

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

NATALIA ESPITIA-PACHÓN

**CORPORALIDADES TRANSGRESSORAS: Desafios das transformações corporais
de pessoas transgênero no contexto da Política Social de Saúde na Colômbia.**

São Luís-MA
2017

NATALIA ESPITIA PACHÓN

CORPORALIDADES TRANSGRESSORAS: Desafios das transformações corporais de pessoas transgênero no contexto da política social de saúde na Colômbia.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.
Orientadora: Profa. Dra. Maria Mary Ferreira

SÃO LUÍS

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Espitia-Pachón, Natalia.

Corporalidades Transgressoras : Desafios das transformações corporais de pessoas transgênero no contexto da Política Social de Saúde na Colômbia / Natalia Espitia-Pachón. - 2017.

151 p.

Orientador(a): Maria Mary Ferreira.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Colômbia. 2. Identidade Transgênero. 3. Política Social. 4. Sistema de Saúde. 5. Transformações Corporais. I. Ferreira, Maria Mary. II. Título.

CORPORALIDADES TRANSGRESSORAS: Desafios das transformações corporais de pessoas transgênero no contexto da política social de saúde na Colômbia.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Aprovada em: 17/02/2017

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Mary Ferreira
Doutora em Sociologia
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Marly de Jesus Sá Dias
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Silvane Magali do Nascimento
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho à diferença e à diversidade.

Dedico, em especial, a todas as pessoas transgênero que fazem de seus corpos espaços políticos de luta e resistência.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão pelos conhecimentos adquiridos e as experiências compartilhadas.

A Mary Ferreira, minha orientadora, obrigada pela liberdade e autonomia para desenvolver este trabalho. Também obrigada por me incentivar a continuar nos estudos do gênero e pelos aportes realizados nesta pesquisa.

Às professoras Marly Dias e Magali Vale Nascimento pelos aportes precisos para a realização desta investigação, os quais me permitiram enriquecer este trabalho.

A Dayana por me acompanhar dias, noites e finais de semana para conseguir concluir este processo, obrigada pelas conversações e assessorias, por me incentivar a realizar uma pesquisa crítica e animar-me constantemente neste processo.

A Rebeca, por me ajudar nas revisões do Português.

A Katalina, Yoko, Carolina, Laura Weinstein, Laura Hernandez, Johanna, Coqueta, Dana e Estefania, por nossas conversações sobre a vida, os gêneros e os trânsitos.

Ao grupo GGNI, principalmente à professora Sandra pelos aportes realizados para esta investigação, pelas discussões relacionadas aos gêneros e pelos bons momentos compartilhados.

A Talita, Bia e Rayana por me receber no Brasil e fazer da minha chegada um momento mais fácil.

A Rebeca, Ari e Day por ser minha família no Brasil, pelos cafezinhos compartilhados, pelos cuidados e por todo o amor. Obrigada por estarem comigo nos momentos felizes e tristes.

A Jhony, obrigada por me escutar em todos os momentos desta experiência, por apoiar meus propósitos e compartilhar meus sonhos.

A Andrea e Maye, obrigada por todo o amor.

A professora Helena Velez, obrigada pela assessoria, pelo apoio e pela motivação para realizar esta pesquisa.

A minha mãe por acreditar em mim, e me animar em todo momento.

"Me llaman la Agrado,
porque toda mi vida sólo he pretendido
hacerle la vida agradable a los demás.
Además de agradable, soy muy auténtica.
Miren qué cuerpo, todo hecho a medida:
rasgado de ojos 80.000;
nariz 200, tiradas a la basura porque un año
después me la pusieron así de otro palizón...
Ya sé que me da mucha personalidad, pero
si llego a saberlo no me la toco.
Tetas, 2, porque no soy ningún monstruo,
70 cada una pero estas las tengo ya
superamortizás.
Silicona en labios, frente, pómulos, caderas
y culo.
El litro cuesta unas 100.000, así que echar
las cuentas porque yo, ya las he perdido...
Limadura de mandíbula 75.000;
depilación definitiva en láser, porque la mujer
también viene del mono,
bueno, tanto o más que el hombre! 60.000
por sesión.
Depende de lo barbuda que una sea, lo
normal es de 2 a 4 sesiones,
pero si eres folclórica, necesitas más claro...
bueno, lo que les estaba diciendo,
que cuesta mucho ser auténtica, señora,
y en estas cosas no hay que ser rúcana,
porque una es más auténtica cuanto más se
parece a lo que ha soñado de sí misma."

