidade *Livre*

exercício da sexualidade e autonomia de identidade de gênero é básica por si só para as mulheres transexuais, como condição para o alcance da cidadania e para que outros Funcionamentos possam ser desenvolvidos e realizados, como as Capacidades de *Ser saudável*, *Sustentar-se*, *Estabelecer relações afetivas*, entre outros.

No tocante à política pública, o movimento pela despatologização entende a necessidade de substituição do atual modelo patologizante por um enfoque baseado na decisão informada, relacionado aos direitos de saúde assegurados pela Saúde Pública, participação, tomada de decisão compartilhada e consentimento informado, dentro de uma concepção ampliada de saúde (SUESS, 2011).

Esta reivindicação é pautada nos princípios de autonomia e responsabilidade sobre os próprios corpos, pelo qual se aposta em uma política que tenha como premissa a redução das pressões culturais e de gênero na identidade e na expressão individual (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012). Tais conquistas viriam a restabelecer a realização da Capacidade *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero*, possibilitando também que outros Funcionamentos sejam realizados, dentro do Processo Transexualizador.

Conforme afirma Leite Junior (2012, p. 566), “a luta dessas pessoas é para que saiam da categoria de monstros” ou abjetos (BUTLER, 2001) e que cheguem a ser reconhecidos como humanos.

5.1.2 Capacidade Ser saudável

Ribeiro (2014) afirma que essa capacidade – *Ser saudável* – tem lugar fundamental como um valor em si mesmo, pois diz respeito à saúde, em si, das pessoas; e como um valor instrumental, visto que ter saúde possibilita a realização de outros Funcionamentos.

Na perspectiva teórica adotada neste estudo, a saúde apresenta uma visão ampliada, saindo do modelo que trata a saúde como ausência de doença, buscando identificar os Funcionamentos básicos que necessitam ser realizados para que se efetive a Capacidade *Ser saudável*, incluindo os determinantes e condicionantes de saúde.

Os determinantes e condicionantes de saúde são vários, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990). No caso específico de pessoas transexuais, acrescenta-se a identidade de gênero e alguns determinantes legais – regime jurídico como homem e mulher, casamento, proteção contra a violência, documentos de identidade e registros (CURRAH; MINTER, 2000).

Ainda no caso específico de pessoas transexuais, a promoção ou não da Capacidade *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero* contribui para a realização ou restrição dessas condições:

Quer dizer, querendo ou não, a transexualidade me prejudica em muitas coisas. Então, querendo ou não [...]. De alguma forma isso me prejudica, emocionalmente, socialmente, em vários aspectos isso. (ENT 10)

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2013) afirma que, comparados com pessoas heterossexuais, as pessoas LGBT apresentam piores condições de saúde causadas pelo estresse crônico e isolamento social, assim como elevadas taxas de depressão e ideias suicidas, ansiedade, consumo abusivo de tabaco, álcool e substâncias psicoativas.

A própria atenção à saúde aparece como uma dificuldade relativa ao desconhecimento dos profissionais no atendimento às demandas e aos processos discriminatórios vivenciados, o que leva as mulheres transexuais a somente procurarem os serviços de saúde em casos inevitáveis (algo contraditório relativamente às propostas de promoção e prevenção da saúde do Ministério da Saúde):

Chegando lá eu contei minha história: oi, eu sou uma transexual, quero me hormonizar, quero mudar a minha aparência. Ela me olhou e me disse assim: olha só, eu nunca tive esse caso antes. Eu não sei o que falar para você. Eu não sei que remédio falar para você. Eu te sugiro procurar um psiquiatra. (ENT 1)

Às vezes, a pessoa dá um nome, o nome de nascimento. Não dá o nome social. Aí quando chega a pessoa que vai chamar, a pessoa que vai ser atingida [...]. Aí fala, fulano de tal. Aí você chega lá... As pessoas que estão conversando com você pensam que você é, às vezes, geneticamente feminina, fica tomando um baque. Mas essas coisas acontecem. (ENT 5)

Segundo Mello et al. (2011), os problemas de saúde podem ser agravados pelas dificuldades de apoio e acesso aos serviços de saúde por conta de intensa homofobia e pela “predeterminação biologizante dos serviços de saúde”, onde os profissionais de saúde enxergam apenas dois gêneros: masculino e feminino (NASCIMENTO; ALMEIDA, 2012, p. 7).

A discriminação na saúde pode se materializar de várias maneiras, indo desde o não atendimento até ações mais sutis de exclusão, como uma atenção inferior, comprometendo a qualidade da assistência prestada. São apontados outros obstáculos, a saber: um desconhecimento ou uma compreensão inadequada das necessidades de saúde, falta de confiança nos profissionais no tocante à confidencialidade e privacidade, e vivências prévias de atitudes discriminatórias em locais de atenção à saúde (UNESCO, 2013).

Portanto, o desafio do atendimento de saúde às pessoas transexuais ainda é grande, principalmente se considerarmos os princípios que norteiam o sistema de saúde brasileiro de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1990).

Lionço (2008, p. 19) afirma que falar em “universalidade” demanda a proposição de ações específicas, pautadas nas “particularidades” dos sujeitos que buscam ser atendidos nos serviços de saúde.

A equidade, no caso específico das pessoas transexuais, foi materializada na promulgação das políticas públicas do Processo Transexualizador (PT), visto que busca-se atender a essa população em suas demandas específicas. Entretanto, mesmo dentro do Processo Transexualizador, que deveria ser uma política para o favorecimento da inclusão social das mulheres transexuais, a cobrança de uma identidade transexual universal (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009) coloca em risco a realização da Capacidade de *Ser saudável*, por conta de, por exemplo, restringir seu acesso às modificações corporais, demandas de saúde legítimas:

Se o paciente tem algum tipo de conduta ou comportamento que não é adequado ao gênero esperado, com certeza esse paciente é questionado e, muitas vezes, é até penalizado. (ENT 12)

A patologização da transexualidade é uma discussão quase mundial, pois poucos países reconhecem a necessidade de modificação corporal para as pessoas transexuais como uma demanda legítima, não oferecendo acesso a uma

atenção sanitária trans-específica (CAMPAÑA INTERNACIONAL STOP TRANS PATHOLOGIZATION STP, 2011).

Outra demanda de saúde para as mulheres transexuais é a necessidade da utilização contínua de hormônios, que normalmente tem início como auto-medicação na adolescência, por orientação de amigas, ainda que isso possa gerar agravos à saúde (BENTO, 2006b; CASSEMIRO, 2010; PETRY, 2011):

Eu tomava hormônio por conta própria quando vim pra cá. (ENT 6)

Essa questão não é contemplada no PT porque o ingresso para atendimento clínico, segundo a norma brasileira, dá-se a partir dos 18 anos (BRASIL, 2013), quando, muitas vezes, as pessoas transexuais já chegam modificadas e fazendo uso de hormônios sem nenhum critério.

Tanto a auto-medicação com hormônios como o uso do silicone industrial podem gerar consequências sérias à saúde, mas parecem ser uma estratégia de resolução do que é valorizado pelas mulheres transexuais para a realização das modificações corporais, diante da incapacidade do Estado de implementar políticas eficazes para o atendimento desse grupo, desde a infância.

São apontados como necessários outros procedimentos, alguns já disponíveis no Processo Transexualizador – como no caso do aumento de mama –, e outros não, como os exemplos abaixo, identificados pelas mulheres transexuais:

Eu acho que, na fase do tratamento - já que é um tratamento demorado e aqui é um hospital grande, que tem cirurgião plástico - deveriam ver as necessidades das pessoas que já estão na fila, ver se querem fazer antes desse processo, nessa demora, para já sair depois da cirurgia já completa [...].Outras modificações. Por exemplo, fonoaudiologia, não só passar exames médicos, [pois] muitas pessoas precisam de fonoaudiologia [...] Outros encaminhamentos. Aqui há laser também, eu sei, muitas pessoas fazem uma laser [para] sentir não só completas na cirurgia, mas sim em si mesmas, [com] as coisas de que as pessoas precisam. (ENT 3)

Quanto à integralidade, verifica-se que o Processo Transexualizador prioriza apenas o aspecto de modificação corporal, reforçando o valor da técnica como dispositivo soberano para resolver as questões relacionadas à transexualidade, como se esta ficasse restrita à esfera da matéria e não da pessoa, cidadão ou cidadã, como é reconhecido no depoimento:

Eu vejo a questão na totalidade. Eu não acho que deveria ter separação, como urologista, só para tratar as questões da transexualidade. Eu acho que, na verdade, eles deveriam ter um atendimento de saúde no todo: psicológico eles já têm, mas também clínico, para acompanhar as outras doenças crônicas que eles podem acompanhar. (ENT 14)

No Brasil, a primeira versão do Processo Transexualizador, promulgada em 2008, reconheceu, de alguma forma, as demandas de saúde de modificação corporal das mulheres transexuais, através da utilização do hormônio e realização de procedimentos cirúrgicos, mesmo que ainda não atendam em sua plenitude os anseios desse grupo. Outras necessidades de saúde parecem ter ficado em segundo plano.

Nesse sentido, o Processo Transexualizador carece de modificações e ampliações que venham efetivamente alcançar o princípio de integralidade e a realização dessa Capacidade – e não apenas a demanda, que é legítima – de modificação corporal.

Isso parece ainda mais grave com a constatação de que o atendimento integral fora do PT é ainda um grande desafio que precisa do interesse e de ações governamentais relacionadas à efetivação de políticas públicas que garantam o direito à saúde das pessoas transexuais, sem perder de vista ainda estratégias de capacitação dos profissionais da saúde.

Portanto, a Capacidade *Ser saudável* é básica para as mulheres transexuais e diz respeito ao acesso aos diversos níveis de atenção à saúde, no sentido do atendimento de suas demandas, como tratamento hormonal, modificação corporal, mas também de outras necessidades de saúde. Este acesso deve ser pautado no respeito às diferenças, sem discriminação de qualquer espécie, e deve atender aos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Entretanto, como pode ser verificado, a Capacidade de *Ser saudável* pressupõe e necessita da capacidade *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero* para ser realizada e, desta forma, é fundamental a efetivação da Rede de Atenção a essas pessoas.

5.1.3 Integridade física e moral

A separação da integridade em *física e moral*, enquanto *Capacidade*, deve-se à grande exposição das mulheres transexuais a riscos tanto de ordem física – vide as agressões físicas que deixam marcas no corpo – como também a agressões verbais ou não verbais, o que se denomina integridade moral.

No caso específico das pessoas transexuais, a Organização das Nações Unidas (ONU) (2012) aponta que a violência sofrida pode ser física (homicídio, espancamento, sequestro, estupro e violência sexual), podendo levar até a morte, ou psicológica (ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade).

O Relatório Anual de Assassinato de Homossexuais no Brasil, relativo ao ano de 2013, divulgado pelo Grupo Gay da Bahia, demonstra que nosso país está no primeiro lugar no *ranking* mundial de assassinatos homo e transfóbicos, concentrando 4/5 de todas as execuções do planeta, sendo registrados, no país, 108 assassinatos de transexuais. Ressalta-se que a realidade pode ser ainda mais cruel, visto que, em muitos casos, é descartada a presença de homofobia por falta de provas.

O “país do carnaval, da mulata e do samba”, onde a mídia faz questão de exaltar a pretendida liberdade sexual, é excessivamente afetado pelo sexismo, pela homofobia e pelo racismo (VIANA; CARRARA, 2008, p. 27). Na verdade, o que fica explícito é a existência de uma intolerância à diversidade, principalmente quando existe uma total divergência da norma social binária homem-mulher, como é o caso da transexualidade (CASSEMIRO, 2011).

Segundo Bertarello (2011, p. 147-148),

O indivíduo moderno se fechou na sua individualidade libertária e, sob o véu de uma liberdade pura, permite-se o ultraje ao Outro porque o Eu libertário pode tudo ilimitadamente, haja vista a responsabilidade pelo Outro consubstanciar mero ato volitivo do indivíduo, um elemento secundário à liberdade, donde a vontade do homem é anterior à alteridade.

Nesse sentido, o preconceito e a discriminação contra o diferente se espalha, materializando-se em agressões físicas, verbais e não verbais, em vários espaços coletivos, contra as mulheres transexuais:

[...] era sempre a chacota. A chacota no trabalho, a chacota na escola. E aí foi horrível. Porque eu era infeliz, completamente infeliz. (ENT 2)

[...] elas relatam muito mais sobre o preconceito visual... (ENT 13)

Eu estava andando e estavam vindo três rapazes. Aí, eu fui me espremer para eles passarem, eu fui querer ser educada, eu tomei três socos no rosto. Essa foi a única agressão física que eu sofri. (ENT 1)

O preconceito também aparece materializado no não respeito ao **nome social**, apontando as várias restrições causadas por essa conduta, como as relacionadas ao atendimento na saúde, em estabelecimentos comerciais, escolas, emprego, entre outros:

Tem loja que eles não me atendem. Eles olham pra mim, falam comigo, aí vão lá dentro, vão chamar alguém. Eu não sei se eles acham que eu estou com um documento falso ... (ENT 8)

Eu tenho alguns usuários – não foi um só – que foram parar na delegacia e tiveram que mostrar a genitália. Quando foram fazer pagamento com cartão de crédito, a vendedora achou que o nome não condizia, chamou a polícia e a pessoa teve que ir para a delegacia passar por revista íntima [...] Nesses dias, atendi um usuário que, no aeroporto, a Polícia Federal levou para dentro de uma sala e teve que tirar a roupa. São situações muito extremas. (ENT 12)

Estudo realizado, em 2008, pelo National Center for Transgender Equality (NCTE) e pelo National Gay and Lesbian Task Force (2008) revelou que as pessoas transexuais enfrentam a discriminação em quase todos os aspectos de suas vidas. E o que parece ainda mais grave é que tais atitudes são culturais e historicamente legitimadas (LEITE JUNIOR, 2012).

Essa materialização do preconceito traz consequências para a vida das mulheres transexuais, causando restrições de Capacidades como *Estabelecer relações afetivas, Ser saudável, Sustento, Educação*, entre outras:

Eu sempre tenho medo [...]. Eu às vezes evito de sair de casa. (ENT 6)

Eu acho que eu me excluo muito. Às vezes, as pessoas chamam e eu não quero. (ENT 10)

[...] Até dor de dente mesmo, uns dias atrás eu tive, tomei um remédio para passar a dor de dente. Porque nem no dentista eu quero ir pelo fato da documentação. Isso para mim é constrangedor. (ENT 2)

[...] fala inglês fluentemente e tem uma cultura fantástica. Ela ia para as entrevistas, era selecionada e, na hora de mostrar a carteira, “Ah não, não sei o que [...]”. (ENT 11)

O Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (UNHRC) (2012) publicou o documento *Nascidos livres e Iguais – Orientação sexual e identidade de gênero nas normas internacionais de direitos humanos*. O objetivo dessa publicação é assinalar as obrigações básicas dos Estados para com as pessoas LGBT. Foram apontadas as seguintes recomendações: a) proteger as pessoas contra a violência homofóbica e transfóbica; b) prevenir a tortura e o tratamento cruel, desumano e degradante de pessoas LGBT que são presas; c) revogar leis penais que criminalizam a homossexualidade; d) proibir a discriminação baseada na orientação sexual e identidade de gênero; e) salvaguardar a liberdade de expressão, de associação e de reunião pacífica de pessoas LGBT.

No Brasil, os três níveis de governo – federal, estadual e municipal – reconhecem a importância da capacitação de professoras e policiais para atuarem em casos de homofobia e para que suas próprias ações não sejam homofóbicas, mas tais ações de capacitação ainda são bastante insipientes, normalmente focais, dentro de alguns Municípios e Estados.

Se incorporado em uma macropolítica, ultrapassando a abordagem apenas setorial da saúde, o Processo Transexualizador poderia contribuir para a realização desse Funcionamento como, por exemplo, sua vinculação à modificação do nome civil, o que permitiria a essa pessoa vir a ter plena cidadania. Mas não existe menção dessa questão na portaria desta política pública.

Diante do exposto, a Capacidade *Manutenção da integridade física e moral* refere-se à capacidade de ter resguardada a integridade moral e física das mulheres transexuais, independente de quaisquer marcadores sociais relacionados à opção sexual, expressão de gênero e identidade de gênero.

A realização dessa Capacidade contribui para a concretização de uma vida digna, livre de medos e exclusões de várias ordens, assim como para outras Capacidades como *Ser saudável*, *Sustentar-se*, entre outras. Evidencia-se também uma relação intrínseca com a Capacidade *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero*.

5.1.4 Educação

Essa Capacidade diz respeito basicamente à educação, que necessita de um ambiente acolhedor, respeito mútuo, entre outras condições para que possa ser realizada. É fundamento para a qualificação profissional e, desta forma, para que outros Funcionamentos possam ser convertidos em realidade, como, por exemplo, a Capacidade de *Sustentar-se*.

A educação formal nas escolas é uma grande dificuldade para as mulheres transexuais, visto que muito precocemente as crianças aprendem “piadas, gozações, apelidos e gestos para dirigirem àqueles e àquelas que não se ajustam aos padrões de gênero e de sexualidade admitidos na cultura em que vivem” (LOURO, 2000, p. 19). Diante disto, os que fogem aos padrões sociais dominantes associam a escola a “sentimentos de desamparo, evidenciando uma sensação de não pertencimento a esse espaço institucional” (SANTOS, 2012, p. 163). A consequência é o abandono dos estudos:

Você não quer ir para a escola [...] não tem para onde correr. Não tem a família, não tem nada e isso vira um pesadelo. É um risco, é um pesadelo. (ENT 1)

[...] a evasão escolar é um dos grandes motivos ainda de existirem meninas na esquina. Muitas talvez não, mas para a maioria ter educação e poder voltar a estudar deve ser respeitada dentro da escola pelo corpo docente, pelos colegas de classe, isso pra mim é essencial. (ENT 7)

Tive bullying. No colégio tem. De vez em quando eu ia pra alguns atritos, eu tinha que estar lá. Só que eu percebia que eu meio que estava ali e a culpa era minha de estar ali [...]. Eu me sentia assim. (ENT 10)

Associada aos sentimentos vivenciados, a instituição escola é percebida pelas mulheres transexuais como um “ambiente hostil e promotor de violência” (SAMPAIO; COELHO, 2013a, p. 6), com relatos de agressão física, verbal e não verbal, concretizados em atitudes de violência física e sexual, destruição de propriedades, gestos provocativos com significado sexual, atitudes que buscam ridicularizar o aluno, utilização de linguagem ofensiva e humilhante, com a inversão de pronomes pessoais de gênero ele/ela, questionamentos quanto à identidade de gênero e orientação sexual, entre outros (UNESCO, 2009).

As mulheres transexuais apontam como dificuldades de inserção nesses espaços tanto as supressões de direitos como o não respeito ao nome social, o uso do banheiro correspondente à sua identidade de gênero e o preconceito:

Não me chamava pelo nome, no social não me chamava pelo nome. Nome de batismo, tinha que usar o banheiro masculino... Difícil por causa do banheiro e às vezes das risadas... Do deboche. (ENT 6)

Para estudar, as mulheres transexuais buscam estabelecer estratégias como, por exemplo, a cobrança pelo direito a ser chamada pelo nome social. Mas este direito parece estar atrelado a uma explicação na secretaria de sua condição, o que pode ser revelado como uma exposição:

E eu expliquei a minha história que eu estava fazendo meu tratamento hormonal, que eu me sinto uma mulher [...] Eu sempre deixei claro que eu gostaria de ser chamada assim. Eu nunca tive esse problema não. Porque eu sempre fui resolvida comigo mesma. (ENT 9)

Essa cobrança de direito diminui o risco de constrangimentos e preconceito. Entretanto, não previne outras artimanhas de materialização de preconceito e nem garante que a escola proteja a pessoa transexual dessa materialização, tendo como exemplo, a aprovação ou reprovação dos alunos:

Ele aprovou todo mundo e só não me aprovou. Eu fiquei reprovada em uma matéria e, por causa de uma matéria, eu não peguei meu diploma de Segundo Ano. (ENT 3)

Além disso, o nome é que nos insere na sociedade e alguns decretos estaduais e municipais vêm afirmando o direito do uso do nome social em alguns espaços como saúde, educação, entre outros. Entretanto, a cobrança do uso do nome social junto a esses espaços já é uma exposição que pode gerar vulnerabilidade. Mais explicitamente, sempre há que se expor para garantir o direito, mesmo que seja apenas para algumas pessoas. E, por último, não existe penalização dos que não cumprem o que está definido nestes decretos, dando margem para que se perpetuem processos discriminatórios, disfarçados de desconhecimento, esquecimento, entre outros.

Em alguns casos, algumas mulheres transexuais não resistem à pressão e acabam por abandonar os estudos:

Porque eu conheço amigas minhas que largaram a faculdade, trancaram, por causa disso. Porque sempre tem a chacota. Sempre tem o risinho. Nem professores, tem alguns que nem respeitam. Então, para passar isso, não. (ENT 2)

A instituição escola deveria estar preparada para lidar com a diversidade, assim como capacitada para trabalhar as questões de respeito à diversidade sexual, visto que o *bullying* transfóbico gera “um sentimento de desamparo” e “não pertencimento a este espaço institucional” (SANTOS, 2012, p. 163).

O despreparo institucional acaba por consentir, veladamente, as situações de preconceito e discriminação que acabam por interferir no rendimento escolar do aluno e, por consequência, no abandono da escola. É imposta uma “pedagogia da sexualidade¹⁴”, através da qual são legitimadas algumas identidades e práticas sociais. Aqueles que não se enquadram nessa legitimação são reprimidos e marginalizados (LOURO, 2000, p. 21). Neste sentido, vale a pena refletir se as pessoas transexuais abandonam a escola ou é a escola que as abandona (SANTOS, 2012).

Diante do exposto, a Capacidade *Educação formal* relaciona-se a uma educação formal livre de preconceito e discriminação por conta da identidade de gênero, possibilitando a construção de laços de afetividade.

Esta Capacidade promoverá a qualificação da mulher transexual, contribuindo para a promoção de outras Capacidades, como *Sustento* e *Ser saudável*. Entretanto, ela precisa ter realizado as Capacidades *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero*, *Relações afetivas* e *Integridade física e moral*. Essa Capacidade parece não ser modificada dentro do Processo Transexualizador. E isso é reforçado quando as mulheres transexuais apontam a realização da capacidade *Educação formal* como um desejo futuro:

Pretendo cursar a graduação de serviço social. (ENT 7)

¹⁴ Louro (2000, p. 10) utiliza esse termo para enfatizar a escolarização do corpo, onde a prática da pedagogia da sexualidade refere-se ao disciplinamento do corpo. Segundo a autora, trata-se de uma pedagogia “sutil, discreta, contínua mas, quase sempre, eficiente e duradoura”.

5.1.5 Estabelecer relações afetivas – sentir-se pertencida

A Capacidade de *Estabelecer relações afetivas*, “sentir-se pertencida”, é baseada no reconhecimento da necessidade das pessoas de estabelecerem laços afetivos com os mais diversos grupos sociais e nos diversos ambientes sem risco de rejeição social por discriminação de nenhuma espécie.

Segundo Brauner e Graff (2012), a sociedade tem alguns fatores determinantes, como o sexo biológico e a identidade de gênero, que definem a sua resposta a cada pessoa, que pode variar de aceitação até repulsa. Os transexuais, ao ferirem a norma social binária do sexo/gênero, cometem um **pecado** grave, o que os leva a sofrer com atitudes de constrangimento, humilhações e severa discriminação que os “confinam em um dos muitos guetos destinados aos anormais” (BARBOZA, 2012, p. 555).

As mulheres transexuais, por medo de se sentirem expostas e de sofrerem discriminação e preconceito, buscam o isolamento como estratégia de defesa. Este isolamento é reconhecido desde muito cedo na vida dessas mulheres, quando elas começam a se sentir expostas por sua condição **de diferente dos outros** (grifo da autora). Nos espaços sociais, buscando esconder ser quem são, as mulheres transexuais utilizam a estratégia de se manterem o mais discretas possível, na intenção de se tornarem invisíveis, evitando, assim, os riscos de constrangimento e preconceito:

Ninguém. Para não sofrer preconceito pra não... É difícil. É muito difícil viver assim. (ENT 6)

Sempre fui respeitada por causa da minha postura. Eu sou uma pessoa que eu sempre tive postura. Eu nunca dei muita entrada e eu sempre fui na minha. Apesar de ser bicho mulher 24 horas por dia, eu sempre fui muito reservada, muito na minha. Nunca fui assim deslumbrada. (ENT 9)

Quando estabelecem relações de amizade, são poucas as escolhidas e, algumas vezes, na mesma condição de transexual:

Eu sou uma pessoa sozinha... Não que eu seja antipática, nada disso. Eu tenho dificuldade de me aproximar. Eu não consigo [...] eu não consigo me encaixar em um grupinho... (ENT 1)

[...] tenho uns amigos mesmo antigos de trabalho e tenho umas amigas trans, que eu conheci aqui, fiz amizade. (ENT 8)

No que diz respeito aos parentes, esta relação ocupa o lugar de cumprimento de uma formalidade, com uma breve aproximação nos dias festivos e de falecimento, situação justificada pela não intromissão no seu modo de viver:

Meus parentes não vejo mais, também não procuro... Eu, de vez em quando eu procuro meus familiares, minhas irmãs, só que eu não tenho aquela coisa de entendimento, de ficar muito junto na casa deles... Aquela coisa entrosado porque eu também não dou motivo dele se meter na minha vida. (ENT 4)

Nas relações familiares, os conflitos, segundo Rodrigues, Garcia e Alfonso (2007), podem ser agravados porque não se cumpre o esperado, como a constituição de uma nova família, a procriação e a própria transfobia internalizada no núcleo familiar.

A sensação de pertencimento parece ser encontrada nas relações afetivas, amorosas e de amizade, construídas fora da família. Estas talvez sejam as relações que possibilitem às mulheres transexuais e realização dessa Capacidade. Algumas estabelecem relações conjugais, morando sob o mesmo teto, outras em casas separadas.

É como eu falo: eu vou pra bar com ele, eu vou pra karaokê, vou pra balada [...] [ele fala] Você é mulher, eu te conheci assim e não vai mudar nada. [...] É porque é a pessoa, porque ele gosta de mim assim do jeito que eu sou. Ele me conheceu assim. (Ent 9)

Percebe-se que existe uma dificuldade real das pessoas transexuais de se sentirem pertencidas em um grupo, incluindo seu próprio núcleo familiar, justificada pela não aceitação da sua condição, o que gera um círculo vicioso no qual a auto-proteção, corporificada no medo de sofrer discriminação, aumenta ainda mais o isolamento, este, por sua vez, aumenta a exclusão, e o ciclo se inicia novamente.

Nesse sentido, a Capacidade em questão é também básica em si mesma, pela necessidade intrínseca do ser humano de reconhecer e de ser reconhecido em sua existência.

A busca pela cirurgia corresponderia à busca pela inserção na vida social (BENTO, 2009) e, neste sentido, parece haver uma relação interessante sobre o

Processo Transexualizador e a realização do Funcionamento *Relações pessoais*. O Processo Transexualizador, neste caso, não iria apenas realizar o tratamento de modificação corporal, mas favoreceria a “construção de uma rede de reconhecimento e inclusão social” para as pessoas transexuais (ARÁN, 2010, p. 78), através de sua contribuição na realização de outros Funcionamentos.

Ressalta-se que as portarias do Processo Transexualizador não mencionam nenhuma atenção voltada especificamente à família das mulheres transexuais, ou a quem essas pessoas considerem como família, assim como não fazem nenhuma menção à avaliação das *relações afetivas* das mesmas.

5.1.6 Sustentar-se

Esta Capacidade relaciona-se à necessidade de inclusão no mercado de trabalho formal para que se possa usufruir do direito a uma fonte de renda para um sustento digno que lhe ofereça a oportunidade de construir uma vida com possibilidades de aquisição de bens materiais.

Como apontado anteriormente, as dificuldades vivenciadas pelas pessoas transexuais no ambiente escolar, diminuem suas possibilidades de capacitação. A falta de capacitação associada à discriminação diminui as chances de ingresso no mercado de trabalho, gerando um círculo vicioso. As pessoas transexuais mantêm-se, em sua maioria, de empregos informais e se prostituem (AMARAL, 2007), o que as impede de usufruírem de direitos trabalhistas como carteira assinada, férias, décimo terceiro salário, entre outros.

Dentre os obstáculos para a inserção no mercado de trabalho, Whittle, Turner e Al-Alami (2007) destacam ainda a aparência, que fica fora dos padrões definidos como aceitáveis e em desacordo com o registro civil.

Mais uma vez as normas binárias do sexo e a heteronormatividade, responsáveis pela exclusão dos que estão fora dessa ordem, criam limitações de acesso ao emprego para as mulheres transexuais, tanto no ingresso quanto na manutenção do mesmo (ARMAS, 2008). A aparência física em discordância ao nome social configura um dos obstáculos ao acesso ao emprego. Entre as mulheres

transexuais entrevistadas, algumas trabalham e outras não trabalham. As que não trabalham, apresentam dificuldades de se estabelecer no trabalho:

[...] eu vejo que tem muitas colegas minhas que têm uma qualificação [...] e não conseguem ser inseridas pelo simples fato de ser trans. [...] o emprego não foi pra mim da noite pro dia, que há anos eu venho buscando me qualificar. Eu venho também procurando emprego, ouvindo muito não e hoje que eu consegui. E hoje eu estou empregada, mas o amanhã é incerto. (ENT 6)

Fica claro que, mesmo qualificadas, visto que todas as entrevistadas possuem o Ensino Fundamental completo, o mercado de trabalho não está aberto a recebê-las por preconceito, como ouvimos nos relatos:

Até hoje, se eu for numa loja e procurar um emprego, eles não dão. O preconceito ainda é grande... (ENT 3)

Para aquelas que não conseguem emprego, ainda que elegíveis para os benefícios sociais, coloca-se a dificuldade de inclusão em políticas sociais na área, pelo não cumprimento de requisitos:

Essa pessoa, por conta do trabalho, é diferente daquele pobre que não trabalha. Essa pessoa é qualificada, às vezes sabe falar, fala bem, só que ela não é inserida no mercado de trabalho por causa do preconceito. Por isso, ele é um usuário diferente na assistência, porque boa parte dos nossos é pobre de renda, mas não pobre de outras condições da pobreza, eles têm acesso [...] Aí vai ver o Bolsa Família, mas, geralmente, a prioridade do Bolsa Família é para quem tem filhos, e essas pessoas, na maioria das vezes, não têm filhos. Então, assim, é muito complicado esse usuário. (ENT 12)

Essa Capacidade, apesar de básica, está muito associada à Capacidade *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero*, visto que muitas das dificuldades de realização da Capacidade *Sustentar-se* estão relacionadas à condição transexual. Esta situação leva essas pessoas a buscarem atividades autônomas e informais ficando, portanto, sem acesso aos benefícios sociais disponíveis a todos os cidadãos. Apesar de os veículos de comunicação apresentarem pessoas transexuais que trabalham em moda, professoras universitárias, essa realidade ainda está muito longe de ser amplamente difundida.

As pessoas transexuais, ao ingressarem no PT, poderiam usufruir de benefícios sociais que lhes dariam a garantia de um auxílio financeiro para que

possam se sustentar, mas isso não parece acontecer. Entretanto, a emancipação dessas pessoas somente vai se dar efetivamente com o acesso garantido à mudança do nome civil e o estabelecimento de parcerias com outras instituições, públicas ou privadas, que contribuam para o retorno dessas pessoas para os bancos escolares, cursos técnicos, superiores. Após o PT, as pessoas transexuais estariam aptas a ingressar no mundo do trabalho em igualdade de condições, sobretudo em função da correção jurídica de sua identidade civil.

