

LUCAS ALVES DE BRITO OLIVEIRA

**NEOFALOPLASTIA E NARRATIVAS DE UM HOMEM TRANSGÊNERO:
IDENTIDADE, CORPO E SAÚDE.**

BRASÍLIA-DF, 2020

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LUCAS ALVES DE BRITO OLIVEIRA

**NEOFALOPLASTIA E NARRATIVAS DE UM HOMEM TRANSGÊNERO:
IDENTIDADE, CORPO E SAÚDE.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Valéria Machado Mendonça

BRASÍLIA-DF

2020

Lucas Alves de Brito Oliveira

**NEOFALOPLASTIA E NARRATIVAS DE UM HOMEM *TRANSGÊNERO*:
IDENTIDADE, CORPO E SAÚDE.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 11/12/2020

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça

Orientadora

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Universidade de Brasília (Titular)

Prof. Dr. Renato Antunes dos Santos

University of Toronto (Titular)

Prof. Dr. Edu Turte-Cavadinha

Universidade de Brasília (Suplente)

BRASÍLIA

2020

Dedico este trabalho ao marginalizado, com o anseio de que a história não mais seja escrita com seu sangue e sua vida.

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que deixaram sua marca nesta minha trajetória. A elas, meus mais sinceros agradecimentos:

A Gabriel Graça de Oliveira, meu amigo, meu irmão, meu pai, meu filho, meu professor, meu colega de trabalho e, acima de tudo isso, um homem que me inspirou a ter a coragem de ser quem sou.

A Valéria Mendonça, minha orientadora, minha flor e compreensão nos dias difíceis, sempre disposta a acender uma luz e iluminar os caminhos que precisei trilhar.

A Fátima Sousa e Renato Antunes, que, ao passarem por minha vida, deixaram tanto de si que hoje fazem parte de mim. A Edu Cavadinha, que, com Fátima e Renato, aceitou compor a banca examinadora deste trabalho. Agradeço o tempo e os olhares: ser professor é poder ensinar a todo instante, sou grato por aprender com vocês.

À Universidade de Brasília e ao Estado Brasileiro, que por acreditarem em educação pública e de qualidade, me permitiram alcançar a luz e a inspiração do conhecimento e seguir na trilha da justiça social, do amor ao próximo e da compaixão. Enquanto houver vida, haverá esperança – nosso país há de ser melhor.

Aos meus pais e irmãos, por estarem a meu lado. A meus amores e amigos, por me oferecerem os olhos, os ombros, o coração e a alma para que eu pudesse chegar aqui. A meus alunos e pacientes, que me mostram que o cuidado que dispensamos uns aos outros volta sempre para nós.

A construção de uma dissertação como esta é feita a várias mãos e certamente eu tive a imensa alegria de contar com muitas. Obrigado!

*“Faltar tinta
No dia que o céu for livre
Pra todos serem o que são”
(Virgínia Guitzel – Colorir)*

RESUMO

A discriminação por identidade de gênero incide na determinação social da saúde ao desencadear processos de adoecimento e morte prematura decorrentes do preconceito e do estigma social reservado aos transgêneros. Este trabalho se propõe a analisar as narrativas de um homem transgênero diante do processo de transgenitalização e discutir pontos-chave quanto a identidade de gênero, corpo e processos e ações em saúde. Tratou-se de um estudo qualitativo de análise de documental de narrativas de um homem transgênero que se submeteu ao procedimento cirúrgico de neofaloplastia, cirurgia de construção de um pênis. Selecionaram-se escritos e entrevistas publicadas na internet, com acesso público e irrestrito. Para avaliação e análise dos dados, foi utilizada a hermenêutica dialética. Como principais resultados, identificaram-se percepções e vivências de um homem transgênero em relação à sua identidade, corpo e desempenho do papel de gênero após a transgenitalização, correlacionando-se os temas às linhas de pensamento correntes na literatura técnico-científica das ciências da vida e das ciências sociais.

Palavras-Chave: Pessoas transgênero; Minorias Sexuais e de Gênero; Cirurgia de Readequação Sexual; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Discrimination by gender identity affects the social determination of health by triggering processes of illness and premature death, as a result of prejudice and social stigma lived by transgender people. This study aims to analyze the narratives of a transgender man in the face of the process of trans genitalization and discussing key points regarding gender identity, body and health processes and actions. This work is composed of a qualitative study of documentary analysis of narratives of a transgender man who underwent the surgical procedure of phalloplasty, surgery to construct a penis. Writings and interviews published on the internet, with public and unrestricted access, were selected. Dialectical-hermeneutics was used to data evaluation and analysis. As main results, perceptions and experiences of a transgender man were identified concerning his identity, body and performance of the gender role after the gender affirmation surgery, correlating the themes to the current lines of thought in the technical-scientific literature.

Keywords: *Transgender persons; Sexual and Gender Minorities; Sex Reassignment Surgery; Unified Health System.*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Nuvem de palavras do documento “Conversas”

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estabelecimentos hospitalares habilitados pelo Ministério da Saúde para atenção especializada ao Processo Transexualizador do SUS, em dezembro de 2020

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANTRA: Associação Nacional de Travestis e Transexuais

APA: *American Psychiatric Association* (Associação Americana de Psiquiatria)

BIREME: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CFM: Conselho Federal de Medicina

CID: Classificação Internacional de Doenças

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EUA: Estados Unidos da América

FtM: *Female to Male* (Feminino para Masculino)

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgênero

MS: Ministério da Saúde

MtF: *Male to Female* (Masculino para Feminino)

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

Pop. T: População de travestis, transexuais, transgêneros

PT: Processo Transexualizador

PTS: Projeto Terapêutico Singular

R\$: Reais

SUS: Sistema Único de Saúde

UnB: Universidade de Brasília

US\$: Dólar americano

WPATH: World Professional Association for Transgender Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	18
2.1 GERAL	18
2.2 ESPECÍFICOS	18
3 MÉTODOS	19
3.1. PESQUISA QUALITATIVA	19
3.2. PESQUISA DOCUMENTAL	20
3.3. HERMENÊUTICA-DIALÉTICA	22
3.4. ASPECTOS ÉTICOS.....	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 “CORAGEM DE ASSUMIR PERANTE O MEU AMBIENTE SOCIAL” – O TEXTO EM SEU CONTEXTO	27
4.2 “ENFIM EU VENHO AO MUNDO COMPLETO” – IDENTIDADE	31
4.3 “TER UM PÊNIS NÃO É UM PASSAPORTE PARA A FELICIDADE” – CORPO	39
4.4 “DE BRAÇOS COM A VERDADE” – SAÚDE	49
5 CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	65

1 INTRODUÇÃO

As pessoas *trans*¹ estão inseridas em um mundo onde a lógica binária masculino/feminino constrói uma perspectiva excludente e desafiadora a si. O gênero é um marcador social a partir do qual se estabelecem atitudes, comportamentos, sentimentos e afetos com os quais a sociedade define padrões de normatividade, que vigoram em determinado local e época (1). Os comportamentos socialmente esperados para as pessoas generificadas, os chamados papéis de gênero, não são inerentes ao sexo atribuído ao nascimento, mas vão sendo moldados a partir das demandas sociais, políticas, econômicas, religiosas e culturais (2). A identidade de gênero, por sua vez, advém de uma noção subjetiva de um indivíduo ser homem, mulher, alguma alternativa de gênero ou a combinação deles (3).

Os homens *trans*, também conhecidos como transhomens, homens transexuais, homens transgêneros ou FtM (*female to male*, em português feminino para masculino), constituem os seres a quem foi atribuído o sexo feminino ao nascimento e que se identificam com o gênero masculino (3). No contexto das transidentidades, as experiências dos homens *trans* tem possibilitado um contínuo desafio aos pressupostos hegemônicos sobre corpo e gênero, em vidas que não cessam de se reinventar (4), muitas vezes submetidas à intolerância e à estigmatização.

Em uma sociedade normatizante, a discriminação por identidade de gênero incide na determinação social da saúde² ao desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura decorrentes do preconceito e do estigma social reservado às pessoas *trans* (5). Estabelecendo-se um desconforto decorrente da divergência entre o sexo atribuído ao nascimento e a identidade de gênero de um indivíduo, pode haver uma demanda pessoal por transformações corporais do ser

¹ O termo *trans* é utilizado neste estudo na condição de termo “guarda-chuva”, por reunir todas as identidades gênero-divergentes, ou seja, identidades que, de alguma forma e em algum grau, confrontam e desregulam o dispositivo binário de gênero, masculino/feminino. Etimologicamente, do latim *trans-* significa além de, para além de, o outro lado, o lado oposto. Refere-se a todas as pessoas com identidades *trans*: transexuais, transgêneros, travestis, pessoas não binárias e outros. Ressalta-se que tais definições podem apresentar limites mais imprecisos e estão em constante transformação.

² Os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha, considerando-se os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. Para maior aprofundamento, ver: Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007; 17(1): 77-93.

transgênero, em busca de maior conformidade na experiência identitária. As modificações corporais integram a vida de todos os indivíduos, mas na particularidade de transgêneros, tal questão assume centralidade em seu bem-estar e saúde (6).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis – LGBT³ (5) representa os esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção, atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate à homofobia, lesbofobia e transfobia, e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). É constituída por um conjunto de princípios éticos e políticos expressos em uma marca que reconhece os efeitos perversos dos processos de discriminação e de exclusão sobre a saúde. Suas diretrizes e objetivos estão, portanto, voltados para a promoção da equidade em saúde.

Havendo ainda um enfoque especial para a saúde da população *trans*, implementou-se, no Brasil, o Processo Transexualizador no SUS. O objetivo é atender as pessoas que sofrem com a incompatibilidade de gênero, quando não há reconhecimento do próprio corpo em relação à identidade de gênero.

Com efeito, as pessoas *trans*, na perspectiva da busca pelas adequações necessárias em seu corpo, passam a alcançar a potencialidade, no Brasil, de acessar os serviços de saúde para uma vivência mais plena do estado de saúde. Isto se dá tendo em vista que transgêneros privados do acesso aos serviços e procedimentos de readequação de gênero⁴ estão mais sujeitos a desfechos negativos, como perda de emprego, depressão, infecção por HIV, suicídio, abuso de drogas, violência e mortalidade. Há, inclusive, estudo de custo-efetividade demonstrando que cobrir os custos do tratamento de redesignação de gênero é economicamente vantajoso pela

³ Na concepção mais atual da sigla: lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros. Há ainda outras diversas variantes, tais quais LGBTQQICAPF2K+ que adiciona ainda as categorias “questionando”, intersexo, curioso, assexual, pansexual, familiares e amigos, *two spirit* e *kink*. Para maior aprofundamento, ver: Facchini R. Sopa de letrinhas?: movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 1990. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

⁴ Conjunto de técnicas e procedimentos de modificações corporais para adequação do corpo da pessoa *trans* para o seu gênero. Na literatura, observa-se ainda o uso dos termos transição de gênero ou sexual, readequação de gênero ou sexual, reafirmação de gênero ou sexual, readequação sexual e processo transexualizador como sinônimas.

diminuição das comorbidades⁵ e desfechos negativos, usualmente associados ao desemprego pelo estigma e mais caros para os sistemas de saúde (7).

Na perspectiva médica, há diversos procedimentos empregados na afirmação de gênero FtM, tais quais o uso de hormônios (como a testosterona e seus análogos) e procedimentos cirúrgicos, entre os quais a neofaloplastia (8).

A neofaloplastia, também conhecida como faloplastia, consiste em um procedimento cirúrgico de construção de um pênis a partir do uso de outros tecidos do corpo. As técnicas evoluíram de sobremaneira desde sua primeira realização na Rússia, em 1936, assim como sua primeira aplicação em FtM na Inglaterra, em 1946 (9). Há diferentes técnicas cirúrgicas, basicamente divididas entre microcirúrgicas e não-microcirúrgicas. Estas, também chamadas pediculadas, são de mais fácil execução, não requerem equipamentos cirúrgicos extraordinários e apresentam resultados estéticos e funcionais considerados satisfatórios tanto pelos pacientes quanto por seus parceiros (9).

Uma revisão da literatura científica de técnicas e desfechos de faloplastia demonstrou que a satisfação entre indivíduos que são submetidos a estas técnicas é alta (58 a 100%), incluindo a satisfação com a aparência e com a experiência sexual atrelada ao neofalo (10). Tendo isto em vista, atualmente a World Professional Association for Transgender Health (WPATH) preconiza que aqueles indivíduos *trans* que desejam tal procedimento o busquem a fim de alcançar um melhor estado global de saúde: “mesmo as pessoas usuárias de serviços com complicações cirúrgicas graves raramente se arrependem de ter realizado a cirurgia” (11, p. 71).

No Brasil, a neofaloplastia para homens *trans* ainda é configurada como “cirurgia experimental”, o que significa que deve ser realizada somente mediante as normas do Sistema CEP/CONEP (Comitês de Ética em Pesquisa, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) e em hospitais universitários e/ou de referência para o SUS, o que faz do acesso ao procedimento muito restrito.

Em pesquisa realizada em sítio eletrônico do Ministério da Saúde (MS)⁶, em dezembro de 2020, encontrou-se um total de quinze hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde (MS) para a atenção especializada ao Processo Transexualizador

⁵ Associação de doenças.

⁶ CNESNet, Ministério da Saúde Brasil, 2020. Acesso em 01 de dezembro de 2020. Disponível em <http://cnes2.datasus.gov.br/>.

(PT) do SUS, entre hospitais universitários e outros (Quadro 1). No entanto, não há evidências, relatos ou comprovação da realização de nenhum procedimento de neofaloplastia em homens *trans* nestes serviços.

Quadro 1 – Estabelecimentos hospitalares habilitados pelo Ministério da Saúde para atenção especializada ao Processo Transexualizador do SUS, em dezembro de 2020

Estabelecimento	Município	Região
Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian	Campo Grande	CO
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	Goiânia	CO
Complexo de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga	João Pessoa	NE
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco	Recife	NE
Hospital Municipal de Salvador	Salvador	NE
Hospital Regional Dr. Aginaldo Pereira	Caraúbas	NE
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Porto Alegre	S
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.	Rio Grande	S
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	São Paulo	SE
Hospital de Clínicas de Uberlândia	Uberlândia	SE
Hospital Estadual de Diadema – Hospital Serraria	Diadema	SE
Hospital Guilherme Álvaro Santos	Santos	SE
Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes	Vitória	SE
Hospital Universitário Gaffree e Guilne	Rio de Janeiro	SE
Hospital Universitário Pedro Ernesto	Rio de Janeiro	SE

Fonte: CNESNet, Ministério da Saúde Brasil, 2020. Acesso em 01 de dezembro de 2020. Disponível em <http://cnes2.datasus.gov.br/>.

A contradição estabelecida entre o entendimento científico da importância da realização da neofaloplastia aos homens *trans* que a desejam e o fato de não haver serviço que realize o procedimento no Brasil, foi o ponto de partida para este estudo. Até o presente momento, não existe na literatura estudo com narrativas de homem transgênero brasileiro que registre a importância da cirurgia de transgenitalização no processo transexualizador e na satisfação do sujeito com a sua identidade, corpo e saúde após a neofaloplastia.

Além disto, os diversos olhares que se propõem a analisar o fenômeno das transidentidades, advindo especialmente das ciências humanas e sociais e das ciências da vida e biomédicas, assim como o próprio ponto de vista dos sujeitos *trans* que experimentam a vida, por vezes desencontram-se pela ausência de diálogos e de uma abertura para a interlocução possível.

Esta pesquisa se justificou, então, tanto pela premência da questão e originalidade do objeto, quanto pela necessidade de buscar um olhar transdisciplinar⁷ ao estudo da temática.

Se o Brasil é o país que mais mata travestis e transexuais no mundo, segundo dados da Associação Nacional de Transexuais e Travestis (ANTRA) (12), é pela contribuição científica e divulgação do conhecimento que aqui se busca alguma modificação desta cruel realidade em nosso país.

⁷ Abordagem que visa à abertura aos diversos campos do conhecimento e sua interlocução. Para maior aprofundamento, ver: Almeida-Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. Ciênc. saúde coletiva 1997; 2(1-2): 5-20.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções de um homem transgênero diante do processo de transgenitalização.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as representações simbólicas do neofalo na identidade de um homem transgênero.