Pedro Almodovár
(Todo sobre mi madre)

RESUMO

As transformações corporais fazem parte da saúde e do livre desenvolvimento da personalidade da população transgênero, que vivenciam uma identidade que problematiza o gênero imposto a partir das características biológicas e constroem a sua identidade segundo seu desejo que pode ser homem, mulher ou os dois ao mesmo tempo. O objetivo desta pesquisa é analisar os desafios das transformações corporais de população trans da cidade de Bogotá a partir do contexto da Política Social de Saúde na Colômbia. A metodologia foi orientada por uma perspectiva genealógico-arqueológico. Como resultado se identificou que os principais desafios da população transgênero relacionados às suas transformações corporais no contexto da saúde correspondem à ausência de políticas públicas que garantam seus direitos e suas necessidades, a falta de estudos e de informações referentes a esta temática. O estudo aponta ainda que a estrutura do Sistema de Saúde esteja influenciada pela ideologia neoliberal desestabiliza direitos universais conquistados e transforma a vida humana em mercadoria, nesse sentido limita o atendimento da saúde a um pacote de serviços onde não estão inclusos os procedimentos de transformação corporal a exceção das pessoas que contam com o certificado de disforia de gênero, o que implica reconhecer que tem um transtorno da identidade. No entanto, nem todas as pessoas tem certificado de disforia pelas dificuldades para acessar ao Sistema de Saúde, e não todas aquelas que são avaliadas pela/o especialista em psiquiatria obtém o certificado. Por conseguinte, as diversas barreiras tanto econômicas, patologizadoras, burocráticas, restritivas, geram o isolamento da população transgênero com o Sistema de Saúde, fato que leva estes sujeitos sociais a buscarem procedimentos alternativos para suas transformações corporais colocando muitas vezes suas vidas em risco. Da mesma forma, as consequências de estes processos não são assumidas pelo Sistema de Saúde, decisão respaldada pelo poder judicial que afirma que é responsabilidade única da pessoa, negando assim a responsabilidade do Estado nesta situação.

Palavras-chave: Política Social de Saúde. Sistema de Saúde. Colômbia. Identidade Transgênero. Transformações Corporais.

ABSTRACT

The body transformations are part of the health and the free development of the personality of the transgender population, who experience an identity that problematizes the gender imposed from the biological characteristics and constructs their identity according to their desire of being able to be man, woman or both at the same time. The objective of this research, is to analyze the challenges of the transgender population transformation of the city of Bogotá from the prospect of the Social Policy of Health in Colombia. The main paradigm that we used in this research is genealogical-archaeological. As a result, it was identified that the foremost challenges of the transgender population related to their corporal transformations in the context of health correspond to the absence of public policies that guarantee their rights and their needs, the lack of studies and information related to this theme. This paperwork also points out that the structure of the Health System is influenced by the neoliberal ideology dismantling accomplished universal rights and transforms human life into a merchandise, in this sense, health care is limited to a package of services where the body transformation procedures are not included, except for Of people who have the certificate of gender dysphoria, which implies recognizing that they have an identity disorder. However, not all people are certified dysphoria because of difficulties in accessing the Health System, and not all of those that have the chance to be evaluated by the psychiatrist obtain the certificate accordingly the various economic, pathological, bureaucratic, and restrictive barriers generate the isolation of the transgender population with the Health System, a fact that leads these social subjects to seek alternative procedures for their corporal transformations, often putting their lives at risk. Likewise, the consequences of these processes are not assumed by the Health System, a decision backed by the judiciary that states that it is the sole responsibility of the person thereby denying the responsibility of the State in this situation.

Key Words: Social policy. Health System. Colombia. Transgender identity. Corporal transformations.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 - Laura Hernández	46
Fotografia 2 - Brigitte Luís Guillermo e sua esposa Adriana Vásques	46
Fotografia 3 - Yoko Ruiz.....	52
Fotografia 4 - Daniela Maldonado	59
Fotografia 5 - Laura Weinstein	62
Fotografia 6 - Johanna Perez	109
Fotografia 7 - Estefanía Garzón	110
Fotografia 8 - Danna Camila Paez	115
Fotografia 9 - Andrea Correa “la Coqueta”	118
Fotografia 10 - Katalina Angel Ortiz	131

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Estrutura do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde da Colômbia	83
Ilustração 2 - Políticas que conformam a Saúde Pública na Colômbia	88
Ilustração 3 - Processo da ação de tutela	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABGLT	Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
AC	Análise de Conteúdo
APA	American Psychological Association
ASIS	<i>Análisis de la Situación de Salud Territorial</i>
BM	Banco Mundial
BRL	Real Brasileiro
BW	Bretton Woods
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª edición)
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNSSS	<i>Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud</i>
COP	<i>Peso Colombiano</i>
CW	Consenso de Washington
DSM-IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales (4ª edición)
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EAPB	<i>Entidades Administradoras de Planes de Benefícios de Salud</i>
EPS	<i>Entidades Promotoras de Salud</i>
FMI	Fondo Monetário Internacional
FOSYGA	<i>Fondo de Solidaridad y Garantía</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IPS	<i>Instituciones Prestadoras de Servicios</i>
ISAPS	Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero e Intersexuais
MSPS	<i>Ministerio de Salud y Protección Social</i>
MIAS	<i>Modelo de Atención Integral em Salud</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde

OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Panamericana da Saúde
PAIS	<i>Política de Atención Integral en Salud</i>
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
POS	<i>Plan Obligatorio de Salud</i>
PTS	Plano Territorial de Saúde
RC	<i>Regímen Contributivo</i>
SGSSS	<i>Sistema General de Seguridad Social en Salud</i>
RS	<i>Regímen Subsidiado</i>
SISBEN	<i>Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UCI	Unidade de Cuidado Intensivo
UPC	<i>Unidad de Pago por Captación</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 CORPORIFICAÇÃO DO GÊNERO DE IDENTIDADES TRANSGÊNERO.	39
2.1 Construção do Gênero	39
2.2 Teoria Queer e Identidades transgênero.....	43
2.2.1 Identidades transgênero da cidade de Bogotá	47
2.3 Corporificação do gênero de identidades trans	51
3 POLÍTICA DE SAÚDE NA COLÔMBIA E O DIREITO À SAÚDE DE PESSOAS TRANSGÊNERO.....	65
3.1 Política de Saúde na Colômbia	68
3.1.1 Influência do neoliberalismo na Política Social de Saúde.....	74
3.2 Sistema de Seguridade Social em Saúde da Colômbia (SGSSS)	78
3.3 Políticas de saúde e pessoas transgênero.....	85
4DESAFIOS DAS TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS DE PESSOAS TRANSGÊNERO A PARTIR DO SISTEMA DE SAÚDE DA COLÔMBIA.	93
4.1 Transformações Corporais No Sistema Geral de Saúde Colombiano	93
4.1.1 A judicialização do direito à saúde de pessoas transgênero.....	95
4.2 Transformações Corporais Alternativas	112
4.2.1 Indumentária	112
4.2.2 Uso de Hormônios	113
4.2.3 Modelantes Estéticos	116
4.2.4 Transformações corporais realizadas pela Medicina Particular	121
4.3 A abordagem do Sistema de Saúde a complicações derivadas de transformações corporais alternativas.....	125
4.4 ..Desafios das pessoas transgêneras para garantia das transformações corporais através do SGSSS	132
5 CONCLUSÕES	135
REFERÊNCIAS.....	143
ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	155

1 INTRODUÇÃO

Na Colômbia a categoria transgênero inclui identidades transformistas, travestis, transexuais, e refere-se às pessoas que "questionam a continuidade imposta entre o sexo biológico e o gênero cultural e a estrita segmentação do masculino e o feminino" (GARCIA, 2009, p. 122). Desse modo, rejeitam o gênero geralmente designado a partir das características biológicas, no momento do nascimento, e constroem a sua identidade de acordo com o que sentem.

A construção do gênero é uma decisão, e não um destino baseado na genitália da pessoa, de modo que Butler (2007) expõe a existência de outras possibilidades de gênero além da feminina ou masculina, as quais surgem independente do sexo. A materialização do gênero se apresenta através do corpo, daí a importância de ressaltar a relevância das transformações corporais como parte da identidade de pessoa transgênero, e do componente da saúde do sujeito.

No contexto colombiano, a construção da identidade de pessoas trans é concebida como um direito que contempla outros direitos, como a saúde e o uso do nome social (COLÔMBIA, 2012b). Dentre os direitos contemplados se insere os de mudança de sexo que, nesses termos, deveria ser assegurado pelo *Sistema General de Seguridad Social em Salud (SGSSS)*¹ através de cirurgias plásticas ou estéticas. Porém, para obter esse direito as pessoas transgênero devem cumprir uma série de requisitos que demonstrem que os procedimentos solicitados são fundamentais para a sua saúde e integridade, ou seja, tem que provar que sua identidade de gênero é incompatível com seu sexo.

O primeiro desses requisitos é o diagnóstico de disforia de gênero emitido pela psiquiatria², que indica que o sujeito tem um transtorno psicológico e por consequência deve ser tratado a partir de intervenções médicas e psicológicas. Para

¹ O Sistema de Seguridad Social Integral, está estruturado a partir da Lei 100 de 1993, dispõe sobre o Sistema Geral de Previdência e do Sistema Geral de Seguridad Social em Saúde (SGSSS). Dentro das características básicas deste, é o Governo Nacional encarregado de dirigir, orientar, regular, controlar e vigiar o serviço da saúde. Adicionalmente dentro do SGSSS existem duas modalidades de afiliação (regimes) para dar cobertura à população, o Regime Contributivo (RC), ou seja, as pessoas com capacidade de pagamento, como os trabalhadores formais, independentes, pensionados e suas famílias, e o Regime Subsidiado (RS) destinado a população sem emprego, "pobre e vulnerável" que não tem capacidade de pago para cotizar mensalmente ao sistema. Doravante denominado apenas de Sistema de Saúde.