E, assim como a *Capacidade Educação Formal*, a *Capacidade Sustentar-se* faz parte integrante da realização após a alta do Processo Transexualizador:

[...] que eu possa ter um dinheiro pra contar certinho, pra comprar medicação, pra comprar alguma coisa. Que no futuro normalmente eu vou ficar assim, ciente que eu vou ter que tomar remédio pra todo o resto da minha vida... Eu quero contar com o meu esforço, com o meu suor. (ENT 4)

5.1.7 Reconhecer-se como portadora de direitos e usufruir dos mesmos

Esta Capacidade refere-se ao reconhecimento da mulher transexual como portadora de direitos – podendo usufruir dos mesmos –, tais como mudança do nome civil e direitos iguais a todas as pessoas, como adoção, casamento, sem que, para isso, necessite do ingresso na via judicial.

Segundo Lorenzo Bernini (2011), os transexuais são considerados minorias políticas porque não usufruem dos mesmos direitos da maioria como, por exemplo, realizar mudanças corporais sem a exigência de serem enquadrados como transtornados, casar legalmente e ter seus filhos. Como não existem leis específicas para a mudança do nome civil, adoção, reprodução assistida, entre outros direitos, torna-se necessária a via judicial para que este direito seja ou não reconhecido.

Outras vezes, as mudanças legais ainda não concretizam os anseios das pessoas transexuais como, por exemplo, a união estável, porque, frequentemente, prefere-se aguardar a cirurgia e a mudança de nome e sexo para que seja realizado o casamento civil – agora, entre pessoas de sexo diferente –, o que seria **igual a todas as demais pessoas** (grifo da autora).

Wolff e De-Shalit (2010, p. 59), em seu estudo que buscava estabelecer uma lista de Funcionamentos, apresentado no livro *Disadvantage*, acrescentaram o Funcionamento “Compreendendo a lei” que significava “ter uma compreensão geral da lei, suas demandas e a oportunidade que ela oferece aos indivíduos”. A compreensão geral da lei é relevante, mas o autorreconhecimento como portador de direito é um requisito importante para que haja cobrança de sua realização.

A mudança do nome civil que passe a expressar sua identidade de gênero é de suma importância para as mulheres transexuais, visto que o nome indica “o sinal externo pelo qual [a pessoa] é identificada e singularizada no meio social” (RAMOS, 2011, p. 13). No Brasil, não existe uma lei federal voltada para identidade de gênero, nem uma lei específica para que a pessoa transexual realize a modificação do nome civil e do sexo no registro civil (com os efeitos jurídicos que decorrem). Existem decretos estaduais e municipais que estabelecem o direito das pessoas transexuais de utilizar o nome social em locais como escola, trabalho, entre outros, o que minimiza os efeitos deletérios da discriminação contra essas pessoas, além de favorecer que se cumpra este direito pela utilização deste instrumento legal.

A mulher transexual, ao reconhecer-se portadora de direitos, passa a cobrar o seu cumprimento. Em algumas situações relatadas, na área da saúde ou da educação, cria-se a necessidade de cobrar o direito a ser chamada pelo nome social, o que não aconteceria se a mudança de nome houvesse sido autorizada oficialmente:

A gente tem a garantia do nome social, a gente tem que fazer valer o servidor entender que aquilo é uma lei, que, independente dele ser macumbeiro, evangélico, ele tem que fazer cumprir essa lei. (ENT 7)

Entretanto, essa exigência de cumprimento de seus direitos gera um exame e uma avaliação da abrangência limitada dos mesmos. Sem a mudança jurídica do estado civil, o nome social atende apenas algumas situações e não configura seu novo documento legal:

Mas como eu também trabalho assinando recibo, essas coisas, eu tenho que está utilizando o meu nome que está na minha identidade porque... Não existe aquele nome, então estaria sendo falsificado o nome. (ENT 10)

A união estável é outro caso de restrição. Por um lado, ela facilita a ampliação de benefícios do trabalho para a família:

[...] os filhos dele eu posso colocar como meu dependente [...] Eles são tudo pequenino... (ENT 5)

Mas, por outro lado, assegura uma relação diferenciada dos outros cidadãos, visto que configura uma relação homoafetiva por ficarem registrados dois nomes masculinos. Por isso é questionada por algumas mulheres trans:

Agora não... Assim, eu acho que agora eu ia fazer uma união estável. Então ia estar lá incluído no sistema de um cartório o meu nome de registro de batismo com o nome dele. Então são dois nomes. (ENT 8)

Ressalta-se que, nos sujeitos estudados, das quatro que possuem companheiros, apenas uma optou pela união estável.

Os direitos apontados acima fazem parte de uma “política segregacionista” (BORILLO, 2010, p. 39) que consiste em atribuir determinados direitos “excepcionais”, vinculados a estes grupos. Neste sentido, direitos adquiridos através da utilização do nome social e da união estável incluem essas pessoas na sociedade, porém as restringem a um espaço de diferente já que, caso não fosse assim, as pessoas poderiam usufruir dos direitos comuns (universais) disponíveis a todos os cidadãos.

A Capacidade de *Se reconhecer portador de direitos* contribui para a reivindicação dos direitos já adquiridos na sociedade como um todo, assim como favorece a avaliação destes, objetivando ampliação e modificação de direitos de exceção (particular) para direitos comuns (universais) para que estes sejam, de fato, meios de inclusão social e de realização da igualdade. Essa Capacidade, como tantas outras, é básica em si mesma, pois se traduz em empoderamento. E encontra suas bases, assim como as outras citadas, na Capacidade *Livre exercício da sexualidade e autonomia de identidade de gênero*.

Na política pública do PT, **nenhuma referência à alteração do nome é feita** (grifo da autora), permanecendo sem normatização da identidade civil – modificação do nome e do sexo nos documentos das pessoas transexuais (BRAUNER; GRAFF, 2012).

Após a realização da cirurgia, a instituição emite um laudo médico com informações sobre o diagnóstico de transexualismo e sobre a cirurgia para que a pessoa transexual possa entrar na justiça pleiteando a modificação do nome civil e do sexo. A decisão judicial é também analisada individualmente e a autorização da

mudança pode ou não acontecer, dependendo da decisão e interpretação individual de cada juiz. Em maio de 2014, na 1ª Jornada de Direito à Saúde do Conselho Nacional de Justiça, foram aprovados alguns Enunciados, entre eles **a retificação do nome no registro civil e do sexo jurídico que não precisam ficar atrelados à cirurgia de redesignação sexual** (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014). Entretanto, sendo recomendações, não se garante que todas as solicitações de modificações nominais serão atendidas:

[...] essa minha amiga que fez [a cirurgia de redesignação sexual], ela desde que acabou a cirurgia tem dois anos, ela deu entrada e até agora nada. (ENT 8)

Alguns autores defendem a promulgação de uma lei federal que garanta a modificação do sexo e nome civil nos documentos, independente da realização da cirurgia ou de um diagnóstico médico (MELLO; AVELAR; MAROLA, 2012).

Outra questão que também se relaciona a essa *Capacidade* é a da reprodução e da utilização das técnicas de reprodução assistida por parte das pessoas transexuais. A cirurgia de redesignação sexual compromete irreversivelmente a capacidade reprodutora das pessoas transexuais. Mas, à princípio, nada as impediria de utilizar as técnicas de reprodução assistida. A discussão ético-jurídica, nesse tocante, é *direcionada ao* “reconhecimento (ou não) do direito de procriar dessa população” (BARBOZA, 2012, p. 553). Não existe nenhuma menção sobre essa situação na portaria que trata do PT, como se talvez a possibilidade de reprodução por parte das pessoas transexuais não fosse admitida como um direito.

O desconhecimento ou negação dessa possibilidade aparece claramente nos discursos das mulheres transexuais, no tocante ao desejo de serem mães, sendo sempre apontada a possibilidade de adoção:

Eu tenho vontade também de ter uma adoção de uma menina. Eu queria pegar uma menina. Mais tarde, futuramente, quando eu tiver uma condição boa, eu quero pegar uma criança pra eu adotar. Porque eu adoro criança. Eu amo criança, eu sou apaixonada por criança e ele também. (ENT 4)

Eu tenho também a consciência que biologicamente eu sei que não sou mulher e que pra eu ter um filho eu vou ter que adotar, como muitas mulheres que nascem sem útero. (ENT 7)

A orientação e a reflexão, junto às pessoas transexuais, que estão no Processo Transexualizador, sobre a perda definitiva da possibilidade de procriar, ou sobre as opções de escolha, como a possibilidade de armazenamento de esperma ou óvulos, que deveria acontecer antes do início da terapia hormonal e do tratamento cirúrgico (FRANCO et al., 2010), deve fazer parte das atividades dos profissionais de saúde envolvidos no Processo.

Entretanto, apesar de se reconhecerem portadoras de alguns direitos como a utilização do nome social, algumas vivenciam sob o sentimento de medo a busca deste direito porque lhes é negada cotidianamente a realização da Capacidade de *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero*. Isso pode ser exemplificado no relato da mulher transexual que, após agredida fisicamente, ficou se questionando a validade de fazer o boletim de ocorrência:

No dia seguinte, a minha mãe foi lá no meu quarto e perguntou se eu não ia na delegacia. Falei que não porque não ia dar em nada. Vão falar: Ah, o veado que apanhou [...]. Eu só fui na delegacia no dia seguinte porque eu tinha que buscar um resultado de um exame meu. Cheguei lá, contei tudo que aconteceu. Tive um tratamento de ser humano. Me trataram bem e me senti acolhida. Não viram como um veado que apanhou. Nesse mesmo dia, eu fui fazer o exame de corpo delito, mas não soube identificar quem fez isso. (ENT 1)

Este capítulo, que buscou realizar uma avaliação do Processo Transexualizador pautada nas vozes das mulheres transexuais, no que estas consideram valoroso para a construção de suas vidas, partiu-se da construção preliminar de um instrumento avaliativo (uma lista) que, hipoteticamente, deveria ser composto por sete Capacidades básicas. Através de sua avaliação, percebeu-se que estas se inter-relacionam e representam o fundamento para uma condição humana digna de ser vivida. Para além, uma vida **justa**, onde a pessoa humana possa florescer com a realização dos sistemas funcionais que a compõem. Sendo assim, as avaliações individuais e coletivas das Capacidades e as relações entre elas contribuíram para estabelecer o papel real do Processo Transexualizador na promoção do tipo de vida que as mulheres transexuais consideram valorosa.

Verificou-se que a Capacidade *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero* parece ser agravada dentro do Processo Transexualizador, por conta da necessidade de se manter nos padrões do **verdadeiro transexual**.

As mulheres transexuais parecem reconhecer as privações na realização das Capacidades básicas como *Sustentar-se*, *Educação Formal*, relatando um adiamento relacionando à data posterior a do Processo Transexualizador. Dito de outra forma, é como se a realização das Capacidades consideradas *valerosas* somente pudesse acontecer após sua alta médica; como se elas, as mulheres trans, fossem medicamente normalizadas e passassem a poder gozar do direito de levar a vida que reconhecem como valorosa, apenas então:

[...] essas pessoas ficam com a vida em suspensão. Elas colocam a vida em suspensão e muita ênfase na cirurgia – “Porque depois da cirurgia...”, “Depois da cirurgia...” [...] “Depois da cirurgia, eu arrumo um namorado.”, “Vou deixar isso para depois da cirurgia”. (ENT 12)

Vou fazer a minha cirurgia. Vou esperar fazer a minha cirurgia pra depois começar a fazer as coisas. (ENT 10)

Eu espero porque é tudo que a gente almeja. Viver dignamente e ser feliz. Acho que é isso. (ENT 2)

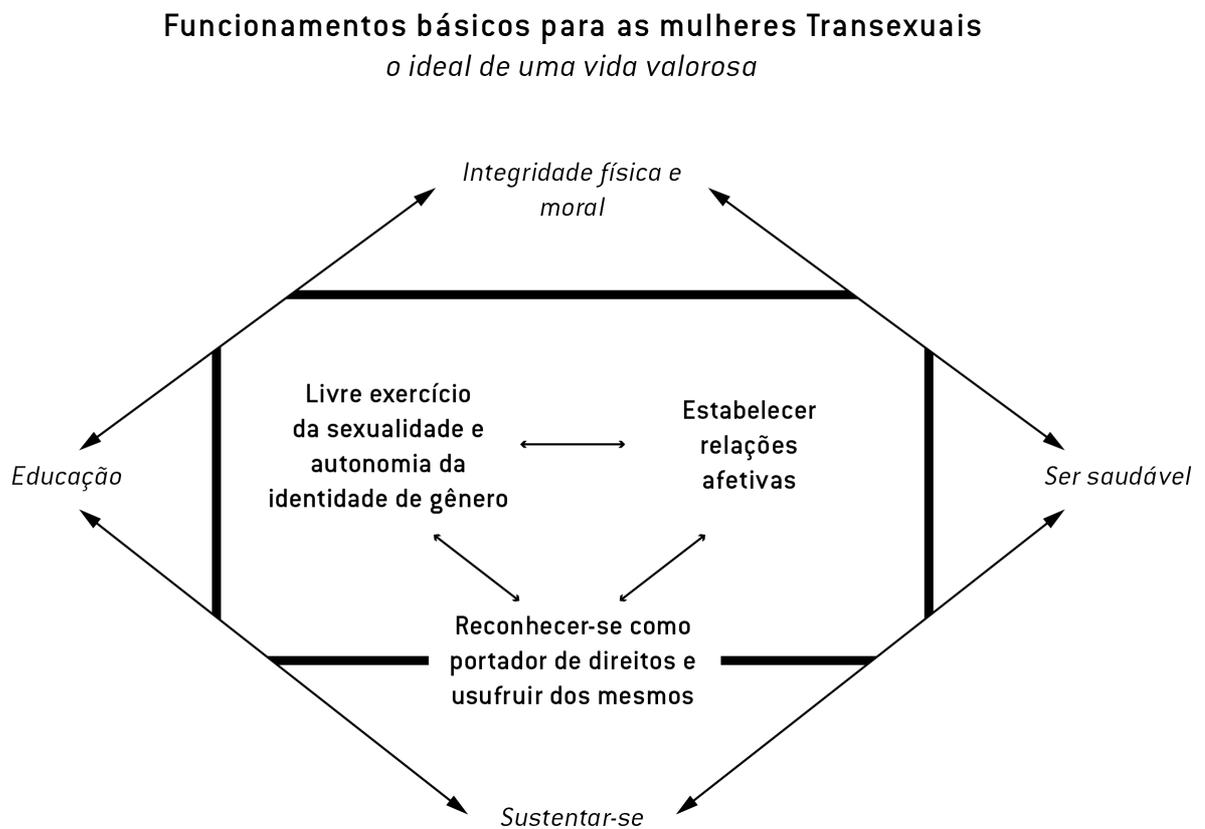
Também se evidenciou que algumas Capacidades seriam “mais básicas” que outras, como o *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero* e o *Estabelecer relações afetivas – sentir-se pertencida*, por estarem estas associadas à existência do ser, tanto no que se refere ao reconhecimento, quanto ao pertencimento, sendo fundamentais para a realização das demais capacidades. A Capacidade de *Reconhecer-se como portadora de direitos* foi vista como intermediária, em função da dependência das capacidades mais básicas para sua realização. Por outro lado, esta Capacidade também é condição para a realização de outras Capacidades também reconhecidas como básicas para as mulheres transexuais: *Integridade física e moral*, *Ser saudável*, *Educação* e *Sustentar-se*. Para melhor visualização foi elaborado um quadro representativo dos Funcionamentos básicos para as mulheres transexuais e suas inter-relações (Figura 1).

Este estudo também evidenciou que, apesar de todas as mulheres transexuais entrevistadas estarem inseridas no Processo Transexualizador, não há mudanças na realização dos Funcionamentos, que continuam não atendidas.

Pode-se inferir que, enquanto a norma binária enquadra as pessoas em masculino e feminino, homem e mulher, homo ou heterossexual, como se a vida pudesse ser enquadrada apenas em duas formas, a realização da Capacidade *Sentir-se pertencida*, reconhecida como básica, ficará como uma realidade a ser

alcançada. Neste sentido, optamos por aprofundar as discussões sobre essa Capacidade *Relações afetivas* e sobre a Capacidade *de Ser saudável* que também vão aprofundar a avaliação do Processo Transexualizador no que se refere ao âmbito da saúde.

Figura 1 - Demonstrativo dos Funcionamentos Básicos para as Mulheres Transexuais



6- RELAÇÕES AFETIVAS DAS MULHERES TRANSEXUAIS: TRANSITANDO ENTRE RELAÇÕES EU-TU E EU-ISSO

Este capítulo aprofunda a realização ou não da *Capacidade Relações afetivas*, trazendo sua relação com a migração de gênero, chegando até o momento em que as mulheres transexuais se encontram no Processo Transexualizador.

A Capacidade de estabelecer *Relações afetivas* “sentir-se pertencida” é baseada no reconhecimento da necessidade das pessoas de estabelecerem vínculos com outras pessoas, passando a pertencer a grupos e sendo reconhecidas pelas outras, como fundamento para o desenvolvimento da pessoa humana e para a sua autoestima. Esta Capacidade foi considerada fundamental para a discussão porque a sua realização é que dá sentido à existência da pessoa humana, como será discutido.

Segundo Bertarello (2011, p. 144), “a vida não representa um estado isolado, muito menos um objeto de contratação, mas, sim, consubstancia a cada instante uma rede de interdependência mútua entre o Eu e o Outro”. Pegoraro (2002a, p. 12) lembra que “somos um ser existencial que se constrói ao longo dos anos num processo de relação com os outros [...]. Somos, portanto, uma existência temporal, relacional e potencial”. Neste sentido, a relação constrói a existência humana:

[não existe] o verdadeiramente humano, sem o reconhecimento do Outro, da alteridade constitutiva do homem, haja visto o ser humano consistir eminentemente ser-em-relação; é reciprocidade, é o contato perene com o Outro, é, enfim, a intersubjetividade essencial à ruptura da objetificante autoafirmação Eu-Eu (BERTARELLO, 2011, p. 143).

Nesse diapasão, afirma Dias (2015d, p. 51):

Não importa o tamanho dos grupos ou a intensidade dos vínculos, qualquer exceção neste caso apenas confirma a regra. Seu não-reconhecimento por parte de outros membros do grupo, ou o não-reconhecimento público do grupo como constituindo uma unidade específica (cultural, racial, política ou de gênero), mina a autoestima e com isto, a possibilidade de realização plena.

Corroborando com a própria essencialidade dessa Capacidade em si própria, Nussbaum (2008, p. 72) afirma que a vida é **verdadeiramente humana** quando a *capacitação afiliação* é realizada, complementando que a mesma também serve de base para o estabelecimento de outras Capacitações (*capabilities*, no original em inglês)¹⁵, organizando e sustentando-as. Nussbaum (2007, p. 77; 2008, p. 79) apresenta a descrição da capacitação dividida em duas partes, relativas a relações entre pessoas iguais, a saber:

A- Ser capaz de viver com e para os outros, de reconhecer e mostrar preocupação com os outros seres humanos, de participar em diversas formas de interação social, para ser capaz de imaginar a situação do outro e ter compaixão por essa situação, de ter a capacidade tanto para a justiça e a amizade; B- Ter as bases sociais do autorrespeito e não humilhação, sendo capaz de ser tratado como um ser digno, cujo valor é igual ao de outros.

Martin Buber, filósofo cuja obra tem como preocupação central a recuperação do humano em uma sociedade que se demonstra altamente tecnicista e excludente (AMITRANO, 2011; MARCONDES FILHO, 2008), afirma que o humano só existe no coexistir, diante do par EU-TU, não existindo um Eu independente – o EU em si (BUBER, 2001).

Em sua filosofia do encontro, o fato antropológico primordial é a relação, que ocorre na forma de subjetividade e diálogo de anunciar-se ao outro e a ele responder (AMITRANO, 2011). Seria um reconhecimento a partir da “presentificação mútua”, para se dar o encontro autêntico (BUBER, 2001, p. 55). Diálogo autêntico (dialógico), para Buber, vai além do relacionamento dos homens entre si: é um “comportamento, a atitude-um-para-com-o-outro, cujo elemento mais importante é a reciprocidade da ação interior” (ZUBEN, 1982, p. 8).

Para este autor existem duas maneiras de o homem se aproximar do mundo, emergindo, a partir desse primeiro ato, dois tipos de relação: colocando-se face a face à presença do TU, onde se estabelece a relação do conhecimento íntimo; e tomando as coisas como ISSO, como “objetos” (não no sentido literal da palavra, mas Ele, Ela, Isso) (AMITRANO, 2011, p. 75). Este último tipo de relação se restringe a ações de observação e contemplação, onde não se estabelece a relação genuína.

¹⁵ Assim como para Sen, Nussbaum utiliza essa denominação para se referir à liberdade para a realização das capacidades.

Relação é encontro, e o encontro do EU-TU acontece no inter-humano, na intersubjetividade, que é aquilo que ocorre entre um homem e o outro que se revela como “parceiro num acontecimento de vida” (GOMES, 2010, p. 3). Neste sentido, o desdobramento é dialógico – o “*entre*” da relação – porque é onde se realiza a aceitação e confirmação ontológica dos dois seres (BUBER, 2001).

Para se estabelecer a relação, o Tu se encontra com o Eu, apresentando-se. O EU entra na relação através do pronunciamento da palavra-princípio¹⁶ EU-TU, que é “um ato do meu ser, meu ato essencial” (BUBER, 2001, p. 57), reconhecendo o TU em sua existência. A linguagem se instaura no ser, porque a palavra é portadora do ser – ela conduz o homem e o mantém no ser. E daí se estabelece a atitude.

As palavras-princípios EU-TU e EU-ISSO, ao serem proferidas, definem o tipo de relação estabelecida. O Eu, nas duas palavras-princípios é diferente. O EU, da palavra-princípio EU-TU, aparece como pessoa e o EU, da palavra-princípio EU-ISSO, aparece como um egótico¹⁷, um indivíduo, ser próprio, que vive em relação consigo mesmo (BUBER, 2001).

As palavras-princípios “fundam duas possibilidades do homem realizar sua existência” (BUBER, 2001, p. 34) porque estabelecem a dualidade de sua atitude.

A palavra-princípio Eu–Tu promove o dialógico (diálogo genuíno). A palavra-princípio EU-ISSO é denominada palavra de separação, onde “o experimentar é centrado no EU egocêntrico” (BUBER, 2001, p. 64), passando a ser o ISSO, objeto do EU consciência. As duas atitudes, que resultarão das duas palavras-princípio são autênticas. A diferença entre elas é ontológica.

Diante do exposto, para a realização do encontro são necessárias os seguintes princípios: totalidade, reciprocidade, alteridade, responsabilidade e autenticidade.

A totalidade se revela no encontro dialógico (BUBER, 1982), porque se trata de “permanecer junto ao outro [...] alcançar o outro” (BUBER, 1982, p. 55), onde se parte do interior da pessoa para ir em direção ao outro, estando implícito o sentido de liberdade (TCHITOKOTA, 2009).

¹⁶ Para Buber (2001, p. 31), “a atitude de abertura do homem e a doação originária do ser formam a estrutura da relação EU-SER”. A palavra é que conduz o homem, sendo portadora do ser. Neste sentido, a palavra-princípio significa o “existir como EU” ou, dito em outras palavras, ao proferir a palavra-princípio o Eu está se apresentando ao outro em sua autenticidade, que se traduzirá em atitude frente ao outro.

¹⁷ O egótico refere-se ao indivíduo que se relaciona consigo mesmo. Ele se ocupa com ele mesmo: forma de agir, pensar, ... Para Buber (2001, p. 91), o egótico “se contrapõe ao outro e procura, pela experiência e pela utilização, apoderar-se do máximo de que lhe é possível”.

A reciprocidade se caracteriza pela sanção mútua, tornando a relação de caráter ontológico, onde “podemos proferir o Tu a alguém quanto podemos receber o Tu de alguém” (AMITRANO, 2011, p. 85). Ela é o critério de maior valor e, assim, a relação de maior valor existencial (BUBER, 2001).

A alteridade relaciona-se ao reconhecimento da concepção de indivíduo fundamentada no pluralismo e no direito deste escolher seu próprio caminho que, para Buber (1982, p. 27) é “talvez a única base sólida para uma verdadeira tolerância”.

“A responsabilidade genuína só existe no responder verdadeiramente” (BUBER, 1982, p. 49). Neste sentido, ao responder a apresentação do TU para o EU, está se responsabilizando por ele também.

A autenticidade tem como pressuposto que o estabelecimento de uma conversação genuína só acontece quando cada um olha o outro como ele realmente é (BUBER, 1982).

Um dos problemas para o estabelecimento do inter-humano é quando existe uma dualidade entre o ser e o parecer: existência vivida a partir do que se é a partir do que se quer parecer, de uma imagem de si. O inter-humano só pode acontecer no ser.

Dentre as críticas colocadas a esse modo de entender as relações entre os indivíduos, coloca-se a rigidez de apenas existirem essas duas formas de relação EU-TU e EU-ISSO. Conforme aponta Zuben (2015, p. 7):

Na verdade, existem atitudes que, embora não sejam autênticas relações Eu-Tu, nem por isso são meramente Eu-ISSO. Se, por acaso, numa relação inter-humana não se estabelece uma relação Eu-Tu, meu parceiro deve ser necessariamente considerado um objeto? Talvez seja este o ponto mais crítico da versão de Eu e Tu de 1923, aliás nunca revista pelo autor em suas sucessivas edições. Em obras posteriores, o próprio Buber parece ter amenizado esta dualidade com aparência maniqueísta dos dois mundos e das duas atitudes.

Entretanto, pode-se identificar formas de relações que não são, de nenhuma forma, eternas ou imutáveis, mas aparecem com frequência nas relações entre as pessoas, e interferem em suas vida assim como na concretização de seus projetos de vida.

A transexualidade é reconhecida como uma experiência de conflito de gênero (BENTO, 2008) que traz, em si, um desacordo com a norma binária da sociedade

onde só existiria uma possibilidade, a que coloca em acordo o sexo-genitália-gênero. Qualquer forma humana de existir fora desta norma recebe sanções das mais diversas formas no cotidiano, que são materializadas em discriminação e preconceito nos diversos espaços de convivência: em casa (BENTO, 2006a), na escola (MELLO; PEDROSA; BRITO, 2012; SAMPAIO; COELHO, 2013a; SANTOS, 2012), nos atendimentos à saúde (ARÁN, 2007; LIONÇO, 2008; MELLO et al., 2011; OMS, 2013), no trabalho (AMARAL, 2007; ARMAS, 2008; CARVALHO, 2006). Isso promove uma exclusão social e se fisicaliza muitas vezes em agressões físicas e verbais (CARRARA, 2008; LEITE JUNIOR, 2012). Além disso, impede o desenvolvimento de outros Funcionamentos, comprometendo ainda mais a vida das pessoas transexuais.

Nesse tocante, Bento (2012, p. 2657) afirma que “há uma amarração, uma costura, ditada pelas normas, no sentido de que o corpo reflete o sexo, e o gênero só podendo ser entendido, só adquirindo vida, quando referido a essa relação”.

Diante dessa realidade, a questão seria: como se desenvolve todo o processo de realização da Capacidade *Relações afetivas – de se sentir pertencida*, ou dito de outra forma, como se realiza essa Capacidade no processo de desenvolvimento humano e de migração de sexo e gênero (PETRY, 2011)? Quais são os indícios apontados que favorecem ou impedem sua realização?

Buscamos, então, compreender a condição transexual de ser-no-mundo, na relação com as outras pessoas, nas mais variadas situações: neste ponto, analisamos a realização da Capacidade *Relações afetivas – de se sentir pertencida*, no transcorrer da vida, identificando indícios que favoreçam ou impeçam sua realização, chegando até o Processo Transexualizador.

6.1 As relações EU-TU(ISSO) nas diversas fases da vida da mulher transexual

A infância, na visão das mulheres transexuais, parece ser um período em que o trânsito entre as expressões de gênero não causa nenhum risco de sanção ou ação disciplinadora, o que dá liberdade para o SER se expressar genuinamente. Apesar do autorreconhecimento como diferente, isso ainda é de ordem interna, não dividida com os demais, não parecendo já haver o reconhecimento de um

desacordo da relação SER-PARECER. Além disso, o PARECER ainda não é o preponderante para o estabelecimento da relação. Desta forma, a relação EU-TU pode se estabelecer e os dois indivíduos da relação são confirmados em sua existência:

[...] desde muito criança eu sempre percebi que tinha tudo errado comigo. Mas eu não sabia o que era. Eu não podia contar para os meus pais e nem para os meus amigos. Então, eu achava estranho...Tudo que menino gosta eu nunca gostei. (ENT 1)

As brincadeiras sempre foram com as meninas e nunca com os meninos. Sempre estava mais com as meninas que com os meninos. As brincadeiras eram só com mulheres mesmo... Quando a gente é criança a gente ainda não tem essa percepção. Eu agia naturalmente. Para mim, era algo natural. (ENT 2)

Nessa etapa da vida, a *autenticidade* é uma marca importante, porque não existe nenhum tipo de impedimento de ser quem se é entre as próprias crianças. A aparência não se coloca como interventora na relação (BUBER, 1982). Parece que a norma binária social ainda “não mostrou suas garras”, não fazendo parte desse universo. Neste sentido, poderia ser estabelecida a relação EU-TU e, desta forma, o encontro dialógico que permite ser a existência humana reconhecida e confirmada. Nesta fase, não se fala em solidão. Já se percebe alguma diferença, mas não existe interferência de tal diferença no reconhecimento de sua existência humana. O valor da pessoa humana parece ser do SER e não do PARECER.

Quando as regras da sociedade começam a ser impostas, ainda na média infância, essa diferença, somente percebida anteriormente, começa a ser entendida. O SER, por esta regra, deve ser idêntico ao PARECER (no caso, no parâmetro da genitália como definidor do SER), principalmente relacionado ao papel de gênero:

Com uns 7, 8 anos, mas eu lembro. Não era o meu mundo, era uma confusão porque eu não queria me juntar aos meninos, eu não me sentia um menino. Eu não queria brincar como menino. (ENT 8)

Eu fui vendo que as pessoas já me tratavam de um jeito diferente e eu tive que ficar acompanhando isso e fui vendo que eu não era realmente daquele jeito que eu imaginava que eu fosse. E conforme eu fui crescendo eu fui imaginando que eu era de um jeito. [...] Quer dizer, na minha cabeça eu não tinha um referencial do que estava acontecendo comigo, do que eu era, de quem eu não era. (ENT 10)

As pressões externas aparecem quando a norma da sociedade começa a ser cobrada, reivindicando uma performatividade de gênero adequada. Neste sentido,

impõe-se a compatibilidade de SER-PARECER, que aparece na separação dos grupos em meninos e meninas, na cobrança dos comportamentos compatíveis com o sexo anatômico. Parece que aqui se dá o primeiro confronto com a realidade. A relação SER-PARECER, que até então vivia em estabilidade, entra em choque quando este PARECER passa a ter que determinar suas ações. Como o PARECER não reflete o SER da mulher transexual, um conflito se estabelece. Nesta fase parece que a existência humana da mulher transexual na infância já é colocada em xeque. Deixa de haver a autenticidade e a reciprocidade, comprometendo a totalidade da relação, porque já existe a cobrança de que as normas da sociedade sejam obedecidas. Então, não havendo a totalidade da relação, a relação EU-TU fica comprometida e, desta maneira, fica também comprometido o reconhecimento da existência humana, dessas pessoas.