Reconhecer as repercussões da neofaloplastia na saúde de um homem transgênero.

Relacionar as narrativas de um homem transgênero com o conhecimento biomédico e social, em perspectiva transdisciplinar.

3 MÉTODOS

“Como a neofaloplastia é percebida por um homem *trans* brasileiro em seu processo de reafirmação de gênero?” Foi a partir desta pergunta que se procurou delinear um método de pesquisa capaz de buscar entendimentos possíveis às inquietações suscitadas.

O caminho de explorar, analisar e interpretar as percepções de um ser sobre sua identidade, seu corpo e sua saúde, requer uma metodologia de estudo que faça dele mesmo um processo de construção do conhecimento, para que sustente sua finalidade e atenda aos objetivos propostos.

Dessa forma, considerando a importância deste processo, apresenta-se o percurso metodológico no qual se configurou a construção desse conhecimento, assim como os procedimentos utilizados para desenvolver o presente trabalho e a fundamentação teórica envolvida nos métodos de pesquisa.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritivo, utilizando-se os métodos de pesquisa documental (13).

3.1 PESQUISA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa tem como característica fundamental o estudo de fenômenos repletos de significados singulares e subjetivos, permitindo o aprofundamento de determinadas temáticas e o desenvolvimento do conhecimento científico (14). Para o objeto de estudo proposto, entende-se que abordagens qualitativas trazem contribuições fundamentais, tendo em vista seu caráter investigativo, descritivo, com ênfase nos processos e nos significados dos fatos para os atores envolvidos. Neste sentido, esta natureza qualitativa é coerente com a abordagem teórica adotada, tendo em vista que percebe o homem transgênero como central na construção de conceitos a partir da interpretação que faz da realidade.

Seguindo um enfoque interpretativista, no qual se compreende que o mundo e a sociedade devem ser entendidos segundo a perspectiva daqueles que o vivenciam (15), a estrutura deste estudo prima pela observação das experiências vividas, nos

longos e complexos processos de interação individual e social. Com base em uma abordagem qualitativa, buscar-se-ão respostas a questões particulares não passíveis de quantificação, tais quais o universo de significados, percepções, aspirações, crenças, valores e atitudes de um homem transgênero submetido à cirurgia de neofaloplastia.

Ademais, este estudo organiza-se na perspectiva de explorar e descrever seu objeto. É exploratório com o propósito de propiciar maior aproximação da questão-chave, com vistas a torná-la mais explícita e a construir hipóteses. É descritivo, pois busca levantar as opiniões, atitudes, percepções e crenças de um ser quanto a si e sua existência (1).

Havendo ampla gama de correntes do pensamento voltadas a desvendar os fenômenos em saúde, segundo Minayo (16) “todas tem em comum o reconhecimento da subjetividade e do simbólico como partes integrantes da realidade social”, assim como o “indissociável imbricamento entre subjetivo e objetivo” (p.60). Apesar da multiplicidade de desenhos metodológicos possíveis para se buscar compreender o objeto de estudo, segundo a autora faz-se necessário haver um “rigor metodológico” na condução de pesquisas de natureza qualitativa (16).

3.2 PESQUISA DOCUMENTAL

Para tal, de maneira a buscar relatos pessoais de homens transgênero submetidos ao procedimento de neofaloplastia, optou-se pela análise documental como método qualitativo, de modo a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares destes sujeitos específicos, considerando-se seu contexto (17).

A pesquisa documental vale-se de toda sorte de documentos, elaborados com finalidades diversas, que, em geral, não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com objetivos da pesquisa (1).

O conceito de documento é bastante amplo, podendo ser constituído por qualquer objeto capaz de comprovar algum fato ou acontecimento, e ultrapassa o conjunto de textos escritos e/ou impressos; é dizer que o documento como fonte de pesquisa pode ser escrito e não-escrito, tais como filmes, vídeos, slides, fotografias

ou pôsteres (18). Ainda nesta perspectiva, conceitua-se documento também como os materiais potencialmente utilizáveis como fonte de informação sobre o comportamento humano (19).

De maneira geral, pode-se identificar as etapas a serem desenvolvidas na pesquisa documental: formulação do problema, elaboração do plano de trabalho, identificação das fontes, localização das fontes e obtenção do material, análise e interpretação dos dados, finalizando-se com a redação do texto (1).

A partir da formulação da questão-chave para este estudo – a saber: percepções de um homem transgênero submetido à cirurgia de neofaloplastia – e elaboração de um plano de trabalho, o percurso metodológico impôs a necessidade de buscar relatos, entrevistas, notas autobiográficas ou documentos afins que retratassem as experiências individuais destes potenciais sujeitos como fontes primárias para a obtenção do material a ser avaliado.

A busca por documentos que trouxessem histórias e relatos autobiográficos de pessoas imersas na questão estudada gerou a possibilidade de perpassar-se por um infinito reservatório de significados. As narrativas representam e relatam experiências; sendo que o indivíduo, ao contar sua história, constrói uma estrutura passível de análise e interpretação (20). No âmbito da subjetividade, o que fica são as experiências singulares, devendo-se, enquanto pressuposto de pesquisa, considerar as narrativas individuais inseridas em marcos históricos, sociais, culturais, econômicos mais amplos (21).

Por tratar-se de situação bastante contemporânea e ainda pouco comum no contexto nacional e, nesse sentido, havendo potencial escassez de documentos, a identificação da fonte foi feita por meio da indicação de um sujeito transgênero que havia realizado a cirurgia e contava com um blogue, no qual, buscando compartilhar sua experiência, publicara as gravações de entrevistas que fizera em dias anteriores e posteriores ao procedimento cirúrgico.

Após a identificação da fonte e obtenção do material, passou-se à etapa de análise e interpretação dos dados.

3.3. HERMENÊUTICA-DIALÉTICA

Entre as alternativas de desenho metodológico para se analisar o material qualitativo, optou-se pela hermenêutica-dialética. Esse método fundamenta-se no diálogo entre as ideias e perspectivas de Gadamer (22) e Habermas (23), operacionalizado por Minayo (16).

Segundo Gadamer (22), a hermenêutica é considerada como o meio de interpretação, no qual há foco na compreensão da própria existência em termos de uma linguagem que não se configura como uma objetivação, mas é em si mesma aquilo que nos fala; desta forma, organiza-se um corpo teórico com pretensão de universalidade baseada na universalidade da linguagem. Para a pesquisa qualitativa, a hermenêutica gadameriana pode suscitar uma referência metodológica de grande importância por se tratar de exercício da compreensão.

Segundo Minayo (24), “compreender implica a possibilidade de interpretar, estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções” (p. 92). A autora ainda adverte que “compreender significa também e sempre estar exposto a erros e a antecipações de juízos. A compreensão só alcança sua verdadeira possibilidade quando as opiniões prévias com as quais se inicia não são arbitrárias. Existe realmente uma polaridade entre familiaridade e estranheza e nela se baseia a tarefa hermenêutica, buscando esclarecer as condições sob as quais surge a fala”.

Ao abordar-se a dialética, como referencial teórico analítico, tem-se que esta se articula como ciência do diálogo, gerando perguntas e controvérsias. Para Habermas (23), a linguagem é essencial para a ação social, contudo mantém-se em constante dependência dos processos sociais, que não são absorvidos nos contextos normativos. A dialética de Habermas tende a buscar pontos obscuros nos fatos, nos atos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, a fim de realizar uma crítica informada sobre tais contradições (25).

Apesar das divergências entre as duas linhas teóricas, há uma potencialidade metodológica no encontro de ambas: busca-se, pela hermenêutica, as bases do consenso e da compreensão na tradição e na linguagem, assim como introduz-se na compreensão da realidade, pela dialética, o princípio do conflito e da contradição (24).

A hermenêutica-dialética, como proposta de análise do material qualitativo, surge como alternativas às técnicas de análise de conteúdo e análise de discurso,

técnicas que entendem os significados como situados nos sentidos subjacentes dos textos. Segundo Minayo (24), é necessário considerar aspectos além-discurso, que constituem o espaço social, político, econômico, cultural e relacional onde o discurso se apresenta.

De maneira sintética, a proposta operacionalizadora de Minayo (16) propõe dois níveis de interpretação: no primeiro, a ser mapeado na fase exploratória da pesquisa, deve-se considerar o contexto sócio histórico do grupo social/atores em questão; o segundo, por sua vez, diz respeito ao encontro com os fatos empíricos (contemplado por entrevistas, documentos e/ou observação). Para o tratamento do material empírico, a autora propõe que: (i) ordenem-se e organizem-se os dados, de maneira a, hermeneuticamente, estruturar o *corpus* do que será trabalhado; (ii) classifiquem-se os dados, construindo categorias empíricas que, quando estruturadas, alcancem uma lógica unificadora; e (iii) analise-se a relação entre o empírico e o teórico, sintetizando-se o diálogo entre as categorias empíricas e a fundamentação teórica.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A discussão acerca da ética, inclusive em pesquisa, assume uma elevada significação, considerando sua importância diante de uma realidade onde se observa, concomitantemente, um avançado desenvolvimento científico e tecnológico, convivendo com uma diversidade de problemas que se apresentam no modelo de sociedade atual (26).

Ao se tratar da ética em pesquisa que envolvam seres humanos, é necessário recorrer às normativas que regulam os procedimentos éticos. Apesar de este estudo abordar a neofaloplastia em homens transgênero, os objetos de análise não são, em si, seres humanos. Em verdade, no percurso da pesquisa documental, o objeto de estudo configura-se como documentos constantes em publicações na internet, com acesso público e irrestrito.

Neste panorama, considera-se a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde que cita, em seu art. 1º, parágrafo único:

Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP: [...]

- III – pesquisa que utilize informações de domínio público; [...]
- VI – pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica.

Logo, tendo em vista o uso de informações de domínio público e de textos científicos para revisão de literatura científica, pode-se dispensar avaliação de Comitê de Ética em Pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A constituição da identidade para um homem *trans* é um processo complexo, permeado por diversas nuances individuais, subjetivas e sociais. Na realidade brasileira, a experiência do ser *trans* é um desafio diário. Alcançar os procedimentos de redesignação de gênero, hormonais ou cirúrgicos, pode ser um grande entrave para esta população, sendo o acesso aos serviços de saúde, em especial, um dos principais empecilhos para tal.

A realização de neofaloplastia no processo de reafirmação de gênero de homens *trans*, considerada experimental no Brasil, é ainda mais incomum. Até a publicação deste estudo, não foram encontrados quaisquer dados sobre a realização da neofaloplastia no país, oficiais ou não, em qualquer meio, inclusive dados de saúde. Em outras palavras, não se sabe quantos homens transgênero no Brasil foram submetidos à realização de neofaloplastia, tampouco quem são eles.

Tendo isto em vista, sendo do conhecimento do autor a história de um homem transgênero brasileiro que realizou esta cirurgia em 2019, na Filadélfia – Pensilvânia (EUA) e produziu um blogue relatando sua experiência na internet, este sítio foi a fonte primária dos documentos selecionados para a análise.

Os blogues constituem um fenômeno tecnológico e cultural de comunicação, espaços de expressão pessoal e construção de uma identidade em um ciberespaço mediante um discurso contínuo e diálogo com leitores (27).

A página pessoal, intitulada *A Female Man* (em tradução livre para o português, “Um Homem Feminino”), encontra-se hospedada e pode ser acessada no domínio <https://afemaleman.wordpress.com/>.

Deste blogue, selecionaram-se dois documentos, o primeiro é um arquivo em formato .pdf que contém as gravações de entrevistas realizadas com o homem transgênero sobre a neofaloplastia e as experiências relacionadas. Este documento, público e de acesso irrestrito, encontra-se hospedado em <https://afemaleman.wordpress.com/2019/08/22/example-post/>. Todas as citações que forem relativas a este documento, aparecerão referenciadas como “Conversas” – título dado pelo próprio publicante –, seguindo-se o número da página onde o excerto foi encontrado, a exemplo de:

os desafios que a gente vai enfrentando vão também se constituindo em ocasiões de construção da pessoa, da construção da pessoa que eu sou, da

documento, aparecerão referenciadas como “Contexto”, seguindo-se o número do parágrafo no qual o texto foi encontrado, tal qual:

Sinto-me vida que segue, corpo esquecido de si, salvo quando sinto alguma dor que, por algum ou outro esforço físico, me recorda a idade vivida.
(Contexto, § 6)

Os três sítios supracitados foram acessados pela primeira vez em 21 de janeiro de 2020 e última vez em 26 de novembro de 2020, tempo em que os presentes documentos seguiam publicados e acessíveis.

Nesta seção serão apresentados os resultados e a discussão dos dados, em diálogo com os referenciais teóricos adotados e abordados ao decorrer da construção do texto.

Inicialmente, abordar-se-á a contextualização dos documentos escolhidos a partir da perspectiva do homem *trans* e sua experiência quanto a si e ao material analisado, assim como a apresentação contextual na qual o pesquisador está inserido. Em seguida, o discurso será estruturado em categorias empíricas de “identidade”, “corpo” e “saúde”, sintetizando-se o diálogo entre as categorias empíricas e a fundamentação teórica. Por fim, passar-se-á à parte conclusiva do trabalho, com as considerações finais.

4.1 “CORAGEM DE ASSUMIR PERANTE O MEU AMBIENTE SOCIAL” – O TEXTO EM SEU CONTEXTO

Em 22 de agosto de 2019, são publicadas duas postagens no blogue “*A Female Man*”, sob os títulos: “Uma história para compartilhar...” e “Neofaloplastia – uma experiência incrível”.

O blogue é produzido por um homem *trans* que se apresenta pelo seu nome, mas que, em momentos dos documentos analisados, aparece sob esta alcunha “G.”. Durante todo este trabalho, optou-se pelo uso desta nomeação tanto de maneira a manter algum nível de menor exposição do sujeito analisado pelo olhar científico, quanto como consequência da proximidade que o autor teve com G. ao longo de seu percurso na análise dos documentos. Se a forma gráfica consta como uma letra e um ponto, a fonética traduz-se por “Gê”, hipocorístico representativo desta aproximação.

“Uma história pra compartilhar” começa assim:

Meu nome é G., e antes de tudo sou a vida que em mim vive. Sou ainda brasileiro, médico, professor universitário, irmão, filho e amigo. Tenho 53 anos de vida, dos quais 5 na condição de homem transgênero assumido e em tratamento de afirmação de gênero (Contexto, §§ 1-2).

A apresentação é breve, mas contextualiza G. em diversos locais de fala: inicialmente, o de homem *trans*. Ainda que nos anos anteriores à assunção da condição *trans* G., não se possa afirmar como G. se enxergava – interpretando-se, no diálogo entre esta fala e outras presentes em suas entrevistas, que ele já conhecia ser um homem transgênero, porém não assumido –, sabe-se que ele se encontra neste período em tratamento de afirmação de gênero.

Aqui infere-se, do termo “tratamento” que G. entende que sua condição de homem *trans* está vinculada à sua saúde. Como médico e professor universitário, formação e profissão que lhe dão identidade, G. traz um olhar por si só transdisciplinar, pois discursa de um lugar de quem vive a própria transidentidade – o ser-que-vive –, como também está imerso em um espaço técnico-acadêmico do conhecimento – o cientista biomédico.

Para além dos engendramentos identitários iniciais, G. coloca-se como irmão filho e amigo. A pátria, a formação e o trabalho cedem espaço à sua contextualização enquanto família e amigos – podendo-se entender quão importantes são estes cenários das relações interpessoais íntimas para a constituição da identidade de G.

Em seus 53 anos, G. vive e viveu sua realidade possível, construindo este blogue no mesmo ano em que realizou sua cirurgia de neofaloplastia:

Atualmente, não tenho mais disforia de gênero⁸. A barba que faço diariamente, o padrão de pilificação⁹ corporal em muito semelhante ao meu pai, incluindo as entradas que ampliaram minha testa, harmonizam-se perfeitamente à minha identidade de gênero.

A massa muscular, minha voz e gestos expressam meu ser no mundo. A genitália masculina completou a representação da imagem corporal que sempre trouxe em mim.

Hoje, como disse certa vez um paciente transgênero, vivo os problemas e desafios normais de um homem que busca se realizar, ser feliz e amar (Contexto, §§ 3-5).