² A pessoa deve solicitar por meio da consulta médica geral o encaminhamento ao especialista, neste caso ao psiquiatra.

adquirir este certificado a pessoa deve demonstrar, através de seus comportamentos, que cumpre com os estereótipos tradicionalmente afeitos ao gênero masculino ou feminino e, do mesmo modo, mostrar que deseja alcançar uma correspondência entre essa identidade e seu corpo, indicando que o tratamento compreende diversos procedimentos que culminarão na mudança de sexo.

Além do diagnóstico, é recorrente que as instituições de saúde obstaculizem o acesso aos processos de transformação corporal, ou autorizem alguns procedimentos, mas não todos, considerando que estes não são indispensáveis para a vida e saúde da/o paciente. Assim argumentam que estes correspondem apenas a procedimentos catalogados como estéticos – os quais não são assumidos pelo Sistema de Saúde –, situação que leva às pessoas a, frequentemente, recorrer a ações judiciais.

É relevante ressaltar que nem todas as pessoas trans tem acesso ao Sistema de Saúde, por consequência, não tem como solicitar uma consulta com um especialista em psiquiatria; e nem todas aquelas que têm avaliação com a psiquiatria obtêm o diagnóstico de Disforia de Gênero. Assim, em concordância com Garcia (2009), os requisitos e procedimentos presentes no SGSSS geram uma barreira ao acesso seguro de processos de transformação corporal, pois o Sistema de Saúde ignora as múltiplas identidades transgênero, sendo um dos motivos pela qual algumas pessoas desenvolvem transformações de forma artesanal, a partir da automedicação de hormônios ou uso de injeções com silicone líquido e industrial (modelantes estéticos).

Da mesma forma se constata que a prefeitura de Bogotá tem conhecimento sobre as dificuldades da população transgênero em acessar ao Sistema de Saúde. Por exemplo, a *Secretaria Distrital de Planeación* indicou que a população que retrata maior vulnerabilidade no direito à saúde são as pessoas transgênero, em especial as mulheres trans que, em 2014, apresentaram menor registro de cadastro no Sistema de Saúde, conforme se constata no seguinte trecho do estudo: “en promedio, un 78,7% de las personas de los sectores LGBT estaban afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud. Por debajo de este promedio se encuentran las mujeres transgeneristas 68,4%” (BOGOTÁ, 2015, p. 223).

No que diz respeito às agressões no Sistema de Saúde, ou seja, atitudes de discriminação ou maltrato relacionadas às identidades ou expressões de gênero

diversas, os dados de 2014 indicam que os mais afetados foram as pessoas transgênero em um total de 27% mulheres e 21,4% homens. As agressões provêm principalmente de pessoas que trabalham na saúde, como médicos e enfermeiras, seguidos pelo pessoal administrativo e por último de pessoas da vigilância.

Especificamente com relação às intervenções de transformação corporal, identificou-se que as mulheres transgêneras usaram implantes ou silicones em um total de 50% e hormônios em 80% dos casos analisados, enquanto que homens transgêneros usaram implantes ou silicones em 42,9% e hormônios em 64,3% dos casos (BOGOTÁ, 2015). Além disso, os estudos indicam que os procedimentos foram feitos principalmente por pessoas não profissionais em saúde ou não especializadas na área das transformações corporais. Por outra parte, a população que recorreu à assessoria de cirurgiões plásticos foi de 7,1% para mulheres trans e de 13,8% na situação dos homens trans.

Com relação à assessoria para uso de hormônios, a maioria é realizada por pessoas não qualificadas na área da saúde, sendo 57% quanto às mulheres e 55% quanto aos homens. Da mesma forma, a população considera que o principal obstáculo para um adequado processo de transformação são as dificuldades de acesso ao Sistema de Saúde e a falta de conhecimento ou informação da equipe médica. Assim, o estudo indica: “Solo un 26,6%, en promedio, de las personas transgeneristas afirmó que ha tenido acceso a lo que considera necesario para la adecuación física y psicológica de su proceso de tránsito” (BOGOTÁ, 2015, p. 233).

A partir do exposto surgem diversos questionamentos quanto às pessoas transgênero, suas transformações corporais e a abordagem do Sistema de Saúde colombiano, por exemplo: Como está sendo abordada esta situação pela política pública em saúde? Como é o acesso às tecnologias e biotecnologias para os procedimentos referentes à construção corporal? Quais desafios se encontram no Sistema de Saúde com relação às transformações corporais destas pessoas?

Assim, levando em conta o panorama das transformações corporais no contexto do Sistema de Saúde da Colômbia, que impõe uma série de restrições para garantir o direito à saúde desta população, e o acesso seguro para modificar seus corpos, é que se justifica a relevância desta pesquisa.

O interesse no tema, especificamente, surgiu de diversos momentos compartilhados com essa população, que iniciaram a partir do estágio como

assistente social no Instituto Nacional Penitenciário y Carcelario (INPEC), que administra as prisões nacionais na Colômbia, e dirige dois cárceres em Bogotá, o masculino chamado *Complejo Penitenciário y Carcelário La Picota* - conhecido como “La Picota” - e a prisão feminina conhecida como *El Buen Pastor*.