Nessa fase da vida, já ingressam na escola e a mesma, enquanto instituição, os abandona (SANTOS, 2012), demonstrando ser produtora e reprodutora da homofobia (BENTO, 2006b). Em outras palavras, o não reconhecimento de suas existências humanas, as coloca em condição de abjetos, o que, conforme aponta Butler (2001, p. 155), corresponde “aos indivíduos que ainda não gozam o *status* de sujeito”:

Daí quando chegou na integração no colégio, aí que eu me vi que tinha um universo de divisões. Tinha fila de menino, tinha fila de menina. Tinha banheiro de menino, tinha banheiro de menina... Realmente foi um choque pra mim. No colégio era dividido. Eu acho que não tinha caído a ficha, ainda nesse momento, que eu estava na escola mesmo e daí eu vi que realmente tinha alguma coisa diferente. Mas, mesmo assim, eu não sabia identificar o que estava diferente. Eu não sabia que a diferença estava comigo. (ENT 10)

E você vem para a escola e se esconde. Os meninos apontam e mais você se esconde. Mais pessoas veem e acham aquilo estranho e começam a apontar. Aí vêm os apelidos e xingamentos e você não tem a quem pedir ajuda... No maternal não, mas quando eu fui para a primeira série, que eu tinha uns seis, sete anos, sim. Começou. Lá onde começou tudo e eu não tive paz. (ENT 1)

Também se verifica que as mulheres transexuais, nesta fase de desenvolvimento, não sabem o real motivo desse não reconhecimento como humano e talvez, neste momento, essa criança comece a ser reconhecida e passe a se reconhecer como abjeto. O reconhecimento de ser diferente, a partir da não coerência SER-PARECER e, em função disso, o não reconhecimento como humano, na tentativa de estabelecer relações dialógicas, retira sua inteligibilidade, já

que não mantém uma relação de coerência entre sexo, gênero, desejo e prática sexual (BUTLER, 2003), deslocando-o para um ser abjeto, colocando-o à margem do que seriam as pessoas que correspondem às normas binárias da sociedade, tornando-se ininteligíveis.

Isso é perpetuado na adolescência, já que o aparecimento dos caracteres secundários reforça a incoerência SER-PARECER, sendo que o SER é uma mulher transexual, com expressões de gênero compatíveis, e o PARECER é visualizado pela sociedade como uma pessoa do sexo masculino. Isso gera muito sofrimento porque o SER não é valorizado, estabelece-se então uma crise interna pessoal, comprometendo a efetivação de uma relação EU-TU:

E a partir dos 12, 13 anos, até por ser mais velha, me tornei mocinha, já não tem mais aquelas brincadeiras de criança... Então aquilo dali foi a pior fase pra mim. Porque a minha irmã se juntou às amigas. Lam atrás de namoradinhos, já era outra turma. E não me encaixava naquele meio. Eu não ia atrás de namoradinho e nem muito menos de namoradinho... Eu fiquei tentando procurar o meu lugar. Eu sofri muito, muito, muito mesmo... foi muito doloroso essa minha época dos 12, até os 18 anos... (ENT 8)

[...] eu sempre fui gordinha, sempre assim acima do peso... Eu não tive assim, muitos crescimentos de pêlo no meu corpo, por exemplo. Minha voz nunca foi tão grossa... Então essas mudanças não foram assim tão grandes em mim. Mas mesmo assim não foram boas... Quer dizer, desde sempre. Acho que não é. (ENT 10)

Mas essas pessoas sofrem a pressão de fora para dentro: tem que ser alguém para agradar a mãe, a avó, o avô, a amiga, o pai... (ENT 11)

A autenticidade e a alteridade continuam comprometidas. As separações por sexo e a cobrança de sua compatibilidade ao gênero levam a atitudes EU-ISSO. As palavras de separação EU-ISSO, que levam a esse tipo de atitude, parecem estar relacionadas ao estabelecimento de grupos, nos quais meninas e meninos devem permanecer em distinção, com papéis de gênero correspondentes e essas pessoas, que não se enquadram nessa norma, veem comprometida sua existência humana porque não são reconhecidas a partir do outro.

Além disso, a totalidade e a reciprocidade também ficam comprometidas porque a experiência da transexualidade, ainda não reconhecida como tal, nesse momento, realiza-se na pessoa humana e não entre ela e o mundo, onde as outras pessoas não tomam “parte dessa experiência” (BUBER, 2001, p. 53). Aqui parece ser o marco de não ter reconhecido sua existência – reconhece-se ser diferente, pela incoerência entre o SER-PARECER e sente-se o reflexo dessa diferença em

sua vida como pessoa humana. Entretanto, também neste momento, a pessoa transexual, com o aparecimento dos caracteres secundários, começa a perceber que existe realmente essa incoerência no SER-PARECER, mas ainda sem entendimento do que efetivamente se passa, o que gera sofrimento para ela própria. Além disso, reforça-se seu lugar de abjeto, pois se já era um ser tido como ininteligível, em parte da infância, isso só se agrava quando chega na adolescência, pelo aparecimento dos caracteres secundários. E, assim, reforça-se seu lugar de abjeto no mundo.

Associado à experiência de separações com os colegas, os pais começam a reconhecer um SER diferente porque estão atrelados à norma sexual binária prevalente na sociedade, onde deve haver, ainda, uma coerência do SER-PARECER e nenhuma possibilidade diferente desta é permitida. Neste sentido, não apenas no mundo externo, mas também no âmbito familiar, as mulheres transexuais, ainda adolescentes, começam a sofrer pressão. É como se não houvesse inteligibilidade de sua condição porque o corpo deve refletir o sexo e o gênero deve estar em coerência com esta relação (BENTO, 2006b) para que o sujeito seja considerado humano pelas outras pessoas:

Cheguei em casa, já com os olhos cheios de lágrimas, com a cara inchada e minha mãe: “Que isso garoto. Você radicalizou! Eu:” Vocês não querem assim? Se eu não posso ter um cabelo comprido, eu tenho que radicalizar”. O meu pai chegou e começou a falar: “Não precisava tanto. Mas, tudo bem. Está melhor assim. Agora está com cara de homem”. Que o problema dos meus pais era o cabelo. (ENT 2)

Porque, por exemplo, o pai ou a mãe ou alguém vê o menino com atitude mais afeminada, e aí já quer corrigir: “Vira homem”, dá um tapa. Isso aconteceu muito comigo e deve acontecer até hoje... [sobre a mãe] No início ela me chamou muito de aberração. Ela falava assim: prefiro morrer a ver você se transformar nessa aberração que você está hoje. Isso para mim, na época, foi muito pesado. (ENT 1)

Eu nunca aceitei o jeito que eu era. Eu era obrigado o botar roupas masculinas, por causa de meus pais. (ENT 3)

Eu também tenho isso, desde criança eu nunca gostei de ficar sem camisa porque eu nunca vi a minha mãe sem camisa. Meu pai falava: você é homem. Tira essa blusa. Tão calor! E eu não gostava de ficar sem camisa, eu ficava assim tapando... Eu me sentia muito à vontade com roupa feminina. Até que uma vez minha mãe me pegou numa situação, aí ela brigou muito comigo, me bateu inclusive e disse que eu era menino, que eu sempre tinha que usar roupa de homem ... (ENT 7)

Meu pai também me pegou de vestido. Me deu uma coça também, mas falou porque: “Isso aí é roupa de feminino, não é pra você e não sei o quê e sei que lá!”. (ENT 5)

E aí a fase de adolescente foi difícil, porque eu acho que é a fase mais difícil que a gente passa, porque a gente fica em conflito com a gente mesmo... Eu não vivenciava a transexualidade fisicamente, mas mentalmente sim. (ENT 2)

No começo assim dos 12, 13 anos, os meus irmãos começaram a falar. Ah! Eu prefiro... O meu pai também. "Eu prefiro ter um filho assim do que ter um filho assim...". (ENT 4)

As cobranças para atendimento dos papéis de gênero compatível com o sexo anatômico masculino podem ser identificadas como palavras de separação EU-ISSO: "corte o cabelo", "use roupas de homem", "fale feito homem", "aberração", "tira a blusa". A maioria é formada por verbos transitivos porque, como diria Buber (2001, p. 52), "não se limita somente às atividades que têm algo por objeto. Eu percebo uma coisa. Eu experimento alguma coisa, ou sinto alguma coisa, eu penso em alguma coisa". Eles se estabelecem na esfera do ISSO, mantendo a relação dialógica apenas como potencialidade (AMITRANO, 2011). Existe uma assimetria de poder, onde os pais querem impor comportamentos, o que impede um encontro genuíno porque compromete a autenticidade e a totalidade da relação, impossibilitando o encontro.

A pessoa transexual se apresenta ao EU, no caso os pais, para confirmar sua existência, mas estes não a presentificam ou, dito de outra forma, não a reconhecem em sua existência, mantendo a relação no EU-ISSO. Existe uma necessidade de ordenamento coerente de acordo com a visão dos pais (de acordo com o PARECER), que se confronta com o SER da mulher transexual, em sua singularidade. Na tentativa de controlar e enquadrar a adolescente transexual, passam a tratá-la como um ISSO, não se estabelecendo o encontro e, desta forma, não acontece o diálogo genuíno para a construção de um "nós" – este seria "uma união que tem seu fundamento e sua condição de possibilidade nessa individualidade e nessa responsabilidade pessoal" (BUBER, 1982, p. 25).

Os pais, ao assumirem uma relação EU-ISSO, colocam-se em um movimento monológico que se traduziria em uma atitude de dobrar-se-em-si-mesmo, onde é reconhecida "a existência do outro somente sob a forma de vivência própria, somente como uma parte do meu eu" (BUBER, 1982, p. 5). Neste sentido, os pais, ao assumirem a atitude de não respeito à singularidade da mulher transexual, reforçam que as pessoas devem ser enquadradas na sociedade de acordo com as

normas impostas pelas mesmas, e qualquer tentativa de ser diferente não é aceita, tendo como destino a não existência como possibilidade de vida.

Buber (2001) faz um paralelo entre a crisália e a borboleta, que parece bastante pertinente à situação. A crisália seria o ISSO, como uma possibilidade para se tornar TU, ou seja, a borboleta. Entretanto, nesse momento, diante do não reconhecimento de sua existência humana como uma pessoa singular, as mulheres transexuais permanecem como crisálias, sendo impedidas de se tornarem borboletas. E, diante das pressões e imposições, as próprias mulheres transexuais, já com as dificuldades vivenciadas junto aos outros grupos sociais, parecem passar a se reconhecerem como ISSO.

A atitude dos pais agrava esse desconhecimento de quem se é em sua essência, pois as pessoas transexuais já se reconhecem como diferentes, mas ainda não entendem quem são. E este não reconhecimento de sua existência humana parece ser agravado pelo próprio desconhecimento de sua condição de transexuais, o que ainda as coloca como abjetas tanto para a sociedade, como para elas próprias.

Desse modo, buscando o reconhecimento de sua existência, tentam deslocar-se para outras “caixas” já reconhecidas da sociedade, na tentativa de se tornarem “borboletas”, transitando, por exemplo, na homossexualidade:

É que já tinhas as vontades, os desejos. Eu tive uma experiência com um homem, eu tinha 13, 14 anos, tive relação sexual. Eu gostei muito. Assim, eu fiquei com aquela coisa mais intensa. (ENT 9)

Na época eu me achava homossexual... Mas o medo era tão grande... Eu tinha medo de tudo. Então não me abria, não falava. (ENT 2)

Antes de tudo isso, eu achava que era gay. Jamais tinha ouvido falar a palavra transexual e não sabia o que era transexual... Porque eu me via assim: por exemplo, digamos que eu tivesse um relacionamento, eu queria ser a mulher da relação. Esse sei lá, foi o primeiro estalo que me deu. Aí, depois, eu vi que eu era um garoto muito afeminado. (ENT 1)

Outras tentam obedecer a norma binária da sociedade e buscam estabelecer relações heterossexuais:

Mas na verdade quando eu tinha uns 13, 14 anos eu já comecei a me modificar, meus pensamentos... Assim, em relação à mulher... Tentei namorar, mas eu não conseguia... Foi por esse ciclo que eu passei, que eu tive essa experiência como homem. Mas eu não fui feliz. (ENT 9)

Outra estratégia era buscar realizar o papel de gênero “adequado aos pais”:

Olha, desde muito criança, por eu não saber o que eu era ainda, mas eu sempre me via como uma menina na minha cabeça, e eu queria ser um menino. Desejava ser um menino macho, homem, com voz de homem, com todas as características masculinas para não ser chamado de “veado”, para não sofrer nenhum tipo de agressão e de preconceito... Então, por eu ser assim, eu tentava me parecer um menino. Então eu era muito, muito, muito, muito retraído. E isso foi até a minha adolescência. (ENT 1)

Outros procuram ou são levados a atendimento psicológico e religioso, para tratamento de suas diferenças e poderem ser reconhecidos em sua existência:

[...] ele falou assim: vou te levar em uma psicóloga. Que aqui tem uma psicóloga no meu trabalho muito boa para ver se você é normal mesmo ou o que está acontecendo com você... Porque você é um rapaz bonito, ele dizia, e não é normal. Foi quando ele me levou na psicóloga, e eu com dezoito anos, nova, não sabia nada... E ela, na época, o diagnóstico que ela me deu foi de travesti. Foi de travesti, na época. E eu neguei até o fim. “Não, não, que isso. Não, jamais”. Porque as minhas colegas falaram que não. E ela: “Mas é o que eu vejo aqui” Porque, também, na época, também não era difundido o transexualismo... (ENT 2)

Eu uma vez, nos cultos, ouvi um adulto dizendo no púlpito que Deus, ele curava todas as doenças. E eu, com 12 anos, achava que era gay, já fazia o meu pai sofrer. Porque quando eu apanhava do meu pai é porque ele já sabia da minha condição, porque eu não queria ver minha mãe mais triste com 12 anos. Eu ia fazer 12, 13 anos... E eu com essa idade, eu falei assim: Pronto! É isso. Então eu não quero ser gay. Eu pensando, não quero ser gay. Se eu sou gay, vou ir pra igreja. Ai fui, aceitei Jesus na Batista. (ENT 7)

[...] fui pra igreja porque acharam que era problema espiritual e não sei o quê. Que eu deveria procurar uma igreja e eu procurei, e tentei mudar... Fui numa igreja evangélica, mas não é espiritual. O meu caso é nato, é meu. (ENT 9)

Diante do exposto, conforme apontam Missé e Coll-Planas (2010, p. 8), a pessoa transexual “percebe como necessária, por pressões de uma sociedade sexista, essa encarnação em uma identidade de gênero reconhecida”.

Entretanto, essas tentativas parecem não atender ao anseio das mesmas de reconhecerem-se como pessoas humanas e saírem da condição de abjeto. As relações permanecem no âmbito do EU-ISSO, são experimentais, no sentido de estarem buscando a reciprocidade e a totalidade dos seus seres. As mulheres transexuais não parecem encontrar essa legitimidade, visto que a relação permanece sem totalidade e autenticidade, não chegando à intimidade do ser:

[...] quando eu passei a frequentar, com 15, 14 anos, os espaços gays, eu me incomodava porque eu não sentia atração por aquelas pessoas com trejeitos. Aquilo me incomodava e era mais por rapazes que se

apresentavam como rapazes... quando eu começava a ter um relacionamento com um rapaz e que chegava a ter intimidade, eu nunca queria fazer o papel de ativo. (ENT 7)

Na adolescência, por exemplo, eu achava que eu era gay. Só que tinha outros gays que eu conhecia, mas nenhum eu não me identificava. Eu não acha que eu era ou não era. Então eu ficava confusa com isso. (ENT 10)

Como essas tentativas são fracassadas, por não se estabelecer o sentido da existência humana autêntica, perpetua-se a incoerência entre SER (para si própria como uma mulher transexual) e o PARECER (o que as pessoas enxergam) e, dessa forma, a não existência humana. Como estratégia de preservação, as mulheres transexuais começam a se isolar das pessoas, para não sofrerem na condição de abjetas:

Até os 18 anos, né? Eu lembro que tinha... algumas vezes que tinha festa, lá na minha cidade. Eu até tive no colégio mesmo, mas eu ia naquela coisa isolada. Não tinha amiga, não tinha ninguém. E eu via os meninos da minha idade passando junto com as namoradas, as meninas passando com o namorado. Eu chorava tanto, tanto na rua. Me isolava assim no canto na rua e engraçado que ninguém me via ali, ali naquele canto. Eu sentava assim, sentado na praça. (ENT 8)

Eu sempre fui assim uma pessoa muito solitária na adolescência... Eu me sentia muito sozinha, pelo fato da transexualidade que deixa a gente meio de dentro de uma concha escondida. (ENT 10)

O apoio dos pais, na busca por uma conversação genuína, seria de fundamental importância, visto que as deslocariam da “inexistência”, da condição de abjetas, inserindo-as na condição de humanas. Em outras palavras, seria o estabelecimento da relação EU-TU com os pais, que se traduziria em atitudes de EU-TU, da ordem dos sentimentos e não de ordenação moral, através do enquadramento dentro da norma social binária. Como afirma Tchitokota (2009, p. 9): “as experiências fundamentais do homem como ser no mundo remetem à ideia de que ele é um ser essencialmente vinculado à comunidade como espaço privilegiado na construção de si”. As falas reforçam essa importância:

Nunca tive o apoio dos meus pais, eu, digamos, estava desorientado. Não tinha um rumo, um norte. Aliás, eu até tinha, mas em relação ao transexual. Então eu nunca tive amparo de ninguém... Quando você não tem uma base, alguém para te encontrar... Por exemplo: se eu tivesse um filho hoje e eu percebesse que ele seria uma futura transexual, eu trataria ele da melhor forma possível. Ninguém vai te maltratar na escola, ninguém vai te chamar de veado porque você é assim. Quando você se aceita as coisas ficam mais fáceis. Quando você tem alguém para te instruir, para te falar que aquilo é uma coisa normal que você não é uma aberração. Quando você

tem uma estrutura, facilita. E eu não tive e a maioria não tem até hoje... (ENT 1)

Se você pega uma criança e dá o alicerce dela – de autoestima, de que isso não é feio, de que isso não é doença, de que isso é como é porque a vida é assim... Não é apoiar para dizer “Ah que bonitinho, vai vestir sainha agora!”, não, é “Senta aqui e me conta o que você está sentindo, o que está acontecendo com você”. Eu falo das coisas mais rudimentares. Se ela está com dor de barriga, alguém fala “Vem cá, como é que você está se sentindo?”... Isso para o mundo que a gente tem agora, porque, se a gente anteceder acolhimento, talvez a gente não chegue a esse problema que está chegando hoje, da iminência da cirurgia e, anteriormente, a necessidade dos medicamentos ou de subterfúgios como injetar silicone – não a prótese –, evitaria isso. (ENT 11)

Tive uma adolescência super frustrada. Porque eu não tive apoio de nada, de ninguém. (ENT 2)

Eu acho que o apoio de uma pessoa, de alguém da sua família, do pai, de alguém mais velho que te possa explicar o que você é. (ENT 7)

Não, eu sabia sim, eu tinha em mim que alguma coisa estava errada, tinha algum problema. Mas assim, eu não tinha com quem conversar. Eu não tinha como chegar pra minha mãe e pro meu pai e me abrir, porque eu sabia que eles já me aceitaram com uma infância de menina. E chegar pra eles e falar alguma coisa até eu não tinha nem a liberdade, entendeu?, de falar com eles. (ENT 8)

Diante do exposto, o primeiro reconhecimento de sua existência como pessoa se dá como abjetos – o reconhecimento de que estão fora do que a sociedade espera deles. A existência se confirma, para a própria pessoa transexual, quando conseguem se enquadrar na caixinha também, na definição de quem se é – uma pessoa transexual.

Na vida, Buber reconhece não ser fácil a tarefa de se confirmar como ser pelos outros. Entretanto, não existe determinação nenhuma para que o homem viva a partir de sua aparência, podendo “lutar corajosamente para se encontrar” (GOMES, 2010, p. 5). Neste sentido, as mulheres transexuais, decididas a buscarem se reconhecer para além da existência no parecer e como pessoas humanas (o SER), tornando-se “borboletas”, buscam informações e conseguem sua auto-compreensão:

Acho que a minha adolescência, assim entre os 12 e os 17, que foi quando meio que descobri o quê que era, que a transexualidade existia. (ENT 10)

Quando, aos 16, 17 anos, foi que eu me descobri transexual. (ENT 1)

É mais na adolescência e na fase adulta que elas começam a se firmar e descobrir verdadeiramente quem são. (ENT 14)

Comecei assim com uns 14 anos mais ou menos. Aí eu percebi que eu era

trans, diferente das outras pessoas, parecia que eu era de outro mundo... (ENT 6)

Aí eu conheci uma menina que era travesti e eu comecei e eu a vi de roupa de mulher o tempo inteiro. E que eu disse: é isso que eu quero. É isso aí. Eu não sou gay, eu sou travesti... Você nunca pensou em se vestir de mulher? Aí eu falei assim: Nossa! Meu Deus! Se eu faço isso a minha mãe me bota pra fora. É porque eu era muito nova. E ele falou assim. Não, é porque você pode se vestir de mulher. Eu conheço muitos casos. Essas informações ainda não tinham vindo. Eu não sabia que existia travesti, essas coisas todas. E quando eu conheci a [fulana] eu percebi... (ENT 7)

[...] porque eu não conhecia o que era transexualidade. Só conheci quando eu comecei a ler sobre isso, que foi através da internet. Aí acendeu uma luzinha na minha cabeça. Aí eu falei: deve ser isso, eu sou assim. É isso que está acontecendo comigo... Eu comecei a correr atrás, procurar gente, procurava comunidade, procurava saber coisas. (ENT 10)

Aí eu fui vendo. As outras que trabalhavam lá, eu pensava até que era mulher de verdade assim. Já nasceu geneticamente feminina. Aí chamaram elas de senhora e tudo. “Não... Que nada. Eu sou igual a você. Eu sou igual a você. Aqui, pode ver o meu corpo”. Ai eu vi... Dava pra ver que era pessoa, que era homem. (ENT 5)

Ninguém me indicava, eu não sabia nem como é que era. Nem por onde começar, não sabia de nada. Eu lembro que eu saía com a minha irmã na rua e eu via as trans, as travestis. . [...] Gente! Como elas conseguiram ficar assim? O que fizeram?... Eu não sabia que existia silicone industrial, essa aplicação, eu não sabia... (ENT8)

Esse reconhecimento da transexualidade parece deslocar as mulheres transexuais da inexistência, dando significado a suas vidas. É como se conseguisse se identificar como pessoas humanas, a inteligibilidade do seu SER, o seu autorreconhecimento em sua singularidade, mesmo sendo para as próprias (BENTO, 2004).

Ressalta-se que essa qualificação parecia necessária não para as próprias, pois estas já se percebiam diferentes, mas para confirmarem sua existência na sociedade. Tratava-se de uma possibilidade de poderem estabelecer relações genuínas, pautadas na totalidade do ser e na alteridade, através de se reconhecerem como pessoas humanas.

Aponta Bento (2006, p. 209):

Finalmente conseguem nomear, situar o que sentem; entender que não são os únicos com aqueles conflitos e, principalmente, que não são gays, travestis ou lésbicas. Ser “transexual” oferece uma posição identitária que dará sentido provisório a suas vidas. Contudo, socialmente, continuarão identificados como “veado/travesti/sapatão [...]”.

E, pautadas nesse autorreconhecimento, buscam a modificação corporal, através da auto-medicação com hormônio, buscando a coerência entre o SER e o PARECER.

Entretanto, essas modificações precisam ser ainda disfarçadas e camufladas por conta dos pais. Neste momento, apesar de não mais se autorreconhecerem como abjetas, a sociedade ainda a reconhece como tal. Nesse sentido, esse autorreconhecimento não pareceu o bastante para poder usufruir de uma atitude EU-TU, porque os pais continuavam não as reconhecendo em sua autenticidade e alteridade:

Eles estavam comprando outro imóvel, íamos nos mudar, era um bairro novo, vizinhos novos e ela falou que não queria passar por todo o constrangimento que ela passou onde nós morávamos... Minha mãe: “Não porque eu não vou passar por humilhação, por piadinha”. E ela, naquele momento, ela achou que seria mais importante pra ela. (ENT 7)

Eu noto assim: por mais que eles digam que não, mas toda a família de transexual no fundo tem vergonha de nós. Eu não acredito nessa que diz que não. No fundo, todos têm. Ou pouco, ou muito, ou menos ou mais. Mas têm. Eu noto isso. (ENT 2)

Diante dessa atitude, as mulheres transexuais tentam estratégias de buscar essa existência e essa coerência entre o SER-PARECER, não querendo mais que isso seja camuflado, disfarçado, porque essa situação perpetua seu *status* de não existência humana. Para o alcance desse objetivo, saem de casa ou são convidadas a se retirar, indo morar com parentes distantes ou com amigas ou bancam essas modificações dentro do próprio ambiente familiar:

A minha mãe não entendeu o que é transexualidade, que até há uns anos atrás não era tão claro assim... Muito preocupada com que os outros também iriam dizer e pensar. Ela preferiu me convidar a retirar de casa do que continuar convivendo com eles... E quando ela falou pra eu sair de casa eu não titubiei porque eu falei: Mãe eu te amo muito, mas eu não posso deixar de ser quem eu sou. Você está pedindo pra eu deixar de ser quem eu sou. (ENT 7)

A minha mãe começou se chocar. Ela entrou em crise. “Você está de saia...?” Porque é aquela coisa, aquela calça, bermuda de homem. “Quê isso! Você está maluco! Você nasceu um homem, tem que virar homem...” (ENT 9)

[...] eu me transformei, fui lá para fora, enfim, escapei de uma realidade que eu não queria... Uma fuga realmente... Eu fui lá para fora, me transformei e tal, me feminilizei... (ENT 2)

Aí quando eu fiz 19 anos, a minha irmã já morava aqui no Rio... Pra mim poder ter um pouco mais de liberdade, procurar meu mundo, procurar

minha vida... Depois que eu arrumei um emprego e já saí da casa dela. Eu fui viver a minha vida. Aluguei uma quitinete, fui morar sozinho. (ENT 8)

O sentimento de vergonha dos pais, muitas vezes não é nem compartilhado, como se fosse silenciado, como se fosse um assunto proibido, que mantém a relação familiar em uma relação EU-ISSO porque não existe totalidade, passando a família a ser um grupo de indivíduos que se amam, mas não de pessoas em sua autenticidade:

Mãe é mãe. Mãe é sagrada. Mãe – ela é a que gera e ela sabe. Mais que o pai. Tem esse “feeling” de saber. Assim, o que eu acho que pai e mãe sempre sabem. Eles fingem que não sabem, não querem aceitar a situação, até porque eles são de outra época, nasceram em outra época. É tudo muito complicado. (ENT 2)

E até hoje isso parece que é um assunto... Porque assim... Até hoje eu nunca conversei isso, de transexualidade com ninguém da minha casa. Tanto é que ninguém sabe que eu vou fazer a cirurgia amanhã... Então, mas ninguém sabe exatamente nada. Eu sou assim, 24 horas por dia. Mas todo mundo me trata assim, como se eu fosse... Não sei, botam uma venda nos olhos e não me enxergam, não me reconhecem como mulher... E não se toca no assunto. Parece que é um assunto proibido. É muito complicado. (ENT 10)

A família não morre de amores, às vezes metade aceita, metade finge que não vê... (ENT 11)

Nesse momento onde as modificações corporais passam a ser assumidas pelas mulheres transexuais, elas parecem se deslocar da condição de abjetas para a condição de monstros para a sociedade. Enquanto abjetas, seria um não enquadramento na norma de compatibilidade entre sexo e gênero, da ordem da ininteligibilidade; mas não há modificações corporais que acentuam e marcam essa diferença; apenas comportamentos inadequados e merecedores de sanção pelas instituições, seja família, escola ou sociedade. Quando começam a buscar a alteração corporal com hormônios e silicone é como se estivessem se deslocando da ininteligibilidade para a inteligibilidade, porque tornam a condição de ininteligibilidade real, concreta, e por conta disso, passam a ser consideradas monstros que, nas palavras de Leite Junior (2012, p. 561), referem-se a:

O Monstro então é aquele que ‘mostra’ algo: uma revelação divina, a ira de Deus, as infinitas e misteriosas possibilidades da natureza, aquilo que o homem pode vir a ser, as bordas entre o humano e o inumano. É, portanto, a manifestação de algo fora do comum ou esperado. Antes de tudo, o monstro representa uma categoria de pensamento, uma tentativa inteligível de classificar e orientar condutas em relação àqueles seres e

peessoas que a princípio escapam da inteligibilidade cultural do período.

Entretanto, essa modificação de categorização não altera a condição de não humano porque a monstruosidade reforça o não reconhecimento como humano, já que a relação perpetua-se no mundo do EU-ISSO.

As relações fora do âmbito familiar também se perpetuam na superficialidade, não se estabelecendo o contato íntimo porque, para isso, é necessária a exposição da condição de ser transexual, o que não é interessante por medo de vivenciarem preconceito e estigma.

Como aponta Bernini (2011), são minorias morais, visto não se enquadrarem no heteronormativismo e, em consequência, são vítimas de preconceito que muitas vezes é materializado em violência das mais diversas formas; e minorias políticas porque existe uma restrição de direitos dos quais a maioria das pessoas usufruem.

O PARECER já em congruência com o seu SER – tendo como referência o exterior, sem considerar os órgãos genitais, tanto pela modificação corporal, quanto na própria expressão de gênero – parece não ser suficiente porque os documentos legais, ainda com o nome civil, permanecem inalterados, o que reforçará a monstruosidade, gerando não respeito por parte da sociedade.

A cirurgia seria mais importante do que a troca do nome. Mas é como eu estou te falando, que a demora é grande... No íntimo e pessoal é a cirurgia. É o completo. Os dois em si. Também não adianta um sem o outro. Tem que logo tudo junto... Sai o meu nome primeiro, vamos supor, e a cirurgia não. Mas tudo bem, o nome já te ajuda. Porque quer queira, quer não queira, já te ajuda. Por lá, no meio das pernas, ninguém é obrigada a saber. Pelo menos com o nome, você já consegue um emprego. Já te abre as portas. (ENT 2)

A não modificação do nome civil, quando ocorrem as mudanças corporais para a expressão de gênero feminina, independente da modificação cirúrgica da genitália, reforça e ressalta ainda mais sua condição de monstros porque este fato enfrenta ferozmente e desestabiliza as normas de gênero. É como se esta incompatibilidade do nome-identidade de gênero fosse a certidão desta monstruosidade, reforçando sua condição de não existência humana. Neste sentido,

Não dar possibilidades à pessoa se denominar e ser denominada pelos outros conforme seu entendimento acerca de si é cercear direitos fundamentais, impossibilitar condições de exercício de sua cidadania e

estimular o constrangimento, a intolerância, a discriminação e a violência em suas diversas formas (MARANHÃO FILHO, 2012, p. 112).

A coerência do SER-PARECER para o transexual, portanto, parece-nos a própria incoerência do SER-PARECER para a sociedade. Se, para as mulheres transexuais, ser mulher e ter a aparência de acordo como se percebem resgata a relação SER-PARECER, para a sociedade essa coerência é exatamente rompida com a busca da performatividade de gênero contrária ao sexo anatômico. Desta forma, a própria sociedade passa a reconhecer esse deslocamento da categoria de abjeto para monstro.

Sendo assim, é como se a totalidade ainda não fosse real e qualquer atitude considerada duvidosa pelas pessoas ao redor poderia colocar em dúvida sua condição. Por conta disso, colocam-se o mais discretas possível, como se quisessem passar despercebidas, não tomando contato íntimo com as pessoas, mas mantendo-se em ação de observação e contemplação. Diferentemente do momento anterior, neste momento, as próprias pessoas transexuais pronunciam palavras de separação, impedindo que a relação genuína aconteça. Como afirma Bento (2011, p. 16), “são especialistas nos truques para se tornarem gente”.

Diante disso, o mundo no âmbito da escola, do trabalho, do cotidiano em sociedade, fica no âmbito da experiência, do mundo do EU-ISSO:

Pelo menos no ambulatório, 99% delas vêm solitárias. (ENT 13)

Só as transexuais sabem, os heteros nem todos sabem, não. Só um é quem sabe... Para não sofrer preconceito, pra não... É difícil. É muito difícil viver assim. (ENT 6).

Sempre fui respeitada por causa da minha postura. Eu sou uma pessoa que eu sempre tive postura. Eu nunca dei muita entrada e eu sempre fui na minha. Apesar de ser bicho mulher 24 horas por dia, eu sempre fui muito reservada, muito na minha. Nunca fui assim deslumbrada... Mas as pessoas não sabiam da minha história. Eu acho até um constrangimento falar sobre isso... Porque é a figura que você passa. Não teu amigo, tua amiga. Porque é uma particularidade de cada um. (ENT 9).