G., aqui, contextualiza sua história de transição de gênero: ao longo dos 5 anos relatados, modificou seu corpo em busca de uma maneira a expressar seu ser no

⁸ Identificação forte e persistente com o gênero oposto associada a sofrimento significativo, como ansiedade, depressão, e/ou prejuízos ao funcionamento cotidiano.

⁹ Padrão de distribuição de pelos e cabelos no corpo.

mundo. Se outrora apresentava sofrimento significativo referente à sua incongruência de gênero, já não o apresenta, vivendo os problemas e desafios de alguém que busca se realizar, ser feliz e amar. Ao momento da postagem do texto (agosto de 2019), G. já havia realizado a neofaloplastia (julho de 2019) e considerava encerrado o seu processo de transição.

Não tenho qualquer problema com o meu passado e por não me envergonhar da minha condição, antes pelo contrário, me sinto, pela graça do meu processo, na obrigação de contribuir com a reflexão sobre as questões de gênero e com todos aqueles que buscam se sentir minimamente confortáveis sob a própria pele (Contexto, § 7).

Esse *blog* tem o objetivo de prestar esclarecimentos sobre o processo transexualizador FtM¹⁰ para o homem com o diagnóstico de Incongruência de gênero através da minha própria experiência (Contexto, § 11).

Aqui, contextualiza-se o blogue, enquanto objetivo: G. procura compartilhar sua história na tentativa de contribuir com aqueles que buscam entender o fenômeno das transidentidades e com aqueles que vivem este fenômeno na própria pele.

Suas reflexões são compartilhadas em documentos que contém 3 entrevistas concedidas no decorrer da sua estadia na Filadélfia, em julho de 2019, para realizar a neofaloplastia.

Um par de aspectos essenciais surge frente a esta situação:

- (i) G. não conseguiu realizar sua cirurgia no Brasil: “em minha busca, não encontrei um só cirurgião que realizasse este tipo de procedimento [neofaloplastia] em homens trans – por isso, tive que realizá-la na Filadélfia, cidade estadunidense” (Contexto, § 13). A fim de concretizar seu desejo pela operação buscou outro país no qual houvesse condições de fazê-lo. O contexto, no tempo das falas, não é apenas o exterior, mas essencialmente o tempo 2019 e o espaço brasileiro negando-lhe possibilidades de ser quem se é.
 - a. Neste ponto, cabe-se colocar que G. apresenta condição econômica favorável, pois lhe é permitido buscar a neofaloplastia em serviço médico estadunidense¹¹ – por um custo inacessível a grande parte da população de homens *trans*.

¹⁰ Do inglês *Female to Male*, em tradução livre Feminino para Masculino, que significa a redesignação de gênero dos homens *trans*.

¹¹ A cirurgia de “*Abdominal Flap Phalloplasty with transposition and incorporation of meta or clitoris*” (em tradução livre, neofaloplastia por retalho abdominal, com transposição e incorporação do clitóris) no centro médico “The Philadelphia Center for Transgender Surgery”, custava, em novembro de 2020,

- (ii) As narrativas de G. se constroem em 3 momentos: antes (10 de julho de 2019), dois dias após (13 de julho de 2019) e algumas semanas após (28 de julho de 2019) a realização da neofaloplastia (11 de julho de 2019). Dessa forma, o contexto propicia a observação da evolução dos discursos que se estabelecem, à medida que as próprias experiências em si passam a ser vividas – o esperado e o alcançado vão se formulando e reformulando de maneira evidente.

Por fim, mas não menos importante, cabe ressaltar o momento sócio-político experimentado no Brasil ao tempo das entrevistas e postagens: com a ascensão de toda uma estrutura política que desprezou os direitos LGBT em níveis nacional, estaduais e locais, a vulnerabilidade da população T era ainda mais grave e evidente, havendo pouca perspectiva de mudança ou esperança em prol de G., no que tangia ao alcance de seus direitos, inclusive do direito à saúde, enquanto homem *trans*.

Se o contexto de G. foi tal qual colocado, o conhecimento do contexto dos documentos analisados é de suma importância. As entrevistas e as narrativas são ferramentas que alcançam uma profundidade de aspectos específicos, os quais esta pesquisa buscava, a partir das quais emergiram a história de vida do entrevistado, entrecruzada pelo contexto situacional.

A narrativa é uma forma fundamental ao ser humano de dar significado às experiências. Ao relatar e interpretar vivências, a narrativa estabelece uma mediação entre um mundo interno de pensamentos e sentimentos e um mundo externo de ações e estados de espírito passíveis de observação (28). Nos documentos analisados, encontraram-se narrativas ricas em representações e interpretações de si e do mundo, sob ponto de vista de um sujeito, mergulhado em seu processo, em determinado tempo e espaço, pelas quais se foi possível observar mediações entre o interior e o exterior do eu de G. na sua relação ser-no-mundo.

Ao cabo de tentar estruturar o contexto deste texto, é necessário colocar-se a perspectiva da "narrativa do pesquisador", inclusive como nível interpretativo e de análise dos documentos. Isto porque a análise que se faz destas narrativas não pode ser tomada como realidade neutra: o exercício de reflexividade metodológica, na

ao menos US\$ 14.400,00 para cobrir as despesas médicas e hospitalares básicas, o equivalente a mais de R\$ 75.000,00 (fonte: <http://www.thetransgendercenter.com/index.php/femaletomale1/ftm-price-list.html> <acesso em 26 de novembro de 2020>).

própria análise do processo de produção de uma síntese que expresse a interpretação do pesquisador sobre o material analisado, precisa ser evidenciado (29).

Aqui, é imperioso relatar que o pesquisador é professor universitário e médico, tal qual G., com especialização em psiquiatria – área das ciências médicas dedicada ao estudo da saúde mental. Durante sua formação, buscou o campo da Saúde Coletiva essencialmente pela potencialidade de aproximar duas das áreas que mais tem afinidade: as ciências da vida e as ciências sociais. Na condição de pesquisador homem cisgênero, houve uma busca pelo aprofundamento e valorização de cada fala do homem *trans*, objeto maior deste estudo.

As entrevistas publicadas por G. em seu blogue foram fruto de diálogos estabelecidos entre o pesquisador e G., tendo em vista que o pesquisador esteve a todo tempo junto a G. durante a sua estadia na Filadélfia para a realização da neofaloplastia, cabendo a si também o cuidado em saúde fornecido ao, então, paciente pós-cirúrgico G. Tendo em vista a aproximação e imersão que o pesquisador teve, procurou-se um distanciamento do objeto enquanto estudo exploratório e analítico: a avaliação foi feita a partir da análise exclusiva dos documentos selecionados, buscando-se um olhar tão distanciado quanto possível fosse, excluindo-se quaisquer elementos externos àqueles constantes em tais documentos.

Como entende-se que, efetivamente, uma das principais características da investigação qualitativa é a atenção que dedica aos contextos onde decorrem os fenômenos, pois os significados são estruturados nesta perspectiva, passa-se agora à análise da identidade e dos processos identificatórios estabelecidos por G. na condição de homem *trans*. Tendo em vista o contexto desvelar-se ao longo do próprio texto, os elementos que surgirem nas próximas seções serão complementares ao entendimento amplo que se quis dar a este trabalho.

4.2 “ENFIM, VENHO AO MUNDO COMPLETO” – IDENTIDADE

No cotidiano humano, é comum deparar-se com a seguinte pergunta: quem é você? Tal indagação leva irremediavelmente à identidade (30).

A identidade está associada a uma multiplicidade de sentidos e terminologias, tanto em sua evolução histórica, quanto pelas óticas distintas que as áreas de

conhecimento dedicadas ao estudo do tema aplicam. A palavra “identidade” origina-se da raiz latina *idem*, “que implica igualdade e continuidade, essa palavra tem uma longa história filosófica que examina a permanência em meio à mudança e a unidade em meio à diversidade” (31, p. 369).

O uso popular ou a constituição científica do termo podem estar associados a uma imprecisão conceitual justamente por refletir dificuldades e diferenças nos variados campos do conhecimento que têm se dedicado a essa temática, como a Antropologia, Filosofia, Sociologia, Psicologia (32).

Ao estudo da identidade, questiona-se: a quem cabe dizer o que e quem se é? À ciência? Ao indivíduo?

Ao revelar-se em sua perspectiva identitária, G. expõe:

eu diria que a palavra “homem” é a que melhor caracteriza como eu me sinto.
(Conversas, p. 2).

Mas, afinal, o que é ser homem? O que é sentir-se homem?

Segundo Woodward (33), o conceito de identidade perpassa por alguns aspectos essenciais: a identidade é sempre relacional e trabalha na perspectiva da diferença, é marcada por símbolos, além de ser social.

Nesta visão, o ser identifica-se na perspectiva relacional, pois contrapõe-se a distintas identidades: ser homem relaciona-se a não ser mulher, ser *trans* a não ser *cis*¹², ser brasileiro a não ser estrangeiro.

Além da relação pela diferença, as categorias identitárias são marcadas por símbolos característicos a si. Conforme G. expõe em sua narrativa:

eu me sinto bem ao me vestir, ao me olhar, ao ser reconhecido como homem na rua, nos *shoppings centers*, nos lugares públicos aonde eu vou
(Conversas, p. 4).

Os símbolos¹³ atribuídos à sua identidade “homem” perpassam não apenas o espaço individual, subjetivo, simbólico. Suas roupas, por exemplo, encontram nesta perspectiva simbólica um lugar de identificação. O olhar auto direcionado, configurado

¹² Equivalente a cisgênero, indivíduo que se identifica com o sexo que lhe foi atribuído ao seu nascimento.

¹³ Considerando-se a conceituação de Hegel, temos que “o símbolo em geral é uma existência exterior imediatamente presente ou dada para a intuição, a qual, porém, não deve ser tomada do modo como se apresenta de imediato, por causa dela mesma, mas deve ser compreendida num sentido mais amplo e mais universal. Por isso, devem ser distinguidas a seguir duas coisas no símbolo: primeiro o significado e depois a expressão do significado. Aquele é uma representação de um objeto, indiferente de qualquer conteúdo, esta é uma existência sensível ou uma imagem de qualquer espécie” (Hegel GWF. Cursos de estética II. São Paulo: Edusp; 2000. p. 26).

na percepção própria, faz G. perceber em si, enquanto ser, símbolos de sua identidade.

Ainda conforme G. coloca em sua fala – “eu me sinto bem [...] ao ser reconhecido como homem na rua” (Conversas, p. 4) –, exemplifica-se, na percepção de identidade, outro campo além do simbólico: o social. O reconhecimento do outro, na oposição eu/mundo, se coloca como essencialidade na categorização identitária. Os brasileiros organizam-se como grupo identitário justamente na perspectiva de que há um conjunto de características socialmente entendidas e compartilhadas que atrelam a este grupo um lugar de identidade.

Porém, conseqüentemente a esta formação relacional pela diferença, imbricada de processos simbólicos e sociais, a constituição identitária gera um potencial problema: hierarquiza um grupo em relação a outro. Ainda que o social e o simbólico refiram-se a dois processos diversos, ambos necessários para a constituição e a manutenção das identidades, pode-se entender que a marca simbólica dá sentido a práticas e relações sociais; estas instituem, por exemplo, quem é excluído e quem é incluído (33).

Exempli gratia, aqueles que fogem à regra binária masculino/feminino, no geral, tendem a ser desvalorizados ou invisibilizados, justamente por serem pessoas socialmente discriminadas e estigmatizadas ao não se enquadrarem nos atributos normativos e, conseqüentemente, nas condições categóricas que a sociedade reconhece como “normais”. Por pertencerem a categorias entendidas como diferentes ou incomuns, a sociedade procura afastar as pessoas *trans* e, ainda, tratá-las como desviantes (34). Elas passam a não serem vistas em sua totalidade, ou seja, como indivíduos com potencialidades, plenos em sua capacidade de ação (35).

G. relata sentimentos relacionados à hierarquização da identidade *trans* pela sua desvalorização, ao falar do suicídio de uma colega:

o que me deixou mais assim triste, mais abalado foi a morte da médica, da Z., que também é uma pessoa transgênero, uma mulher transgênero. [...] a colega lá, médica, perdendo a vida, provavelmente por não ter conseguido lidar com questões muito dolorosas, provavelmente associadas à própria incongruência de gênero, não sei, mas provavelmente (Conversas, p.17).

A hierarquização de determinadas identidades atrela-se a processos de preconceito e estigma social. Os prejuízos associados a isto são múltiplos e variados, entre eles o desenvolvimento de transtornos mentais e o suicídio. G. traz à tona o tema que o entristece e leva a vida de diversos seres humanos.

A invisibilidade da identidade *trans* é tamanha que não há dados confiáveis na literatura científica sobre taxas de suicídio nesta população; sabe-se, porém, que mais de um terço das pessoas que se identificam como transgênero já tentaram suicídio ao menos uma vez na vida (36, 37).

Seguindo a busca por conhecer a perspectiva identitária nas transidentidades, incluída aí a identidade de um homem *trans* tal qual G., abre-se um campo vasto, que parte de alguns questionamentos iniciais: o que é identidade de gênero? Como se identifica o transgênero? Antes disto, ainda: o que é sexo? O que é gênero? Quais as diferenças entre este e aquele? Quais os impactos que estes conceitos trazem na perspectiva da identidade?

Para Mathieu (38), a tendência é opor o conceito de sexo – biológico – ao de gênero – social –, em uma sociedade que sobrevaloriza a diferenciação (resultante da diferença) biológica, atribuindo aos sexos masculino e feminino funções distintas e geralmente hierarquizadas; ou seja, um gênero “feminino” é culturalmente imposto à fêmea para que se torne uma mulher social, e um gênero “masculino” ao macho, para que se torne um homem social (39).

Para Héritier (40), ainda que o conceito de sexo pareça universal, ocorreram diversas mudanças que levaram ao alcance deste sistema conceitual binário. Atualmente, na maioria das sociedades, esta bipartição dos sexos dá calçamento à bipartição do gênero, organizada de maneira normalizada e normatizada pela perspectiva heterossexual e heteronormativa (39).

Segundo Judith Butler (41), o gênero deve ser considerado como uma interpretação que se faz da diferença biológica: gênero – performático – não se trata do que somos, mas sim do que fazemos. Tornamo-nos, convertemo-nos em homens ou mulheres pela repetição de ações que dependem prioritariamente das convenções sociais. Nesta perspectiva butleriana, as pessoas *trans*, na condição de seres abjetos por não parecerem apropriadamente “genericadas”, têm a sua própria humanidade questionada (42).

Estes teóricos vêm contrapor a noção dualista sexo/gênero, que considera que enquanto sexo pertence à ordem do “natural”, do biológico, gênero se constrói social e culturalmente. Nesta concepção, gênero é entendido como tudo aquilo que é inscrito socialmente sobre uma matriz biológica de sexo que, portanto, seria imutável e universal.

No levantamento conceitual acerca desta temática, evidencia-se uma diferença entre teóricos essencialistas e não-essencialistas. Os primeiros consideram que haja aspectos constitucionais, essenciais da natureza humana; no campo de gênero, enfatizam as diferenças sexuais básicas e estáveis que surgem de causas inerentes à própria espécie humana, como disposições evoluídas de base biológica. A estes, a natureza seria, em contraponto à cultura, o ponto central na construção (evolutiva) das identidades de gênero. Exemplo disto são os psicólogos evolutivos, que vinculam as diferenças comportamentais entre gêneros às diferentes pressões reprodutivas a que machos e fêmeas ancestrais foram submetidos na história da espécie humana (41).

Teóricos socioconstrutivistas, por sua vez, veem gênero como um construto teórico determinado culturalmente, socialmente. Nesta perspectiva, o gênero é construído nas culturas em resposta a particularidades históricas e locais (44).

Aqui, ressalta-se que, apesar do afiado embate estabelecido entre estas vertentes, a integração dos conceitos das diferentes linhas de pensamento pode ser de grande valia para a compreensão de fenômeno tão complexo e o entendimento interdisciplinar aplicado à resolução das necessidades práticas da comunidade *trans*.