O INPEC designou-me para trabalhar em “La Picota”, para coordenar o grupo LGBTI. As primeiras aproximações foram conflitantes, porque me fizeram questionar as noções aprendidas sobre gênero e a lógica binária (de modo que sequer sabia como definir ou me dirigir a essas pessoas), a hegemonia heterobinária e a relação de práticas sexuais com identidade de gênero.

Outra dificuldade encontrada nesse momento foi como abordar as temáticas identificadas no diagnóstico elaborado para o planejamento da intervenção; onde identificamos questões relacionadas à violência física, simbólica e psicológica exercida por parte das/os outras/os internos, guardas e profissionais à estas pessoas. Havia também questionamentos associados aos trânsitos nas construções identitárias, onde um dia a pessoa se assumia como mulher trans, mas depois explorava a sua masculinidade como homem gay ou, inversamente, e então, me perguntava: como falar da masculinidade ou da feminilidade a pessoas que se permitem transitar sem identificar-se numa categoria fixa?

Esse contexto nos coloca a repensar os gêneros, ampliar a perspectiva do feminismo e compreender que homens, mulheres e outras identidades são resultado do mesmo sistema hegemônico que nos divide, nos define e nos normaliza. A partir desta experiência desenvolvemos a pesquisa *Cuerpos que gritan: Construcción corporal a partir de infiltración de sustancias modelantes con fines estéticos en las mujeres trans que ejercen la prostitución en la localidad de Los Mártires*, que correspondeu ao meu trabalho de conclusão de curso. Em parceria com o Centro Comunitário LGBT, primeira instituição distrital a abordar temáticas relacionadas a diversidade sexual, começamos a trabalhar (eu e Karen Peralta) neste espaço procurando a temática da nossa pesquisa, participando das atividades da instituição e conhecendo as lideranças.

Identificamos a partir da nossa participação conversações sobre o uso de modelantes estéticos e os efeitos destas práticas, ouvíamos das doenças, das mortes, dos problemas enfrentados no sistema de saúde para realização de atendimento, etc. Assim, constatamos a carência de informação sobre esta situação,

compreendemos a importância do corpo para esta população, e verificamos como as normas de gênero interferem na vida destas pessoas ao ponto de pôr em risco a sua própria vida.

Assim surgiu a inquietação de como a abordagem da Política Social de Saúde pode influir nas construções de corpo das pessoas trans, ou seja, como o Sistema de Saúde determina o acesso seguro das transformações corporais - questionamentos que posteriormente me levariam a desenvolver a presente dissertação.

Em termos gerais esta pesquisa analisou os desafios das transformações corporais de população transgênero da cidade de Bogotá a partir da abordagem que realiza a Política Social de Saúde na Colômbia. De forma mais específica o estudo cumpre os seguintes objetivos:

- a) Refletir sobre a importância do corpo como parte da construção da identidade de pessoas transgênero;
- b) Estudar as características da Política Social de Saúde, levando em consideração a abordagem que realiza o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS).
- c) Assinalar algumas ações do sistema de saúde colombiano frente às transformações corporais de pessoas transgênero para identificar os desafios que elas enfrentam.

A perspectiva metodológica utilizada baseia-se no método arqueológico-genealógico desenvolvido por Foucault. O método arqueológico permite pesquisar o saber a partir de sua formação discursiva, situado num período determinado, levando em conta que os saberes são uma fabricação, e mudam de acordo com o momento histórico. Segundo Mattos (2015), este método apresenta várias características:

- Parte das regras que definem o contexto.
- A arqueologia interessa-se pela formação de saberes.
- Os discursos marcam as situações epistemológicas, práticas discursivas que se tornam autônomas, e se desenvolvem por si mesmas.

Igualmente, o saber é significativo para compreender a construção do sujeito e sua subjetividade. Falar de sujeito é falar de um conjunto de elementos sociais que conformam a autonomia individual e coletiva a qual está em constante movimento.

O método genealógico, por sua vez, estuda as relações de poder e os saberes presentes nelas. Foucault (2012) considera que o poder não é uma propriedade exclusiva de alguma instituição, ao contrário, é uma estratégia que se exerce, que flui, e está presente em diversos espaços, como uma “microfísica do poder”, desse modo o autor é claro ao dizer que “ele os investe, passa por eles e através deles; apoia-se neles, do mesmo modo que eles, em sua luta contra esse poder, apoiam-se por sua vez nos pontos em que ele os alcança” (FOUCAULT, 2012, p. 29).

O poder não pesa como uma força repressiva, se não o poder seria frágil, no entanto, ele permeia os discursos e se apresenta como um saber não científico, ou seja, uma verdade organizada e sutil, que age sem ser violenta, mas que atravessa socialmente e faz parte da construção do sujeito-sujeição. “Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir” (FOUCAULT, 2012, p. 45). A partir das relações de saber e poder surgem ferramentas que partem de dispositivos como a escola, prisão, sexualidade, saúde, que servem para conseguir os fins governamentais, denominados “dispositivos de controle”.