Eu penso que todo o ser humano tem a felicidade de ser de ser aceito, de estar incluído em um grupo. Comigo é a mesma coisa. Mas eu não consigo me encaixar em um grupinho... Eu sou muito na minha. Eu converso o indispensável, cumprimento, às vezes, uma brincadeira ou outra, eu brinco, só isso... Olha atualmente eu gosto de chamar o mínimo de atenção possível... Mas eu gostaria de ser vista como uma menina. Eu não queria ser vista como uma transexual... E eu queria muito, de verdade, ser tratada como “ela”. Ser vista como uma mulher, uma moça. E não sentir medo de pensar será que ele está me vendo com uma mulher mesmo, será que não está me vendo como homem. Eu queria muito, eu tenho essa necessidade. (ENT 1)

O que eu observo, às vezes, é que aqueles que não passam por isso, têm uma aparência muito adequada para o gênero que eles requerem. São pessoas que, quando chegam à sala de atendimento, ficam quase mudas, para não serem identificadas como trans, porque ser identificado como trans é sofrer preconceito. (ENT 12)

Eu ando tapada na rua, se eu tiver uma cápsula na mão, eu ando com a bolsa assim. Eu ando com uma bolsa menor, eu ando assim pra poder tapar. Eu acho que ali está mostrando alguma coisa... Eu trabalho com ela tapada, com um avental. As meninas todas sabem, “tira esse avental...” Eu evito ir à praia, à piscina, eu evito tudo isso. Até porque pra praia eu não boto biquíni, eu ponho short. Mas evito o máximo, entende? ... E eu sinto e eu acho que alguém percebe, eu vivo escondida. Eu vivo escondida mesmo, me escondo mesmo. (ENT 8)

Quando eu me entendi transexual e a minha mudança já estava completa, eu queria passar por mulher sem vestígios da masculinidade do meu corpo. De ser vista de forma tão igual que as pessoas não ficassem presas a um pé, a um ombro, sabe? ... Às vezes eu fico assim. Me surpreendo quando me pego preocupada porque você vai conversando com um grupo de mulheres numa fila de ônibus e você não quer se pega. Mas, logo... No mesmo momento em que me pego preocupada, eu fico: Ah, Bia! Desencana, vai! Ai... Gente, você fica fazendo truque você fica preocupada. E eu vou muito à praia, tem muita onda, fico com medo de me virar, de acontecer alguma coisa. Não, pra você ter uma ideia, eu mando fazer uns biquínis, boto dois panos, forros. Muita pressão fica direitinho, mas vai encolhendo e fica me machucando. (ENT 7)

Uma chefe que eu tive, uma patroa maravilhosa e eu já trabalhava em salão. “Ninguém vai levantar a tua saia, o seu vestido pra ver o que você tem entre as pernas. Você é uma mulher. Eu estou conversando com você como se fosse a minha amiga, uma mulher”. (ENT 9)

Se até bem pouco tempo, o SER não era respeitado porque havia uma pressão externa para um comportamento adequado que se retratasse no PARECER, seja pelos pais, pelos amigos, neste momento, o SER já é real, já está definido quem se é com a união real desse SER-PARECER. Mas o PARECER ainda preocupa, sendo que agora é uma preocupação das próprias pessoas transexuais, por conta de experiências anteriores de preconceito e discriminação.

Agora existe o medo que a aparência não seja compatível com sua pessoa, deixando transparecer resquícios externos de seu sexo genital masculino. Na esfera social, então, as mulheres transexuais vivem experiências e acontecimentos em comum, não sendo estabelecidas relações pessoais com as pessoas ao redor.

Como “o homem não está limitado ao mundo do ISSO” (BUBER, 2001, p. 79), as mulheres transexuais buscam relações genuínas, para serem reconhecidas em sua totalidade, com os amigos e o companheiro. Neste sentido, “homem algum é puramente pessoa e nenhum é puramente egótico; nenhum é inteiramente atual e

nenhum totalmente carente de atualidade” (BUBER, 2001, p. 92). Os amigos são reconhecidos como aqueles que as entendem, que ajudam, que estabelecem relações autênticas, com o reconhecimento da mulher transexual em sua existência e onde o SER-PARECER podem se apresentar sem riscos:

Eu tenho uma amiga minha. Amizade de muitos anos... Tem uns sete anos que a gente... que a nossa amizade está em pé. Ela entrou na minha vida, entendeu. Eu...Tudo que eu passo, que ela passa eu ajudo ela também. Como se fosse uma irmã que eu não tive. Uma irmã branca que eu nunca tive. Então somos amigas pro resto da vida. Então estamos até hoje. Adoramos a nossa amizade. Está firme e forte. Então, ela que me dá apoio, apoio de tudo. (ENT 4)

Eu tenho amigos já de longa data que entendem o gênio difícil e tudo o mais e que não acompanharam, mas que me conheceram antes, na adolescência, e que me viram hoje, e que me entendem... Eu fiz umas amigas que eu fiz no curso, na época que eu estudava e que uma das minhas colegas era mais velha. (ENT 7)

Amigo, você não pode dizer que tem muitos amigos. Eu tenho uma amiga que eu confio muito nelas, duas amigas. E a minha amiga realmente é a minha mãe e Deus. Aquele lá de cima. Não tenho muito amigo, porque hoje em dia você não pode confiar tanto assim nas pessoas... mas, amigas mesmo eu tenho duas. Eu converso, me abro, é a que sabe da minha vida. Entre aspas, não sabem tudo, que você não tem que falar tudo. Mas assim, uma pessoa que você precisa mais confidente pra aquelas horas que você precisa. (ENT 9)

[...] já tinha muitas trans que viviam ali. Caí em um lugar bom... E eu me juntava a elas... Todas elas moravam ali. E eu fui fazendo amizade com elas. Embora elas sejam mais velhas, mas eu já tinha amizade com elas: para ir embora, para conversar, hormônios, [...] Aí fui pegando amizade. (ENT 2)

Tenho um, dois só. Que eu me lembro, amigos. Porque eu falo amigos. Assim, aquela pessoa que eu posso deixar a minha bolsa aqui, tomar uma cerveja aqui, deixar meu copo aqui. Ir no banheiro e voltar porque eu sei que o copo vai estar limpinho. É muito pouco. Só tenho dois. (ENT 5)

Muito mais com homossexuais e trans. Começa com o homossexual – os amigos homossexuais etc. – porque é marginal, então, de alguma maneira, tem a mesma história de uma situação de não pertencente. (ENT 11)

[...] aquele grupo seletivo. Às vezes, são amigos que querem fazer a cirurgia ou vão fazer ainda... eles têm um grupo específico deles e não abrem muito sua vida. A questão da relação já é muito mais fechada, muito mais restrita. Eles têm o grupo deles. (ENT 13)

As relações como os companheiros, assim como com as amigas, são de autenticidade, onde o SER-PARECER pode viver em relação, sem nenhuma necessidade de camuflagem.

“Eu te aceito, eu te aceito do jeito que você é”. E tal, tal, tal! Me aceita meu

amor. Eu não vejo diferença nenhuma em você operar ou não operar. Pra mim você é a [nome social], você é uma mulher e pronto. (ENT 5)

Vamos fazer oito anos. Agora no carnaval... ele foi cliente meu durante seis meses... e ele me trata como [nome social] em todos os sentidos. (ENT 7)

E as mulheres transexuais que não possuem relações afetivas com companheiros, buscam exatamente o que as que possuem, encontraram – ser vistas em sua totalidade, na união do SER-PARECER.

Eu quero um homem de verdade, que me aceite, que me compreenda como uma mulher. Uma mulher normal que sai, que vai ao shopping, que passeia. (ENT 2)

A totalidade do ser é encontrada visto que a alteridade e a autenticidade estão nas falas expostas como compreensão e entendimento, a reciprocidade/responsabilidade no estabelecimento da relação de ajuda, acrescentadas à confiança. Dessa forma, parece que o mundo do EU-TU é estabelecido nas relações entre amigos e companheiros. Nessa relação não são abjetos ou monstros, mas são reconhecidos em sua totalidade, em sua existência humana. Tais relações as reconhecem em sua existência humana porque respondem à solicitação das mesmas, proferindo palavras (princípio EU-TU) e, desta forma, estabelecendo uma atitude EU-TU, deslocando-as de um mundo na sociedade e nas instituições de EU-ISSO para o mundo do EU-TU.

Mas nem todas as relações afetivas são assim. Algumas relações afetivas não conseguem estabelecer relações genuínas e terminam justificadas exatamente pela não união do SER-PARECER.

O PARECER não atende aos critérios do companheiro de “mulher completa”, ficando explícita a necessidade de adequação do sexo anatômico:

Porque meu namorado falou assim pra mim: “[nome social], eu não te assumi totalmente porque também eu vejo você, mas não vejo você como um homem, eu vejo você como uma feminina do meu lado. Se você fosse realmente... Fosse uma... Porque eu sei que você é feminina, se fosse uma mulher do meu lado completa, eu te assumiria você numa boa e a gente ia... estava tendo uma vida até hoje uma vida muito boa na minha vida. (ENT 4)

Mas, em si, o homem tem necessidade de ficar com mulher... Eu acho que nenhum homem consegue ficar cinco anos gostando de ficar com mulher e... Ele reclamou, porque demorava muito. (ENT 3)

Nesse sentido, os companheiros deslocam essas mulheres transexuais para a condição de monstros (LEITE JUNIOR, 2012) para justificarem o fim da relação, o que causa bastante sofrimento, pois as levam novamente para a inexistência humana, ao mundo do EU-ISSO.

Na verdade, é como se estabelecessem dois tipos de mundo, “duas zonas claramente delimitadas”: O mundo do EU-TU, onde se vivem os sentimentos, nas relações com os companheiros, namorados e os amigos – o “dentro”, do domínio do EU –, e o mundo do EU-ISSO, no cotidiano, nas relações com pessoas nos ambientes da escola, do trabalho – o “fora”, de domínio do ISSO (BUBER, 1982, p. 77-78).

O sentido do verdadeiramente humano é estabelecido nas relações afetivas e com os amigos. Nestas relações, a Capacidade de se *Sentirem pertencidas* é realizada, não existindo o monstro ou o ser abjeto; o que existe são pessoas que são confirmadas em sua existência humana.

Se, por um lado, a relação EU-TU é estabelecida com os companheiros, o mesmo não acontece com a família do mesmo. O que muda é que, nesta relação, são os companheiros que tendem a esconder a condição da companheira, pelo risco de colocarem em dúvida sua masculinidade e, desse modo, também serem deslocados para a condição de abjetos. A relação, diante disso, mantém-se no PARECER:

Meu marido falou assim: Não, eu tenho que te apresentar à minha família, mas eu não quero mentir, porém eu não quero dizer que você não é operada ainda porque meu... Ai eu falei assim: Caramba! Eu super te entendo. Como a cirurgia é algo eminente na minha vida... Eu vou dizer que eu já sou operada. Ai ele: É. A gente não vai estar mentindo... Eu disse: Não. Porque a gente tenta fazer as coisas de maneira correta... Porque quando eu já conhecia a mãe dele há três anos por telefone. Olha isso, três anos se falando só por telefone, sempre inventando uma desculpa ou outra pra não ir lá, com medo deles não entenderem, de expor o meu marido. (ENT 7)

Mas no início é o seguinte. É... Ele tinha vergonha dos pais dele saberem. Eu sentia isso nele. E todos os homens devem ser assim. Também não vou jogar pedra nele. Então demorou muito acontecer isso, porque a mãe dele ia lá em casa, os pais dele iam lá e ela usava roupas minhas, vestidos meus. Ela usa até hoje, ela é uma pessoa... Não tem preconceito de nada, nenhum deles tem... justamente no enterro da minha irmã, que ela veio saber que eu era realmente outra pessoa... Mas eu falei: “Olha! Oh! Acontece que não foi por mim, foi pelo seu filho porque ele tinha vergonha, tinha medo de dizer, não sabia sua reação...”. (ENT 5)

[...] geralmente, a preocupação que envolve o namorado é que o namorado não é gay, mas a família não vai entender que ele não é gay, os

amigos não vão entender que ele não é gay? (ENT 11)

No começo, ela [a mãe do companheiro] pensava que eu era feminina, mulher. Eu cansei de ir na casa dela. Aí, surgiu um assunto lá entre família e aí esse rapaz que eu estou com ele comentou e falou que gosta de mim, quer ficar comigo... Só que a família fica se metendo: botando terceiros, colocando coisas na cabeça dele pra ele não querer ficar comigo, me assumir... Não era pra ele ter comentado. Era para a gente levar na banha até ter um cantinho pra gente ficar... (ENT 4)

Aqui o Ser da mulher transexual, reconhecido pela sociedade apenas pelo sexo anatômico, é colocado escondido, permanecendo a relação no PARECER, pelo medo de que os companheiros sejam colocados sob suspeita perante suas famílias. Além disso, previnem o risco de que as mulheres transexuais se perpetuem na condição de monstro, situação já vivenciada na sociedade.

O ingresso no Processo Transexualizador seria a esperança para uma vida livre (BENTO, 2008), sem precisar mais de disfarces ou camuflagens. Neste sentido, o Processo Transexualizador favoreceria o estabelecimento da relação SER-PARECER para a sociedade e, desta forma, confirmaria a sua existência humana, retirando-a da categoria de monstro e colocando-a na inteligibilidade. A cirurgia criaria espaços de “pertencimento, legitimidade e de inteligibilidade social”, o que conferiria a condição de humanidade aos que tanto a perseguem (PETRY, 2011, p. 168).

Olha, direta é no sentido de que ela vai eliminar primeiro os conflitos em relação a mim mesmo. A começar a me acostumar também com o novo corpo que eu vou estar recebendo, começar também a me conhecer porque, a partir daí, também vai ser criado um novo. Vai ser novo pra mim também. Vamos aproveitar, quer dizer, começar a lidar com algo que não existia ali e com relação ao convívio social que vai me ajudar. O meu convívio social, no meu trabalho, com relação aos constrangimentos que não vou ter que passar, não precisar passar. (ENT 10)

O Processo Transexualizador, neste sentido, tem o objetivo de favorecer o estabelecimento da total congruência entre o SER-PARECER, incluindo os órgãos genitais. Não existirá, dessa forma, nenhum resquício que leve à desconfiança do não estabelecimento dessa relação. A partir desta modificação, supostamente serão abertas as portas da sociedade para o estabelecimento do mundo EU-TU e, em consequência, de seu reconhecimento de sua existência humana. A partir disso, todo o preconceito e estigma e sua materialização em agressões verbais, não verbais e físicas passariam a fazer parte do passado.

O Processo Transexualizador, enquanto política pública, é pautado na integralidade da atenção e na não discriminação. Pensando na integralidade como proposto por Cecilio (2009) e Cecilio e Matsumoto (2006), pode-se considerar que a política pública seria importante no reconhecimento dessa pessoa humana em sua existência, através de uma atitude EU-TU. Os princípios de totalidade, responsabilidade, autenticidade, reciprocidade e alteridade, seriam respeitados e realizados em sua plenitude. Seria “ver o outro” em sua singularidade, o “TU real para quem o EU deve responder” (AMITRANO, 2011).

Entretanto, para poderem realizar as modificações corporais, existe a necessidade de um diagnóstico médico, visto que a portaria está embasada na resolução 1955 do Conselho Federal de Medicina (2010) , através da qual a pessoa transexual precisa estar enquadrada nos critérios médicos para o recebimento do diagnóstico médico de transexualismo.

Se conseguir provar que se enquadra dentro desses critérios, será qualificada a receber um laudo médico, que seria o passaporte ou, como define Ventura (2009), o *habeas corpus*, para a possibilidade de realização das modificações corporais.

Eu acho que elas veem o diagnóstico como um mal necessário. Elas morrem de medo de não ter diagnóstico e não serem atendidas. O diagnóstico é a única forma de elas conseguirem assistência. As ativistas brigam contra o diagnóstico, e aí elas ficam com muito medo; elas até compreendem, mas ficam com muito medo de, sem diagnóstico, não ter acesso. Então, elas sabem que não são doidas, mas têm medo de perder o diagnóstico e de perder o acesso. Não conheço alguém que fique feliz com o diagnóstico; elas ficam felizes por ter um laudo e aquilo ser um passaporte para o atendimento. Já vi gente até incorporando ao discurso o que vem escrito no laudo: “Eu detesto meu pênis.”, falam tudo direitinho! Porque sabem que têm que ser assim mesmo... (ENT 12)

Frente à heteronomia das mulheres transexuais no Processo Transexualizador, por não serem as próprias mulheres transexuais a se auto-determinarem em suas ações, a alteridade e a autenticidade ficam comprometidas porque existe uma assimetria de poder, onde alguém externo deve confirmar sua condição de transexual, para poder usufruir da política pública.

A responsabilidade do profissional no Processo Transexualizador deixa de ser com a pessoa humana e passa a ser com o diagnóstico disfarçado de preocupação e cuidado para que não haja risco de frustrações e arrependimentos.

As mulheres transexuais precisam confirmar os requisitos médicos, precisam provar que são **verdadeiros transexuais**. Isto significa que, para o alcance do

objetivo final, a modificação corporal, deve-se falar o que se espera que seja dito. A conversação genuína não pode acontecer porque as mulheres transexuais são “governadas pelo pensamento do próprio efeito produzido quando diz o que têm que dizer” (BUBER, 1982, p. 138).

Não havendo conversação genuína, também não há reconhecimento da existência humana, ficando apenas uma relação EU-ISSO entre indivíduos com objetivos comuns de realização da modificação corporal. É como se o Eu (pessoa transexual) se apresentasse ao outro (médico) baseado no PARECER, e não em sua relação SER-PARECER, ou seja, na sua singularidade, visto que qualquer deslize poderia ser considerado inadequado, com o posterior castigo de não recebimento do laudo.

E aqui eu já vivi uma situação envolvendo a [nome social], quando, numa conversa da equipe, alguém falou “Ela tem prazer com o pênis, então, ela não é verdadeira”, e a [nome social] é uma mulher, você olha e não tem dúvida... Mas, dentro da equipe, havia essa dificuldade de ela ser ou não ser transexual verdadeira, porque tem muita resistência em fazer a cirurgia, o que seria um apego ao pênis. Então, por isso, ela não seria verdadeira. Mas, no atendimento a ela, eu achei que sua dificuldade era uma dificuldade sócio-familiar de fazer a cirurgia e talvez uma questão de medo da cirurgia, o que eu também tenho... É um medo que qualquer um de nós está passível de ter. Mas, como é uma pessoa transexual e tem medo de fazer a cirurgia, dizem “Todo mundo quer tirar o pênis, como que ela não quer tirar o pênis?!”, mas, ora, ela tem medo. Ela quer, mas tem medo. Todo mundo tem medo... Exatamente. Aí ela cai nessa história de ser ou não ser verdadeira e acaba tendo sua identidade questionada: “Quer tirar? Não quer tirar? Por que?”. Então, eu acho que a gente está muito dentro da caixinha ainda. (ENT 12)

Portanto, a necessidade do diagnóstico médico reproduz uma relação EU-ISSO da sociedade porque retira a autenticidade da relação. O diagnóstico passa a ser a *palavra-princípio de separação*, reforçando a condição de monstros que precisam ser retificados, consertados, para poderem ter reconhecida sua existência humana.

Entretanto, esse tipo de relação estabelecida compromete a integralidade da atenção à saúde, já que é preciso dizer o que se quer ouvir e qualquer outra necessidade de saúde que seja apontada pode comprometer o alcance de seu objetivo: a modificação corporal.

Nesse sentido, voltando ao reconhecimento da existência humana, a política pública do Processo Transexualizador reforça a condição do transexual como ISSO, necessitando que sejam revistas as condutas para que se estabeleça o

encontro dialógico não focado na modificação corporal e sim na singularidade do SER. Para que seja possível, efetivamente, estabelecer uma relação EU-ISSO onde

cada um dos dois se torne consciente do outro de tal forma que, precisamente por isso, assume para com ele um comportamento que não o considere e não o trate como seu objeto, mas como um parceiro num acontecimento de vida [...] é este o fator decisivo: o não-ser objeto” (BUBER, 1982, p. 137-138).

Somente na relação dialógica da mulher transexual com o profissional da Unidade de Atenção Especializada é que se alcançaria a integralidade e, desta forma, a real inclusão no sistema de saúde, proporcionando a essas pessoas o direito à saúde. Entretanto, é possível que estejam sendo excluídas do atendimento de uma demanda legítima – usufruir de uma técnica cirúrgica – e, ao mesmo tempo, a assimetria de poder entre as partes – profissionais da equipe do Processo Transexualizador e mulheres transexuais – faz com que estas mulheres não sejam percebidas ou elas próprias não apontam outras necessidades. A consequência desta dinâmica é a restrição da integralidade da atenção à saúde.

Ao concluir este capítulo, vê-se que a realização da *Capacidade Estabelecer relações afetivas- sentir-se pertencida* coloca em discussão a sexualidade e a dimensão ética desta Capacidade. O que se percebe ao longo do desenvolvimento da mulher transexual é que as pessoas da sociedade percebem que estas mulheres não obedecem à norma binária heterossexista, que se apresenta como o maior obstáculo à realização desta Capacidade. Isso interfere no reconhecimento do outro em sua existência humana, podendo ser observados casos nos quais a mulher transexual é deslocada para a condição de abjeta (BUTLER, 2001), ou monstro (LEITE JUNIOR, 2012). Esta dinâmica, pelo visto, depende da fase de desenvolvimento pessoal e da etapa de modificação corporal em que está.

Enquanto as mulheres transexuais ainda não se reconhecem e não se encaixam em nenhuma “caixa” já conhecida da sociedade, elas são abjetas porque estão ainda na inteligibilidade, porque não existe uma relação entre o SER-PARECER. Quando as mulheres transexuais passam a buscar essa coerência entre o SER-PARECER, iniciando a utilização de hormônio e buscando as modificações corporais compatíveis com sua identidade de gênero, elas passam a ser consideradas monstros, e ainda não passíveis de serem reconhecidas em sua

existência com o estabelecimento da relação genuína EU-TU.

O mundo do Eu-TU somente é conseguido nas relações com seus pares, amigos ou com seus companheiros. Neste lugar, as mulheres transexuais são respeitadas em sua singularidade e autenticidade. E, neste sentido, o Processo Transexualizador representaria o restabelecimento da relação SER-PARECER, favorecendo que as mulheres transexuais possam ser confirmadas em sua existência por outra pessoa e possam ingressar no mundo do EU-TU.

Entretanto, essa palavra de separação se perpetua no Processo Transexualizador, na medida em que as mulheres transexuais são analisadas e devem comprovar sua condição através dos critérios estabelecidos pela Medicina, reforçando a relação EU-ISSO. Da forma como se apresenta, a política do Processo Transexualizador parece apenas buscar reenquadrá-las na norma social dominante, por meio das modificações corporais, ou seja, buscar a coerência SER-PARECER. Ao contrário disso, o Processo Transexualizador, enquanto política pública, deve avançar e buscar cada vez mais ampliar seu foco para além da técnica cirúrgica que acaba perpetuando o sentido de ISSO da mulher transexual.

6.2 A perspectiva de justiça relacionada à (não) realização da capacidade estabelecer relações afetivas- sentir-se pertencido

Ao longo deste capítulo, percebeu-se que a Capacidade *Estabelecer relações afetivas- sentir-se pertencida* fica comprometida, tendo em vista que a confirmação da existência humana da pessoa transexual não acontece, entendendo que “o homem é, antropologicamente, não no seu isolamento, mas na integridade da relação entre homem e homem” (BUBER, 1982, p. 152). O motivo dessa não confirmação parece estar associado à incongruência na relação SER-PARECER da mulher transexual, que transita no SER e PARECER nas diversas fases do seu desenvolvimento, acabando por interferir na relação entre um ser pessoal e outro ser pessoal.

A partir da identificação da não realização dessa Capacidade, percebe-se seu comprometimento na vida das mulheres transexuais porque isto impede que outros Funcionamentos aconteçam – em consequência, a não realização de seus

projetos de vida, o que, talvez, só poderá ser possível após a alta do Processo Transexualizador, ou com a mudança do nome civil, o que deve ser alvo de estudos que busquem essa avaliação.

Na perspectiva de justiça que adotamos, a pessoa humana é definida como “sistemas funcionais dinâmicos, flexíveis, que se transformam e se moldam, numa tentativa de melhor se harmonizar com seu entorno e alcançar uma realização plena” (DIAS, 2015b, p. 79).

Se um desses sistemas funcionais não é realizado, haverá um prejuízo de outros Funcionamentos, que estão inter-relacionados a ele, para que a pessoa humana possa desenvolver seu projeto de vida. No caso, a não realização da *Capacidade Estabelecer relações afetivas- sentir-se pertencida* prejudica outras Capacidades, também básicas, do *Livre exercício da sexualidade e autonomia da Identidade de gênero, Ser saudável, Educação formal, Sustentar-se*.

Nesse sentido, dentro de uma visão de justiça adotada nesta tese, a mulher transexual não consegue florescer como pessoa humana, já que a sociedade, com sua norma sexual binária, impede a realização de uma Capacidade básica, o que acaba por comprometer todo o sistema funcional .

7- CAPACIDADE DE SER SAUDÁVEL

A saúde, na visão de Sen (2002, p. 303), é “uma das condições mais importantes da vida humana e um componente fundamental das possibilidades humanas que temos motivos para valorar”.

No Brasil, a lei do Sistema Único de Saúde (SUS) 8080, de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, em seu artigo 2º enfatiza que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, p. 1).

Segundo Ribeiro e Dias (2015, p. 93), saúde, conforme anteriormente descrito, é definida como “a Capacidade normativa dos seres humanos, operando através de um conjunto de Funcionamentos básicos – como um sistema dinâmico e interativo – que para serem desenvolvidos e exercidos precisam de determinadas condições materiais de existência”. Neste sentido, a Capacidade de *Ser saudável* é fundamental em si mesma, já que, de um lado, ela é a própria saúde das pessoas, e de outro, tem um valor instrumental porque possibilita a realização de outros Funcionamentos básicos. (RIBEIRO, 2014) Paralela e inversamente também sofre interferência de outros Funcionamentos que favorecem ou dificultam sua realização.

Nussbaum (2008, p. 79; 2007, p. 77), em sua lista das *capacitações humanas centrais*, inclui a saúde corporal entendida como “ser capaz de ter boa saúde, inclusive saúde reprodutiva; estar adequadamente nutrido, e ter adequado abrigo”.

Na revisão da literatura, onde se buscava estabelecer os Funcionamentos considerados relevantes na literatura sobre a transexualidade, identificou-se que, para a pessoa transexual realizar a Capacidade de *Ser saudável*, seria necessário o acesso aos diversos níveis de atenção à saúde, para atendimento das demandas e das necessidades de saúde, livre de discriminação de qualquer espécie.

A demanda de atendimento dizia respeito à busca por modificação corporal, seja através de hormônio ou por meio de procedimentos cirúrgicos. No tocante às necessidades de saúde, foram incluídas as condições de vida e a autonomia de viver – esta diretamente relacionada à pessoa humana, ao acesso e consumo de tecnologia para melhorar e prolongar a vida (que possui relação com a demanda) e

estabelecimento de vínculos afetivos e efetivos entre o usuário e a equipe profissional (CECILIO, 2009). E, finalmente, o respeito às diferenças, visto ser a discriminação um dos empecilhos apontados para o acesso e a utilização dos serviços de saúde.

A integralidade da atenção à saúde, associando atendimento às demandas a um ambiente de respeito e pertencimento, favoreceria a realização da Capacidade de *Ser saudável* das mulheres transexuais. A escuta da “voz das mulheres transexuais”, alvo do Processo Transexualizador, bem como dos profissionais envolvidos, pode definir que Funcionamentos são básicos para a realização dessa Capacidade e sua relação com outros Funcionamentos/Capacidades. A identificação da Capacidade de *Ser saudável* e de suas interfaces com outros Funcionamentos básicos poderá contribuir para o aprimoramento do Processo Transexualizador, apontando suas fragilidades e potencialidades, que poderão vir a ser, mais tarde, alvo de ajustes.

Este capítulo buscou identificar os Funcionamentos que compõem a Capacidade de *Ser saudável*, assim como a relação com as Capacidades reconhecidas como básicas pelas mulheres transexuais.

7.1 A constituição dos Funcionamentos que compõem a Capacidade de ser saudável

A partir da análise dos depoimentos, a capacidade de ser saudável é composta pelos seguintes Funcionamentos: a) *Acesso à Rede de Atenção à saúde*; b) *Tecnologias de saúde*; c) *Autonomia*; d) *Atendimento das necessidades de saúde*; e) *Confidencialidade*.

7.1.1 A rede de atenção

O Processo Transexualizador, em todas as suas três portarias promulgadas (BRASIL, 1707 e 457, de 2008, e 2803, de 2013), tem como pilar a integralidade,

prevendo o estabelecimento de uma Rede de Atenção à saúde, reconhecida como “o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente” (BRASIL, 2011, p. 1). As portarias referidas ressaltam, ainda, a não-centralidade da meta terapêutica no procedimento cirúrgico, seja do genital ou sobre os caracteres secundários.

Para a estruturação dos serviços, a Portaria 457/2008 enfatiza, em várias partes, a necessidade da articulação da Unidade de Atenção Especializada com os diversos níveis de atenção (BRASIL, 2008a). A Unidade de Atenção Especializada é a responsável pelo atendimento dos usuários que são indicados para o Processo Transexualizador, devendo o hospital à qual está vinculada ter as seguintes características: ser um hospital universitário estruturado para o ensino e a pesquisa, contratualizado com o SUS, estar articulado com o sistema de saúde local e regional, e a existência de protocolos de atendimento para o Processo Transexualizador (BRASIL, 2008, p. 2).

A nova Portaria 2803 (de 2013) retirou a obrigatoriedade do hospital ser universitário, já que, amparados na portaria do Conselho Federal de Medicina de número 1955, os procedimentos cirúrgicos no caso de mulheres transexuais deixam de ser experimentais (BRASIL, 2013c). Esta portaria estabelece claramente a linha de cuidado, estruturada na Atenção Básica como “um componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua coordenação”; e a Atenção Especializada que comporta a modalidade ambulatorial e hospitalar: “conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado, apoiando e complementando os serviços de Atenção Básica [...]” (BRASIL, 2013c, p. 2).

Além de explicitar as ações a serem desenvolvidas na Atenção Especializada, define, em seus artigos 2º e 3º, que a Atenção Básica será a porta de entrada do usuário na rede (BRASIL, 2013), o que significa que será o “serviço de atendimento inicial à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011, p. 1). Em seu artigo 4º: a integralidade do cuidado no componente Atenção Básica “será garantida pelo encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializada no Processo Transexualizador” (BRASIL, 2013, p. 2). Na visão da Portaria, a rede de atenção contribuiria no atendimento integral ao identificar demandas e necessidades, definir

encaminhamentos e, em consequência, contribuir para a realização da Capacidade de *Ser saudável*.