Para G., homem *trans* e médico pesquisador, lugar duplo que ocupa, pelo qual busca gerar um diálogo transdisciplinar:

as pessoas têm feito leituras ou excessivamente preconceituosas quanto ao tema, ou excessivamente políticas no sentido de pouco abertas a uma compreensão mais científica mesmo, dentro da perspectiva da medicina, da psicologia, da antropologia, da sociologia. Quer dizer, compreender o fenômeno da identidade de gênero a partir de uma perspectiva científica, eu acho que é urgente, acho necessário, acho que falta, acho que falta! (Conversas, p. 8).

A partir desta introdução sobre algumas compreensões científicas acerca de sexo, gênero e como estes se organizam em estruturas identitárias, pode-se retomar à discussão proposta sobre o que é identidade de gênero e como se identificam os transgêneros.

Para Stoller (45), primeiro cientista a cunhar a expressão “identidade de gênero”, todo indivíduo apresenta um núcleo de identidade de gênero, que se estrutura como um agrupamento de convicções pelas quais se considera socialmente o que é masculino ou feminino. Segundo o autor, este núcleo se estabiliza ao longo

da vida psíquica de cada indivíduo na última fase do desenvolvimento psicosssexual¹⁴, ainda que se possam associar novos conceitos, sentimentos e sensações a esta "massa de convicções". A identidade de gênero, nesta perspectiva, seria construída a partir de elementos da natureza humana imersa em uma cultura e uma sociedade, desde a designação do recém-nascido como menina ou menino – o sexo biológico.

Segundo Bockting (46), a identidade de gênero é a percepção intrínseca de um indivíduo de ser mulher, homem ou alguma alternativa de gênero. O fenômeno da transidentidade está, segundo este entendimento, intrinsecamente ligado ao conceito de identidade de gênero.

Interessante notar que alguns processos identificatórios resultam justamente do processo de identidade de gênero. Para G.:

Eu comecei a pensar sobre isso com mais frequência né, porque durante toda a minha vida eu sempre tive vontade de ter filhos, mas eu não queria ser mãe, eu não me via como mãe, eu não me enxergava como uma mãe né, mas eu me enxergava como um pai (Conversas, p. 3).

A narrativa permite explicitar uma identificação com o gênero masculino tão intrincada ao eu de G. que a parentalidade se organiza na perspectiva paterna, na identidade de um pai, antes de tudo uma identidade de homem. Em oposição à não identificação com a identidade materna, não se nega o desejo de ter filhos, mas sim a maneira como o eu se identifica tendo esse desejo: sendo pai.

Para a Organização das Nações Unidas (1), as pessoas transgênero possuem uma identidade de gênero que é diferente do sexo que lhes foi designado no momento de seu nascimento. Este conceito, perspectiva do campo da saúde, é, no geral, aceito tanto pela(s) comunidade(s) científica(s) quanto pela comunidade *trans*. Ora, se é atribuída ao indivíduo uma determinação sexual, e este, em seu desenvolvimento, percebe um desacordo entre sua identidade de gênero e aquele sexo, aí temos uma pessoa *trans*. Para G., esta identidade se relaciona à sua identificação: "igual aos meus pares, os meus irmãos, aos outros seres com os quais eu me identifico." (Conversas, p.1).

¹⁴ A teoria do desenvolvimento psicosssexual foi organizada por Sigmund Freud e descreve, na perspectiva psicanalítica, o desenvolvimento da sexualidade do indivíduo. Em sua última fase, a fase genital, há o interesse sexual direcionado ao outro, iniciando-se quando da puberdade do indivíduo. Para Stoller (1978), ao final da adolescência haveria uma estabilização da estrutura psíquica da identidade de gênero.

Ressalta-se aqui que há um extenso, complexo e espinhoso debate sobre as visões acerca das transidentidades – especialmente nas perspectivas sociológicas e biomédicas, mas não é escopo deste trabalho tomar lado neste embate, sob o risco de desviar-se do caminho a ser percorrido. Ainda assim, é importante, frente ao campo de conhecimento onde se insere esta pesquisa, a saber a saúde coletiva, levantar alguns destes conceitos relacionados à condição da pessoa transgênero.

Ainda que, no passado, as transidentidades tenham sido rotuladas como doença mental ou desvio da conduta sexual ou mesmo moral, especialmente pelas sociedades médicas, nos últimos anos houve algumas mudanças nestes entendimentos.

Em 2013, a publicação do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (47), da Associação Psiquiátrica Americana (APA), traz a categoria diagnóstica de “Disforia de Gênero” para tratar da condição de incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, desde que associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A mudança sinalizada refere-se à não patologização da identidade *trans*, considerando um transtorno mental apenas a incongruência de gênero associada a um significativo sofrimento ou prejuízo.

G. coloca:

eu tenho nome masculino, tenho tudo mais em harmonia com o gênero masculino, mas tenho a genitália que não está nessa harmonia. [...] mais que uma incompletude, a genitália feminina ela é hoje o que representa para mim essa desarmonia, é o que tem de desarmônico, é o que ainda tem disfórico (Conversas, p. 2)

Ao falar sobre sua incongruência de gênero, G. traz em sua narrativa um sofrimento atrelado a isto, usando inclusive o termo “disfórico”. Não apenas fala sobre incômodo, desarmonia, como relata as boas sensações que as adequações corporais a que se submeteu produziram em si:

a retirada das mamas, eu senti um alívio bastante grande quando eu olhei pro meu tórax, eu vi que não tinha ali mais as mamas. O sentimento foi um sentimento de alívio, porque as mamas me incomodaram a vida inteira, desde que elas cresceram (Conversas, p. 20)

Em 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS), por sua vez, publica a atualização da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (48), onde direciona duas mudanças neste campo: (i) retirou os critérios diagnósticos do capítulo Transtorno Mentais e Comportamentais e transferiu-o para capítulo de Saúde Sexual;

e (ii) mudou a denominação de Transtorno de Identidade de Gênero na Infância para Incongruência de Gênero na Infância (Pré-púberes) e de Transexualismo para Incongruência de Gênero na Adolescência e Idade Adulta (Púberes). Esta nova classificação dá ainda um passo maior ao focar o fenômeno da incongruência de gênero e não a disforia, que estabelece um sofrimento emocional devido a esta incongruência.

No Brasil e no mundo, parte do movimento social tem lutado para excluir as identidades *trans* das classificações diagnósticas, baseando-se no entendimento de que quem habita o corpo *trans* não é um doente; trata-se de uma auto percepção, de uma experiência identitária (49). O desafio, contudo, é manter e ampliar o acesso aos cuidados em saúde, em um sistema que exige um diagnóstico. (50). Neste sentido, percebe-se que o tema invoca desafios éticos do uso de um diagnóstico médico como única forma de fornecer legitimidade ao direito das pessoas *trans* alcançarem cuidados específicos em saúde, como a hormonização¹⁵ e os procedimentos cirúrgicos no processo de reafirmação de gênero.

Interessante notar que é em um lugar normativo, binário e socialmente excludente que pessoas *trans* estão inseridas e de onde partem em busca de um novo modo de vida, pela prática de si (51); conquanto a construção do gênero e os processos identificatórios sejam muito mais complexos que a hormonização e os procedimentos cirúrgicos, estas são demandas de muitas pessoas *trans* em busca de um bem-estar.

Na perspectiva da demanda por um lugar confortável em sua identidade, G. fala:

eu tenho orgulho do fato de ser uma história, de ter percorrido uma história, que se caracteriza pela busca de mim mesmo, pela possibilidade de viver da forma mais plena possível a verdade da pessoa que eu sinto ser (Conversas, p. 9).

Em sua história, G. demonstra a busca pelo processo de reafirmação de gênero como maneira a alcançar viver da forma mais plena possível. E ao identificar-se como homem, após percorrer seus caminhos e construir sua história, G. direcionou-se para a realização da neofaloplastia, buscando o melhor para si e sua identidade:

¹⁵ Uso de hormônios sintéticos no processo de reafirmação de gênero. No caso dos homens *trans*, é indicado o uso de testosterona e/ou seus análogos.

Passados 53 anos, amanhã G. vem ao mundo, eu venho ao mundo completo. É como se a partir de amanhã eu pudesse dizer que de alguma forma nasci completo, não sei, algo parecido com isso (Conversas, p. 9).

Nestes meandros da discussão das (trans)identidades, observa-se que o corpo toma parte fundamental na constituição identitária de G. Se identidade não é inata e pode ser compreendida como uma forma sócio histórica de individualidade (32), o corpo é nato. A identidade pessoal é reflexiva e incorporada, manifestando-se nomeadamente nas impressões digitais, no nome e na delimitação da existência pelo corpo (52).

4.3 “TER UM PÊNIS NÃO É UM PASSAPORTE PARA A FELICIDADE” – CORPO

À definição de corpo, tal qual à de identidade, está vinculada uma miríade de sentidos e significados. Epistemologicamente, os diversos saberes científicos debruçam-se e mergulham em direções variadas, em busca de um entendimento suficiente para dar conta da experiência humana.

O corpo, enquanto estrutura, aparece diretamente conectado a aspectos da subjetividade e da identidade e ocupa local privilegiado nas relações interpessoais e representações sociais, como desdobramento da própria reflexividade dos sujeitos (53).

O corpo em si não se restringe apenas ao biológico, mas se aproxima de um corpo que possui história e marcas, que habita um determinado contexto, tempo e espaço social, que possui pele e cor, que se comporta de diferentes maneiras e exercendo diferentes sexualidades, experimentando constantemente a subjetividade, além de sua materialidade (49).

Para G., o corpo é o lugar em que a identidade habita, no qual há a expressão do eu:

é com meu corpo que eu falo, é com meu corpo que eu sorrio, é com meu corpo que eu olho, é com meu corpo que eu amo, é com meu corpo que eu abraço. É com o meu corpo que eu expresso meu ser no mundo (Conversas, p.4).

As identidades se constroem através dos corpos. Elas são matéria palpável com limites bem definidos que geram a impressão de serem fixas e constantes anuindo, assim, que as convenções identitárias socialmente construídas adquiram

naturalidade (54). Neste sentido, compreende-se a construção dos corpos não por uma perspectiva essencialista – tudo natureza – ou construcionista – tudo cultura –, mas buscando-se constatar que não apenas as identidades, mas os próprios corpos são construções também sociais.

Conciliando o entendimento social na constituição do corpo, é imperioso compreender que os corpos fazem parte de relações de poder, que tratam de discipliná-los e controlá-los (55). A teoria foucaultiana traz, de maneira sintética, que, como poder de promover a vida ou desautorizá-la ao ponto da morte, o biopoder controla os corpos porque é internalizado por cada um de nós, através de normas, e porque está disperso por toda a sociedade. É dizer que estas relações de poder organizam e reorganizam nossa forma de vivenciar a experiência de corpo e, dessa forma, a própria identidade¹⁶.

Se outrora o corpo era tido como um aspecto da natureza, dirigido de maneira fundamental por processos apenas periféricamente sujeitos à intervenção humana, com a crescente invasão do corpo pelos sistemas abstratos, há uma modificação deste entendimento. O corpo que era “dado” – assento muitas vezes inadequado e inconveniente do eu – passa a tornar-se o lugar da interação e reapropriação, ligando processos reflexivamente organizados a conhecimento especializado sistematicamente ordenado (56). Como a própria identidade, o corpo não pode mais ser tomado como uma entidade fisiológica imutável pois está profundamente envolvido na reflexividade (subjéctiva e social) própria da modernidade.

A dupla condição do corpo – a qualidade animal, ligada ao funcionamento biológico e àquilo que é “dado” e a visibilidade social, ou o corpo como imagem, aquilo que é visto – interage para incutir no sujeito sua própria condição humana, identitária. Ao falar sobre as expectativas quanto à cirurgia de neofaloplastia, G. aponta:

Eu acho que a primeira expectativa é assim: de me ver mesmo, né? De me olhar no espelho, de olhar para o meu próprio corpo e sentir uma harmonia entre como eu me sinto. [...] Eu acho que a expectativa também de me sentir, vamos dizer assim, mais qualificado, talvez isso, mais qualificado a viver as diferentes dimensões do masculino. Então, eu acho que mais qualificado a viver a paternidade, se assim for o caso... Eu acho que também mais qualificado para viver uma vida amorosa, uma vida sexual, dentro daquilo que me atrai enquanto orientação sexual (Conversas, p. 1).

¹⁶ Para maiores aprofundamentos, ver ainda Foucault M. Vigiar e punir: Nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1996. (Trabalho original publicado em 1975); Foucault M. Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1997. (Trabalho original publicado em 1969) e Foucault M. A ordem do discurso. São Paulo: Loyola; 2000. (Trabalho original publicado em 1971).

Depreende-se desta narrativa que tanto o corpo como imagem – seja ela auto avaliativa, o corpo no espelho, ou heteroavaliativa, o corpo visto pelo mundo – quanto o corpo como máquina biológica – a ver, mais qualificado à vida sexual – interatuam de maneira a constituir, em G., uma harmonia entre identidade e corpo. É dizer que o corpo busca encontrar-se em correspondência direta com aquele que o habita.

O corpo é o primeiro e o mais natural instrumento, objeto e meio técnico do homem. É o corpo que usamos como ferramenta, que aprendemos a usar de acordo com técnicas precisas e próprias para cada ação, que construímos e moldamos de acordo com a época e o local que em vivemos (53).

Ao direcionar seu olhar para o tempo e o espaço (subjetivo e social) em que se submete ao procedimento cirúrgico de reafirmação de gênero, G. expõe:

eu acho que até bem pouco tempo atrás não havia muito espaço para um tratamento como esse [a neofaloplastia] na nossa sociedade brasileira, dentro da nossa realidade cultural, social, moral, vamos dizer assim. Eu acho que até bem pouco tempo atrás não havia a compreensão... Ainda não há compreensão suficiente, adequada para a seriedade desse fenômeno, para complexidade desse fenômeno humano que é a incongruência de gênero ou disforia de gênero. Mas de todo modo eu acho que talvez na última década, da última década para cá, eu acho que houve um aumento. A sociedade ocidental se abriu mais pra olhar pra essa questão com olhar menos preconceituoso (Conversas, p. 6).

Sob a concepção foucaultiana do biopoder e do domínio e submissão dos corpos, há uma clara organização social possível que permite a G. – em seu tempo e em seu espaço – modificar seu corpo em busca de uma harmonia subjetiva e socializada. Ainda que sua incongruência de gênero fosse notável durante boa parte de sua vida, como o próprio relata, as modificações cirúrgicas entendidas por si como necessárias e fundamentais à garantia de uma harmonia identitária (e encerramento da disforia), só lhe é possível em momento chancelado pela cultura: antes (marco temporal e identitário) não havia espaço na sociedade brasileira (marco espacial e identitário) para a neofaloplastia em um homem *trans*.

Além disto, a relação entre corpo e sujeito na narrativa de G. permite supor que alterações no plano biológico e material podem afetar e alterar o plano psíquico, assim como o oposto se daria:

com a cirurgia de transgenitalização a minha disforia se encerra... Ela se encerra porque aí eu passo a ter uma genitália masculina no corpo masculino, com o nome masculino, me sentindo pertencente a esse gênero masculino (Conversas, p. 2).

Um dos temas que frequentemente surge quando se abordam as experiências transgênero diz respeito à materialidade dos corpos de seus sujeitos, especialmente

no que tange às suas características sexuais primárias e secundárias¹⁷. Determinadas qualidades são avaliadas e analisadas como feminino ou masculino, dentro de uma visão binária que interpreta aspectos físicos, psíquicos e comportamentais por meio de normas culturalmente estabelecidas. Imbricado em todo esse processo corpo/identidade, por vezes dicotomizado tal qual, há que se falar na experiência do feminino e do masculino – incluindo aí o corpo, como surge constantemente na fala de G, a exemplo de:

expectativa de não ter que usar uma órtese¹⁸ para fazer um volume dentro da cueca, dentro da calça, vai ser o meu próprio corpo, meu próprio falo, meu próprio pênis compondo essa imagem, essa representação masculina em mim (Conversas, p. 2).