O método da arqueologia e genealogia permite analisar a abordagem da política social de saúde num determinado momento da história, a partir das práticas governamentais. Para estudar a abordagem do Sistema de Saúde, deve-se estar atento a suas práticas discursivas e não discursivas, Mattos (2015) retoma a Foucault e afirma que “As práticas não-discursivas referem-se às práticas sociais, às relações de poder e as resistências entendidas como relações de força, como tecnologias de poder, relativamente estabilizadas como sistemas de coerção” (MATTOS, 2015, p. 356); as práticas discursivas fazem referência aos discursos que geram uma verdade, “discursos veiculados sobre qualquer forma, inclusive os saberes e as ciências que emergem nos discursos, organizados em sistemas de pensamento” (MATTOS, 2015, p. 356).

Deste modo, as práticas discursivas e não discursivas, constituem sujeitos e subjetividades determinados. Neste sentido, este método permite analisar as

transformações corporais de pessoas transgênero, como uma prática construída historicamente, na qual estão presentes relações de saber (arqueologia) e de poder (genealogia).

Em síntese, a análise arqueológica permite identificar o saber desde sua prática discursiva e sua essência política, levando em conta que o discurso se torna verdade e descreve o que é o sujeito, de modo que o saber faz parte do dispositivo político. Por outro lado, nas análises genealógicas pesquisa-se o saber implícito nas relações de poder e os sujeitos que as produzem, afirma-se que o saber sustenta estas relações a partir de práticas não discursivas. Deste modo, a arqueologia e genealogia conformam uma interdependência que apresenta três dimensões inter-relacionadas que são os saberes, os poderes e as subjetivações como indica Mattos:

Esse projeto divide-se em duas dimensões investigativas: 1.À arqueologia cabe fazer uma história dos sistemas de pensamento, cuja tarefa é, “analisar as formas próprias da problematização” pelas “práticas discursivas que articulam o saber”, pelo “estudo dos jogos de verdade entre si”: investigar a formação dos saberes. (FOUCAULT, 2003a) 2.À genealogia cabe fazer uma história dos sistemas de coerção, cuja tarefa é mostrar a formação destas problematizações a partir de práticas não-discursivas (e de modificações dessas práticas), pelas “relações múltiplas, as estratégias abertas e as técnicas racionais” que “articulavam os exercícios dos poderes” e “os modos como os indivíduos podem e devem se reconhecer como sujeitos”, pelo estudo dos “jogos de verdade em referência às relações de poder” e pelos “jogos de verdade na relação de si para si e na constituição de si mesmo como sujeito”: investigar sistemas de coerção que regulam práticas e os processos de subjetivação neles envolvidos” (MATTOS, 2015, p. 359-360).

Portanto, o método genealógico-arqueológico, permite estudar a Política Social de Saúde no que se refere aos processos de transformação corporal de pessoas transgênero, levando em consideração que este vínculo reflete as relações de saber e de poder presentes entre o Sistema de Saúde colombiano e de pessoas trans.

Para desenvolver a pesquisa nesta perspectiva foram empregadas várias técnicas de coleta de dados: estudo bibliográfico, pesquisa documental e de campo, sendo utilizado o recurso das entrevistas com as pessoas trans para conhecer mais fundo a problemática que envolve as transformações corporais. A revisão bibliográfica se constituiu como uma fase constante no processo de investigação

que permitiu extrair, recopilar e conhecer o que já foi estudado especificamente sobre esta temática em livros e artigos (ENGEL; TOLFO, 2009).

A revisão bibliográfica possibilitou concluir que a maior parte dos dados sobre a população LGBT no contexto da saúde provém de informes e diagnósticos realizados pelos governos locais, como parte do processo de seus planejamentos, os quais são poucos e superficiais e referem-se principalmente a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Utilizou-se, também, os estudos realizados pelas Organizações não Governamentais (ONG) que constroem materiais educativos: cartilhas e informes, resultado da execução de projetos em conjunto com o governo ou da cooperação internacional, mas que depende do financiamento destes atores. E, ainda, monografias, dissertações e teses realizadas no âmbito acadêmico.

Os estudos de saúde de pessoas transgênero, são majoritariamente qualitativos, e relacionados com práticas sexuais, prevenção de DST's - principalmente HIV/AIDS - e, geralmente, limitadas ao contexto da prostituição, o que restringe as necessidades da população (JAIME, 2013). Neste sentido, são poucas as pesquisas que aprofundam à situação sobre transformações corporais na Colômbia, seus contextos e consequências, fato que contribui para invisibilizar a realidade do quadro de saúde de esta população.