Nos relatos das mulheres transexuais que, em sua maioria, ingressaram no Processo depois de 2008, o caminho para chegar à Unidade de Atenção Especializada se deu por demanda espontânea, por indicação de amigas, anúncio em jornal, sugestão de mulheres transexuais já inseridas no Processo, entre outros, não havendo relatos de encaminhamento de outra Unidade Básica de saúde:

Eu cheguei em 2008, através de um anúncio no jornal. Eu acho que foi até n'O DIA. Meu pai, sabendo já da minha... que eu sempre falei em casa, depois disso tudo, que eu queria me operar. Ele tava lendo o jornal e falou: "Olha aqui! Vem ver!" Eu li, recortei, e até hoje eu tenho guardada a reportagem. Aí eu vim. (ENT 2)

Então ele falou assim: "mas por que você é assumida e não faz a cirurgia?" Eu falei: "Eu, fazer cirurgia meu filho? Quem sou eu? Ir lá pro Estados Unidos, quem sou eu? Eu nem sei onde fica São Paulo, quanto mais os Estados Unidos..." Ai ele falou: "Não, aqui no Rio faz. Eu tenho tantas amigas minhas que fizeram". "É, é? Você pode me dar o endereço então para eu ir lá?" Ai ele me deu o endereço e eu fui lá. (ENT 5)

Em uma única fala detecta-se, de fato, encaminhamento. Mas ele não surgiu da Rede de Atenção à saúde e sim de uma organização não-governamental:

Eu já tinha ido uma vez aqui, naquela ONG que tem ali na Central, então lá eu conversei com um rapaz. Foi quem resolveu o meu problema. Ele pediu pra mim voltar lá outro dia, eu voltei. Ele me arrumou uma psicóloga, aí eu fiz duas consultas com ela e ele, junto com a psicóloga, me deu o encaminhamento pra cá [...] Oh! Você vai, que é lá, aí você vai e entrega esse papel. Isso foi em 2010. Aí eu vim, entreguei e fiz a primeira consulta. (ENT 8)

Percebe-se uma "auto-demanda" por ingresso no Processo Transexualizador, sem qualquer encaminhamento de Unidade de Atenção Básica para Atenção Especializada. Mesmo estabelecido, desde 2008, que a porta de entrada seria a Rede Básica, a demanda é espontânea, ancorada no desejo de realização de cirurgias para a modificação corporal. Portanto, o passaporte para o ingresso no sistema de saúde é o autorreconhecimento como transexual que leva à busca, dentro do sistema de saúde, de um serviço que ofereça a possibilidade de utilização de tecnologias biomédicas para adequar o corpo à identidade de gênero.

Apesar da regulamentação da porta de entrada, existem entraves reais na Atenção Básica para sua efetivação, de cunho discriminatório e de estigma, que

impedem que a universalidade se concretize para as pessoas transexuais. São entraves que geram exclusão e autoexclusão como estratégias de auto-preservação na Rede de Atenção de saúde, aumentando desigualdades e disparidades em saúde, além da vulnerabilidade, com riscos, inclusive, de desfechos de saúde adversos (OMS, 2013, 2014). A busca solitária por atendimento direto na Atenção Especializada pode ter origem na vivência cotidiana destes entraves, materializados em situações de não respeito ao nome social, constrangimentos, associação com o estado de portador da AIDS por ser transexual, entre outros:

[...] na maioria das vezes, não procura o serviço de saúde básica por qualquer queixa de saúde, por medo da discriminação [...] quando ele chega, ele fatalmente será discriminado... (ENT 12)

Mas eu não tenho dúvida alguma de que lá fora haveria transfobia. (ENT 13)

[...] eu fui fazer vacina, eu com o meu marido, logo assim que surgiu a epidemia de influenza e quando chegou na hora de me separar, ele foi pra um guichê de atendimento e eu fui pro outro. A moça perguntou pra mim: "A senhora é alérgica?" Eu digo: "Não". "Qual o nome da senhora?" Eu digo: "Fulana". "A senhora é gestante?" "Não". "A senhora está menstruada?" Eu digo: "Não, não estou menstruada". "Não, porque não pode estar menstruada..." Eu digo: "Eu tenho certeza que eu não estou no ciclo". "Ah! Pode me emprestar a sua identidade?" ... Ai ela pega a identidade e faz assim... "Olha! Não pode ser soropositivo, não pode ser usuária de drogas, não..." Muda completamente. É verdade... Eu saí de lá completamente constrangida, arrasada!... Arrasada porque até então, ela foi super assim: Olha! Não pode estar menstruada, tem certeza, que não sei o quê! Mas quando eu falei, quando ela viu quem eu era, que na identidade era uma coisa e que eu era outra pessoa, era eu mesma, mas em outra condição, ela associou a drogas, a soropositividade. E isso me deixou muito triste. (ENT 7)

Muito francamente falando, eu evito. Evito porque eu peço a Deus para não ficar doente nunca. Nunca não porque um dia, infelizmente, sempre tem uma coisinha ou outra. Mas eu rezo muito [...]. (ENT 2)

Às vezes, a pessoa dá um nome, o nome de nascimento. Não dá o nome social. Ai quando chega a pessoa que vai chamar a pessoa que vai ser atingida... Ai fala, fulano de tal. Ai você chega lá... As pessoas que estão conversando com você pensam que você é, às vezes, geneticamente feminina, ficam tomando um baque. Mas essas coisas acontecem. (ENT 5)

Aceitar que as pessoas transexuais possam ser incluídas no sistema de saúde via Unidades de Atenção Especializada, e não pela Atenção Básica, é uma questão de justiça. O tratamento desrespeitoso a que são, muitas vezes, submetidas é inaceitável e evitável. Associado a isso, o Processo Transexualizador já acolhe suas demandas, precisando apenas ampliar seus horizontes para atender

as suas necessidades. Para isso, esses espaços devem atender integralmente esse grupo, adotando estratégias que visem tornar a rede de atenção efetiva para elas, com capacitação da equipe multidisciplinar não apenas na Atenção Especializada, mas em toda a rede. O que, nos documentos oficiais, é um dos pilares do Processo Transexualizador (BRASIL, 2008, 2013), nos relatos das mulheres transexuais não foi realizado.

A discriminação vivenciada pelas mulheres transexuais nos ambientes de atenção à saúde comprometem a *Capacidade Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero* e também interfere na *Capacidade Relações afetivas – de se sentir pertencida*, por comprometer gravemente as relações estabelecidas entre profissional-usuário. Diante disto, o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ser utilizado apenas quando existe algum problema de doença:

O SUS que eu uso é só o daqui, graças a Deus eu nunca vou no hospital não. Eu procuro sempre que eu tiver necessidade. Espero nunca ter... Nunca precisei. Nunca senti nada que pudesse, que tivesse a necessidade de ir no SUS. (ENT 8)

Ultimamente, não tenho nem ido, só às consultas daqui – porque, graças a Deus, gripe, resfriado, dor, isso sinto nada. (ENT 3)

A Atenção Básica tem como premissas a descentralização e a capilaridade, visando proximidade da vida das pessoas. Entretanto, pelos relatos, as pessoas trans não são contempladas por essas premissas, evidenciando a importância de valorizar o momento de inclusão no sistema como um momento bastante oportuno de identificar e contribuir para a resolução das outras necessidades de saúde, a fim de que a Capacidade de *Ser saudável* seja promovida.

Devem ser pensadas e realizadas estratégias de integração entre os serviços de saúde dos diversos níveis de atenção, assim como a capacitação dos profissionais da equipe multiprofissional para o atendimento qualificado, buscando tornar real a Rede de Atenção a esse grupo de pessoas, e não apenas uma burocracia que, ao invés de incluí-las no sistema de saúde, pode alargar as dificuldades de inserção no mesmo, excluindo ainda mais um grupo já bastante excluído do sistema de saúde, tornando moralmente injusta a não promoção da Capacidade de *Ser saudável*.

Mas o problema da discriminação também ocorre na Atenção Especializada, onde as mulheres transexuais também vivenciam processos discriminatórios,

apesar da qualificação e capacitação dos profissionais:

Deu um problema muito sério mesmo ali embaixo... Porque eu cheguei lá ia dar oito horas da manhã, a fila estava imensa. Você não faz ideia. Todo mundo junto assim, os senhores, as senhoras, os rapazes, a gente toda, toda na fila pra marcar consulta e infelizmente eles estavam pegando o povo, os heteros e estavam pegando a gente e botando pra escanteio [...] Aí, daqui a pouco, veio um rapaz com um monte de carteira. Fulano! Fulano! E as trans ali no canto aguardando. Não estavam marcando a nossa consulta. Eu saí de lá as duas horas da tarde [...] Os outros pacientes já tinham tudo ido embora. E era um monte de trans lá. Até que teve uma que se revoltou, começou a gritar... Começou a gritar uma trans: “Eu pelo menos já sou operada e as coitadinhas que estão aqui? Enfrentaram essa fila e até essa hora ...” O rapaz falando que não, porque estava tentando organizar. “Que organização que você... Esse moço acabou de botar a carteira ali e você já marcou a consulta e já deu pra ele. A mesma coisa ela, fez o mesmo e você manda ela ficar aqui esperando. Que organização é essa?”. (ENT 8)

Mas, quando ele foi orientado e mesmo assim continua, a questão não é mais orientação, a questão é preconceito, e preconceito a gente lida com sanções. Eu falo assim “Olha, essa pessoa tem direito de te acionar judicialmente. Você está sendo preconceituoso. Você é funcionário público e não pode fazer isso.” Sempre a primeira abordagem é “Vamos partir do princípio de que a pessoa não sabe.”, mas, em geral, a pessoa sabe e é preconceituosa, a ponto de dizer para a gente “Não aceito isso. Esse nome de guerra aí ela usa na pista. O nome no documento não é esse? Seu documento não é esse?” [...] Eu também vejo muita dificuldade do hospital, enquanto instituição: “Olha, tem essa lei. Concordando ou não concordando, é ela que tem.”, porque se esse funcionário sabe que pode ser punido e repreendido... Sim, ele tem que respeitar. Ele que engula o preconceito dele. Mas ele sabe que não vai acontecer nada, que ninguém vai fazer nada, então ele pode vomitar o preconceito dele: “Ah, porque é minha liberdade de expressão.”, uma liberdade de expressão que machuca o outro? Que inibe o outro? Que aniquila o outro? Que liberdade de expressão é essa que aniquila o direito do outro de existir, não é? (ENT 12)

O trabalho que a gente faz não é feito no hospital como um todo, por ser um hospital que tem um setor de referência. Por exemplo, eu já tive dificuldade de internar uma paciente, pois tinha uma menina nova na recepção, que não queria internar de jeito nenhum na Ginecologia, onde a paciente já seria a segunda trans, e a menina da recepção me ligou falando que não podia internar de jeito nenhum um homem na feminina. Eu falei “Você está há quanto tempo trabalhando aí?”, “Ah, tem pouco tempo.” “Mas ninguém nunca te explicou que a gente interna e tal?”. Isso gerou um transtorno para aquela paciente que estava lá embaixo pedindo somente sua internação e achava que a pessoa que estava lá já entendia, mas não. Então, eu acho que, na verdade, essa dificuldade do acesso é um dos maiores problemas e é onde a gente deveria trabalhar mais. (ENT 14)

Estando aqui, encaminham-na ao [outro hospital] para fazer cirurgia plástica, ela vai sofrer atitudes transfóbicas, com certeza. Vão existir situações em que os médicos de lá – aqui mesmo aconteceu – vão ter medo de mexer nesse útero saudável – “Não vou tirar esse útero saudável, esse ovário está saudável. Vou ser acusado de ter feito...”. (ENT 13)

Fica evidenciado que esse preconceito permanece sendo vivido, mesmo na Unidade de Atenção Especializada, comprometendo, como já apontado, a *Capacidade de Relações afetivas-sentir-se pertencida*, e, por consequência, a *Capacidade de Ser saudável*.

Então, inicialmente, a gente chegava lá e batia na porta da Ginecologia dizendo “Olha, estou trazendo aqui o paciente. É um transexual, tome cuidado, chame-o por seu nome social. Não tem que oferecer um atendimento melhor, mas um atendimento igual, para não oferecer constrangimento...”. (ENT 14)

Diante do que foi apresentado, parece que a informação já não é suficiente para as pessoas preconceituosas que, considerando os espaços públicos como extensão de seus pensamentos retrógrados e preconceituosos, criam estratégias de perpetuação de preconceito e atitudes discriminatórias, sempre disfarçadas em desconhecimento e esquecimento.

O acesso à Rede de Atenção à saúde ainda preocupa mais quando pensamos na alta do Processo Transexualizador. Existirão novas necessidades de saúde, relacionadas à prevenção do câncer de mama, ao acompanhamento ginecológico, à prevenção do câncer de próstata e ao controle das taxas hormonais, que precisam ser pensadas e resolvidas para que a *Capacidade de Ser saudável* seja uma realidade para essas pessoas.

Diante do exposto, sugerem-se novos estudos que aprofundem questões relacionadas ao acesso das mulheres transexuais à Rede de Atenção, avaliando o atendimento de suas necessidades de saúde e os entraves para a qualidade da assistência, antes e após a alta da política pública.

7.1.2 Tecnologias de saúde

No que se refere a modificações corporais, as mulheres transexuais, partindo de suas demandas, sugerem a possibilidade de associarem outras ações de saúde, já que o Processo é muito demorado, entre eles, fonoaudiologia, endocrinologia e dermatologia para tratamento a laser:

[...] uma fonoaudióloga, uma esteticista... eu estou começando pelos menos citados... eu tenho pêlos. E o hormônio muita das vezes não combate todos os pêlos... Agora, aquelas meninas que se descobrem transexuais, mas que eram homens casados e que tinham barbas. Só o hormônio não vai inibir esse crescimento de pêlos. Então, assim, você fazer um tratamento de laser é super importante e é caríssimo e muitas trans não têm condições de pagar. Isso poderia está agregado no programa de atenção a transexual. Fono eu acho também que é bacana... As meninas que não têm, que têm que dosar, que têm que entender, que têm que se descobrir. A gente não tem endocrinologista. (ENT 6)

Por exemplo, eu acho que eu precisaria de silicone, por exemplo. Nos seios... Isso é independente, mas com relação ao seio, por exemplo, é uma coisa que eu sinto que me faz falta. Entendeu? E é uma coisa que eu acho que eu sinto muita necessidade. E é uma coisa que eu quero pra mim e é uma coisa que eu vou correr atrás, por exemplo... Dos caracteres secundários mais importantes pra se sentir completo. (ENT 10)

Algumas técnicas de modificações dos corpos listadas acima já foram contempladas pela portaria 2803, de 2013 (BRASIL, 2013c), como os procedimentos de tireoplastia e a plástica mamária reconstrutiva bilateral, incluindo prótese mamária de silicone bilateral. Mas ainda não foram plenamente incorporados ao Processo Transexualizador.

No entanto, os outros procedimentos não disponíveis junto ao Processo Transexualizador são disponibilizados apenas para as pessoas que possuem maior poder aquisitivo e podem pagar por sua realização em clínicas particulares. Entretanto, as mulheres transexuais que apresentam dificuldades de realização do Funcionamento *Sustentar-se* ficam na dependência da inclusão desses procedimentos dentro do Processo. Esta diferença de acesso relacionado ao poder aquisitivo acaba por gerar ou aprofundar a injustiça social.

O atendimento integral no Processo Transexualizador não pode ser abordado como um tratamento excepcional às pessoas transexuais. Trata-se de uma questão de equidade, que “fundamentalmente reivindica a diminuição das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas diferenças que são ao mesmo tempo desnecessárias, evitáveis, inaceitáveis e injustas” (FREITAS; PEDEBOS; MEDEIROS, 2013, p. 101).

Uma outra questão relevante para o acesso à tecnologia de saúde é a hormonioterapia e a importância dos pais nesse processo de modificação corporal. Normalmente o uso de hormônio tem início na adolescência, por conta da angústia causada pelos primeiros sinais de puberdade (CFM, 2013), sendo necessária, junto

ao médico, a aprovação ou autorização dos pais para início do uso, o que pode acabar por aumentar o risco de auto-medicação e o não acesso ao atendimento:

O grande problema do tratamento hormonal é que, muitas vezes, na adolescência, ele depende dos pais para levar até o médico. E o pai e a mãe não aceitam. Então, ele já tem esse comprometimento na saúde, por conta de não ter o acesso ao atendimento. (ENT 14)

No Brasil, a Portaria Interministerial 2803/2013, do Processo Transexualizador, prevê o início da hormonioterapia apenas com 18 anos. Existe um silêncio, em termos de políticas públicas, sobre a temática para os adolescentes e o acompanhamento dos pais.

Somado a isso, o procedimento para cobrança no Sistema Único de Saúde prevê a disponibilização do hormônio apenas após o diagnóstico (BRASIL, 2013). Entretanto, um dos critérios para avaliação do diagnóstico médico, de acordo com o artigo 3º, item 2, é o “desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto” (CFM, 2010, p. 3). Sendo o diagnóstico baseado na modificação corporal, parece existir uma incoerência da política, em termos de abrangência, quando esta estabelece o marco apenas a partir dos 18 anos e a disponibilização do hormônio após o diagnóstico. A política pública parece negar os fatos que a auto-medicação se inicia ainda na adolescência, e que a restrição da idade apenas acentua os riscos de complicações pela auto-medicação, além de aumentar a angústia e o sofrimento dessas pessoas pelos conflitos oriundos de sua condição (ARÁN, 2009). Cabe ressaltar que, na promulgação da portaria 2803, de 2013, o Conselho Federal de Medicina já havia se pronunciado a esse respeito, através do Parecer 8/2013, cuja ementa é: “adolescente com TIG [Transtorno de Identidade de Gênero] deve ser assistido em centro especializado, de excelência e multiprofissional. A hormonioterapia, de preferência, iniciada quando dos primeiros sinais de puberdade (bloqueio da puberdade do gênero de nascimento). Aos 16 anos, caso persista o TIG, a hormonioterapia do gênero desejado deve ser iniciada gradativamente” (CFM, 2013, p. 1).

Essa questão aparece quando a busca do cuidado de saúde para iniciar a hormonioterapia, na adolescência, ou, quando já adultas, a procura por tratamento em outras Unidades Básicas não garantem a capacidade resolutiva, ou seja, “a

capacidade dos serviços de saúde de prestar uma atenção de saúde condizente com as necessidades e demandas das pessoas” (OMS, 2014, p. 6). Associada a esta constatação, também não há garantia do encaminhamento à Unidade de Atenção Especializada para usufruir da tecnologia em saúde:

O posto lá da casa do caramba não sabe do centro de referência. Então, se o postinho de uma comunidade tivesse a noção de que isso pode acontecer, sem ser homossexual, talvez o agente de saúde fosse instrumentalizado para acolher esse ser, não apenas o ser, mas essa família, de um modo geral [...] Então, se isso estivesse acontecendo, seria ótimo. Mas aí a rede é furada. Aqui não comporta esse tipo de [atendimento], deveria comportar. Se aqui fosse um centro de referência como é o INCOR ou o INTO – todo problema de ortopedia vai para lá, todo problema [de coração] vai para o INCOR –, não necessariamente para atender toda a população, mas que orientasse, “Olha só, você está assim, vai para tal lugar”, entendeu? ... Minha ideia de centro de referência é mais para meio quer dizer, como instituição, que isso existe e que não é coisa de maluco, nem de “veado”... Então, o centro de referência valeria não para ter médicos, dermatologistas, não é isso, seria um centro de referência mesmo, para que a gente dissesse a essas pessoas “Tudo bem, fica calma, está tudo certo. Você não é um ET, você é uma pessoa especial, diferente da maioria. Mas isso não quer dizer que você seja diferente em seu ser”. (ENT 11)

Muitas vezes, esse paciente não quer falar de sua identidade e, no exame físico, ele vai ser manipulado, vai se perceber... Acho que a primeira coisa que eles têm quando passam mal é medo de ir ao hospital, porque vai ter que explicar para o outro o que ele é [...] Porque aí teria que justificar para o médico que “Não, eu sou virgem porque eu sou trans.” E os médicos, muitas vezes, não sabem nem o que é trans – “Como assim virgem, 30 anos e virgem, que é isso?!” (ENT 12)

Se o sistema de saúde é ineficaz no atendimento a essas pessoas e a necessidade de modificação corporal é uma questão vital, em função da busca de adequação à identidade de gênero, a consequência deste impasse se “resolve” com a prescrição “caseira” que marca o início da utilização de hormônio, o que não acontece por um profissional médico, mas por orientação de outras pessoas que já vivenciam essa experiência de se auto-medicar, conforme já relatado por Bento, Arán, Petry, entre outros:

Eu tomava hormônio por conta própria quando vim pra cá... Esqueci o nome do remédio. Eu tomava injeção... É. Injeção e comprimidos... tomava uma injeção por semana... e mais o comprimido. (ENT 6)

Que eu tinha um amigo que era gay e que tinha uma amiga que era travesti e falou que usava isso... E falava assim: “Oh! Você vai se sentir assim mais mulher, que não sei o quê! Se você tomar hormônio vai ter peitinho, que não sei o quê!” Então eu comecei a usar hormônio bem cedo [...] Ainda em casa, com 14, 15 anos. Injeção e comprimido... Por conta “propríssima”... E de uma maneira errada... (ENT 7)

E elas ensinam tudo errado. Você tem que fazer uma pirâmide, hoje você toma um comprimido, depois toma dois, depois toma três, até você chegar numa cartela... Inteira, exatamente e eu fiz isso... Isso, pra mudança ser rápida, irreal. Realmente a mudança foi muito rápida, muito rápida mesmo. (ENT 8)

Uma amiga... Você pega o da sua irmã. Ela toma, com certeza. E realmente... eu pegava o da minha irmã... E as trans indicam o Perlutan ou a Estraginona. E eu nunca tomei nenhuma das duas. Nunca tomei. A única que eu tomei, que depois que, com o tempo que eu vim a descobrir, e que elas indicavam também, e nem fabrica mais ela hoje, é a Bezagenostril. Era uma que vinha duas ampolinhas. Tomava as duas no braço direito. Era barato e era boa: fazia efeito rápido. E o hormônio era o Diani 35... (ENT 2)

No primeiro pagamento meu, eu gastei tudo de hormônio. Aquele hormônio feminino, aqueles comprimidos pra evitar neném. Ai... Acho que é anticoncepcional. Ai eu vim tomando, vim tomando, fui tendo peito, foi dando aquela dor, aquela dor, meu peito inchando, ficando bonito. Fiquei toda feliz. (ENT 5)

As pessoas falavam e eu comecei a tomar. Fazia aqueles coquetéis, tomava vários comprimidos, injeção. (ENT 3)

Nos atendimentos, com todos os pacientes com quem eu já conversei, eles começam a se hormonizar por conta própria, muitos deles fazem isso tardiamente e sempre fazem isso com a ajuda de colegas, com informações da internet, tomam pílulas, sem nenhum acompanhamento... Quando não é prescrito e não tem acompanhamento, eles fazem de forma inadequada mesmo. (ENT 12)

E mesmo sem atendimento de saúde em nenhuma Unidade de Atenção e utilizando hormônio por conta própria, essa mulher transexual consegue ingressar na política pública, mais uma vez, por auto-demanda. O que passaria, a partir do ingresso no Processo Transexualizador, a ser um tratamento controlado, perpetua-se em condutas inadequadas como a auto-medicação com hormônios. As mulheres transexuais tentam utilizar as medicações prescritas que, em geral, pelos relatos, são, no período pré-operatório, o Estreva gel (estradiol) e o Androcur (ciproterona).

Fazendo-se um cálculo médio¹⁸ do valor a ser gasto mensalmente por cada mulher transexual, temos: a) Estreva gel – o frasco tem utilização de 33 doses, o que podemos considerar um frasco para 11 dias. Os preços encontrados variam de R\$ 38,78 a R\$ 51,39, perfazendo uma média de R\$ 45,15 por frasco. Sendo necessários três frascos, o gasto total é de R\$ 135,30 por mês; b) acetato de

¹⁸ Ressalta-se que este cálculo é fictício, considerando que as prescrições são individualizadas, de acordo com a necessidade de cada usuário. Mas se utilizou como parâmetro os relatos das mulheres transexuais que informaram, na sua maioria, o uso de Estreva gel – 3 aplicações ao dia – e acetato de ciproterona – 2cp/dia. Os valores foram retirados do site <http://www.maispreco.com>, em outubro de 2014.

ciproterona – caixa com 20 comprimidos, o que podemos considerar uma caixa para 10 dias. Os preços encontrados variam em torno de R\$ 23,00 a R\$ 42,41, tendo como média R\$ 32,70. Sendo necessárias três caixas, o gasto total com esse item será de R\$ 98,10 por mês. Fazendo o cálculo do total da prescrição, o gasto mensal médio para uso regular dos hormônios prescritos gira em torno R\$ 233,40, o que corresponde a 29,75% do salário mínimo nacional (R\$ 788,00). O valor do tratamento é caro, principalmente para quem não dispõe de uma renda fixa mensal, o que leva muitas a não seguirem a prescrição médica, fazendo uso irregular dos medicamentos:

Porque o remédio estreva gel e o androcur é um pouco caro e eu estou sem condições. (ENT 4)

É, pois é! Não. Eu fico até pensando: pelo menos eu, graças a Deus eu trabalho, tenho como ir lá e comprar. As meninas que não têm, o sufoco que não passam e têm que tomar. Elas precisam da medicação... Você imagina o sufoco que elas não passam. (ENT 8)

Assim, uns dois meses atrás que eu não tive como comprar... Estou sendo honesta. Eu tenho outras prioridades na minha vida. Eu pago aluguel, não tenho dinheiro... Ai! Custa quase 49 reais. Eu não me vejo em condições de comprar sempre. (ENT 9)

Alguns têm vergonha de falar que não conseguiram, que não têm o dinheiro... eles vão arrumar dinheiro de qualquer forma para fazer esse uso, quando é prescrito... Eu vejo que, para quem trabalha, aquilo é mais importante do que a comida, e quem não trabalha fica muito frustrado, mas, em geral, não chega até o final. (ENT 12)

Porque ele passou pra mim Estreva gel, mas Estreva gel é extremamente caro. Está quase 70 reais o gelzinho que vem pouquinho e é pra você usar três vezes ao dia. Ai quando eu compro eu uso uma vez porque vem... porque é muito caro e vem muito pouco o gelzinho de estrogênio. (ENT 7)

Frente à falta de recursos financeiros para a manutenção do tratamento hormonal, o que pode comprometer a sua aparência física, algumas recorrem ao uso, por auto-medicação, de outros hormônios já utilizados anteriormente:

Eu só dei uma escapulida. Assim, uns dois meses atrás, que eu não tive como comprar e aí eu dei uma turbinada com o Perlutan, uma injeção. Mas já me falaram que não é bom. É muito perigoso. (ENT 9)

Agora eu estou tomando Premarin, só porque é estrógeno conjugado naturais. Nem o cetaproterona eu estou tomando que é o Androcur. Eu não tomei mais. Eu tomei o ano passado. Eu ainda comprei umas três caixas, que eu estava com dinheiro, e eu tomei. E agora, eu só to tomando o Premarin, que é vinte e poucos reais. E como é só estrógeno... (ENT 2)

Outras criam estratégias de diminuir o gasto final do hormônio:

E o acetato de ciproterona eu não compro androcor que só vem 28 comprimidos... Eu levei a minha receita pra uma farmácia manipulada aí através da... Porque eles não escrevem androcor. Eles escrevem acetato de ciproterona. Aí, através disso, a farmácia manipulada faz pra mim. Eu faço manipulado. Eu faço 90 comprimidos que dá 80, 90 reais. Se eu for comprar a cartelinha do androcor que é cento e pouco e que não vem 30 comprimidos. (ENT 7)

Percebe-se que, mesmo dentro do Processo Transexualizador, a questão relacionada à auto-medicação com hormônio se perpetua e talvez a gravidade seja maior porque as pessoas serão submetidas a um procedimento cirúrgico de alta complexidade e de riscos de complicações que podem agravar pelo uso irregular de hormônio. Verifica-se que, mesmo sendo prescritos, há necessidade de viabilizar a aquisição dos medicamentos, não bastando a orientação dos riscos potenciais para a saúde e a sua prescrição como uma ordem a ser cumprida, uma vez que a condição financeira não permite. Como a maior parte não consegue emprego e não faz jus aos benefícios sociais, só resta a opção da auto-medicação como forma de manutenção de sua identidade de gênero.

Ressalta-se que a disponibilização dos hormônios passou a ser prevista na Portaria 2803, de 2013 (BRASIL, 2013c), do Processo Transexualizador, o que significou uma conquista para as pessoas transexuais e a diminuição de riscos à saúde por auto-medicação. Mas, considerando todo o processo burocrático para sua realização efetiva, esta ainda não é uma realidade na instituição pesquisada.

Nesse sentido, comprova-se novamente que a realização da Capacidade de *Ser saudável* relaciona-se à capacidade *Sustentar-se* porque a hormonioterapia, para ser efetivada de acordo com o prescrito, necessita de uma fonte de renda, o que, para muitas, não é uma realidade. Ressalta-se que a dificuldade referente ao gasto mensal com hormônios foi abordada de forma unânime, mesmo entre as que possuíam algum vínculo empregatício.

A via judicial para conseguir o hormônio é uma estratégia utilizada, mas parece não ser eficaz para manutenção da regularidade de sua utilização, por conta da burocracia que se faz necessária e pela dependência de verba, que nem sempre é contínua:

Um ano sem tomar remédio porque eu pegava em São Gonçalo. Eu entrei

com um processo, consegui, ganhei. Só que conforme a política muda... Mudou o Prefeito, mudou tudo e então mudou tudo... Consegui agora e vou receber, e agora todo mês eu vou receber medicação. E eu fiquei um bom tempo sem receber. (ENT 4)

Aí quando foi em julho de 2011 que eu consegui através da defensoria pública, eu ganhei um mandato judicial que eu poderia ficar recebendo esse medicamento. Então, como na farmácia do estado só tem a ciproterona, não tem o gel, todo início do mês eu busco o meu comprimido, mas o gel não tem lá. Então, o que acontece? Eu teria que ficar indo na defensoria pública para pegar o dinheiro para comprar. Só que esse dinheiro nunca sai. Então também eu cansei, meio que deixei para lá. (ENT 1)

Apesar de conhecerem o caminho da justiça para aquisição do medicamento, algumas acabam desistindo de buscar este direito por ser mais um processo demorado. Por outro lado, a necessidade do hormônio, para a manutenção de sua identidade de gênero continua sendo uma questão urgente:

Eu sei como demora. Vai ficar mais um processo, mais uma demora, e já estou de saco cheio... (ENT 3)

São poucos que vão até o fim, porque demora muito realmente e eles têm muita pressa, porque acham que o hormônio vai fazer um efeito rápido na aparência e na voz. (ENT 12)

A realidade de dificuldades de utilização dos hormônios, por conta do custo dos medicamentos e da falta de renda para a regularidade da utilização, não é oficialmente dividida com os profissionais que os prescrevem, apesar dos indícios que são apontados, como, por exemplo, quando se afirma que o preço é caro. Mas é como se fosse assinado um acordo de silêncio:

Elas dizem que é caro, principalmente o androcur. Então, algumas mandam manipular, elas dão o jeito delas. A grande maioria toma medicação, até porque, se não tomar, desmonta. Algumas tomam aquela injeção, mas não falam, nem para os médicos, nem para mim... Mas há algumas que não tomam. (ENT 11)

O silêncio no tocante à utilização de hormônio pode estar relacionado a várias questões. Uma delas pode estar ligada ao medo, por parte das mulheres transexuais, de que a informação do uso não regular do hormônio prescrito, ou o questionamento sobre a possibilidade de uso de um mais barato, possa causar algum tipo de atraso na realização da cirurgia. Se, de um lado, a utilização de hormônio é para a adequação de sua aparência física à sua identidade de gênero, do outro, a confissão pode, por consequência, postergar ainda mais essa adequação cirúrgica.

Outra possibilidade seria um “acordo velado entre profissionais de saúde e usuários/as dos programas de transgenitalização”, que Borba (2014, p. 87) apresenta em seu estudo quando verifica que as narrativas idênticas das pessoas transexuais para se enquadrarem nos critérios médicos do transexualismo geram desconfiança da equipe, que, por sua vez, busca indícios dessa incoerência. Entretanto, a desconfiança é mútua porque os profissionais são considerados empecilhos para a realização das modificações corporais.