“Seria errado supor que a discussão sobre a ‘identidade’ deva ser anterior à discussão sobre a identidade de gênero, pela simples razão de que as ‘pessoas’ só se tornam inteligíveis ao adquirir seu gênero em conformidade com padrões reconhecíveis de inteligibilidade de gênero” (42, p.37). Assim, para Milkolsci (54), a identidade-chave de todo indivíduo seria a de gênero, que durante muito tempo se baseou em uma relação direta (quicá, única) com os órgãos sexuais. Nesta perspectiva, não há nascer com um corpo neutro sobre o qual será construída uma identidade. Antes mesmo do nascimento, só existem duas possibilidades culturais de compreensão do ser: menino ou menina. Desta maneira, chega-se ao mundo em um corpo generificado, culturalmente definido pelos genitais como prometido a uma das polaridades socialmente construídas do masculino ou feminino. Esta linha de pensamento é compartilhada por grandes estudiosos de gênero nas ciências sociais e humanas.

Não há que se refutar este entendimento da generificação dos corpos pela cultura, mas há que se ouvir o que o ser-que-vive pensa sobre sua própria identidade, seu próprio corpo. Ainda que, novamente na perspectiva foucaultiana e butleriana, o indivíduo introjete as normas sociais, e por isto se submeta ao biopoder e à performatividade de gênero, como valorar o corpo e o desejo daquele que busca uma

¹⁷ As características sexuais primárias são aquelas que se relacionam à reprodução sexuada - desenvolvimento dos ovários, do útero, da vagina, dos testículos, próstata e produção de esperma. As características sexuais secundárias são aquelas ligadas ao dimorfismo sexual externo, isto é, o desenvolvimento dos seios, pênis, pelos faciais, pelos pubianos e modificação da voz.

¹⁸ Aparelho externo que busca complementar ou corrigir irregularidades, incômodos ou disfunções no corpo; neste caso, refere-se ao que rotineiramente intitula-se *packer*, aparelhos que simulam um pênis flácido e são utilizados por diversos homens *trans*. Outras órteses de uso comum entre homens *trans* são os *binders*, materiais (como faixas e fitas) utilizados para o achatamento/ocultação dos seios.

harmonia em sua identidade? O que os cientistas devem dizer a G. quando este deseja “um pênis que eu sinto que me tornará, eu sinto que me tornará mais completo, igual aos demais homens” (Conversas, p. 1) ou diz que “parece que a construção do falo tem uma implicação maior na construção do masculino em mim” (Conversas, p. 3)? Esta tensão propositadamente colocada aqui é um dos cerne deste trabalho, que busca conhecer, segundo o relato de um homem *trans*, quais as percepções que tem de si, sua identidade, seu corpo e sua saúde.

O corpo, na fala de G., surge reiteradas vezes como uma expressão da subjetividade. Suas narrativas escancaram a sua necessidade de construção, ainda que de maneira “artificial”¹⁹, deste corpo em equilíbrio com suas necessidades e anseios. Ele funciona como um objeto a ser esculpido e moldado buscando expressar a identidade. Se o corpo não é a pessoa, tampouco define a pessoa, ele certamente assume a forma de ferramenta de expressão identitária (53).

Ao falar do processo de modificações corpóreas, G. coloca:

o processo hormonal, ele foi propiciando o aparecimento gradativo dessas mudanças, e cada pelo, cada mudança que eu percebia no meu corpo, eu sentia como algo muito, muito feliz, muito bom... (Conversas, p. 2).

Ora, do ponto de vista das expectativas subjetivas e sociais de G., das experiências por que passa e das consequências disto para si, este é apenas um exemplo, de inúmero outros presentes nos documentos analisados, que corroboram a ideia de que as modificações corporais são anseadas e tendem a gerar experiências de completude, harmonia e bem-estar:

essa transição tem de fato permitido que o meu corpo venha expressando de uma forma muito mais, de uma forma verdadeira, a pessoa que sinto que sou (Conversas, p. 4).

Neste sentido, ao falar-se do corpo *trans*, é necessário direcionar a atenção àquilo que o indivíduo que vive e habita tal corpo almeja, quer, deseja, necessita. E ao se propor este olhar, não deveria haver desqualificação dos sujeitos, mas sim a oportunidade de o ser-que-vive ser ouvido, buscando propiciar-lhe melhor qualidade de vida. As modificações corporais, sejam pela hormonização, procedimentos cirúrgicos ou outros, podem ser de grande valia para a vida de indivíduos que as

¹⁹ Para aprofundamento na teoria da hibridização máquina-organismo, ver: Haraway D. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: Haraway D, Hari K, Tomaz T, organizadores. Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica; 2000.

buscam, pois podem agregar “alegria” (Conversas, p.2) e “felicidade” (Conversas, p.5).

Aqui, o verbo “poder” não busca dar espaço à normatização massiva e indiscriminada dos corpos, mas permitir escolhas – aos que buscam a neofaloplastia, por exemplo, porque não lhes permitir? Se não o desejam, se não o necessitam, se não o anseiam, não há que haver obrigação, manipulação ou afins. Em paráfrase, pode-se dizer que corpos *trans* importam²⁰. E importam à academia, à ciência, à sociedade, mas especialmente ao ser-que-vive este corpo.

João Nery, homem *trans* brasileiro, psicólogo, escritor e ativista pelos direitos LGBTQI+²¹, em seu livro autobiográfico “Viagem Solitária”, nos revela:

Uma vez, experimentei colocar dentro das calças um objeto cilíndrico, para sentir a prazerosa sensação de ter um pênis grande. Deleitei-me por uns instantes, até presentir que, se não tirasse imediatamente, iria cair numa profunda depressão, por saber que aquilo era um objeto artificial, que não me pertencia e que não podia comandar, o qual em breve sairia dali para ir novamente para cima do móvel! Às vezes, algo me impulsionava a recolocá-lo, mas a consciência da realidade e a dor do ridículo predominavam, e não o fazia (Nery, 2011, p. 52).

Apenas como forma de contrapor as potencialidades individuais, pode-se observar que sujeitos imersos em identidades compartilhadas – afinal, G. e Nery são homens transgênero – podem apresentar demandas, desejos e necessidades quanto a seus corpos (e suas identidades) muito diversos. João Nery, inclusive, nunca realizou cirurgia de transgenitalização (57).

Muito além de uma normalização de seus corpos, homens e mulheres *trans* mostram que a transformação que requerem se refere à vulnerabilidade a que estão frequentemente submetidos, comumente um resultado de um sentimento de inadequação, mas também de dificuldades que enfrentam em seu cotidiano em função da intolerância à diversidade de gênero (58).

Mesmo que teóricos apontem que estes procedimentos, especificamente a neofaloplastia para homens *trans*, busquem inserir o sujeito na normatividade sexual (53), as narrativas de G. - aquele que vivencia essa experiência - revelam questões

²⁰ No original “vidas negras importam”, do inglês “*black lives matter*” – frase do movimento ativista internacional, com origem na comunidade afro-americana, de campanha contra a violência direcionada às pessoas negras.

²¹ Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, queers, intersex, agêneros, assexuados e mais. Para maior aprofundamento, ver: Facchini R. “Sopa de Letrinhas”? – Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90: um estudo a partir da cidade de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Departamento de Antropologia do IFCH, UNICAMP, Campinas, SP, 2002.

fundamentais a serem consideradas sobre o quanto a cirurgia lhe é importante e lhe propicia uma melhor vivência do corpo e da identidade:

- (i) a expectativa positiva prévia à concretização da neofaloplastia (e seu resultado), evidente tanto pela organização que ativamente fez a fim de alcançar seu objetivo – viajando para outro país, preparando-se financeiramente para arcar com os custos do procedimento –, quanto pelo seu próprio discurso:

Amanhã vai ser um dia especial, muito especial, porque eu vou para cirurgia vou fazer uma neofaloplastia. E eu vou ter então um pênis, do tamanho que estará em harmonia com meu corpo, um pênis que eu sinto que me tornará, eu sinto que me tornará mais completo, igual aos demais homens, igual aos outros homens (Conversas, p. 1).

- (ii) a expectativa do resultado do procedimento após sua realização, ainda em um estágio imediato após a cirurgia:

Quando ele [o cirurgião] ontem passou aqui, tirou a gaze, olhou, me mostrou o saco escrotal pelo espelho, me mostrou o pênis... Eu achei muito legal, achei muito legal, achei que muito bonito (Conversas, p. 12).

- (iii) o contentamento com o resultado da neofaloplastia, em um momento posterior à cirurgia, ainda que tenha havido complicações no período pós-operatório:

eu olho agora para o meu pênis, eu olho pro saco escrotal, pra bolsa escrotal e eu vejo que há uma harmonia entre a minha genitália e todo o resto do meu corpo. E como eu também me sinto, a forma como eu me identifico. Então, eu me sinto em paz, me sinto bem, me sinto feliz (Conversas, p. 16).

Aqui, cabe ressaltar um ponto ainda mais ululante: nem a não-concretização de parte das expectativas de G. – como, ter um pênis de determinado tamanho –, tampouco a ocorrência de algumas complicações pós-operatórias, parte delas configurando-se como expectativas negativas, foram suficientes para configurar uma não satisfação final com o procedimento e seus resultados em seu corpo, vejamos:

só uma coisa que me preocupa um pouquinho é se ele [o cirurgião] vai ter que tirar alguma coisa ali da ponta, em função daquela estase venosa²² que pode acabar levando a uma necrose²³ do tecido da extremidade, mas isso também é uma coisa que eu já sabia que podia acontecer. Porque essa é uma complicação, é uma das complicações possíveis e não é tão raro (Conversas, p. 12);

A minha expectativa é que, eu gostaria que não precisasse tirar nada do que ele fez, porque eu achei que ficou bem, bem legal (Conversas, p. 13);

²² Estagnação do sangue nas veias, com prejuízo da circulação local e risco de morte do tecido.

²³ Morte do tecido.

eu estou me sentindo em paz, estou me sentindo sereno, tranquilo em relação ao resultado, a evolução clínica, porque houve algumas complicações, houve uma infecção com abscesso²⁴, houve aquelas áreas necróticas²⁵ que inclusive tiveram que ser ressecadas, tiveram que ser tiradas, o que ocasionou numa diminuição do tamanho do meu pênis. Claro que isso me deixou frustrado porque eu não queria que houvesse essa diminuição do tamanho do pênis, mas a evolução posterior a cicatrização da parte que restou, isso me deixou bem tranquilo. [...] Então, assim, o que eu queria dizer é que eu olho agora para o meu pênis, eu olho pro saco escrotal, pra bolsa escrotal e eu vejo que há uma harmonia entre a minha genitália e todo o resto do meu corpo. [...] Do ponto de vista identitário, eu estou bastante contente, bastante feliz com o resultado (Conversas, p.16).

Para G., a busca pela neofaloplastia parece estar vinculada a um desejo de harmonia entre o que entende como um corpo masculino e uma identidade masculina: a “simples” existência do pênis sugere uma concretização do desejo simbólico na experiência de corpo e de identidade, independente de sua forma final, permitindo a G. a felicidade.

A contrassexualidade, encabeçada por Preciado (59), avalia o movimento da transgeneridade a partir da ideia geral de que o gênero é a materialização prostética das normas sociais. Para o autor, a neofaloplastia para homens *trans*, assim como outras intervenções do processo transexualizador, fazem parte de uma busca da sociedade pela coerência com o discurso cisheteronormativo²⁶ – uma vez que a própria existência de pessoas transgênero já o coloca em xeque. Em decorrência disto, corpos que não se enquadram nas regras precisam ser submetidos a elas.

No afã de abrir diálogo entre esta visão e as percepções expressas por G. em suas narrativas, faz-se necessária uma intervenção acerca da variabilidade individual dos discursos, corpos e identidades. A experiência da transgeneridade é complexa e múltipla, não há dúvidas. O fenômeno *trans*, outrora classificado em categorias (a exemplo dos transexuais verdadeiros²⁷), atualmente pode ser percebido em uma lógica espectral, na qual indivíduos apresentam entendimentos diversos acerca de sua identidade de gênero não apenas em uma condição categorial binária *cis-trans*. É dizer que há pessoas que se identificam com gênero diverso ao sexo atribuído ao

²⁴ Acúmulo de pus em determinado local, característico de infecções.

²⁵ Áreas de tecido morto, que devem ser retiradas.

²⁶ Termo que se refere às práticas e instituições que legitimam e privilegiam a cisgeneridade e a heterossexualidade, como fundamentais e “naturais” dentro da sociedade, rechaçando o que é diverso a esta norma.

²⁷ Aqueles que buscam realizar as cirurgias de transgenitalização para alcançar a congruência corpo e identidade.

nascimento, mas sentem-se confortáveis com características sexuais atribuídas a outro gênero – como aqueles que não desejam fazer uso de hormônios ou submeter-se a procedimento cirúrgico.

Neste sentido da complexidade e variabilidade das expressões da experiência *trans* nos diversos indivíduos, é importante avaliar as potencialidades dos seres para não incorrer em potenciais generalizações ou teorias que refutem as experiências individuais. Questão concernente a este ponto é justamente a neofaloplastia para homens *trans*, em especial no Brasil.

Observa-se diversos teóricos e teorias acerca da neofaloplastia para homens *trans*, sem que haja qualquer relato na literatura científica nacional (ao menos nenhum encontrado em vasta busca por este autor) de um homem *trans* que tenha se submetido à cirurgia de neofaloplastia. Isto se dá nas diversas áreas do conhecimento, das ciências sociais e humanas ou das ciências da vida²⁸.

Há quem afirme que “o que existe é o desejo de reconhecimento social do gênero com o qual as pessoas se identificam” (60, p.95), ainda que o discurso de G. – único relato conhecido na literatura nacional sobre transgenitalização por neofaloplastia em homem *trans* – vá de encontro a isto.

Para G., modificações como a hormonização e a mastectomia estiveram intimamente relacionadas a boas sensações (fossem de alegria, felicidade, empolgação ou alívio), mas que foram parcialmente distintas em relação à neofaloplastia, o que associou também a boas sensações, mas em perspectivas diversas, relacionadas intensamente a um auto reconhecimento, mais a um reconhecimento social:

eu me sinto de certa forma incompleto. [...] eu tenho um padrão de pilificação masculino, eu tenho barba, eu tenho um rosto que já tem traços mais masculinos, eu tenho uma distribuição de gordura corporal que é masculina,

²⁸ Ressalta-se aqui o Processo-Consulta nº 6/2019 e o Parecer nº 25/2019 do Conselho Federal de Medicina, onde se levantam “informações atualizadas sobre as cirurgias mais usadas no processo de reafirmação de gênero FTM (Feminino para Masculino)”. Neste documento, a contextualização se dá com a apresentação das técnicas cirúrgicas, as preferências e resultados do Hospital Universitário de Belgrado, na Sérvia. A publicação ainda conta com dados de sete estudos, TODOS com dados de outros países, sem nenhuma menção aos estudos ou à prática das cirurgias no Brasil. No mesmo documento, ao abordar-se a faloplastia, diz-se que “as diversas técnicas para a realização da faloplastia, têm sido restritas, no mundo todo a um pequeno número de equipes cirúrgicas e de serviços hospitalares especializados. No Brasil, a rede brasileira de hospitais universitários e de ensino deve ser a opção para a realização desses procedimentos ainda considerados experimentais em medicina, com segurança e eficiência, e ainda, contribuindo para o aumento do conhecimento nessa área”. Apesar de citar o cenário nacional, não é apresentado NENHUM dado concreto acerca da realidade nacional relacionada ao trabalho médico neste processo de reafirmação de gênero de homens *trans*.

eu tenho uma voz que se tornou mais grave com o tratamento hormonal, eu tenho nome masculino. Mas eu ainda tenho uma vulva, então eu sou uma pessoa que se sente identificado com o gênero masculino, eu tenho um corpo masculino exceto na genitália. [...] O fato de eu ter um órgão genital feminino eu vejo como algo desencontrado, como algo divergente de todo o resto (Conversas, p. 2).

Parece que ter agora um pênis, ter agora um falo tem um impacto realmente maior nessa construção do masculino, do que os passos anteriores, que foi que tirar mama, que foi retirar o útero, ovário e trompas, que foi tomar hormônio e desenvolver os caracteres sexuais secundários. Parece que agora ter um falo seria como que de certa forma... Diria assim: um pouco esse ápice do... Desse processo de me fazer homem na concretude do meu corpo, de me expressar homem através do meu do meu corpo de uma forma mais completa (Conversas, p. 3).