Nesse contexto, a principal pesquisa referente a esta temática, é a desenvolvida por Andrea Garcia, denominada *Tacones, siliconas, hormonas: teoría feminista y experiencias trans en Bogotá*, neste trabalho a autora parte de uma perspectiva feminista e *queer* e utiliza o método etnográfico, vinculando a autobiografia para abordar as construções do corpo e de identidades em mulheres transgênero de Bogotá. Garcia (2009) discute a importância do corpo para pessoas transgêneras e as formas de intervenção do corpo que geralmente esta população utiliza e, também assegura que ainda que nas construções identitárias se apresente uma feminilidade hegemônica na reprodução de estereótipos, esta também é parte da rebeldia e libertação contra a sociedade binária.

Igualmente afirma que as vivências de transformação corporal devem ser analisadas a partir da interseccionalidade, indicando que classe, gênero, raça, família e território (principalmente) são demarcadores das diferenças nas construções corporais dos diversos contextos sociais:

El análisis de la diversidad de identidades, cuerpos y demandas de transexuales y travestis como sujetos de derechos que propongo a continuación requiere tener en cuenta los diferentes contextos familiares, sociales y de clase que permiten o restringen las opciones y posibilidades de construcción de identidades, subjetividades, colectividades y redes (GARCIA, 2009, p. 130)

Garcia (2009) indica, que o Estado e suas instituições não garantem o cumprimento do direito da transformação do corpo, por este motivo ainda não se tem alcançado um status real de cidadania e afirma:

Cuando se trata de categorizar, definir y patologizar las experiencias del cuerpo, las instituciones médicas y de salud desarrollan un excelente trabajo; pero el sistema de salud se desentiende a la hora de cubrir los derechos de un grupo de personas que se encuentran en las márgenes de la ciudadanía (GARCIA, 2009, p. 140).

A autora centra sua pesquisa nas vivências da população, e parte da premissa que o sistema não reconhece as suas particularidades, motivo pelo qual a população recorre a procedimentos alternativos. No entanto, esta pesquisa não aprofunda nas especificidades da Política Social de Saúde e do Sistema de Saúde na Colômbia.

Outro estudo identificado foi a pesquisa comparativa de Escobar (2013), desenvolvida a partir do uso da biografia de líderes trans entre as cidades de México D.F e Bogotá, indagando o corpo como elemento político. O autor faz reflexões onde questiona as dinâmicas culturais pelas quais a construção do corpo torna-se um assunto político, e relaciona as categorias corpo e poder, concluindo que as transformações corporais de pessoas trans estão relacionadas com a politização do corpo, que ultrapassa o singular e atravessa relações sociais e de cidadania, passando do micropolítico ao macropolítico.

Também se identifica a pesquisa de Espitia e Peralta (2013) que descreve o uso de modelantes estéticos (uso injeções de óleos, silicone líquido, industrial para dar forma ao corpo) em pessoas transgênero que exercem prostituição, no entanto, a pesquisa se restringe a descrever esta prática e as consequências na saúde da população, mas não estuda a relação do Sistema de Saúde com esta questão.

Por conseguinte, observa-se que as pesquisas mencionadas se referem à necessidade de transformar o corpo a partir da construção identitária; ressaltam esta

categoria como espaço político e partem do pressuposto que o Sistema de Saúde gera uma série de obstáculos que são uma das causas para se recorrer a práticas alternativas de transformação corporal.

Por outro lado, a pesquisa documental permitiu recorrer a diversas fontes para estudar a abordagem do Sistema de Saúde sobre as transformações corporais de pessoas transgênero. A técnica se desenvolveu em vários momentos, inicialmente se realizou o levantamento e organização de documentos emitidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá e da Corte Constitucional (procedimentos judiciais) relacionados às transformações corporais, os quais se encontram nas páginas web de cada instituição mencionada. No entanto, a pouca ou difícil acesso de informação referente à saúde de pessoas transgênero, e ainda mais, quando está associado com processos de transformação corporal na Colômbia, apresentou-se como uma das principais dificuldades dessa pesquisa, o que fez muito desgastante o processo de recopilação de dados.

Em síntese, esta técnica permitiu compreender a abordagem do Sistema de Saúde em relação às transformações corporais, evidenciando a postura do Estado com esta temática. No entanto, estes arquivos públicos não refletem os desafios que vivenciam as pessoas transgênero no sistema de saúde quando solicitam estes procedimentos, motivo pelo qual foi necessário complementar a revisão documental com entrevistas, para dar cumprimento ao objetivo da pesquisa.

A entrevista é definida como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (BONI; JUEREMA, 2005, p.72). Para o desenvolvimento da pesquisa foi implementada a entrevista semiestruturada, a qual permite maior flexibilidade no processo recopilação de dados, como indicam Engel e Tolfo (2009, p. 72):

O pesquisador organiza um conjunto de questões (roteiro) sobre o tema que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva, que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal.