A renda e o trabalho são reconhecidamente determinantes das condições de saúde. Neste estudo, ressalta-se que metade das mulheres transexuais não possui vínculo empregatício. E não apenas para aquisição e utilização dos hormônios prescritos existe uma dificuldade financeira, mas também há uma dificuldade real para seu atendimento: a falta de dinheiro para comparecer às consultas, sejam estas médicas – psiquiatria, urologia, entre outros – sejam da psicologia. Esta é uma realidade entre elas, principalmente para a maioria que não trabalha:

Eu vim, só que eu estava com alguns probleminhas, negócios financeiros pra eu poder eu vir... Pra mim está sendo difícil assim, mais na parte financeira e moradia. Está sendo difícil. Eu passei... o ano passado eu passei um período, muito, muito difícil mesmo. (ENT 4)

Isso se agrava ainda mais quando são usuárias vindas de outros Estados do Brasil:

Mas é muito comum a gente pegar usuários aqui que vêm para o atendimento sem comer, desde os que vêm de fora, que vêm só com a passagem – são pessoas que têm baixíssima renda e vêm de outro Estado – e, entre uma consulta e outra, fica o dia inteiro aqui e quase passa mal de fome. Tem que ir correndo na nutrição, fazer mil justificativas para dar comida para aquela pessoa escondido, para ninguém ver. Há também os pacientes, aqui mesmo do Rio de Janeiro, que não estão trabalhando e passam mesmo dificuldade de alimentação. (ENT 12)

Mesmo com dificuldades financeiras, as mulheres transexuais não conseguem ter acesso aos benefícios sociais porque muitas são qualificadas para competir no mercado de trabalho por um emprego, e só não estão inseridas neste contexto por conta de processos discriminatórios:

Eu tenho, por exemplo, um usuário que eu encaminharia para as políticas de assistência social – “O cara é pobre vou encaminhá-lo para o Bolsa Família, para um atendimento, uma assistência”. Quando chega lá na

assistência social, primeiro, ele tem que expor toda a vida dele lá para o assistente; já expôs na saúde e tem que ir à assistência para expor também. Essa pessoa, por conta do trabalho, é diferente daquele pobre que não trabalha. Essa pessoa é qualificada, às vezes sabe falar, fala bem, só que ela não é inserida no mercado de trabalho por causa do preconceito. Por isso, ele é um usuário diferente na assistência, porque boa parte dos nossos é pobre de renda, mas não pobre de outras condições da pobreza, eles têm acesso a... Eles têm um nível cultural, mas, chegando lá, ele é um usuário diferente, porque não tem muito lugar ali. Aí vai ver o Bolsa Família, mas, geralmente, a prioridade do Bolsa Família é para quem tem filhos, e essas pessoas, na maioria das vezes, não têm filhos. Então, assim, é muito complicado esse usuário. (ENT 12)

A necessidade de acompanhamento regular no Processo Transexualizador, parte importante da Capacidade de *Ser saudável*, evidencia a necessidade de renda ou de um benefício para as pessoas que não dispõem de emprego ou para aquelas que possuem uma renda, mas que não têm como disponibilizá-la para este acompanhamento. Trata-se de um atendimento longo – mínimo de dois anos –, que envolve várias especialidades médicas e da psicologia, além da realização de exames diagnósticos, o que significa idas e vindas à Unidade Especializada, traduzindo-se em dinheiro para transporte, alimentação, entre outras necessidades. Se muitos não têm uma renda porque não conseguem emprego, este comparecimento pode ficar prejudicado, o que comprometerá e prolongará sua permanência no Processo, gerando sofrimento por conta da demora na realização das modificações corporais e da sonhada cirurgia. E, precisando de dinheiro para viver e manter-se no Processo, o círculo novamente se inicia, sem uma resolução para a vida. Neste sentido, para que venha a florescer a Capacidade de *Ser saudável*, torna-se também necessária a realização da Capacidade *Sustentar-se*.

7.1.3 Autonomia

O Processo Transexualizador é embasado em resolução do Conselho Federal de Medicina que, em primeiro parecer favorável, em 1997, permitiu que médicos passassem a realizar procedimentos cirúrgicos em pessoas transexuais, sem que estivessem cometendo infrações éticas ou legais. Associados ao argumento legal, os princípios éticos que embasaram o parecer favorável da realização da adequação cirúrgica genital foram a beneficência, a autonomia e a

justiça. A beneficência porque a cirurgia buscaria normalizar a relação corpo-identidade sexual; a justiça, considerando a não discriminação, já que as cirurgias já eram realizadas para a população de classe média alta; e quanto à autonomia, considera-se que a mesma “contempla o direito da auto-determinação, inclusive em dispor do próprio corpo, configurando o preceito da não-sacralidade da vida e, portanto, o direito de dispor de todo ou parte do próprio corpo” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997a, p. 3).

Apesar do Conselho Federal de Medicina embasar-se na autonomia da pessoa em relação ao seu corpo, as mulheres transexuais só podem realizar modificações corporais após receberem o diagnóstico de transexualismo, o que é visto por elas como um passaporte:

Significa uma porta pra mim. Uma abertura de uma porta... Ele foi uma porta que abriu pra mim. Uma coisa que eu sempre tive vontade, foi uma porta forte pra mim, para eu conseguir essa liberdade com ele. Estava aquela coisa presa dentro de mim. (ENT 4)

Pra mim foi uma bênção, foi um presente que eu ganhei pra mim poder... Foi isso que me deu condição de entrar numa fila... O laudo foi ótimo. Pra mim não foi constrangimento, pelo contrário, foi um descobrimento dentro do que eu queria. (ENT 9)

Antes eu via isso como garantia de que a cirurgia iria ser feita porque, até então, só poderia ser operada aquela que tem esse atestado. Mas eu posso dizer que, pessoalmente, nunca me incomodou o fato de estar no Cid10, no artigo 12 que o transexualismo é uma doença. Isso nunca me incomodou. Eu nunca percebi isso como um incômodo. [...] Ficava até muito mais fácil de explicar as pessoas que o transtorno de identidade de gênero é o que me fazia ser quem eu sou. (ENT 6)

É como se estivessem cumprindo uma etapa para alcançar o objetivo final. Claro que isso envolve muitas coisas, visto ser a porta para a realização de seus desejos e, neste sentido, as pessoas se submetem, principalmente se justificado pela ciência médica.

A discussão sobre a patologização da condição transexual traz restrições à *Capacidade do Livre exercício da sexualidade e da autonomia de identidade de gênero*. Refere-se à heteronomia imposta em nome do acesso à *Capacidade de Ser saudável*, entendendo que a demanda por modificação corporal está incorporada nessa capacidade.

Nesse sentido, parece incoerente que, para realizar a *Capacidade de Ser saudável*, restringe-se a realização da *Capacidade do Livre exercício da sexualidade e da autonomia de identidade de gênero* e outras, como a dificuldade

de sustentar-se:

[...] a relação com o diagnóstico é de amor e ódio, porque “Eu preciso dele para ter acesso, mas, ao mesmo tempo, ele me ferra em vários outros aspectos. Eu não sou doente. Eu tanto não sou doente que não tenho acesso aos benefícios que uma pessoa doente tem”. Certa vez, uma me disse “Eu não consigo trabalhar agora – eu sou autônomo, barbeiro – porque eu estou com o laudo, não consigo trabalhar, é toda hora viajando, então, vou entrar na previdência”, “Então, entra na previdência, se você tem o laudo de uma patologia”. Só que não serve para a previdência, é claro que ela não conseguiu – mas é uma doença? (ENT 12)

O diagnóstico médico pode causar, além de discriminação, restrições financeiras reais por conta da necessidade do cumprimento dos critérios de verdadeiro transexual, cobradas cotidianamente pela equipe do processo transexualizador:

É [aquela coisa de] “transexual verdadeira” ou “não transexual verdadeira”. Eu acho que na Medicina e na Urologia, embora nem sempre o discurso seja esse, eles são muito fechados nisso. Se o paciente tem algum tipo de conduta ou comportamento que não é adequado ao gênero esperado, com certeza esse paciente é questionado e, muitas vezes, é até penalizado. (ENT12)

Outra questão vivenciada no Processo Transexualizador, que fere a autonomia da mulher transexual, refere-se à “fila de espera”¹⁹ para realização da cirurgia.

Existe, na Portaria 457, de 2008, no Anexo III (“Diretrizes da Assistência ao Indivíduo com Indicação para a realização do Processo Transexualizador, item 2. Acompanhamento terapêutico), uma referência à responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde de manter sob regulação a lista de espera por adequação cirúrgica genital nos hospitais, informando que:

Os Formulários para Avaliação Especializada de Candidatos à Readequação Cirúrgica Genital, avaliados na Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador, com decisão para a readequação cirúrgica genital devem ser mantidos neste serviço, constituindo a respectiva lista de espera por cirurgia, e cópias deles devem ser enviadas para o setor da Secretaria Estadual de Saúde responsável pela atualização e controle dessa lista e dos usuários oriundos de outros estados federativos (BRASIL, 2008a, p. 14).

¹⁹ A fila de espera refere-se à lista de pessoas que estão aguardando a cirurgia. Após receber o laudo, fornecido pela psiquiatria, a mulher transexual o entrega para o médico da Urologia e tem seu nome inscrito no final da fila.

Ressalta-se que não existe nenhuma referência à fila de espera na portaria de 2013. Entretanto, parece que isso nunca chegou a ser concretizado, pois o controle da fila de espera fica a cargo da Unidade de Atenção Especializada, pelo menos no cenário desse estudo, não havendo nenhum controle por parte de nenhum órgão estadual. As mulheres transexuais ressaltam que não recebem nenhuma informação e, segundo as mesmas, nem “podem saber” sobre qual o seu lugar na fila, quantas pessoas estão na sua frente, ou pelo menos uma probabilidade do mês em que a cirurgia será realizada:

Aí eu estou nessa luta. Estou lutando, estou esperando a cirurgia. Eu já estou na fila, estou na fila, na reta final... Então eu estou aguardando me chamar. Eu não sei se vai ser esse ano ou se é no ano que vem. (ENT 4)

Não sei não... Ninguém sabe... Diz ela que não sabe, não tem como saber. (ENT 6)

Assim, uma vez eu perguntei e ele disse que é uma assim, é uma informação que não faz muita importância... Ai eu falei assim: “Ah! Mas eu tenho medo de furar fila e não sei lá o quê!” E Ele: “Eu posso te garantir que aqui não tem isso. Que você chega num lugar, vai ser de forma decrescente e a sua vez vai chegar. Não vai, não vai, ninguém vai entrar na sua frente...” Mas assim, ele fala: “Oh! O tempo mais ou menos de espera são 6, 7 anos”. Levando em consideração isso e aquilo outro. Mas dizer mesmo qual é o lugar ele não disse [...] eu não sei onde eu estou localizada, posicionada pra cirurgia de transgenitalização. (ENT 7)

[...] eu nunca tive essa informação não. [...] Vai fazer quatro anos em maio que estou na lista de espera e já fiz todos os exames, tudo certinho... (ENT 5)

Diante do silêncio em relação ao seu lugar na fila, algumas mulheres transexuais questionam até a veracidade dessa lista:

Não eu não sei com funciona nada aqui. Eu entreguei e pronto... Eu não sei se eu entrei na fila ou não. Porque eu entreguei o laudo. Eu tive na consulta e entreguei o laudo, mas eu não vi ele assinando meu nome em algum lugar, em alguma lista. Então, eu não sei se o meu nome está na lista. (ENT 1)

Entreguei o laudo e estou esperando até hoje... eles não dão a sua posição aqui. A gente não sabe. É uma fila ilusória. A gente não sabe em que posição a gente está. Eu acho isso errado. A gente espera a boa vontade deles... Eu acho assim: aqui, por exemplo, no Pedro Ernesto, o assunto é pouco difundido. Não tem uma fila que você veja, que você possa acompanhar, uma fila visível. Essa fila é ilusória, a gente nunca sabe em que local da fila a gente está. É isso. (ENT 2)

Os argumentos das mulheres transexuais, na reivindicação da democratização da lista, são da ordem do público e do privado. No privado, o argumento pauta-se na necessidade de organização de suas vidas para o tempo de internação e convalescência após a cirurgia, que não é pequeno, já que, normalmente, o período de internação para as mulheres transexuais é de uma semana, e, geralmente, de um mês, no mínimo, para retornarem às atividades normais da vida:

Eu falei até com a minha madrinha, que é irmã da minha mãe. Eu falei: “Dinda! Se eu operar... Minha cirurgia deve está perto”. Eu falei pra ela. “Você vai lá cuidar de mim”. Ela falou: “Eu vou, mas tem que saber se eu vou estar disponível...” Porque ela trabalha... Então já pensou? Se eu já soubesse disso, ela talvez poderia planejar as férias dela ou alguns dias de férias pra poder ficar comigo. (ENT 7)

O argumento de cunho público refere-se ao controle social da fila, o que seria de interesse de todos os envolvidos nesse processo e garantiria que todos os interessados pudessem acompanhar os nomes listados e, em particular, a proximidade do seu nome do topo da fila, o que significaria a realização da cirurgia:

Eu acho que todas nós deveríamos saber, pelo menos para dar uma alegria para a pessoa e ela não ficar naquela espera tão grande. Eu acho errado. Eu acho que o papel da fila tinha que estar ali... Eu acho que a gente deveria saber em qual fila a gente está, as pessoas que já estão operando irem riscando, ter um acompanhamento, não o acompanhamento ficar em sigilo entre eles... Não justifica, porque a gente vê tantos casos – não muitos de cirurgia – de hospitais públicos e estaduais em que pessoas ficam na fila, aí vem uma pessoa que tem como poder pagar para entrar na frente. Isso tudo fica em nossa cabeça: “será que está acontecendo isso?” A gente para e pensa. A gente vê na televisão casos assim... Ou vê se não estão acontecendo todas as cirurgias, conforme falam, por ano. Será que é por isso que não querem mostrar a lista para a gente? As pessoas acham que a gente está sendo enrolada... As pessoas que estão na espera reclamam. (ENT 3)

Nesse sentido, a necessidade de informação pauta-se em argumentos válidos, se escutados, porque dizem respeito à vida das pessoas humanas que estão aguardando, durante anos, modificações cirúrgicas em seus corpos. E mais até: a cirurgia tem um cunho de “alcançar a linha de chegada”, como uma vitória pessoal:

[...] de repente eu posso entrar no centro cirúrgico e não voltar mais. Mas eu vou feliz pra onde eu tiver que ir. Porque eu tentei chegar aonde eu queria chegar. Onde eu gostaria de chegar. Aí... Aliás, onde eu quero

chegar. (ENT 5)

Entretanto, esses argumentos parecem não ter força frente aos argumentos utilizados por parte da equipe para a não divulgação da lista da fila, indo desde o próprio silêncio como resposta até o risco do caos, caso seja de acesso irrestrito:

Aí eu fui perguntar pra ele. “Não, a gente não tem suposição nenhuma pra você. Só aguarda”. Assim mesmo... A gente tinha que ter uma noção de onde a gente está, quanto tempo falta, mesmo que não falte só aquele, que demore. Mas ter uma noção no qual a nossa... Onde a gente está nessa lista? Onde a gente está nessa fila? (ENT 8)

Você vem aqui e demora tantos meses igual a mim. Faz tempo que eu não venho... eu noto que também as pessoas não falam. Tudo bem, “Ah, não pode falar porque é proibido falar qual o seu número da fila”. Mas se é proibido, dá um jeito de falar: “Oh, ta próximo”. (ENT 2)

Alguns profissionais dizem que, se tivéssemos acesso a essas informações, cria-se um caos. Eu acho que não. Eu acho que você se esclarece. Se você informa, você vai evitar o caos. Não o contrário. (ENT 7)

Além da justificativa para a não socialização da lista, a desinformação sobre o local na fila para se programar acaba, na prática, por ser uma informação fornecida próximo à data da internação.

Isso pode sugerir que seja a derradeira “prova de fogo” para afirmar, realmente, o desejo em se submeter à cirurgia. Diante da circunstância inesperada, a data próxima da cirurgia, a candidata deve largar tudo – emprego, problemas familiares, entre outros (além do próprio medo de um procedimento cirúrgico de grande porte), para se submeter à cirurgia. E a reprovação nesta “prova” pode significar dúvidas em relação à condição de verdadeiro transexual, denominação que, apesar de não ser mais mais utilizada por quem a criou, ainda parece permanecer na prática cotidiana:

Aí, assim, eu realmente fiquei muito ansiosa, minha mãe não estava nada bem de saúde. Eu moro com ela... E tava muito enrolada no trabalho e não era dessa área... Eu estava com a minha mãe adoentada e fiquei... Eu não ia. Você sabe que a gente fica uma semana. Eu não ficaria bem estando preocupada com ela. O que ela está achando de mim? O que é...? Até dela querer alguma coisa... Assim e ainda nessa segunda vez que aconteceu há dois anos atrás, eu não fui avisada. Da primeira vez eu fui, no dia tal e na hora tal você vai se internar. Eu até vim no dia, falei com a pessoa responsável que eu não podia internar e ela falou: “Poxa! Estava separado...” (ENT 9)

[...] E aqui eu já vivi uma situação envolvendo uma mulher transexual,

quando, numa conversa da equipe, alguém falou “Ela tem prazer com o pênis, então, ela não é verdadeira”, e ela é uma mulher, você olha e não tem dúvida... Mas, dentro da equipe, havia essa dificuldade dela ser ou não ser transexual verdadeira, porque tem muita resistência em fazer a cirurgia, o que seria um apego ao pênis. Então, por isso, ela não seria verdadeira. Mas, no atendimento a ela, eu achei que sua dificuldade era uma dificuldade sócio-familiar de fazer a cirurgia e talvez uma questão de medo da cirurgia, o que eu também tenho... É um medo que qualquer um de nós está passível de ter. Mas, como é uma pessoa transexual e tem medo de fazer a cirurgia, dizem “Todo mundo quer tirar o pênis, como que ela não quer tirar o pênis?!”. Mas, ora, ela tem medo. Ela quer, mas tem medo. Todo mundo tem medo... Exatamente. Aí ela cai nessa história de ser ou não ser verdadeira e acaba tendo sua identidade questionada: “Quer tirar? Não quer tirar? Por quê?”. Então, eu acho que a gente está muito dentro da caixinha ainda. (ENT 12) TRECHO REPETIDO

Diante do exposto, percebe-se que a autonomia da identidade de gênero, ainda que capaz de ser a força motriz para ingresso no Processo Transexualizador, não é apenas convertida em heteronomia no que se refere à necessidade de um estabelecimento de um diagnóstico para sua inserção no Processo Transexualizador. Parece mesmo existir uma heteronomia em termos de vida, como se algumas questões relativas ao binômio Processo Transexualizador/vida, passassem a ser da responsabilidade de outro e não mais do indivíduo que foi capaz de se auto-determinar como transexual para buscar acompanhamento. Essa heteronomia da vida também é reconhecida pelas pessoas envolvidas no Processo Transexualizador, não somente na fila de espera para a cirurgia, mas também na impossibilidade de auto-definição de se submeter a outros procedimentos cirúrgicos no corpo:

[...] o corpo não pertence a essas pessoas, o corpo não é delas. Há alguém aí – ou “alguéns” – que é dono desse corpo, mas não é a pessoa. Tinha uma paciente aqui que queria ir para São Paulo mexer com corda vocal. Ela falou com o médico e ele disse: “Eu não vou dar”. Ela só queria o encaminhamento, porque no Rio de Janeiro não há esse tratamento, então, ela queria um encaminhamento para fazer em São Paulo. Ela só precisava do acesso para entrar no Tratamento fora de Domicílio (TFD) e ir para São Paulo, mas “Não vou dar.” “Mas porque você não vai dar? É só um papel”. “É só um papel, mas ela vai mexer na voz, pode dar errado”. “Mas não é ela que tem que decidir o que ela vai fazer com a voz dela? Se ela vai ficar muda, se a voz dela vai ficar grossa? Se ela está com consciência disso tudo, não é ela quem tem que decidir?” Mas ele não deu. Então, de quem é esse corpo? Essa pessoa não tem a questão de integridade, domínio e poder sobre seu próprio corpo. (ENT12)

Essa heteronomia, em termos de conhecimento da fila e da decisão sobre outras modificações corporais em seu próprio corpo, configura o poder da equipe multiprofissional do Processo Transexualizador em definir o que pode ou não ser

falado, o que pode ser ou não modificado e, frente ao risco de sofrer sanções e punições, as mulheres transexuais se submetem à norma instituída:

Não deu e a paciente ficou muito chateada. “Mas quem decide sou eu, eu que tenho que decidir o que eu vou fazer.” “Eu não vou dar.” “Então, tudo bem. Eu não vou criar caso para depois não me prejudicar lá na frente com outra coisa”. (ENT 12)

Você fica refém, como que você vai reclamar se você pode sofrer boicote, te atrasar? Você não sabe... Não é você que está aqui dentro manipulando... Mas não pode, é sigiloso, é porque não quer interferência, porque quer justamente proteger o serviço... E fica no domínio de uma administração interna, isso não passa pra mão do governo. Que aí, sim, o governo pode encaixar... (ENT 7)

Nesse sentido, verifica-se que a heteronomia dentro do PT não passa apenas pela patologização da condição de ser transexual. Passa também por entregar seu corpo/vida e aguardar.

O controle social é negado, assim como a vida privada passa a pertencer ao Processo Transexualizador como se o indivíduo não fosse mais capaz de gerenciar sua vida. E, se assim o fizesse, tornaria a ordem estabelecida, um caos.

Observa-se um conflito moral entre dois princípios éticos: beneficência e respeito à autonomia, denominado paternalismo (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Segundo Beauchamp e Childress (2002, p. 297), a “beneficência fornece a meta e o fundamento primordiais da medicina e da assistência à saúde, enquanto o respeito à autonomia (e não-maleficência e justiça) estabelece os limites morais das ações dos profissionais ao buscar essa meta”, não havendo, dentro da ética biomédica, um princípio mais relevante do que o outro.

O paternalismo é “a ação de contrariar as preferências e ações conhecidas de outras pessoas, na qual a pessoa que contraria justifica sua ação com base no objetivo de beneficiar a pessoa cuja vontade é contrariada ou de evitar que ela sofra danos” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 298).

Para esses autores, são definidos dois tipos de paternalismo, fraco e forte – neste último esta discussão se inclui.

No caso do paternalismo fraco, a pessoa intervém em uma conduta “substancialmente não-voluntária”, ou não autônoma, por beneficência ou não-maleficência (BEAUCHAMP, CHILDRESS, 2002, p. 301).

O paternalismo forte, “envolve intervenções com o fim de beneficiar uma pessoa a despeito do fato de que as escolhas arriscadas da pessoa sejam informadas, voluntárias e autônomas” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 302).

À medida em que os profissionais de saúde, dentro do Processo Transexualizador, justificam a realização ou não de determinadas ações com o argumento de beneficiar essas pessoas, mesmo que se confrontem com os desejos, escolhas e ações autônomas das mulheres transexuais, parece estarmos tratando de um caso de paternalismo forte. E baseado neste paternalismo, acabam por causar malefícios às mulheres transexuais.

Uma das hipóteses que pode explicar a atitude paternalista dos profissionais do Processo Transexualizador pode ser a reprodução da atitude paternalista da própria política pública, visto que a mesma está ancorada em uma resolução médica para que a modificação corporal das mulheres transexuais possa ser realizada. Desta forma, o controle sobre o corpo e, em consequência, o paternalismo forte se estabelece e se corporifica dentro das Unidades de Atenção Especializada.

Nesse sentido, pode-se inferir que os controles da fila e do corpo estejam relacionados à técnica, as modificações relacionadas às técnicas cirúrgicas, como responsabilidade da equipe do Processo Transexualizador, o que descartaria o valor da hormonioterapia e, por conseguinte, das formas de sua utilização.

Questiona-se o valor atribuído à técnica cirúrgica, dentro do Processo Transexualizador, e o seu comprometimento em relação à integralidade da atenção à saúde, visto que a autonomia no modo de viver e o acesso à tecnologia são reconhecidos como necessidades de saúde.

Kant (2009, 243), em seu imperativo categórico, relativo ao Princípio do Humanismo, “age de tal maneira que tomes a humanidade, tanto em tua pessoa, quanto na pessoa de qualquer outro, sempre ao mesmo tempo como fim, nunca meramente como meio”.

O que se verifica nesse acordo velado é o uso mútuo, seja do profissional ou da mulher transexual, como meio. A mulher transexual encara o profissional como um meio para o atendimento de seu desejo de modificação corporal, já reconhecidamente como essencial para sua vida. O profissional, por sua vez, encara a técnica cirúrgica, após o diagnóstico, e não a mulher transexual como um todo, como a parte mais importante da política. Neste sentido, os dois, profissionais

e mulheres transexuais, são instrumentalizados para o alcance de seus objetivos.

Conforme aponta Galimbert (2015, p. 5), a técnica deixa de ser uma ferramenta e passa a ser o “verdadeiro sujeito”.

Entretanto, dessa forma, a autonomia não se estabelece, em nenhum dos dois lados porque a submissão é temporária para o alcance de um fim, assim como o profissional não identifica outras necessidades de saúde, e não favorece o florescimento da Capacidade de *Ser saudável* para as mulheres transexuais, pelo comprometimento da Capacidade *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero*.

Como o ser humano segue buscando quebrar regras e normas pré-estabelecidas, e a informação sobre a fila de espera nunca vem oficialmente, criam-se estratégias para identificar, aproximadamente, o local que a mulher transexual se encontra na fila. O controle das cirurgias mensalmente, para saber quem operou e se foi alguma conhecida que tenha entregado o laudo anteriormente, facilita a conta do seu lugar na fila:

É porque você calcula assim. Você é a quinta, pra ser bem otimista. Aí você calcula que, a cada mês, se não surgir nenhum imprevisto, uma é operada. Então, passou maio... Opa! Operou uma. Aí já é menos uma. Já não sou mais a quinta, sou a quarta. Aí passou junho, não teve nenhum problema. Opa! Desceu, sou a terceira. Porque aí você vai tendo mais ou menos ideia de quando você vai fazer ou não... Tranquiliza, tranquiliza, você já começa a agilizar os seus, o que você vai usar na sua cirurgia, no pós-cirúrgico. (ENT 7)

O grupo pré-cirúrgico, onde algumas mulheres transexuais são selecionadas para participar de alguns encontros voltados à preparação para a cirurgia, é outro indicativo de que o seu nome se encontra bem próximo ao topo da fila:

Por exemplo: eu agora estou no grupo, que são sete meninas, e a nossa consulta vai ser agora dia 25 de fevereiro. Depois vamos ter a última em março. A gente se encontra às terças-feiras, todo mês. E segundo algumas informações, de outros amigos que já operaram aqui, que logo após que termina essas reuniões, já começam a chamar para fazer a cirurgia. (ENT 2)

7.1.4 Atendimento das necessidades de saúde

Alguns problemas de saúde identificados, como problemas urológicos, hipertensão sem tratamento regular, não são informados para a equipe de atendimento do Processo Transexualizador, apesar de ser ressaltada a importância do atendimento de outras necessidades de saúde:

Eu acho que o paciente transexual vem aqui para o hospital por conta do Processo Transexualizador, mas ele tem questões que são para além do Processo Transexualizador... nem aqui, nem fora, ele tem esse tratamento acessível... (ENT 12)

[...] eu vejo como uma questão na totalidade. Eu não acho que deveria ter separação, como urologista só para tratar as questões da transexualidade. Eu acho que, na verdade, eles deveriam ter um atendimento de saúde no todo: psicológico eles já têm, mas também clínico para acompanhar as outras doenças crônicas que eles podem acompanhar. (ENT 14)

Em um diálogo com uma das entrevistadas, o que me pareceu é que o Processo Transexualizador não é visto como um local para atendimento de outras necessidades que não seja a modificação corporal:

Eu queria fazer um tratamento porque eu fui ao urologista e eu estou com um problema, eu acho que é na parte hormonal [...], eu quase não consigo urinar. Dá um pouco de ardência. Não é uma infecção urinária. Eu fiz um tratamento durante seis meses, só que a minha urina, não consigo. Fica aquela coisa prendendo, sai aos poucos. Aí eu marquei uma consulta com o médico e o médico falou que isso era um pouco de falta de hormônio. Eu tenho muito pouco hormônio porque eu parei de tomar remédio. Agora que eu estou começando a fazer o tratamento por esse urologia lá perto da minha casa. EU: Mas aqui não te atenderam? Você falou isso pro médico? E4: Não, eu não conversei isso com ele não. EU: Mas por que? E4: Não porque ... Aqui é uma coisa assim... Como que eu vou explicar? Era uma coisa assim de três em três meses. Então eu não tinha como marcar uma consulta. (ENT 4)

EU: Mas nesse tempo que você veio aqui e que você já estava com isso, você não chegou a comentar isso com ele? E4: Não. Isso eu não... Porque eu não estava. Porque agora foi começar a pouco tempo, do ano passado pra cá. Agora que começava... Então eu queria marcar até uma consulta com um médico daqui pra ver. (ENT4)

o tratamento não é acessível, não é adequado ou livre de discriminações. São muito poucos os centros que têm como ajudá-las e mesmo os centros que têm como tratá-las de forma integral não as tratam em sua totalidade... (ENT 13)

Como não conseguem ser atendidas em suas necessidades, buscam

estratégias de atendimento imediato, mas não no sistema de saúde e sim junto a conhecidos da área de saúde ou a outras formas de atendimento à saúde, mas por identificação própria da necessidade de atendimento:

Eu sinto muita dor aqui nessa perna aqui, aqui embaixo aqui assim, oh! Eu acho que tem muitos vasos nessa perna... De vasos por causa do hormônio... Eu já falei pra ele, pros médicos lá e não dá uma suposição e também não tem jeito. Aí eu achei que se falasse daria o encaminhamento... Eu tive uma consulta com uma cliente minha que é...Ela é médica vascular. Então, aí ela me passou um remédio natural. Ela: "Vou te passar um remédio natural, aí vê se você compra um tênis de mola, um pisaflex pra você trabalhar, uma meia Kendall..." Mas, olha, cada vez que vou olhar a minha perna... Meu Deus! Piorou! (ENT8)

Às vezes, eu estou aqui conversando com você e verifico a minha pressão está 15 por 9. Tá entendendo?... Eu já fui a um cardiologista sim. Particular... Eu mesmo fui no cardiologista porque a minha pressão estava alta e aí chegou a 21... 20 qualquer coisa, aí passou pro cardiologista. Mas aí tem dia que eu verifico a minha pressão e eu estou bem. EU: Você toma direto? E5: Não, mas, assim, às vezes eu esqueço... Tem meses que eu não tomo que até joguei o remédio fora... É porque eu não gosto de ficar tomando remédio, sabe... É porque o hormônio eu estava lendo e o hormônio em si ele pode vir alterar a pressão... Não, porque o inchaço das pernas eu tenho há anos e anos. Muito... Porque eu era bem jovem. EU: Quando você vinha aqui, ninguém viu a sua pressão? Não verificou a sua pressão? E5: Não, eu não peço não. (ENT5)

Outros problemas de saúde são gerados ou agravados por conta do silêncio, da posição na fila de espera ou associados à demora na realização da cirurgia, causando sofrimento, desesperança e depressão nas mulheres transexuais. Quando entrevistadas, elas já estavam aguardando, em média, de dois a cinco anos:

Aí teve uma época que me deu uma vontade de parar... (ENT 4)
É doloroso... É muito doloroso. Tem muitas que se matam. Algumas se matam, se jogam de prédios. (ENT 8)

[...] tempo de espera que é uma coisa que, querendo ou não, a gente fica agoniada com isso. E assim, eu estou na expectativa. (ENT 10)

Agora, que é agonizante essa espera, é. Não vou dizer que não é não. Porque você quer o seu sonho realizado. Porque você lida com sonhos, com desejos, e aí o tempo vai passando, o tempo vai passando, e você vai ficando mais velhinha, mais velhinha... Por exemplo: estamos em fevereiro. Falasse: "olha, até dezembro a sua cirurgia vai sair". Poxa, você já se animava. Isso já te dava uma força de vontade a mais de viver, de lutar, de estar esperançosa. Porque esse processo te deixa numa angústia, numa agonia muito grande. Eu conheço amigas minhas que estão obesas. Esperando, porque fica na angústia, na agonia, e aí vai comendo, vai comendo, e a tendência é engordar. Teve uma época que fiquei assim. Eu engordei e fiquei uma jamanta... É a expectativa que cria. (ENT 2)

Estou ansiosa... Tem dia que dá fome, tem dia que não dá fome nenhuma e, enfim... Ah! Meu Deus do céu. Até fazer essa cirurgia aqui eu já morri. (ENT 5)

O reconhecimento de um atendimento integral é ressaltado por algumas mulheres transexuais:

[...] as coisas de que as pessoas precisam... Integral. Já que o processo é longo, porque não encaminhar para outros serviços aqui do hospital? Porque aqui é tipo uma escola de formação, não é? Eles poderiam encaminhar. Conforme eu falo, há muitas pessoas que você olha e vê que não têm condições de fazer cirurgia. Aí esse processo melhoraria até a pessoa. (ENT 3)

A centralização de todas as questões em um serviço específico e a proximidade maior com o cirurgião são apontadas como dificultadoras dessa integralidade:

Agora, o próximo passo é a gente conseguir descentralizar [o serviço] como sendo centro de tudo, o que é uma coisa extremamente desgastante [...] Essa coisa da descentralização é muito importante você colocar. Não é só para a gente: é uma coisa que está partindo da gente, mas todos os centros [estão fazendo]. Por exemplo, [...] em Goiânia, o centro é a Ginecologia – tem uma ginecologista lá que domina tudo, que encaminha tudo. No Fundão, era a Plástica. Sim. Em Porto Alegre, é a Urologia. Em São Paulo, quem domina o início e encaminha para os outros é a Endocrinologia. E não pode ser assim: tem que ser uma coisa integral, um atendimento integral, o que é um princípio do SUS – pelo amor de Deus, é um dos quatro preceitos do SUS! (ENT 13)

Entretanto, essas mulheres não vieram encaminhadas pelas Redes Básicas de Atenção e, também, dentro do Processo Transexualizador essas não são alvos de atendimento de outros problemas de saúde, ou quando são, foram porque buscaram esses atendimentos.