Nesse sentir, a cirurgia de redesignação sexual torna-se uma ferramenta possível, alcançável para conquistar-se a identidade, a liberdade corporal e, também, a felicidade (61). Para G., “homens transgêneros e cisgêneros estão em busca da felicidade, então, ter um pênis não é um passaporte pra felicidade” (Conversas, p.5), mas ao final da jornada, pode constatar que, para si “com a faloplastia, a bolsa escrotal, o sentimento é um sentimento diferente, é um sentimento de completude: (Conversas, p. 20).

Este corpo *trans* se apresenta tanto num lugar ativo, como sujeito que luta, como num lugar passivo, como objeto a ser debatido e defendido (49). G., investido neste lugar ativo, buscando constituir e reconstituir seu corpo – simbólica e materialmente – em busca de completude, traz:

eu usava uma órtese para fazer um volume né. E a partir de agora eu não preciso mais usar, eu estava até pensando hoje em queimar a órtese ali no jardim, fazer uma pequena cerimônia (Conversas, p. 16).

Ora pois, se deste exercício transdisciplinar depreende-se que o corpo pode ser questionado, a partir da concepção da própria constituição da identidade, uma vez que pintá-lo, vesti-lo e moldá-lo são processos presentes nos mais diversos contextos, observa-se que as cirurgias de redesignação sexual imbricam técnica, ciência e cultura em um fazer conjunto direcionado a um potencial bem estar do ser, ou, em outras palavras, à sua própria saúde.

4.4 – “DE BRAÇOS COM A VERDADE” – SAÚDE

Na discussão das diversas perspectivas do fenômeno transgeneridade, sob uma ótica transdisciplinar, proposta deste trabalho, a abordagem da saúde é essencial. Por constituir uma das mais importantes dimensões da vida contemporânea, é justamente no campo saúde que ocorre a intersecção da identidade, do corpo e das percepções do homem *trans* submetido à neofaloplastia.

Se é consenso a importância da saúde para a vida, não é consenso, porém, o significado do termo *saúde*. Etimologicamente, saúde (em língua portuguesa), deriva de *salus*, termo originário do latim que designava o atributo principal dos inteiros, intactos, íntegros (62).

Durante muito tempo, a saúde foi entendida simplesmente como o estado de ausência de doença. Por ser insuficiente para descrever tal complexidade, em 1946, esta definição de saúde foi substituída por outra, pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade” (63).

Para Segre e Ferraz (64), ao constituir um veio irreal e utópico, afinal o que seria “completo bem-estar”, ainda se incorre em equívoco na clivagem entre soma, mente e sócio. Os autores ainda propõem: “não se poderá dizer que *saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?*” (64, p.542).

A discussão dos entendimentos possíveis acerca do conceito saúde é extensa e diversa e, ao contrário do que possa parecer à primeira vista, a definição de saúde não é trivial e constitui grande lacuna epistemológica no campo da saúde coletiva (65).

Tendo em vista os aspectos multidimensionais da saúde, *per se* complexos e dinâmicos, procurou-se encontrar relações entre as falas de G. e os campos teóricos e práticos que buscam integrar o ser à condição saúde.

Ao se falar de si, G. coloca:

Eu me vejo muito claramente como um ser que é formado por um corpo e uma psique, um psiquismo, indissociáveis, inseparáveis. Eu acho que esse meu psiquismo, eu sinto que eu estarei mais em harmonia com esse corpo que se torna mais masculino com esse falo, com esse pênis que vai passar a existir a partir de amanhã (Conversas, p. 5).

Nesta perspectiva, G. organiza sua identidade pela integração entre corpo e psique, “indissociáveis”, abarcando ainda o elemento social pela perspectiva do corpo

masculino – integrado à concepção social de masculinidade. G. vai além ao relatar que, para si, a cirurgia de neofaloplastia é uma forma de colocar em harmonia o corpo (ainda mais masculino pela construção do pênis material) e o psiquismo (identificado com o gênero masculino, na perspectiva somática e social). Ora, aqui verificamos a percepção de busca e expectativa por um bem-estar físico e psíquico, tal qual coloca a definição de saúde da OMS. É dizer que G. busca, a termo, uma vivência mais plena de saúde.

Em outro excerto, G. traz que:

eu tenho sentido que essa transição tem de fato permitido que o meu corpo venha expressando de uma forma muito mais, de uma forma verdadeira, a pessoa que sinto que sou. Então, o fato de me sentir também, vamos dizer assim, “de braços dados com a verdade”, de quem eu sinto ser com a verdade subjetiva da minha alma (Conversas, p. 4).

Ao estar “de braços com a verdade”, G. estrutura uma lógica de transição do corpo – gradual e possível a si e ao mundo – para alcançar a expressão verdadeira da pessoa que sente ser. Estas narrativas permitem a compreensão do bem-estar físico como parte da vida social, do psíquico como igualmente parte do social e do propriamente social relativo ao todo da vida do eu em sociedade. É dizer que a comunhão soma-mente, na perspectiva da identidade de gênero, permite o bem-estar social nas suas diversas nuances.

Então, eu acho que isso vai me dar uma sensação maior de completude, ou plenitude do ponto de vista ontogenético²⁹, do ponto de vista da constituição do meu corpo e do meu ser [...] esse sentimento de estar mais confortável, mais pleno, mais completo, vai me trazer mais conforto, eu diria que eu vou me sentir mais confortável na vida. Acho que mais confortável nas minhas roupas, mais confortável andando na rua, mais confortável, dando aula (Conversas, p. 5).

A completude³⁰ e o conforto³¹ aqui relatado por G. estão imbrincados no conceito de saúde – as esferas corpórea, psíquica e social (de clivagem e separação virtuais, para fins explicativos) se unem em torno da sensação de unidade que G. passa a sentir no desenvolvimento do seu ser.

²⁹ A ontogenia (ou ontogênese) se refere à origem e ao desenvolvimento de um organismo. O termo é comumente empregado na embriologia, remetendo-se à evolução do embrião, porém, contempla o estudo de um organismo durante todo o seu ciclo de vida, não se restringindo somente ao desenvolvimento embrionário.

³⁰ Do latim, deriva de *completus*: *com-*, “junto”, mais *plenus* “cheio, repleto, o que se apresenta em toda sua potência”.

³¹ Do latim *confortus*, *confortare*, “fortalecer, conferir força”; de *com-*, “junto”, mais *fortis*, “forte, intenso, robusto”. Ao longo do tempo, passou a ter sentido de “aliviar, aplacar, suavizar”.

O desenvolvimento humano é conceituável de múltiplas formas, compreendido por diferentes óticas, como um processo de ampliação das escolhas das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades para serem aquilo que desejam (66) ou como o estudo científico sobre as mudanças dos sujeitos e as características que permanecem regulares durante toda a vida (67). Ao abordar a sua constituição, enquanto corpo e ser, G. levanta a possibilidade de alcançar um estado de completude na potencialidade de organizar-se frente a esta correspondência que entende que o novo pênis trará à sua condição – física, psíquica e social.

Ao falar sobre o impacto que a neofaloplastia traria a si, G. coloca que “é como se eu agora pudesse me sentir fazendo mais parte de uma vida normal, acho que essa é a expressão que eu poderia usar” (Conversas, p. 5). O termo “normal”, também extensamente discutido na ciência e na filosofia, aqui pode ser entendido na perspectiva de saúde a partir da ótica de Canguilhem (68), médico e filósofo que discute o conceito de saúde a partir da compreensão de como a vida vai sendo vivida, de maneira a articular o cotidiano com as normas sociais.

Com o conceito de normatividade, central em sua obra, Canguilhem (68) delineou as noções de saúde e de patológico. Para o autor, considera-se a doença como o viver impedido no modo de andar a vida da sociedade, isto é, um obstáculo prático à forma como histórica e socialmente as relações sociais acontecem, em tempo e espaço específicos³². A saúde, nesta perspectiva, seria o viver permitido, ou seja, o viver concretamente exercido relativamente àquela normatividade do social.

G., em busca desta normatividade, desta sensação do normal, afirma, após a realização da neofaloplastia:

eu posso botar uma cueca, posso botar uma sunga, vestir minha roupa normalmente e tenho um volume normal, como um homem normal. Então isso me deixa muito feliz mesmo, muito contente (Conversas, p. 16).

Aqui, cabe colocar a importância da sensação desta normalidade para o entendimento do viver permitido. Se a normalidade pode ser entendida como subjetiva, onde se vale das percepções do sujeito sobre seu próprio estado de saúde, não há que se negar que, ao realizar a neofaloplastia, G. entende que o viver impedido passa a ser permitido, alcançando-se um estado de saúde.

³² “A doença é um comportamento de valor negativo para um ser individual, concreto, em relação de atividade polarizada com seu meio” (Canguilhem, 2009, p. 89).

Desta maneira, há uma concordância entre as narrativas de G. e o entendimento de que as mudanças e adequações corporais que as pessoas *trans* entendem ser necessárias ou desejam para a sua afirmação de gênero configuram justamente sua procura por um estado de saúde mais pleno.

Se a saúde pode ser vista como um fenômeno, um problema, uma medida, uma ideia ou um valor³³, precisa-se esclarecer que também é um campo de práticas.

Os campos dos saberes são estruturados por certos paradigmas coexistentes em contínua tensão, atingindo, inexoravelmente, os setores das práticas. Isto é evidente na própria Saúde Coletiva, como campo do saber: constituída na interface e interlocução entre as ciências da vida e as ciências sociais, espaço fértil para a transdisciplinaridade, é o consenso e o contraditório que são objetos de estudo.

Nesta perspectiva, a saúde, um direito humano³⁴ e social³⁵, como campo de prática, se mostra carregada de estruturas e ações discriminatórias e excludentes em relação à população T: a falta de acesso aos serviços e a negação da condição integral de saúde desta população é condição comumente encontrada (69).

Retoma-se, aqui, o entendimento de que o gênero é uma forma de desigualdade social, com dinâmica própria e articulado com outras formas de desigualdade (70) – o que gera um fenômeno de natureza deveras complexa quando se trabalham as inequidades na perspectiva da população T³⁶.

No contexto atual, o fenômeno das desigualdades de gênero no Brasil ainda constitui um enorme desafio para os governos e a sociedade em geral, incluindo-se mais especificamente a questão identitária para além do mundo *cis*. É dizer que, ao se discutir saúde, é premente discutir-se políticas de saúde. Apesar de desafiador para todos, compete justamente ao Estado traçar políticas de Estado, não de

³³ Para maior aprofundamento acerca das dimensões do conceito saúde, ver: Almeida-Filho N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

³⁴ “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade” ONU. Declaração Mundial dos Direitos Humanos. Paris: III Assembleia das Nações Unidas, 1948. Art. 25, item 1.

³⁵ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo. Imprensa Oficial do Estado, 1988. Art. 196.

³⁶ Travestis, transexuais e transgêneros.

governo³⁷ (71), que possam reorganizar a lógica estruturante, incluindo aí o campo saúde, pois é a construção de políticas públicas que dá oportunidade de visibilidade aos grupos populacionais em situação de invisibilidade e de exclusão no espaço social (72).

Segundo Marilena Chauí (73), “graças aos direitos, os desiguais conquistam a igualdade, entrando no espaço político para reivindicar a participação nos direitos existentes e sobretudo para criar novos direitos” (p. 418).

Para G., ao falar sobre a percepção do momento de vida em que realiza a cirurgia de neofaloplastia:

Por um lado, eu poderia dizer que é tardio, porque eu tenho 53 anos; então, por um lado eu poderia dizer que sim, que é tardio. Por outro lado, eu diria que talvez não seja, porque eu não sei qual era o espaço, eu acho que até bem pouco tempo atrás não havia muito espaço para um tratamento como esse na nossa sociedade brasileira, dentro da nossa realidade cultural, social, moral, vamos dizer assim. Eu acho que até bem pouco tempo atrás não havia a compreensão... Ainda não há compreensão suficiente, adequada para a seriedade desse fenômeno, para complexidade desse fenômeno humano que é a incongruência de gênero ou disforia de gênero (Conversas, p. 6).

E, parafraseando Paul Tillitch³⁸, G. diz que:

a coragem de ser não é apenas um direito, mas é mais do que isso: é um dever ético consigo mesmo e com a humanidade, porque você só pode prestar a sua contribuição original ao mundo se você tiver coragem de ser quem você é. Então é isso: eu sou um transexual em busca de complementar a minha transição de gênero. E aí eu me sinto feliz, porque ao fazer isso eu estou exercendo a minha coragem de ser (Conversas, p. 11).

Aqui observa-se exemplo claro da importância e necessidade da conquista e ampliação de direitos: o momento em que foi possível para G. a realização da sua transgenitalização fora o atual (à época do relato), segundo sua percepção, pois sua própria realidade “cultural, social, moral” não lhe permitiu, não lhe assegurou este direito à saúde em momento anterior àquele. E, a partir de um percurso em busca da igualdade – aqui entendida na perspectiva da equidade em saúde³⁹ –, G. passa a

³⁷ O Estado é toda a sociedade política, incluindo o governo. O governo é principalmente identificado pelo grupo político que comanda um Estado. Nesta perspectiva, no Brasil, as políticas de governo são aquelas nas quais o Executivo decide num processo elementar de formulação e implementação de determinadas medidas e programas, buscando dar respostas às demandas da agenda política interna. Já as políticas de Estado envolvem mais de uma agência do Estado, além do próprio Executivo, resultando em mudanças de normas ou disposições preexistentes, com incidência em setores mais amplos da sociedade.

³⁸ Teólogo e filósofo da religião alemão-estadunidense que escreveu o livro “A coragem de ser”, em 1952.

³⁹ Princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS) que busca reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades dos indivíduos, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Para aprofundamento no tema, ver:

exercer o compromisso ético de ser no mundo. A própria realização do procedimento cirúrgico e o compartilhamento de suas vivências e percepções em seu blogue, tal qual a assunção de sua transexualidade – ação e consequência de assumir-se como tal –, denotam a condição de ser social que adentra o espaço político para reivindicar a participação e ampliação do direito social à saúde.

Nas últimas décadas, a busca de direitos de cidadania para as pessoas *trans* inclui demandas por uma atenção integral em saúde e acesso aos serviços livre de discriminação, reivindicações que levantam as implicações das desigualdades sociais no cuidado em saúde (74). Segundo Mello e colaboradores (71), mesmo com grandes dificuldades que permeiam o campo das políticas públicas para pessoas LGBT, foi nos últimos anos que se observou a maior evolução; e, apesar de tanto ganho, ainda há diversas demandas, alcances e possibilidades a serem alcançados, há um grande percurso necessário a ser trilhado em busca da equidade.

A mudança do olhar político e legislativo para o fenômeno *trans* vem caminhando de uma noção abstrata e generalista do ser-cidadão para uma visão mais inclusiva, que especifica os diversos segmentos mais alijados, o que acontece após grandes lutas do movimento social. Estas modificações tomam corpo no Brasil a partir do ano 2000, onde se veem abertos espaços para discussões que propunham mudanças sociais para a população *trans*, tais como a segunda versão do Programa Nacional de Direitos Humanos, de 2002, e o programa Brasil sem Homofobia, de 2004. No campo das políticas de saúde, porém, as mudanças mais específicas no Brasil iniciam-se a partir de 2006, momento de conquista pelo segmento LGBT de representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), espaço maior do controle social⁴⁰ em saúde, permitindo e promovendo o debate de forma estratégica e permanente sobre a identidade de gênero e suas repercussões no campo saúde (34).

Em 2008, após alguns pequenos passos que representaram grandes conquistas, conseguiu-se instituir o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Portaria nº 1.707/GM/MS e nº 457/SAS/MS do corrente ano, e com ele o reconhecimento oficial de que a discriminação por identidade de

Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*. 1992; 22(3): 429-445.

⁴⁰ Princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), entendido como capacidade que a sociedade civil tem de interferir na gestão pública em saúde, orientando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. Para maior aprofundamento, ver “Brasil. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013”.

gênero incide na determinação social da saúde ao desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura das pessoas *trans*.

Em paralelo a isto, em 2009, publicou-se a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), buscando contemplar “ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular” (75, p. 8), onde passa-se a discutir, também, as especificidades em saúde relacionadas às diversas identidades de gênero possíveis. Necessário apontar que, no conjunto da população LGBT, a população T corresponde ao público que mais intensamente sofre com a escassez de políticas de saúde específicas (76).

O Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde surge justamente para suprir demandas de movimentos LGBT, sendo incluída a atenção e o cuidado de transexuais e travestis que tivessem o desejo de realizar mudanças corporais pela adequação da estrutura física e da função de suas características sexuais, conforme sua identidade de gênero. Ainda que propusesse dar respostas de maneira mais restrita, negligenciando demandas diversas às especificadas nas normativas, certamente modificou a lógica vigente e oficializou a necessidade dos atores sociais em saúde, especialmente gestores e profissionais, olharem para esta população invisibilizada.

Ainda que este Processo Transexualizador tenha sido publicado apenas em 2008, as cirurgias de reafirmação de gênero iniciaram antes. Em 1971, ocorreu a primeira cirurgia de redesignação sexual em território nacional, pelo médico Roberto Farina – à época considerado culpado penal e disciplinarmente por “mutilação”, o que atentava contra o Código Penal e o Código de Ética Médica vigentes à época (77).

Dos anos 70 aos anos 2000, houve diversas mudanças, tanto no que tange às técnicas utilizadas procedimentos cirúrgicos, como em relação ao estudo, divulgação e presença na sociedade e na ciência da temática das transidentidades. A normativa médica modificou-se em 1997, quando o Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamentou, por intermédio da Resolução 1.482/97, a prática de cirurgias de redesignação, restringindo-a a hospitais universitários ou públicos adequados à pesquisa. Essa resolução definia que a cirurgia de redesignação tinha uma "intenção de beneficência" como motivo essencial, baseando-se na integração corpo e mente,

na autonomia e justiça. Em 2002, a Resolução 1.652/02 do CFM revoga a anterior, estabelecendo que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino poderão ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independentemente da atividade de pesquisa, mas mantendo a neofaloplastia e/ou procedimentos complementares condicionados à prática em hospitais universitários ou públicos adequados para a pesquisa (78).

Frente a este cenário, a instituição do Processo Transexualizador do SUS, em 2008, surge como uma grande conquista. Ao longo dos anos seguintes, entendendo-se a necessidade de ampliação do atendimento especializado às pessoas *trans*, com um acolhimento sem discriminação tanto na atenção básica quanto na atenção especializada, houve reestruturação deste processo, culminando com a publicação da Portaria nº 2.803/GM/MS, de 2013. A política passa a priorizar não apenas os processos cirúrgicos para mudanças corporais, mas as especificidades relacionadas à questão da identidade de gênero. Apesar da importância desta ação do Ministério da Saúde, Mello e colaboradores (76), registraram que o atendimento suficiente para contemplar as etapas do processo transexualizador sempre estiveram aquém das necessidades deste seguimento populacional, fato ainda mantido e evidenciado (74, 79, 80). Questiona-se, assim, se a criação de políticas públicas e de normativas legais teria efetivamente gerado garantia de efetivação do direito à saúde das pessoas *trans* – mesmo fenômeno observado em outros campos, como na educação e assistência social (71).

Retoma-se aqui, no campo da saúde, a evolução histórica do pensamento biomédico acerca das transidentidades. Campo de extenso debate, conforme levantado em capítulo anterior, atualmente desembocou-se na designação do fenômeno da transgeneridade como Incongruência de Gênero pela 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID-11), da Organização Mundial de Saúde. Pela nova edição, a transgeneridade passa a não compor mais a categoria de transtornos mentais para integrar o de condições relacionadas à saúde sexual.

Alguns entendem esta evolução como uma vitória no campo da despatologização das transidentidades, outros acreditam que ainda haja um caminho a ser percorrido, devendo haver total exclusão desta condição dos manuais classificatórios e diagnósticos. Atualmente, porém, é exatamente a existência desta rubrica diagnóstica que permite ao campo da saúde ocupar-se da população T no que

tange aos processos de transexualização: para aquelas pessoas *trans* que desejam ou necessitam de intervenções médicas, cirúrgicas ou não, para alcançar um estado adequado de saúde, faz-se necessário o diagnóstico.

Em maior instância, entende-se que é aos *transgêneros* que cabe importante lugar de fala para dizerem o que precisam, o que necessitam para alcançarem uma experiência de bem-estar consigo e sua vida.

G., ao falar de suas percepções enquanto homem *trans* após a realização da neofaloplastia, coloca que:

O que eu tenho hoje, o resultado da cirurgia, eu posso dizer que tirou o resto de disforia de gênero que eu tinha (Conversas, p. 16).

A observação que G. traz não é sobre a patologização da sua transidentidade. Não se evidenciam elementos em sua narrativa que patologizem ou entendam como doença a identidade *trans*, pelo contrário. Mesmo enquanto homem *trans*, se houve uma condição patológica, ela encerrou-se com a transgenitalização; ou seja, ainda identificado como homem *trans*, como homem transexual, G. reafirma sua condição de saúde – seja pela ausência de doença, seja pelo bem-estar físico, psíquico e social, ou, ainda, pelo viver permitido. Se outrora houve um diagnóstico médico-psiquiátrico, interpretação que se faz pelo uso do termo “disforia de gênero” em sua narrativa – termo utilizado pelo DSM 5, da Associação Psiquiátrica Americana (APA) – “o resultado da cirurgia, eu posso dizer que tirou o resto de disforia de gênero que eu tinha”, logo não há que se falar em doença ou transtorno.

Abre-se, porém, um espaço para discutir-se o impacto do processo transexualizador, com a neofaloplastia como a última etapa realizada por G., como curativo. Se, para G., foram a hormonização e os procedimentos cirúrgicos que lhe permitiram não apresentar mais “disforia de gênero”, pode-se dizer que a garantia a estes procedimentos pode constar como demanda para uma vida saudável?

Evidente notar que o ponto de partida aqui deva ser o valor subjetivo que o indivíduo incute em sua experiência de mundo. Exemplo seria: se para um homem *trans* a mastectomia⁴¹ for necessária para uma integração corpo-identidade, mas não a histerectomia⁴², dever-se-ia propiciar o direito de a pessoa realizar aquela cirurgia e não esta, em conformidade com suas percepções de si e de sua saúde? Retoma-se

⁴¹ Retirada cirúrgica das mamas.

⁴² Retirada cirúrgica do útero.

a provocação: ao se discutir saúde *trans*, qual a importância que tem a fala do ser-que-vive?

Apesar de toda a evolução e mudanças no pensamento político e em saúde, nos últimos anos, a população T, em seu cotidiano, mantém-se esbarrando em diversas dificuldades no sistema de saúde (34):

- (i) falta de preparo (por vezes, total despreparo) de profissionais de saúde – gerando experiências de desrespeito, percepções de desconhecimento/ignorância e submissão a ações de saúde inadequadas, com erros resultantes de imperícia, imprudência ou negligência;
- (ii) estrutura sócio arquitetônica pouco sensível à necessidade de mitigar a estigmatização, como nos espaços de banheiros masculinos e femininos organizados na perspectiva cisheteronormativa;
- (iii) complexo fluxo de atendimento dos serviços, não pensados em sua maioria para uma atenção integral, mas sim compartimentalizada e, em geral, insuficiente para as demandas individuais e sociais;
- (iv) falta de aceitabilidade dos serviços às suas vivências, suas experiências e seus modos de vida, mantendo perspectivas normativas, discriminatórias e excludentes; além de
- (v) insuficiência de serviços especializados ou prejuízo no acesso a estes serviços, a exemplo das enormes filas nos poucos centros especializados para realização de cirurgias de reafirmação de gênero no SUS.

Com efeito, a garantia de direitos é essencial, mas ao se partir do pressuposto de que as normativas legais, as políticas públicas e os serviços de saúde são pensados, formulados e efetivados por pessoas, conclui-se que é necessário mudar o olhar social!

A transição de gênero, entendida como um processo identitário e corporal de ascensão de si mesmo (81), traz óbices específicos aos homens *trans*.

Inicialmente, a prescrição de hormônios "masculinos" é processo mais complexo quando comparado à hormonização "feminina". Isto se dá, pois, a prescrição de androgênios demanda conhecimento técnico-científico tipicamente restrito a médicos endocrinologistas, logo, mais específico e menos difundido, diferentemente dos hormônios "femininos", presentes em diversas áreas de atuação

médica, como no planejamento familiar e uso de anticoncepcionais orais, amplamente conhecidos por endocrinologistas, ginecologistas, obstetras e outros médicos especialistas e generalistas.

Além disto, o processo de hormonização "masculino" esbarra no acesso aos androgênios. A disponibilidade de testosterona e análogos para a hormonização de homens *trans* é restrita, muito inferior à demanda em quantidade, mas também em qualidade – por exemplo, havendo apenas formulação em comprimido no SUS, menos indicada pelas sociedades médicas especializadas. Não obstante, a necessidade de uso contínuo pode implicar em dificuldades de acesso pelos altos custos de aquisição destes medicamentos em serviços privados. Grande parte da população de homens *trans*, submetida à lógica de discriminação e exclusão laboral, social e econômica, não tem condições de obter estas substâncias no mercado, havendo um entrave de acesso real.

Ademais, a testosterona e seus análogos são substâncias altamente reguladas, tendo seu uso restrito a condições particulares e sua aquisição legal condicionada a procedimentos específicos, como prescrição médica controlada, e obtenção dificultada por processos burocráticos. Para aqueles que não conseguem ingressar nas complexas engrenagens legais para a obtenção dos androgênios, a automedicação é a contraposição: movimento em que homens *trans* burlam, de distintas maneiras, a burocracia, os protocolos, as dificuldades, automedicando-se e muitas vezes colocando em risco a própria saúde (79).

Os procedimentos cirúrgicos no processo transexualizador, por sua vez, envolvem técnicas que não são realizadas a contento por motivos ainda não evidentes - questiona-se a relevância do preconceito e do estigma neste processo. É dizer que determinados procedimentos cirúrgicos, como a mastectomia, realizados no cotidiano médico, como nos cânceres de mama, são restritos a pouquíssimos serviços no caso dos homens *trans*. A questão que surge imediatamente é: se existe uma quantidade significativa de médicos cirurgiões que conhecem as técnicas para a realização de uma mastectomia, por exemplo, por que a esmagadora maioria se nega a operar homens *trans* que solicitam e necessitam da cirurgia de afirmação de gênero, mas não se nega a operar mulheres cisgênero com cânceres de mama?

Segundo a Resolução 2.265/2019, do Conselho Federal de Medicina, que passa a adotar a nomenclatura “incongruência de gênero”, nos termos da atualização da CID-11, as cirurgias de afirmação de gênero do feminino para o masculino incluem

a mastectomia bilateral, histerectomia⁴³, ooforectomia bilateral⁴⁴, faloplastia por meio da metoidioplastia⁴⁵. Estas opções, segundo consta no Processo Transexualizador do SUS⁴⁶, estariam garantidas aos homens *trans*, porém os serviços habilitados à sua realização e os profissionais disponíveis são poucos.

Além disso, há procedimentos que ainda são considerados experimentais no Brasil, como a neofaloplastia, amplamente discutida neste estudo. Cirurgia realizada no mundo desde 1936, há diversas técnicas possíveis para a construção de um pênis. Por ser condição experimental, o Estado se exime de garantir a sua execução às pessoas que desejarem o procedimento. Ressalta-se que não falta conhecimento ou competência técnico-científica, tampouco prática suficiente para cirurgiões realizarem esta cirurgia, havendo diversos da construção de neofalos em homens *cisgênero* com histórico de ressecção peniana por câncer ou trauma⁴⁷.

Aqui algo alarmante precisa ser tensionado: por que se faz neofaloplastia em homens *cis* e não em homens *trans*, sabendo-se que as técnicas são essencialmente as mesmas? É evidenciado no Código de Ética Médica, em seu Capítulo IV – Direitos Humanos, Art. 23, que é vedado ao médico tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto (82).

G. traz em seu relato:

Por questões associadas ao preconceito, a neofaloplastia (cirurgia de construção de um pênis de tamanho adulto que, com uso de prótese, apresenta função erétil e, portanto, permite o intercuro sexual⁴⁸) não é permitida em nosso país, em homens transgêneros, senão no contexto experimental em hospitais universitários. Em minha busca, não encontrei um

⁴³ Retirada cirúrgica do útero.

⁴⁴ Retirada cirúrgica dos ovários.

⁴⁵ Procedimento cirúrgico de retificação e alongamento do clitóris, após estímulo hormonal pelos andrógenos, estruturando-se um micropênis.

⁴⁶ Apesar das modificações da Resolução 2.265/2019 do CFM, as Portarias do MS que regulam o PT no SUS não foram atualizadas, mantendo os requisitos em conformidade com Resolução CFM nº 1.955/2010, “que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo”. A normativa atual do CFM trouxe modificações de importantes, tais quais: a previsão de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) no atendimento multidisciplinar, idade mínima para hormonização cruzada a partir dos 16 anos, idade mínima para cirurgias a partir de 18 anos, além de retirar a metoidioplastia do rol de procedimentos experimentais, mantendo-se, porém, a neofaloplastia nesta condição.

⁴⁷ Exemplos de publicações de artigos científicos na literatura médica nacional: (i) Nassif T et. al. Faloplastia total microcirúrgica com retalho antebraquial e implante peniano em um único tempo: relato de caso. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2009; 24(3): 385-388.; e (ii) Azevedo MB et. al. Reconstrução Funcional do Pênis: Relato de Caso. *Urominas.* 2016; 3(9): 74-77.

⁴⁸ Com o pênis ereto torna-se possível a penetração.

só cirurgião que realizasse este tipo de procedimento em homens trans – por isso, tive que realizá-la na Filadélfia, cidade estadunidense. (Contexto, § 13).

Ora, se na busca de G. por um cirurgião que o operasse no Brasil, não encontrou sequer um médico competente e disposto a realizar tal cirurgia, como podemos dizer que não há preconceito e discriminação desta população?

Ainda segundo G. relata:

Existem inúmeras operações [de neofaloplastia]. As mais comuns utilizam retalhos remotos⁴⁹, portanto são mais cruentas⁵⁰ por usarem tecido de áreas doadoras como antebraço, coxa ou dorso. Exigem técnicas microcirúrgicas, apresentam maiores riscos de complicações como infecção, fístulas⁵¹ ou estenoses⁵² na uretra.

Porém, existem abordagens cirúrgicas mais simples, de fácil execução, que dispensam a microcirurgia por usar tecido contíguo, circulação e inervação locais: são as neofaloplastias suprapúbicas e de retalhos da região inguinal. Utilizam uma técnica conhecida como rotação do retalho que permanece ligado à área doadora por pedículo⁵³. São menos cruentas por permitirem a sutura da pele das áreas doadoras, restando ao final uma cicatriz que permanece discreta, inclusive por ficar encoberta pela cueca ou calção de banho. Graças à transposição do tecido clitoriano para a base do pênis proporciona sensação erógena, favorecendo uma maior adaptação do homem transgênero à realidade psicossocial e sexual desejadas e congruentes com sua experiência subjetiva de identidade. (Contexto, §§ 14 e 15).

G. detalha os processos cirúrgicos possíveis para a neofaloplastia e demonstra em sua narrativa um conhecimento específico acerca dos procedimentos, notável pelo discurso técnico sobre tema. Isto fortalece a hipótese de que a busca de G. por um cirurgião brasileiro – apto e disposto à realização da cirurgia –, não se deu de maneira arbitrária. É supor que, enquanto médico e *trans*, G. está inserido em um sistema social que lhe permitiria acesso aos meios para conhecer e alcançar tal cirurgião, caso houvesse.

É essencial ressaltar que os homens *trans* recorrem à hormonização ou às cirurgias de afirmação sexual para seus corpos, não em busca de satisfazerem uma vaidade, mas para estabelecerem uma coerência socialmente demandada entre sexo

⁴⁹ Tecidos múltiplos que incluem pele, vasos e nervos que são retirados de regiões corporalmente distantes (área doadora) das regiões onde serão implantados (áreas receptoras).

⁵⁰ Em medicina, diz-se dos procedimentos cirúrgicos mais complexos, que envolvem maior derramamento de sangue.

⁵¹ Comunicações anormais entre estruturas, como órgãos. Na neofaloplastia, seria uma comunicação anormal entre a uretra e outros locais.

⁵² Estreitamento da uretra, que pode levar a dificuldade de urinar.