7.1.5 Confidencialidade

Os silêncios apontados, em termos de atendimento das necessidades de saúde, reforçam que a confidencialidade só pode ser estabelecida onde não existe dominado e dominador – porque existe um desequilíbrio de poderes – e onde ambos

da relação passam a reconhecer o outro como meio para a realização de seus projetos imediatos. Neste sentido, não se estabelece uma relação de pertencimento mútuo, comprometendo a Capacidade de *Relações afetivas*.

Os princípios éticos que norteiam a confidencialidade são de duas ordens: individual e pública. No individual, os fundamentos são a autonomia da pessoa em revelar somente o que quiser revelar de sua vida pessoal e a manutenção e o sucesso da relação terapêutica. Na ordem pública, os fundamentos são respeito à vida privada e o comprometimento do sistema terapêutico, porque, não existindo confiança, isso tende a ser passado para outras pessoas, deixando o âmbito da individualidade e passando a ser visto como todo o sistema de saúde (DURAND, 2003).

A autonomia fica prejudicada por conta da amplitude do poder do dominador, visto não se restringir à técnica cirúrgica, no sentido de querer o controle da vida, passando a gerenciar autoritariamente o lugar na fila de espera para a cirurgia, a melhor hora para a realização da mesma, qualquer outra modificação corporal, entre outros fatores. Diante disto, nada pode ser dito que venha comprometer o recebimento do laudo ou que possa ser um entrave à cirurgia, comprometendo a Capacidade de *Livre exercício da sexualidade e identidade de gênero*.

Nesse sentido, não podem ser ditas frases como, por exemplo: “quero saber em que lugar estou”, “estou sem dinheiro”, “tenho outros problemas de saúde”, “não posso operar agora”, “tenho medo”, “não tomo hormônio conforme prescrito”, “preciso de um encaminhamento” etc., porque serão frases interpretadas como antagônicas ao desejo de se submeter à cirurgia. Isto compromete o segundo princípio da confidencialidade, visto que não haverá relação terapêutica, apenas duas pessoas que se instrumentalizam, voltadas ao alcance de um fim, passando para segundo plano as demais necessidades de vida e de saúde.

Essa heteronomia nas várias situações vivenciadas no Processo Transexualizador também compromete os princípios de ordem pública, pois não se respeita a vida privada, sua singularidade de ser, porque isso pode passar a ser critério para postergar a cirurgia, assim como o comprometimento de todo o sistema terapêutico, já que o repasse de informações entre as mulheres transexuais se traduzirá em atitudes esperadas de ambos os lados, como num teatro em que cada um deve desempenhar seu papel da melhor forma, mas que, no final, prejudicará todo o sucesso da apresentação.

Visando encontrar a importância do estabelecimento da relação para o alcance da confiança, recorre-se a Martin Buber (2001) que define a relação como reciprocidade, existindo três espécies de diálogo: autêntico, técnico ou monólogo. O diálogo autêntico tem como premissa que “[...] cada um dos participantes tem de fato em mente o outro ou os outros, na sua presença e no seu modo de ser, e a eles se volta com a intenção de estabelecer entre eles e si próprio uma reciprocidade viva” (BUBER, 1982, p. 53).

O técnico relaciona-se ao estímulo ser apenas a necessidade de um entendimento objetivo; e o monólogo, onde as pessoas, apesar de reunidas, falam consigo mesmas.

Assim, diante de tudo o que foi apresentado, o diálogo estabelecido entre a mulher transexual e a equipe de saúde do Processo Transexualizador parece ser de ordem técnica, pois é embasada na definição de um diagnóstico que precisa ser comprovado todo o tempo, em todos os encontros, para que a técnica/modificação cirúrgica torne-se uma possibilidade de acontecer.

E nessa busca por indícios do ser existencial do outro, entra em jogo o desejo do outro que precisa parecer exatamente o que o observador pretende ver. E nessa relação de caça-caçador não há liberdade para a caça se expressar, porque qualquer coisa que for dita poderá comprometer o prêmio final: a tão desejada e sonhada modificação corporal cirúrgica.

Portanto, a conversação genuína não se estabelece, visto ser da esfera ontológica, constituída pela “autenticidade do ser” (BUBER, 1982, p. 155), assim como nem a existência humana autêntica, porque o encontro não é pautado na reciprocidade de condição. A verdade total fica comprometida porque é fundamental dizer “o que verdadeiramente têm-se em mente no que diz respeito ao objeto de conversação” (BUBER, 1982, p.154) para que se estabeleça o encontro e, desta forma, o diálogo.

E diante de uma conversa não genuína, um diálogo não autêntico, logicamente essa relação de confiança passa ao largo, acabando por centralizar cada vez mais o foco da política pública na modificação corporal cirúrgica.

Essa focalização compromete um espaço de atenção que seria fundamental para essas pessoas que, frente à exclusão do sistema de saúde, precisam de cuidados e atendimentos de necessidades de saúde das mais diversas ordens.

A ciência tem por objetivo a promoção da vida, da saúde, da liberdade das pessoas e da sociedade. Desta forma, “a tecnociência tem sentido quando está a serviço da vida, do ser humano [...]” (PEGORARO, 2002b, p. 60).

Diante do que foi apresentado, pode-se inferir que, mesmo incluída no sistema, essa política não favorece a realização da Capacidade de *Ser saudável* e, em consequência, as possibilidades de contribuição dessa política na realização dos outros Funcionamentos/Capacidades que estão relacionados a esta Capacidade, postergando ainda mais o alcance do tão sonhado projeto de vida dessas pessoas.

A busca pela despatologização, frente ao exposto, amplia seus argumentos, visto que não basta ter acesso a uma atenção específica para as pessoas transexuais.

O que merece destaque é que a patologização não apenas restringe o acesso às demandas específicas – modificação corporal –, mas também restringe acesso a outras necessidades que merecem atenção para que as pessoas possam realizar a vida que desejam, como outros problemas de saúde, outras necessidades não apenas relacionadas a doenças, assim como sociais, educacionais, entre outras. O que deve ser buscado é o real acesso à atenção à saúde, sendo reconhecido como de igual importância tanto a demanda – modificações corporais hormonais e cirúrgicas, sem que, para isso, precise de um diagnóstico – quanto a necessidade de saúde – condições de vida, autonomia, entre outros, com igual importância.

Essa relação desequilibrada de poder sobre o corpo – contrária ao que poderia ser: uma oportunidade bastante interessante de proporcionar a Capacidade de *Ser saudável*, através de uma visão integral sobre essa pessoa humana – acaba por se tornar o atendimento de uma técnica cirúrgica que provavelmente trará outras questões, demandas e necessidades de saúde que precisarão da Rede de Atenção, que não está estabelecida...e novamente, tudo recomeça... .

Portanto, inclui-se no sistema de saúde apenas para a realização das modificações corporais que são vistas como tratamento para o transexualismo. Ou seja, a técnica cirúrgica seria o tratamento das mulheres transexuais e, portanto, o alvo do atendimento, assim como o laudo médico de transexualismo para poder tornar elegível a realização da técnica cirúrgica.

Uma outra questão que merece destaque é o reconhecimento do medo do familiar/companheiro frente ao procedimento cirúrgico. As mulheres transexuais reconhecem que a família ou o companheiro, no início, desestimulam a realização

da cirurgia. Mas, depois, elas percebem que, na verdade, eles têm medo de que aconteça alguma coisa durante o procedimento cirúrgico:

Às vezes, tem conflito porque ele não queria que fizesse cirurgia, mas é uma coisa que ela quer, então, gera um pouco esse conflito com o companheiro. (ENT 14)

Sempre vejo documentários que eu te falei e eu sempre faço questão mesmo de colocar lá pra ela [mãe] ver. Então ela vê. Às vezes, ela meio que dá uma opinião e, com relação à cirurgia, ela bem que dá uma opinião. Ela falou que achava muito radical a cirurgia de... Ela falou que era muito radical. (ENT 10)

No início ele não queria. Com medo de vir ao óbito na cirurgia, mas toda cirurgia é um risco. “Oh, meu filho! Toda cirurgia é um risco” [...] Aí ele agarrou e falou: “não, mas eu tenho medo”. (ENT 5)

Ele disse que não vai mudar nada [...] Mas ele gosta de mim assim porque fica, na realidade, preocupado de acontecer alguma coisa comigo. (ENT 9)

O que fica demonstrado é que a família/companheiro também vivem um momento de medo e angústia dentro do Processo Transexualizador.

Infelizmente, a política não menciona em nenhum momento o cuidado com a família. A família vive momentos de conflito e dificuldades, junto a seus familiares transexuais, inclusive com rupturas e fragilizações. O momento cirúrgico parece ser outro momento de fragilidade. Um aprofundamento maior dessa temática merece ser explorado em outros estudos.

Conforme apontado, a Capacidade de *Ser saudável* inclui a Rede de Atenção, a utilização da tecnologia em saúde, a autonomia da pessoa transexual, o atendimento das necessidades de saúde e a confidencialidade. O ingresso no Processo Transexualizador não colabora para a realização da Capacidade de *Ser saudável* porque a Rede de Atenção ainda não foi efetivada e o espaço da Atenção Especializada não é reconhecido como legítimo para o atendimento das necessidades de saúde. Além disso, os processos discriminatórios também se perpetuam nas Unidades de Atenção Especializada. A utilização de tecnologia é realizada parcialmente considerando a ampliação dos procedimentos cirúrgicos com a Portaria 2803, de 2013. Entretanto, percebe-se que a utilização da hormonioterapia como automedicação precisa ser revista, principalmente nas unidades que ainda não fornecem os medicamentos. A necessidade de patologização da mulher transexual não retira apenas sua auto-determinação por modificação corporal através de procedimento cirúrgico. Esta heteronomia fere o

estabelecimento da relação EU-TU entre as mulheres transexuais e os profissionais de saúde que trabalham no Processo Transexualizador. E, como consequência, a confidencialidade não se estabelece entre a mulher transexual e a equipe de saúde responsável por seu atendimento, comprometendo a integralidade da atenção à saúde na Unidade de Atenção Especializada.

Visando estabelecer um paralelo entre esses Funcionamentos que compõem a Capacidade de *Ser saudável*, elaborou-se um quadro que compara a realização dos mesmos antes e durante o Processo Transexualizador, apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Relação temporal – antes e após o ingresso no Processo Transexualizador – dos funcionamentos que compõem a Capacidade de ser saudável

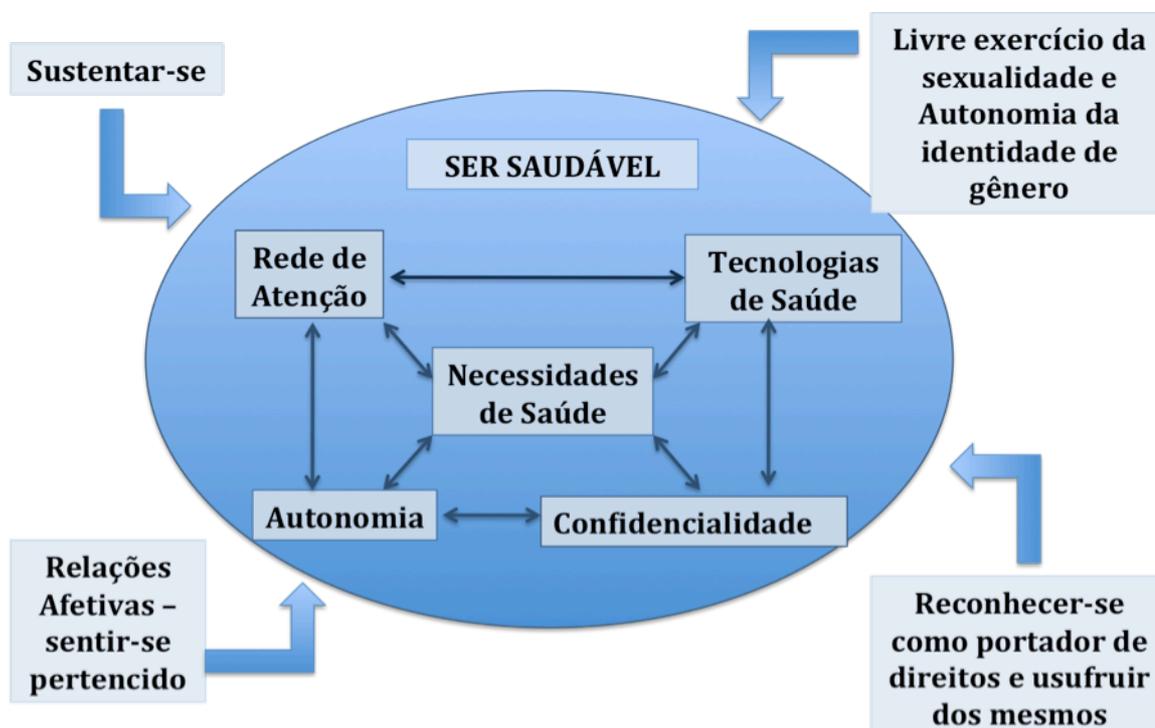
| Capacidade de ser saudável | Antes do Processo Transexualizador | Dentro do Processo Transexualizador |
|--|--|--|
| 1- Rede de Atendimento | | |
| Acesso aos serviços de saúde | Sim – para atendimento de problemas de saúde urgente | Sim – para atendimento da demanda de saúde e urgências médicas |
| Atendimento em outras unidades de cuidados (rede de atenção) | Não | Não |
| Processos discriminatórios | Sim | Sim |
| 2- Tecnologia em saúde | | |
| Hormonioterapia por prescrição médica | Não | Não |
| Modificações corporais cirúrgicas | Apenas para as pessoas que possuem alto poder aquisitivo | Sim - alguns |
| 3- Autonomia | | |
| Autonomia sobre seu corpo | Sim | Não |
| 4- Confidencialidade | | |
| Confidencialidade entre usuário e equipe | Não | Não |

Fonte: A autora, 2015.

7.2 Relação entre a capacidade de ser saudável e outras capacidades básicas

Os Funcionamentos básicos que estão relacionados à Capacidade de *Ser saudável* são: o *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero*, *Sustentar-se*, *Relações afetivas - sentir-se pertencida* e *Reconhecer-se como portadora de direitos*, conforme ilustrado na Figura 2.

Figura 2 - Relação dos funcionamentos e capacidades relacionados à Capacidade de ser saudável



Fonte: A autora, 2015.

A Capacidade de *Ser saudável* precisa, conforme verificado, da realização de outros Funcionamentos e Capacidades.

O Capacidade *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero* precisa ser realizada, pautada na autonomia do indivíduo dentro e fora do Processo Transexualizador, para que a relação usuário/equipe de saúde seja uma relação de confiança que traga benefícios para ambos: a mulher transexual possa efetivamente ser acolhida dentro do sistema de saúde para atendimento de suas demandas e necessidades, e o profissional de saúde cumpra seu papel de contribuir na realização da Capacidade de *Ser saudável*.

Dentro dessa relação com confiança mútua, deve-se apostar no estabelecimento de um contexto em que mulher transexual se sinta pertencida, para que a relação seja verdadeira, baseada na franqueza, para que a integralidade possa ser genuinamente estabelecida. Dito de outra forma, a Capacidade *Relações afetivas* precisa ser realizada para que se estabeleça uma relação de confidencialidade que favorecerá a realização da Capacidade de *Ser saudável*.

O reconhecimento ou não da realização da Capacidade de *Sustentar-se* pode trazer considerações interessantes para a equipe de saúde em buscar efetivamente que a auto-medicação deixe de ser uma realidade para essas pessoas, assim como a manutenção do atendimento em saúde para outras necessidades.

A Capacidade de *Reconhecer-se como portadora de direitos e poder usufruir do mesmo* torna a pessoa transexual empoderada para poder lutar contra a discriminação e ser acolhida dentro do sistema de saúde para um atendimento qualificado, sem precisar buscar estratégias de evitar ser atendida na saúde, tornando-se excluída das estratégias governamentais gerais de promoção da saúde e prevenção de doenças. Verificou-se que não houve alterações significativas em sua realização no Processo Transexualizador.

Diante do exposto, todas essas Capacidades precisam ser levadas em consideração, por parte de toda a equipe de saúde que se encontra em contato com as mulheres transexuais, para que o Processo Transexualizador passe a ser moralmente justo e cumpra seu papel primordial de favorecer a realização da Capacidade de *Ser saudável*.

Apresenta-se um quadro que relaciona a realização dos Funcionamentos básicos para as mulheres transexuais, comparando-os antes e após o ingresso no Processo Transexualizador.

Quadro 4 – Análise temporal – antes e após o ingresso no Processo Transexualizador – da relação Capacidade de ser saudável com outras capacidades básicas

| Relação da Capacidade de ser saudável com outros funcionamentos básicos | Antes do Processo Transexualizador | Dentro do Processo Transexualizador |
|---|--|---|
| 1- Capacidade Livre de exercício da sexualidade e autonomia de identidade de Gênero | Parcial – alternância entre liberdade e autonomia até o ingresso no PT | Por necessidade de atender critérios do verdadeiro transexual Em relação ao corpo-heteronomia. |
| 2- Capacidade de reconhecer-se como portador de direitos e usufruir dos mesmos | Parcial- não respeito à condição de ser transexual, como nome social | Parcial – não tem alguns direitos como o lugar na fila, heteronomia da modificação corporal |
| 3- Capacidade de sustentar-se | Maioria não | Maioria não |
| 4- Relações afetivas – sentir-se pertencida | companheiro e amigos | companheiro e amigos |

Fonte: A autora, 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pautado no princípio de justiça, este trabalho de tese buscou realizar uma avaliação bioética do Processo Transexualizador, no caso brasileiro, com base na *Perspectiva dos Funcionamentos*. Esta escolha mostrou-se adequada porque permitiu a ampliação do espectro de avaliação do Processo, não estando apenas focada na saúde (em um sentido estrito), mas também nos Funcionamentos considerados como básicos pelas próprias mulheres transexuais para a realização de seus projetos de vida, bem como em uma visão ampliada de saúde e da integralidade.

Empreendida no segundo capítulo, a análise das Portarias do Ministério da Saúde, e das Resoluções médicas que a amparam, evidenciou que, apenas em parte, o Processo Transexualizador atende às demandas das mulheres transexuais; haja visto não haver referência ao atendimento de necessidades como modificação dos registros civis (sexo, nome) e não deixar clara a interface entre o Processo e a Política de Saúde Integral de Pessoas LGBT. No que se refere à Rede de Atenção, apesar de considerada no documento, na realidade esta é ainda algo utópico, tendo em vista os relatos de processos discriminatórios a que são submetidas as mulheres transexuais, quase sempre atendidas em locais não capacitados para esta demanda de saúde.

O projeto da vida da mulher transexual, traduzido na linguagem de Funcionamentos e Capacidades, formaria um *sistema funcional*, como visto no capítulo 3. Isto significa dizer que, na realização dos projetos de vida, algumas Capacidades seriam (mais) básicas e outras intermediárias. Elas estão em relações e compartilham interfaces. O comprometimento de uma compromete o sistema funcional como um todo. Ressalta-se que muitos indivíduos, em nossa sociedade, não conseguem realizar todos os Funcionamentos elencados como básicos. Entretanto, talvez o que se mostre diferente para as mulheres transexuais é que todos os Funcionamentos básicos não são realizados, ou apenas parcialmente realizados, o que demonstra uma necessidade de intervenção mais urgente.

Existe uma dificuldade real das mulheres transexuais de estabelecerem relações dialógicas com as pessoas comuns que as cercam no cotidiano e, por que

não dizer com a sociedade em geral, por conta de processos discriminatórios causados pela não aceitação de quem são. Este contexto não se torna diferente quando incluídas no Processo Transexualizador. Apesar de não ser mais utilizado o termo “verdadeiro transexual”, a necessidade de se estabelecer um diagnóstico como pré-requisito para o ingresso no Processo apareceu, na pesquisa, como um importante marcador para que a relação dialógica e, em consequência, a confidencialidade entre mulher transexual e equipe multiprofissional da política, não se concretize. Na linguagem dos Funcionamentos, isto foi visto no Capítulo 4 como sendo uma dificuldade na Capacidade *Relações afetivas*, que se relaciona ao *Sentimento de pertencimento* da pessoa transexual.

Essa questão retorna quando discutem-se os Funcionamentos que compõem a Capacidade de *Ser saudável* (Capítulo 5). A referida Capacidade aparece como básica em si, mas para ser realizada precisa de outros Funcionamentos como a incorporação na Rede de Atenção, utilização da tecnologia em saúde, a autonomia da vida, o atendimento de necessidade de saúde e a confidencialidade, conforme já mencionado.

Assim como visto na análise documental das Portarias e Resoluções, na área da saúde, as dificuldades da Rede de Atenção e do fluxo de atendimento são referidas nas falas das mulheres transexuais, sempre associando-se esta insuficiência a processos discriminatórios, com muitas referências ao não atendimento do direito a ser chamada pelo nome social.

Se, por um lado, deveria existir uma Rede de Atenção para o atendimento dessas necessidades, por outro lado, nem mesmo dentro do Processo Transexualizador elas são atendidas. Não existindo uma relação dialógica, não há como estabelecer a confidencialidade. E, não se estabelecendo uma relação afetiva e efetiva entre mulher transexual e profissional de saúde, não há como identificar essas necessidades de saúde. Isto ainda fica mais complicado quando as ações dos profissionais envolvidos no Processo Transexualizador estão pautadas no paternalismo forte, no qual os profissionais tendem a controlar a vida e os corpos dessas pessoas.

Como foi percebido, existe uma interface entre os Funcionamentos que estabelecem a Capacidade de *Ser saudável*. E esta capacidade também apresenta interface com outros Funcionamentos básicos que precisam ser efetivados para a realização do projeto de vida das pessoas transexuais. Dentre eles, inclui-se os dois

(mais) básicos – *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero e Relações afetivas*; o intermediário – *Reconhecer-se como portador de direitos e usufruir dos mesmos*; e o básico – *Sustentar-se*. Verificou-se que ainda não existe mudança na realização desses Funcionamentos antes e após o ingresso no Processo Transexualizador.

Neste trabalho, a escolha por deslocar a discussão da transexualidade do âmbito de uma área de conhecimento específica, enfatizando-se uma avaliação ética, mais especificamente sob a Perspectiva dos Funcionamentos, promoveu uma integração dessas várias áreas de conhecimento (estudo sobre sexualidade, Direito, Psicologia, Saúde Coletiva) que conduziu o trabalho a elencar Funcionamentos básicos necessários à realização do projeto de vida das mulheres trans. Permitiu também compreender mais integralmente a relação entre transexualidade e Processo Transexualizador.

Diante dessa ampliação do olhar, a discussão pela despatologização da transexualidade, na qual o diagnóstico deixaria de ser condição de ingresso na política do Processo, ganha outros argumentos; não apenas pautados na autonomia da mulher transexual, como também na repercussão da heteronomia; não apenas nas suas vidas, e sim na Capacidade de *Ser saudável*, comprometendo Funcionamentos reconhecidos como básicos, como *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade de gênero, Estabelecer relações afetivas, Reconhecer-se como portadora de direitos e usufruir dos mesmos e Sustentar-se*. Neste tocante, baseado no pilar da integralidade, o Processo Transexualizador precisa ser reavaliado, buscando estratégias que promovam a realização das referidas Capacidades para que a Capacidade de *Ser saudável* possa acontecer. Da maneira que vem sendo desenvolvida, a política restringe-se à modificação corporal para a normalização do corpo para a sociedade, e não para contribuir na cidadania dessas pessoas através da realização dos Funcionamentos básicos.

Além disso, outras necessidades de saúde e atendimento de demandas surgirão, após a alta do Processo Transexualizador, sendo necessárias a criação e a manutenção de espaços acolhedores e de profissionais capacitados para tal. Não havendo uma Rede de Atenção para o atendimento destas necessidades, a consequência é o aprofundamento da (des)Capacidade de *Ser saudável*. Torna-se imperiosa a criação de espaços **verdadeiramente interdisciplinares** de atenção à saúde, na Atenção Básica, pautados na integralidade da atenção, com ações

específicas para essa clientela e que se estendam ao pré e pós-operatório da cirurgia de redesignação sexual. Reconhecendo que esta cirurgia já vem acontecendo há alguns anos, considera-se oportuno um estudo que promova esta avaliação.

Se, por um lado, o silêncio, em termos de legislações, afeta as Capacidades reconhecidas como (mais)básicas, por outro, a Capacidade de *Reconhecer-se como portador de direitos e usufruir dos mesmos* poderia reverter este comprometimento, através da cobrança do nome social. Percebeu-se que o nome social funciona razoavelmente como paliativo, visto que, em caso de necessidade de documentos oficiais, não poderá ser apresentado o nome social. A questão da modificação do sexo e do nome no registro civil permanece como a mais central e de primeira ordem. Sua inexistência facilita a materialização de processos discriminatórios, disfarçados de esquecimento, desconhecimento, entre outras desculpas utilizadas por pessoas preconceituosas.

Frente a todas as questões apontadas acima na tese, parece fundamental que sejam promovidas a promoção da Capacidade *Livre exercício da sexualidade e autonomia da identidade* para as mulheres transexuais, através da criação de estratégias que permitam o ingresso no Sistema Único de Saúde, para ter acesso a tecnologia em saúde, sem que para isso se faça necessário um atestado médico. Enquanto isso não for possível, o Ministério da Saúde precisa estabelecer estratégias de avaliação das Unidades de Atenção Especializada para além da burocracia institucional, que é tão fundamental quanto a avaliação da integralidade da atenção oferecida nestas. Tal avaliação deve verificar os Funcionamentos que são ou não promovidos.

Nesse sentido, propõe-se que as Unidades de Atenção Especializada sejam alvo de investigação para que se mapeiem as ações desenvolvidas e suas repercussões nos Funcionamentos básicos das mulheres transexuais.

Associados a isso, outros estudos devem ser realizados, objetivando acompanhar essas mulheres transexuais após a alta do Processo Transexualizador, buscando identificar a realização dos Funcionamentos elencados como básicos para avaliar até que ponto a política contribui para o resgate da cidadania das mulheres transexuais, favorecendo, após a alta do Processo Transexualizador, a realização destes funcionamentos. Destaca-se a realização da Capacidade de *Ser saudável*, no tocante ao atendimento de saúde das mulheres transexuais, após a alta do

Processo Transexualizador, visto que são apontadas outras necessidades de saúde como prevenção do câncer de mama, atenção ginecológica, entre outros.

Além disso, o ideal regular – o conjunto de Capacidades reconhecidas como básicas –, deve ser avaliado junto aos homens transexuais, voltado a estabelecer quais são comuns e quais são específicas para este grupo de pessoas. De posse desta diferenciação, poderão ser pensadas ações específicas para cada um, dentro da política pública, o que somente aparece nas portarias do Processo Transexualizador no que se refere aos procedimentos clínicos e cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

- ADRIAN, T. Un ensayo de determinación de la situación actual del problema a la luz del examen del derecho comparado. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010. p. 9-74.
- ALMEIDA, G. S. Reflexões iniciais sobre o processo transexualizador no SUS a partir de uma experiência de atendimento. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010. p. 117-148.
- AMARAL, D. M. *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde*. 2007. 119f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING. *Gender dysphoria*. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2014.
- AMITRANO, G. Um lugar aberto para um tu intocável: uma reflexão sobre o pensamento de Martin Buber. *Pensando – Rev. Filosofia*, v. 2, n. 3, p. 68-95, 2011.
- ANDERSON, R. A. Equality and equality of opportunity for welfare. *Philosophical Studies*, v. 56, n. 1, p. 77-93, 1989.
- ARÁN, M. Algumas considerações sobre transexualidade e saúde pública no Brasil. *Polêmica*. 2007. Disponível em: <<http://www.polemica.uerj.>>. Acesso em: 05 jul. 2008.
- _____. *Pesquisa transexualidade e saúde: condições de acesso e cuidado integral (CNPq / MS-SCTIE-DECIT)*. Relatório final. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social / UERJ, 2009. [Patrocinado pelo CNPq]. Mimeo.
- _____. A saúde como prática de si: do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010. p. 75-94.
- _____. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora (Rio J.)*, v. 9, n. 1, p. 49-63, 2006.
- ARÁN, M.; CORREA, M. C. D. V. Novas tecnologias em saúde e os sistemas normativos de sexo-gênero. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). *Leituras de novas tecnologias em saúde*. São Cristóvão: UFS, 2009. p. 223-249.

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.

ARMAS, H. Explorando os vínculos entre sexualidade e direitos para enfrentar a pobreza. In: CORNWALL, A.; JOLLY, S. *Questões de sexualidade: ensaios transculturais*. Rio de Janeiro: ABIA, 2008. p. 59-69.

BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Introdução. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 2011. p. 10-19. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BARBOZA, H. H. Proteção da autonomia reprodutiva. *Est. Femin.*, v. 20, n. 2, p. 549-558, maio/ago. 2012.

BARBOZA, H. H. G. *Procedimentos para redesignação sexual: um processo bioeticamente inadequado*. 2010. 174 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Coimbra: Editora 70, 2010.

BENTO, B. Apresentação. In: LEITE JUNIOR, J. *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico*. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2011. p. 15-23.

_____. *Corpos e próteses: dos limites discursivos do dimorfismo*. Trabalho apresentado ao VII Seminário Fazendo Gênero, Florianópolis, 2006a. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/B/Berenice_Bento_16.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2011.

_____. A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade. *Bagoas*, v. 4, n. 3, p. 95-112, 2009.

_____. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamound, 2006b. 256p.

_____. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2655-2664, 2012.

BENTO, B. A. M. Da transexualidade oficial às transexualidades. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. (Org.). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamound, 2004. p. 143-172.

_____. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BERTARELLO, M. O sujeito ético e a responsabilidade pelo outro: emergência para a construção da humanidade. *(Re)Pensando direito*, v. 2, p. 139-154, 2011.

BERNINI, L. Macho e fêmea Deus os criou!? A sabotagem transmodernista do sistema binário sexual. *Bagoas*, v. 6, n. 5, p. 15-47, 2011.

BORILLO, D. *Homofobia: história e crítica de um preconceito*. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

BRASIL. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 19 set 1990.

_____. *Lei nº 10406/2002*, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 11 jan 2002. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. *Decreto 7508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 18 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 ago. 2008a. Seção 1, p. 68-72.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 859, de 30 de julho de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 jul. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.055*, de 13 de outubro de 2014. Habilita estabelecimento de saúde para realização do Componente Atenção Especializada no Processo Transexualizador – modalidades ambulatorial e hospitalar. Disponível em: <http://64.15.158.94/brasilsus_novo/public_html/index.php/legislacoes/sas/625-1055>. Acesso em: 17 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1579*, de 31 de julho de 2013. Suspende os efeitos da Portaria nº 859/SAS/MS de 30 de julho de 2013. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 01 ago. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 ago. 2008b. Seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2803, de 21 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 jul. 2013c. Seção 1, p. 21-30. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/11/2013&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=104>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção*. Brasília, DF, 2012. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília, DF, 2005.

BORBA, R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. *Sex., salud soc. (Rio J.)*, p. 66-97, ago. 2014. Disponível em: <www.sexualidadsaludysociedad.org>. Acesso em: 30 set. 2014.

BRAUNER, M. C. C.; GRAFF, L. Aspectos bioéticos da cirurgia de redesignação sexual sob a ótica da realização do direito fundamental à saúde. *Direitos Fundam. Just.*, v. 18, p. 149-168, jan./mar. 2012.

BUBER, M. *Do diálogo e do dialógico*. São Paulo: Perspectiva, 1982.

_____. *EU e TU*. São Paulo: Centauro, 2001. 150p.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola, 2002. 574p.

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, G. L. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 151-172.

_____. *Problemas de gênero*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 240p.

CAMPAÑA INTERNACIONAL STOP TRANS PATHOLOGIZATION STP 2012 *Reflexiones sobre despatologización trans y derechos sanitarios*, jul. 2011. Disponível em: <http://www.stp2012.info/Comunicado_STP2012_julio2011.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2014.

CARVALHO, E. R. *Eu quero viver de dia: uma análise da inserção das transgêneros no mercado de trabalho*. Trabalho apresentado ao VII Seminário Fazendo Gênero, Florianópolis, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/E/Evelyn_Carvalho_16.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2013.

CASSEMIRO, L. C. *Muito Prazer, Sou Amapô: as trajetórias de travestis e transexuais face a implementação da política pública de saúde*. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. Direito, Relações Etnorraciais, Educação, Trabalho, Reprodução, Diversidade Sexual, Comunicação e Cultura, Salvador, 2011.

_____. *Tenho o direito de ser "Amapô": as trajetórias de travestis e transexuais face a implementação das políticas públicas de assistência social e saúde*. 2010. 135 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CASTEL, P. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). *Rev. Bras. Hist.*, v. 21, n. 41, p. 77-111, 2001.

CECILIO, L. C. O. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? *Saúde Soc.*, v. 21, n. 2, p. 280-289, 2012.

_____. Modelo tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Públ.*, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2009. p. 117-130.

CECILIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Porto Alegre; Rio de Janeiro: EDUCS/UFRS; IMS/UERJ; CEPESC, 2006. p. 37-50.

COHEN, G. A. Equality of what? On welfare, goods and capabilities. In: NUSSBAUM, M.; SEN, A. *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press, 1993. p. 9-30.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Parecer n° 39*, de 10 de setembro de 1997. Cirurgia transgenital. Brasília, DF, set. 1997a. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1997/39_1997.htm>. Acesso em: 20 abr. 2011.

_____. *Processo – consulta CFM n° 32/12 – Parecer CFM no 8/13*. Terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais. 2012. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2013/8_2013.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2013.

_____. *Processo – consulta CFM n° 6.331/2003 – PC CFM N° 8/2004*. Esclarecimentos referentes à interpretação do artigo 4° da Resolução CFM n° 1.652/2002, que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2004/8_2004.htm>. Acesso em: 23 fev. 2013.

_____. Resolução n° 1.482 de 19 de setembro de 1997. 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. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 19 set. 1997b.

_____. Resolução n° 1.652, de 6 de novembro de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n.º 1.482/97. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 02 dez 2002. Seção 1, p. 80-81.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 1.955, de 12 de agosto de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1652/02. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 03 set. 2010. Seção 1, p. 109-110.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO (Brasil). *Brasil sem homofobia*: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). *Enunciados aprovados na I Jornada de direito da saúde*. 2014. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2013-abr-15/enunciados-aprovados-vi-jornada-direito-civil-serao-guia-justica>>. Acesso em 08 jan. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-62.

CORREA, M. C. D. V. Sexo, sexualidade e diferença sexual no discurso médico. In: LOYOLA, M. A. (Org.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. v. 1, p. 69-81.

CORRÊA, M.; ARÁN, M. Tecnologia e normas de gênero: contribuições para o debate da bioética feminista. *Bioética*, v. 16, n. 2, p. 191-206, jul. 2009.

COSTA, A. Política de Saúde Integral. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010. p. 233-239.

COSTA, A. S. Deficiência Mental à luz da Perspectiva dos Funcionamentos Básicos. In: DIAS, M. C. (Org.). *A perspectiva dos funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva*. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015. p. 103-127.

COSTA, C. M. A.; SILVA, M. J. O cuidar durante a internação hospitalar da cliente transexual. In: SILVA, E. A. *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos Editora, 2012. p. 209-224.

CURRAH, P.; MINTER, S. *Transgender equality: a handbook for activists and policymakers*. Washington D. C.: Policy Institute of the National Gay and Lesbian Task Force and National Center for Lesbian Rights, 2000.

DIAS, M. C. Em defesa de um ponto de vista moral mais inclusivo. In: DIAS, M. C. (Org.). *A perspectiva dos funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva*. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015a. p. 11-36.

_____. Humanos: uma descrição funcional do que somos. In: DIAS, M. C. (Org.). *A perspectiva dos funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva*. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015b. p. 69-84.

_____. *A perspectiva dos funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva*. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015c. 226p.

DIAS, M. C. Teorias da justiça: a perspectiva dos funcionamentos. In: DIAS, M. C. (Org.). *A perspectiva dos funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva*. Rio de Janeiro: Pirilampo, 2015d. p. 37-56.

DJORDJEVIC, M. L.; BIZIC, M. R. Cirurgia de transgenitalização de feminino para masculino. In: SILVA, E. A. *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos Editora, 2012. p. 137-156.

DURAND, G. *Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos*. São Paulo: Loyola, 2003.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2010.

FREITAS, T.; PEBEDÔS, L. A.; MEDEIROS, G. A. R. A consolidação do SUS e seus princípios: pontos e contrapontos de um sistema idealizado para ser universal, integral e equitativo. In: HELLMANN, F.; VERDI, M.; CAPONI, S. *Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos*. Curitiba: Prismas, 2013. p. 87-107.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FRANCO, T. et al. Male-to-female transsexual surgery: experience at the UFRJ University Hospital. *Rev. Col. Bras. Cir.*, v. 37, n. 6, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/rcbc>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

GALIMBERTI, U. O ser humano na era da técnica. *Cadernos IHU ideias*, ano 13, v. 13, n. 218, 2015.

GOMES, P. B. A filosofia do relacionamento. *Periódico Divulgação Científica FALS*, ano III, n. VI, out. 2009/jan. 2010.

JORNADA NACIONAL SOBRE TRANSEXUALIDADE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA NO BRASIL. *Relatório Final*. Rio de Janeiro, 2005. Mimeo.

KANT, I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. São Paulo: Discurso Editorial; Barcarolla, 2009. 501 p.

LEITE JUNIOR, J. *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico*. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2011. 266 p.

_____. Transitar para onde? Monstruosidade, (des)patologização, (in) segurança social e identidade transgêneras. *Est. Femin.*, v. 20, n. 2, p. 559-568, ago. 2012.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc.*, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 176p.

MACHADO, C. Transexualidade, direito e saúde: aspirações e demandas das mulheres transexuais, na visão crítica de uma mulher transexual. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010. p. 149-166.

MARANHÃO FILHO, E. M. A. "Inclusão" de travestis e transexuais através do nome social e mudança de prenome: diálogos iniciais com Karen Schwach e outras fontes. *Oralidades*, ano 6, n. 11, p. 89-116, jan./jul. 2012.

MARCONDES FILHO, C. No diálogo com o outro, a crisálida pode tornar-se borboleta, a comunicação tem chance de acontecer: sobre Martin Buber. *Em questão*, v. 14, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/EmQuestao/article/view/4960/3754>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

MELLO, L.; AVELAR, R. B.; MAROJA, D. Por onde andam as Políticas Públicas para a população LGBT no Brasil. *Soc. Estado*, v. 27, n. 2, p. 289-312, maio/ago. 2012.

MELLO, L.; BRITO, W.; MAROJA, D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. *Cadernos Pagu*, v. 39, p. 403-429, jul./dez. 2012.

MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex., salud soc.*, n. 9, p. 7-28, 2011.

MELLO, L.; PEDROSA, F. F. C.; BRITO, W. Para além de um kit anti-homofobia: políticas públicas de educação para a população LGBT no Brasil. *Bagoas*, n. 7, p. 99-122, 2012.

MISSÉ, M.; COLL-PLANAS, G. La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de salud mental*, v. 8, n. 38, p. 44-55, 2010. Disponível em: <[http://Acolhimento a LGBTTTTI em serviços de saúde scholar.google.com/citations?view](http://Acolhimento%20a%20LGBTTTTI%20em%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde%20scholar.google.com/citations?view)>. Acesso em: 31 jul. 2013.

NASCIMENTO, Z. C.; ALMEIDA, M. V. G. Reflexões sobre gênero. Trabalho apresentado no VI Congresso Internacional de Estudos sobre a diversidade sexual e de Gênero da ABEH, 2012.

NATIONAL CENTER FOR TRANSGENDER EQUALITY (NCTE) Y EL NATIONAL GAY AND LESBIAN TASK FORCE. *Injusticia a cada paso: un vistazo a latin@s encuestad@s en la encuesta nacional sobre discriminación de personas transgéneros (NTDS)*. 2008. Disponível em: <http://www.thetaskforce.org/downloads/reports/reports/ntds_latino_spanish_2.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2012.

SÃO PAULO (Estado). *Nota Técnica 18* de 2014. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/39/Documentos/NOTA-TECNICA-NOME-SOCIAL-18-2014.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

NUSSBAUM, M. *Frontiers of justice: disability, nationality, special members*. Cambridge: Harvard University Press, 2007.

_____. The central capabilities. In: NUSSBAUM, M. *Creanting capabilities: the humam development approach*. Cambridge e London: The Belknap of Harvard University Press, 2011. p. 17-45.

_____. *Women and human development: the capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Consejo Directivo 2013*. Addressing the causes of disparities in health service access and utilization for lesbian, gay, bisexual e trans (LGBT) persons. Washington: OPAS/OMS, 2013.

_____. *53º Consejo Directivo*. 66º Sessão do Comitê regional da OMS para as Américas. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington: OPAS/OMS, 2014.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEGORARO, O. *A ética dos grandes mestres através da história*. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

PEGORARO, O. *A ética e bioética: da subsistência a existência*. Petrópolis: Vozes, 2002a.

_____. Ética e ciência: fundamentos filosóficos da bioética. In: PALÁCIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O. (Org.). *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética*. Petrópolis: Vozes. 2002b. p. 46- 61.

PEREIRA, C. G. Bioética e transexualidade: para além da patologização, uma questão de identidade de gênero. ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, 2010, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Fundação Boiteux, 2010.

PETRY, A. R. *Migrações sexuais e de gênero: experiência de mulheres transexuais*. 2011. 184f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. *Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero*. 2006. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 24 maio 2013.

RACHELS, J. *Os elementos da filosofia da moral*. São Paulo: Manole, 2006.

RAPID RESPONSE SERVICE. *Rapid Response: facilitators and barriers to health care for LGBT people*. Toronto: Ontario HIV Treatment Network, 2013.

RAMOS, R. L. S. O transexual e a possibilidade de modificação do prenome no registro civil. *Construindo Direito – Serra Talhada*, ano 2, v. 1, p. 12-28, jul. 2011.

RELATÓRIO ANUAL DE ASSASSINATO DE HOMOSSEXUAIS (LGBT) NO BRASIL: 2013/2014. Disponível em: <<http://homofobiamata.files.wordpress.com/2014/02/relatc3b3rio-homicidios-2014.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

RIBEIRO, C. D. M. Justiça como práxis, capacidades humanas e saúde. *Physis*, v. 24, n. 3, p. 951-971, jul./set. 2014.

RIBEIRO, C. D. M.; DIAS, M. C. Saúde e doença à luz da perspectiva dos funcionamentos. In: DIAS, M. C. (Org.). *A perspectiva dos funcionamentos: por uma abordagem moral mais inclusiva*. Rio de Janeiro: Pirlampo, 2015. p. 85-102.

RODRIGUES, R. M.; GARCIA, C. T.; ALFONSO, A. C. Transtorno de identidade de gênero y personas transexuales: experiências de atención en Cuba. *Sex. Soc.*, v.33, 13-18, abr. 2007.

SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. A. D. Transexualidade: características psicológicas e novas demandas do setor saúde. *Interface Comunic. Saúde Educ.*, v. 16, n. 42, p. 637-649, jul./set. 2012.

SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. A. D. A transexualidade na atualidade: discurso científico, político e histórias de vida. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 3., 2013, Salvador. *Anais...* Salvador: Universidade do Estado da Bahia, 2013a.

SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. A. D. A transexualidade no cenário brasileiro atual: a despatologização e o direito à identidade de gênero. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 3., 2013, Salvador. *Anais...* Salvador: Universidade do Estado da Bahia, 2013b.

SANTOS, A. Relatoria. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010. p. 258-260.

SANTOS, D. B. C. Para se pensar sobre a experiência transexual na escola: algumas cenas. *Bagoas*, v. 6, n. 7, p. 147-171, jan./jul. 2012.

SCHRAMM, F. R.; BARBOZA, H. H.; GUIMARÃES, A. A. Moralidade da Transexualidade: aspectos bioéticos e jurídicos. *Rev. Redbioética/UNESCO*, ano 2, v. 1, n. 3, p. 66-77, 2011.

SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. *A idéia de justiça*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. ¿Por qué la equidad en salud?. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 11, n. 5-6, 2002.

SILVA, E. A.; SILVA, H. A. M.; DAMIÃO, R. Cirurgia de transgenitalização de masculino para feminino. In: SILVA, E. A. *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos Editora, 2012. p.117-136.

SUESS, A. Despatologización trans y práctica arteterapéutica. *Arte y políticas de identidad*, v. 4, p. 7-126, 2011. Disponível em: < <http://revistas.um.es/api>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

TEIXEIRA, F. B. Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. *Est. Femin.*, v. 20, n. 2, p. 501-511, 2012.

TCHITOKOTA, J. T. *Pensar o conceito de relação na filosofia de Martin Buber: explorando a dimensão dialógica da existência humana*. 2009. Dissertação (Mestrado em Ética e Filosofia Política) - Universidade do Minho Instituto de Letras e Ciências Humanas, Minho, Portugal, 2009.

UNESCO. Department for Children, Schools and Families (DCSF). *Guidance for schools on preventing and responding to sexist, sexual and transphobic bullying: safe to learn: embedding anti-bullying work in schools*. 2009. Disponível em: <www.teachernet.gov.uk/publications>. Acesso em: 04 jan. 2013.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS. Office of the high commissioner. *Born free and equal: sexual orientation and gender identify in international human right law*. New York, 2012.

VENTURA, M. Relatoria: balanço do cenário jurídico brasileiro em relação ao tema. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010a. p. 214-218.

_____. *A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania*. Rio de Janeiro: UERJ, 2010b.

VENTURA, M.; SCHRAMM, F. R. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis*, v. 19, n. 1, p. 65-93, 2009.

VIANNA, A. R. B.; CARRARA, S. Políticas sexuais y derechos sexuales en Brasil: un estudio de caso em políticas sobre sexualidade. In: PARKER, R.; PETCHESKY, R.; SEMBER, R. *Sex politics: reports from the front lines*. México: Sexuality Policy Watch, 2008. p. 27-56.

VILLELA, W. V.; SANTOS, C. G.; VELOSO, J. C. Sobre transgêneros: produzindo corpos e subjetividades. *Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 73-78, 2006.

WHITTLE, S.; TURNER, L.; AL-ALAMI, M. *Engendered penalties: transgender and transsexual people's experiences of inequality and discrimination*. 2007. Disponível em: <<http://www.pfc.org.uk/pdf/EngenderedPenalties.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2012.

WOLFF, J.; DE-SHALIT, A. *Disadvantage*. New York: Oxford University Press, 2010.

WOLFF, J.; DE-SHALIT, A. Risk. In: WOLFF, J.; DE-SHALIT, A. *Disadvantage*. New York: Oxford University Press, 2010. p. 63-73.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH. *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's standards of care for gender identity disorders (HBI/GDA - SOC)*. Sixth Version, 2001. Disponível em: <<http://www.wpath.org/documents2/socv6.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

ZUBEN, N. A. V. *Diálogo e existência no pensamento de Martin Buber*. 2015. Disponível em: <<http://www.fe.unicamp.br/vonzuben/dialogo.html>>. Acesso em: 14 fev. 2015.

_____. Introdução. In: BUBER, M. *EU e TU*. São Paulo: Centauro, 2001. p. 7-10.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das mulheres transexuais

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Análise bioética do Processo Transexualizador à luz da Perspectiva dos Funcionamentos básicos” , conduzida por Cristiane Maria Amorim Costa. Este estudo tem por objetivo a realização de uma avaliação do processo transexualizador, a partir da sua opinião. Para o alcance desse objetivo, busco identificar uma lista de necessidades básicas para as pessoas transexuais que sirva de base para avaliação dessa política pública.

Você foi selecionado(a) por estar em acompanhamento no Processo Transexualizador. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Existem riscos mínimos de você sentir-se desconfortável durante a realização da entrevista, por conta do seu envolvimento afetivo com o assunto. Sua participação é voluntária e não será remunerada e nem implicará em nenhum tipo de gastos.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista comigo, em local reservado, onde estaremos somente nós duas, a ser combinado entre nós. A duração da entrevista será em media de 20 minutos, podendo se prolongada por mais 15 minutos, caso seja necessário, e será gravada em gravador digital. A entrevista será composta por alguns dados como idade, tipo de trabalho, grau de instrução, tipo de emprego e existência de parceiros e uma pergunta que solicita que você enumere as necessidades básicas que são consideradas essenciais. Depois de você responder essa pergunta, eu vou lhe mostrar uma lista de necessidades básicas previamente elaborada por mim, através da análise de estudos e você irá comentar sobre os itens da lista, justificando sua inclusão ou não na sua lista de necessidades básicas.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Cristiane Maria Amorim Costa, Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Avenida Vinte e Oito de Setembro, 77 5º andar – Serviço de Urologia; email: cristiane.costa@ig.com.br, Tel 7858-5066 ou 2868-8157

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e esclarecido dos profissionais

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Análise bioética do Processo Transexualizador à luz da Perspectiva dos Funcionamentos básicos” , conduzida por Cristiane Maria Amorim Costa. Este estudo tem por objetivo a realização de uma avaliação do processo transexualizador, a partir da sua opinião. Para o alcance desse objetivo, busco identificar uma lista de necessidades básicas para as pessoas transexuais que sirva de base para avaliação dessa política pública.

Você foi selecionado(a) por desenvolver suas atividades profissionais junto a pessoas transexuais que são acompanhadas no Processo Transexualizador. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Existem riscos mínimos de você sentir-se desconfortável durante a realização da entrevista, por conta do seu envolvimento afetivo com o assunto. Sua participação é voluntária e não será remunerada e nem implicará em nenhum tipo de gastos.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista comigo, em local reservado a ser combinado por nós , onde estaremos sozinhas(os). A duração da entrevista será em media de 20 minutos, podendo se prolongada por mais 15 minutos, caso seja necessário e será gravada em gravador digital. A entrevista será composta por alguns dados como idade, profissão, grau de instrução, tipo de vínculo empregatício e data do início de suas atividades profissionais no processo transexualizador e uma pergunta que solicita que você enumere as necessidades básicas que você considera importantes para que os transexuais tenham uma vida digna. Depois de você responder essa pergunta, eu vou lhe mostrar uma lista e você irá comentar sobre os itens colocados na lista, justificando sua inclusão ou não na sua lista de necessidades básicas, assim como apontará outras necessidades que devam ser incluídas nessa lista.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Cristiane Maria Amorim Costa, Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Avenida Vinte e Oito de Setembro, 77 5º andar – Serviço de Urologia; email: cristiane.costa@ig.com.br, Tel 7858-5066 ou 2868-8157

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para mulheres transexuais

Roteiro de Entrevista

Hora de início -

Término-

1- Dados de caracterização dos sujeitos

Nome social -

Telefone de contato-

Idade

Existência de companheiro -

Estudou até qual ano? Porque?

Tipo de Emprego

Conte-me brevemente sua história

Como chegou ao HUPE?

Ano do ingresso no processo transexualizador-

Ano de ingresso na fila para a cirurgia-

2- Quais são as necessidades básicas que você listaria como essenciais para as pessoas transexuais? Porque?

3- Apresentação da lista preliminar (Apêndice J)

3.a-Vc poderia comentar cada um desses itens e dizer se são básicos ou não e porque?

Aonde vc vai quando tem um problema de saúde?

3.b- Quais outras necessidades básicas que você acrescentaria? Justifique

4- Vc considera que essas necessidades que vc considerou importantes poderão ser realizadas depois da realização da cirurgia?

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para profissionais

Roteiro de Entrevista

1- Dados de identificação

Iniciais

Idade

Profissão

Formação

Vínculo empregatício-

Início de sua participação profissional no Processo Transexualizador-

2- Quais são as necessidades que você considera básicas para as pessoas transexuais? Porque?

3- Apresentação da lista preliminar

3-a- Você poderia avaliar essa lista de necessidades básicas para as pessoas transexuais, analisando cada um dos itens dessa lista como básicos ou não para as pessoas transexuais?

3-b-Que outras necessidades você acrescentaria?

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL-UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise bioética do Processo Transexualizador à luz da Funcionamentos Básicos **Pesquisador:** Cristiane Maria Amorim Costa perspectiva dos

Área

Temática:

Versão:

2

CAAE:

24476613.5.0000.5260

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-

UERJ **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 501.157

Data da Relatoria: 12/12/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que objetiva analisar a integralidade do processo transexualizador, com base na perspectiva dos funcionamentos básicos. Para tanto, propõe: identificar uma lista de funcionamentos básicos que sirva de base para as políticas públicas voltadas as pessoas transexuais; analisar, sob a ótica dos transexuais, a contribuição do Processo Transexualizador na realização da lista de funcionamentos básicos; analisar a percepção dos profissionais envolvidos no processo transexualizador no tocante a contribuição na realização da lista de funcionamentos básicos; analisar a portaria do processo transexualizador, apontando as potencialidades e fragilidades relacionadas a lista de funcionamentos básicos (p. 12-13). O referencial teórico eleito pela pesquisadora para análises consiste no que chama de pilares de sustentação do referencial teórico (p. 14), concentrados nos conceitos de Transexualidade e Integralidade, além da teoria dos Funcionamentos Básicos. Os dois primeiros conceitos ancoram-se nas bases legais do Sistema Único de Saúde (SUS). A teoria dos Funcionamentos Básicos se pauta na ideia de funcionamentos, que são considerados como componentes do bem-estar, onde as pessoas podem ser favorecidas e alcançaram os funcionamentos - ou prejudicadas e não foram capazes de atingir os funcionamentos (p. 44) antes de depois da adequação genital cirúrgica (p. 5). Serão realizadas 28 entrevistas semi-estruturadas com pessoas transexuais e profissionais da área de saúde que participam em diferentes etapas do Processo Transexualizador em hospital universitário do município do Rio de Janeiro, tendo como critério de inclusão a aceitação voluntária em participar da pesquisa (p. 42). Das 28 entrevistas, 8 (oito) serão com os profissionais e 20 envolverão as pessoas trans. O campo de estudo será o Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que está habilitado para a realização de procedimentos do Processo Transexualizador (p. 42). O estudo seguirá os seguintes passos metodológicos, subdivididos em três etapas: Etapa 1- Elaboração preliminar da lista de funcionamentos básicos (identificação em bases teóricas de quais os funcionamentos que a política pública do Processo Transexualizador contribui para promoção; elaboração de uma lista preliminar de funcionamentos básicos). Etapa 2- Reformulação da lista de Funcionamentos básicos, do ponto de vista dos entrevistados (realização de 10 entrevistas com dez pessoas transexuais, que já estão no Processo Transexualizador, mas que ainda não foram submetidas a adequação cirúrgica genital e quatro profissionais da área de saúde que fazem parte do Processo Transexualizador, apresentando a lista de Funcionamentos Básicos). Etapa 3- Estabelecimento de uma lista de funcionamentos básicos para os transexuais que abarque a integralidade do processo transexualizador. 4- Avaliação do processo transexualizador com base na lista construída nas etapas anteriores (entrevista envolvendo 10 pessoas transexuais que já receberam alta do Processo Transexualizador e quatro profissionais da área de saúde que fazem parte do Processo Transexualizador, com opinião acerca dos funcionamentos propostos na lista. A análise dos dados será realizada através da análise de conteúdo de acordo com os pressupostos teóricos de Bardin (p. 44).

Objetivo da Pesquisa:

Através da perspectiva dos funcionamentos básicos, a pesquisadora acredita que melhor adequará seu estudo à realidade da população envolvida em seu estudo já que, por conta de processos discriminatórios e da morte social a que são submetidas às pessoas transexuais, não lhes é dada a

oportunidade de escolher a vida que querem viver (p. 11). Essa perspectiva também proporcionaria que o estabelecimento dos funcionamentos básicos sejam reconhecidos pelos próprios indivíduos (p. 12). Tendo a integralidade como ideal uma sociedade mais justa (p. 12), a pesquisadora estabelece como objeto de seu estudo a avaliação da integralidade do processo transexualizador (p. 12), e tem como objetivo geral: Analisar a integralidade do processo transexualizador, com base na perspectiva dos funcionamentos básicos (p. 12). Para atender a esse objetivo geral, estabeleceu os seguintes objetivos específicos: - Identificar uma lista de funcionamentos básicos que sirva de base para as políticas públicas voltadas as pessoas transexuais; - Analisar, sob a ótica dos transexuais, a contribuição do Processo Transexualizador na realização da lista de funcionamentos básicos; - Analisar a percepção dos profissionais envolvidos no processo transexualizador no tocante a contribuição na realização da lista de funcionamentos básicos; - Analisar a portaria do processo transexualizador, apontando as potencialidades e fragilidades relacionadas a lista de funcionamentos básicos (p. 12-13).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A mesma destaca como benefícios a possibilidade dos resultados o estabelecimento de reflexão, através de um diagnóstico situacional, das necessidades desse grupo tanto em relação a uma vida digna como em relação a sua inserção no SUS (p. 13). Isso significa, segundo ela, que o estudo contribuiria para o estabelecimento de estratégias para a adequação e modificação da política [voltada ao processo transexualizador] implementada, visando efetivar o pilar da integralidade, assim como contribuir para a realização dos projetos de vida dessas pessoas (p. 13).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta título, introdução, objetivos, referencial teórico, percurso metodológico e referências bibliográficas. Apresenta também cronograma adequado e orçamento detalhado. A pesquisa será financiada com recursos próprios da pesquisadora. A folha de rosto foi adequadamente preenchida. Declaração de anuência do hospital no qual se dará a pesquisa está incluída.

Foi apresentado TCLE completo, tanto para os indivíduos transexuais quanto para os profissionais, redigido em linguagem clara e contendo as informações essenciais. Trata-se de pesquisa que realizará entrevistas semi-estruturadas, sendo que a pesquisadora apresentou adequadamente o roteiro que deve seguir para orientar as entrevistas.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há mais pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado confirma a aprovação do projeto, pois a pesquisadora atendeu às seguintes recomendações e pendências feitas por este CEP:

1- Substituição da expressão "não existem riscos", por "os riscos são mínimos", no corpo do projeto e no TCLE

2- Explicitação, no projeto, do hospital universitário do município do Rio de Janeiro no qual pretende abordar os participantes da pesquisa.

3 - Esclarecimento mais detalhado do modo como os participantes serão selecionados (critérios de inclusão e exclusão dos indivíduos transexuais e dos profissionais)

RIO DE JANEIRO, 19 de Dezembro de 2013

Assinador por:

Rossano Cabral Lima (Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Bairro:

Maracanã

UF: RJ Município: Telefone: (21)2334-0235

CEP:

20.550-900

Fax: (21)2334-2152 **E-mail:** cep-ims@ims.uerj.br

RIO DE JANEIRO

Página 04 de 04

ANEXO B - Lista de Martha Nussbaum: capacitações centrais

1. Vida: Ser capaz de viver até o fim da vida humana de duração normal; sem morrer prematuramente, ou antes de a vida ser tão reduzida que não valha a pena ser vivida.

2. Saúde corporal: Ser capaz de ter uma boa saúde, inclusive reprodutiva saúde, de estar adequadamente nutrido, ter um abrigo adequado.

3. Integridade corporal: Ser capaz de se mover livremente de um lugar para outro, ser capaz de estar seguro contra ataque, incluindo agressão sexual, abuso sexual de crianças e violência doméstica, ter oportunidades de satisfação sexual e de escolha em matéria de reprodução.

4. Sentido, imaginação e pensamento: Ser capaz de usar os sentidos, imaginar, pensar e raciocinar - e para fazer essas coisas de uma forma "verdadeiramente humano", uma forma informada e cultivada por uma educação adequada, incluindo, mas não de modo limitado, a alfabetização e formação matemática e científica básica. Ser capaz de usar a imaginação e pensamento em relação a experimentar e produzir obras e eventos auto-expressivos de sua própria escolha, religioso, literário, musical, e assim por diante Ser capaz de usar a mente de forma protegidos pelas garantias de liberdade de expressão em relação a ambos, discurso político e artístico, e a liberdade de exercício religioso. Ser capaz de procurar o significado último da vida em seu próprio caminho. Ser capaz de ter experiências agradáveis e, de evitar a dor desnecessária.

5. Emoções: Ser capaz de ter vínculos com as coisas e pessoas fora de nós mesmos, para amar aqueles que amam e cuidam de nós, para lamentar a sua ausência, em geral, para amar, para sofrer, para sentir saudade, gratidão e raiva justificada. Não ter um desenvolvimento emocional marcado pelo medo avassalador e ansiedade, ou por eventos traumáticos de abuso ou negligência.

6. Razão prática: Ser capaz de formar uma concepção do bem e de se envolver em uma reflexão crítica sobre o planejamento de sua vida.

7. Filiação:

A- Ser capaz de viver com e para os outros, de reconhecer e mostrar preocupação com os outros seres humanos, de participar em diversas formas de interação social, para ser capaz de imaginar a situação do outro e ter compaixão por essa situação, de ter a capacidade tanto para a justiça e a amizade.

B- Ter as bases sociais do auto-respeito e não humilhação, sendo capaz de ser tratado como um ser digno, cujo valor é igual ao de outros.

8. Outras espécies: Ser capaz de viver com preocupação e em relação aos animais, as plantas, e o mundo da natureza.

9. Brincar: Ser capaz de rir, de brincar, de desfrutar de atividades de lazer.

10. Controle sobre o meio ambiente:

A- Ser capaz de participar efetivamente nas escolhas políticas que regem a vida de alguém, ter o direito de participação política, a proteção da liberdade de expressão e associação.

B- Ser capaz de manter a propriedade e não apenas formalmente, mas em termos de oportunidade real, e ter direitos de propriedade sobre uma base de igualdade com os outros, tendo o direito de procurar emprego em igualdade de condições com os outros, tendo a liberdade de busca injustificada e apreensão. Ser capaz de trabalhar como um ser humano, exercendo a razão prática e estabelecimento de relações de significado de reconhecimento mútuo com os outros trabalhadores.