⁵³ Nestas técnicas cirúrgicas, não há transposição de nervos e vasos. A rotação do retalho significa que se tira uma parte da pele que é rotacionada, mantendo o suprimento sanguíneo e a sensibilidade (pedículo de vasos e nervos que não são transpostos).

e gênero (83). Os aspectos intrincados à construção de identidade, às relações entre sexo e gênero e à garantia do direito à saúde para os homens *trans* superpõem-se em um processo que demanda políticas sociais específicas para esta população. Apesar dos avanços que houve nos últimos anos, como a instituição Processo Transexualizador no SUS, percebe-se que ainda há muito a se avançar na construção, implementação e avaliação de políticas públicas e ações de saúde direcionadas e específicas a estes indivíduos.

As inequidades em saúde, tão evidentes nas experiências subjetivas, sociais e pragmáticas da população T, não apenas revelam uma deficiência do Estado brasileiro, como também da sociedade – em grande parte principal responsável pelos processos que culminam na discriminação e no estigma incutido aos homens *trans*, assim como na manutenção do preconceito e do alijamento social destes indivíduos. É necessário que o avanço prossiga, potencialmente, pelo caminho da equidade e que as mudanças vislumbradas para a sociedade sejam mais justas e possam ser alcançadas.

Para G.:

muitos homens transgêneros desconhecem a existência dessas técnicas que são, pela maior simplicidade de execução, financeiramente mais acessíveis, mesmo considerando-se a necessidade de viajar para outros países como Estados Unidos, México ou Europa. (Contexto, § 16).

Ao compartilhar sua experiência, G. busca ampliar o acesso ao conhecimento sobre as potencialidades dos procedimentos cirúrgicos transexualizadores. Pode-se interpretar que há um duplo lugar na fala de G.: Ihe é devido gozar do direito que se tem (direito à saúde), assim como Ihe é possível difundir o conhecimento para permitir que outros possam usufruir deste direito.

G. finaliza a apresentação do blogue:

Que nada supere a coragem de ser que todos precisamos para contribuir no processo evolutivo humano. Dela depende a possibilidade de entregarmos ao mundo a originalidade da essência e da vida que somos (Contexto, § 20).

Se andar a vida “de braços com a verdade” é existir a partir de sua identidade e de seu corpo, a contribuição de G. é valiosíssima: entrega a originalidade da essência e da vida que é, colaborando com o outro e com o mundo para uma evolução de todos.

Que as identidades e os corpos *trans* sejam personificados no mundo e possam existir, não apenas para sobreviver a seus desafios diários, mas também para viver de maneira mais plena, livre e feliz.

5 CONCLUSÃO

Quantas feridas não nos tocam as narrativas do outro?

No mundo experimentado por G., as possibilidades de buscar um corpo confortável, acomodado conforme sua identidade, foi sendo desvelado pela potência do ser-que-vive o fenômeno da transgeneridade.

Se por um lado fica evidente a percepção de que as estruturas sociais são tijolo e cimento para a construção identitária do homem *trans*, por outro percebe-se que é na subjetividade deste homem que se organizam os desejos, os anseios e as necessidades. Para G., enquanto transgênero, houve a possibilidade de um processo de reafirmação de gênero que trouxe modificações corporais centrais no seu desenvolvimento de bem-estar e saúde.

Se a identidade perpassa o aspecto do entendimento de si, do autoconhecimento, não restam dúvidas que ouvir o ser identificado importa. Pode-se perceber, pelo relato de G., que sua transidentidade não é conformação de doença ou transtorno, mental ou de qualquer ordem. Em verdade, sua identidade figurou – enquanto houve disforia, inclusive – como um determinante a ser ouvido, a ser compreendido e a ser experimentado no corpo: a G., fez-se necessário que houvesse uma transformação do corpo e uma afirmação da identidade, que ainda é entendida na perspectiva de uma identidade tida, por G., como masculina. Em suma, a transidentidade não é patológica.

Entretanto, o desacordo, o descontentamento, o desencontro corpo-identidade, condições teoricamente indissociáveis, trouxeram a G. um sofrimento psíquico intenso, um prejuízo à experiência de saúde e à própria vida. À medida que G. passa a trilhar um caminho em que se vislumbra, a si, a potencialidade do encontro e da (necessária) reassociação corpo-identidade, este sofrimento vai cedendo espaço. Ao cabo do percurso, G. diz sofrer dos males típicos, não havendo mais estranhamento específico a si pelo seu sofrimento relacionado à incongruência de gênero.

E, 53 anos depois de seu nascimento neste espaço material, G. pode finalmente vir ao mundo em sua completude: viver um parto simbólico, que fez nascer o que lhe era necessário. Experimentando a completude desejada, então, G. busca outros horizontes e passa a compartilhar suas experiências e intimidades, em raiz,

sua existência, com o outro e o mundo, a fim de colaborar com a própria evolução humana.

Ao ler as narrativas de G., não há conteúdo que deva se calar frente às ciências – sejam humanas, sociais, da vida ou biomédicas –, mas há que se falar em um ser humano a quem foi possível viver a transformação.

G. não representa a maioria dos homens *trans* brasileiros. G. é apenas um indivíduo em um mundo de outros. G., em verdade, é exceção à regra: alcançou um lugar que não é proporcionado nas fronteiras brasileiras a outros como ele.

As pessoas *trans*, em esmagadora maioria, estão à margem. À margem do trabalho, da economia, da política, às margens sociais. São estas as pessoas que se reinventam dia após dia, numa tentativa de encontrar um lugar no mundo. São estas as pessoas que representam o Brasil desigual que tanto deve ser combatido. Em (des)governos que atropelam o Estado e suas políticas sociais, há que se manter a luta pelos invisibilizados.

E, nesta perspectiva, é importante avaliarmos o discurso dos que podem falar por si, dos que devem falar por si, a quem podemos (e devemos) ouvir. Construir políticas públicas que garantam acesso à saúde é premente para os homens *trans*. E não bastam papeis e assinaturas, deve haver efetuação.

A neofaloplastia, neste sentido, deve ser entendida como um símbolo: um símbolo de que as pessoas podem alcançar aquilo que desejam, devendo estar-lhes assegurados os seus direitos humanos básicos, incluído aí o direito à saúde. O objetivo não é normatizar corpos e regular sua expressão, mas permitir aos sujeitos que vivam como podem viver, da forma que melhor lhes convier.

Que a luta para alcançar aquilo que se quer seja bandeira constante. Como diria G. de si, “antes de tudo sou a vida que em mim vive” (Contexto, § 1). Então, que todos possamos ser a vida que vive em cada um de nós.

REFERÊNCIAS

- 1 Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ. Real.* 1995; 16(2): 1-29.
- 2 Laqueur T, Whately V. *Inventando o sexo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2001.
- 3 Organização das Nações Unidas. *Pessoas transgênero* [Nota informativa]. United Nations Human Rights – Office of the High Commissioner [Internet]; 2017 [acesso em 2020 nov 1. Disponível em: <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/Transgender-PT.pdf>
- 4 Sousa D, Iriart J. “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(10): e00036318.
- 5 Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa; 2011.
- 6 Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(8): 2517-2526.
- 7 Padula WV, Heru S, Campbell JD. Societal Implications of Health Insurance Coverage for Medically Necessary Services in the U.S. Transgender Population: A Cost-Effectiveness Analysis. *J Gen Intern Med* 2016; 31(4): 394-401.
- 8 Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2019.
- 9 Rashid M, Tamimy MS. Phalloplasty: The dream and the reality. *Indian J Plast Surg.* 2013; 46(2): 283-93.
- 10 Morrison SD, Shakir A, Vyas KS, Kirby J, Crane CN, Lee GK. Phalloplasty: A Review of Techniques and Outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2016 Sep;138(3):594-615.

- 11 World Professional Association for Transgender Health. Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. 7. vers. East Dundee: WPATH; 2012.
- 12 Benevides BG, Nogueira SNB, organizadoras. Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE; 2020.
- 13 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
- 14 Silverman D, editor. Qualitative Research. London: SAGE; 2016.
- 15 Mays N, Pope C, editors. Qualitative Research in Health Care. 4thed. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2020.
- 16 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- 17 Helder RR. Como fazer análise documental. Porto: Universidade de Algarve; 2006.
- 18 Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira De História & Ciências Sociais 2009; 1(1): 1-14.
- 19 Phillips BS. Pesquisa social: estratégias e táticas. Rio de Janeiro: Livraria Agir Editora; 1974.
- 20 Gomes R, Mendonça EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 109-132.
- 21 Bento B. Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos. Salvador: EDUFBA; 2017.
- 22 Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 1997.
- 23 Habermas J. Dialética e Hermenêutica. Porto Alegre: L&PM; 1987.
- 24 Minayo MCS. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83-107.
- 25 Sombra LL. Gadamer e Habermas: os atritos da linguagem. Intuitio 2008; 1(2): 171-87.

- 26 Amorim KPC. Ética em pesquisa no sistema CEP-CONEP brasileiro: reflexões necessárias. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2019; 24(3): 1033-1040.
- 27 Estalella A. Anatomía de los blogs. La jerarquía de lo visible. *Telos. Cuadernos de comunicación e innovación* 2005; 68: 105-108.
- 28 Garro L, Mattingly C. Narrative as a construct and construction. In: Mattingly C, Garro L. *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. Berkley, Los Angeles, London: University of California Press; 2000. p. 1-49.
- 29 Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(4): 1065-1076.
- 30 Ciampa GC. Identidade. In: Codo W, Lane STM, organizadores. *Psicologia social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense; 1984. p. 58-75.
- 31 Plummer Z. Identidade. *Dicionário do Pensamento Social do século XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1996. p. 369-370.
- 32 Laurenti C, Barros MNF. Identidade: questões conceituais e contextuais. *Rev Psicol Soc Instituc* 2000; 2(1): 37-65.
- 33 Woodward K. Identidade e Diferença: uma introdução teoria e conceitual. In: Silva TT, organizador, Hall S, Woodward K. *Identidade e Diferença: A perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Editora Vozes; 2007. p. 7-72.
- 34 Tagliamento G. Direitos humanos e a saúde: a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans. In: *BRASIL. Transexualidade e Travestilidade na Saúde da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p.65-79.
- 35 Goffman E. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1963. p. 12-124.
- 36 Haas AP, Eliason M, Mays VM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex* 2011; 58(1): 10-51.
- 37 Wiepjes CM, den Heijer M, Bremmer MA, Nota NM, de Blok CJM, Coumou BJB, Steensma TD. Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972-2017). *Acta Psychiatr Scand* 2020; 141(6): 486-491.
- 38 Mathieu N. Identité sexuelle/sexuée/de sexe? Trois modes de conceptualisation du rapport entre sexe et genre. In: Daune Richar GM, Hurtig MC, Pichevain MF,

- editores. Catégorisation de sexe et constructions scientifiques. Aix-en-Provence: Petite collection CEFUP; 1989. p.109-147.
- 39 Hirata H, Laborie F, le Doaré H, Senotier D. Dicionário Crítico do Feminismo. São Paulo: Editora UNESP; 2009.
- 40 Hérítier F. Masculin/féminin. La pensée de la différence. Paris: Odile Jacob; 1996.
- 41 Butler J. Bodies that matter: On the Discursive Limits of Sex. New York: Routledge; 1993.
- 42 Butler J. Criticamente subversiva. In: Jiménez RMM. Sexualidades Transgressoras. Una antología de estudios queer. Barcelona: Icaria editorial; 2002. p. 55-79.
- 43 Buss DM. Sexual conflict: Evolutionary insights into feminism and the “battle of the sexes”. In: Buss DM, Malamuth NM, editores. Sex, power, and conflict: Evolutionary and feminist perspectives. New York: Oxford University Press; 1996. p.296-318.
- 44 Wood W, Eagly A. A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: implications for the origins of sex differences. Psychol Bull 2000; 128(5):699-727.
- 45 Stoller RJ. Sex and gender: the development of masculinity and femininity. Abingdon, New York: Routledge; 1994.
- 46 Bockting WO. From construction to context: Gender through the eyes of the transgendered. Siecus Report 1999; 28(1): 3-7.
- 47 American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- 48 World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Versão: 09/2020. Geneva: WHO; 2020 [acesso em 2020 nov 01]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- 49 Porchat P, Ofsiany MC. Quem habita o corpo trans?. Revista Estudos Feministas 2020; 28(1): e57698.
- 50 Soll BMB. Incongruência de gênero: um estudo comparativo entre os critérios diagnósticos CID-10, CID11 e DSM 5. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
- 51 Arán M. A saúde como prática de si: do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescições da experiência da transexualidade. In: Arilha M, Lapa

- TS, Pisaneschi TC. Transexualidade, travestilidade e direito à saúde. São Paulo: Oficina Editorial; 2010. p. 75-94.
- 52 Mendes JMO. O desafio das identidades. In: Santos BS, organizador. A globalização e as Ciências Sociais. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora; 2002. p. 503-535.
- 53 Wittmann I. O "Corpo Nasce de uma Identidade": Reflexões sobre a construção do corpo em experiências transgênero. Cadernos de Campo 2019; 28(2): 86-107.
- 54 Miskolci R. Corpo, identidade e política. In: Anais do XII Congresso da Sociedade Brasileira de Sociologia. GT 17 – Sexualidades, Corporalidades e Transgressões; 2005 mai 31-jun 3; Belo Horizonte, Brasil. Porto Alegre: SBS; 2005. p. 1-17.
- 55 Foucault M. Os anormais. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- 56 Giddens A. Modernidade e Identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- 57 Nery JW. Viagem solitária: memórias de um transexual trinta anos depois. São Paulo: Leya; 2011.
- 58 Murta D. Entre o "transexualismo verdadeiro" e a diversidade de experiências trans: uma discussão crítica sobre a produção da identidade transexual universal. In: Silva DA, Hernández JG, Silva Jr AL, Uziel AP. Feminilidades: Corpos e sexualidades em debate. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2013.
- 59 Preciado PB. Manifesto contrassexual. São Paulo: n-1 edições; 2014.
- 60 Bento B. A diferença que faz a diferença. Bagoas, n.4, p. 95-112, 2009.
- 61 Masiero LM. A cirurgia de redesignação sexual no Brasil: rostos e corpos buscando uma identidade. Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades 2018; 12(18): 108-119.
- 62 Almeida-Filho N. Qual o sentido do termo saúde?. Cad. Saúde Pública. 2000; 16(2): 300-301.
- 63 Callahan D. The WHO definition of health. Stud Hastings Center 1973; 1(3): 77-87.
- 64 Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev. Saúde Pública 1997; 31(5): 538-542.
- 65 Almeida-Filho N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- 66 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2019. Além do rendimento, além das médias, além do

- presente: As desigualdades no desenvolvimento humano no século XXI. New York: UN, 2019.
- 67 Papalia DE, Feldman RD. Desenvolvimento Humano. 12. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- 68 Canguilhem G. O normal e o patológico. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
- 69 Ayres JRJM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva 2005; 10(3): 549-60.
- 70 Barbieri T. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. Debates En Sociología 1993; 18: 145-169.
- 71 Mello L, Brito W, Maroja D. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. Cad. Pagu 2012; 39: 403-429.
- 72 Schramm FR, Barboza HH, Guimarães A. A moralidade da transexualidade: aspectos bioéticos e jurídicos. Revista Redbioética/UNESCO 2011; 1(3): 66-77.
- 73 Chauí M. Democracia: Criação de direitos. Síntese: Revista de Filosofia 2018; 45(143): 409-422.
- 74 Monteiro S, Brigeiro M, Barbosa RM. Saúde e direitos da população trans. Cad. Saúde Pública 2019; 35(4): e00047119.
- 75 Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 76 Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. Sex Salud Soc 2011; 9: 7-28.
- 77 Couto ES. Transexualidade: o corpo em mutação. Salvador: Grupo Gay da Bahia; 1999.
- 78 Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(4): 1141-1149.
- 79 Lima F, Cruz KT. Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina. Sex., Salud Soc. 2016; 3: 162-186.
- 80 Braz C. Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. Cad. Saúde Pública 2019; 35(4): e00110518.
- 81 Vieira C, Porto RM. "Fazer emergir o masculino": noções de "terapia" e patologização na hormonização de homens trans. Cad. Pagu 2019; 5: e195516.

- 82 Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2019.
- 83 Benedetti MR. Toda Feita: o corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.