As entrevistas foram combinadas com perguntas abertas e fechadas que permitiu às entrevistadas e entrevistadora falar livremente sobre o tema da investigação, porem a discussão foi guiada por um roteiro (ANEXO 1) afim de dar

conta do objetivo pretendido. Estas foram gravadas em material audiovisual com o compromisso de socializar os resultados na Colômbia, de uma forma fácil e compreensível para qualquer pessoa.

Também indicaram que não era necessário mudar o nome para proteger a sua identidade, levando em consideração que várias/os delas/es são líderes transgênero em Bogotá e a participação neste processo representa uma forma de visibilizar uma situação que afeta a todas/os. As pessoas que foram entrevistadas deveriam morar em Bogotá, ter se submetido a algum tipo de transformação corporal, vivenciar uma construção identitária feminina independente da sua identificação e ter tido algum contato com o Sistema de Saúde. Assim, foram efetuadas nove entrevistas que tentaram abranger a diversidade da população, nas quais se identificaram falas repetidas referentes à relação delas com o sistema de saúde.

As pessoas entrevistadas em sua maioria são conhecidas em diversos espaços de discussão e luta LGBTI como Laura Weinstein liderança transgênero da Colômbia que trabalhava no Centro Comunitário LGBTI, com quem entrei em contato a partir do estágio que desenvolvi como assistente social no INPEC; outra participante da pesquisa foi Katalina Angel que em 2010 encontrava-se no cárcere “La Picota” e sempre se caracterizou por ser uma liderança e, após a sua saída da prisão, desenvolvemos em conjunto o projeto *Cuerpos em Prisión Mentes em Acción*, que faz parte da *Red Comunitaria Trans*³.

As demais entrevistadas foram participantes no projeto do Fundo Mundial da Luta contra a AIDS⁴ que se realizou em diferentes cidades da Colômbia, inclusive Bogotá, são elas: Andrea Correa, Carolina Ovalle, Yoko Ruiz, Dana Camila, Estefanía Garzon, Laura Hernandez e Johanna Perez. A equipe do projeto era formada por mulheres transgênero e coordenada por um psicólogo com enfoque de saúde, Jhony Velasco Soriano, também entrevistado. Ademais contribuí com este projeto a partir da equipe de pessoas trans privadas da liberdade, levando em

³ É uma organização social, integrada por mulheres transgênero, baseada na educação popular, trabalha através da arte o fortalecimento de lideranças “ArteVismo”, com mulheres transgênero diversos contextos.

⁴ O projeto tinha por objetivo fortalecer a luta contra o HIV a partir de processos de prevenção, intervenção e diagnóstico. A proposta estava dirigida à população onde a prevalência do HIV é alta, como mulheres no exercício da prostituição, homens que praticam sexo com homens (e que não necessariamente são gays), moradores de rua, pessoas que convivem com o HIV para evitar reinfecção, e mulheres transgênero.

consideração que é um contexto restrito e eu tinha as facilidades para adentrar nesses espaços e desenvolver as ações preventivas em HIV a partir da organização *Cuerpos em Prisión-Mentes em Acción*.

O grupo de lideranças trans apresentava uma multivariada de características marcadas pelas diferenças nos estilos de vida, nas atividades econômicas, os processos de identificação pessoal e social, as formas de construção corporal, mas todas construam a sua feminilidade (VELASCO, 2016).

O fato de conhecer previamente a população foi uma vantagem para desenvolver as entrevistas, as quais se realizaram nos espaços que elas geralmente estão como suas casas, seus espaços de trabalho, sua universidade, e lugares que frequentam. Este processo foi mais um encontro entre conhecidas que compartilhavam as suas experiências, elas falando sobre a sua relação com o Sistema de Saúde e eu dividindo os conhecimentos adquiridos no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão- Brasil, onde esta pesquisa se desenvolveu.

Reunidas às informações, passou-se à fase de análises dos dados, onde foi utilizada a análise de conteúdo (AC), que trabalha com materiais textuais, - neste caso os documentos e as entrevistas - e estabelecem categorias para sua interpretação. Esta técnica fixa sua atenção no conteúdo do texto sem fazer interpretações, levando em consideração que seu principal propósito é a compreensão (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Deste modo, a AC permite fazer uma descrição do conteúdo de forma objetiva, tal como se manifesta (CAMPOS, 2004). Operacionalmente Campos (2004) assinala que existem três fases:

A primeira fase é uma pré-exploração dos documentos, que permite conhecer o contexto e visualizar elementos não óbvios. A segunda fase corresponde à seleção das unidades de análises, como indica Campos (2004, p. 613) "Mais frequentemente, as unidades de análises incluem palavras, sentenças, frases, parágrafos ou um texto completo de entrevistas, diários ou livros". A escolha do fragmento selecionado deve estar relacionada com os objetivos do trabalho.

A última fase é o processo de categorização e subcategorização, ou seja, procedimento que classifica e agrupa um conjunto de elementos. Podem se caracterizar as categorias como grandes enunciados, uma vez que abarcam uma série de temas, exprimem significados importantes com relação aos objetivos da

pesquisa, proporcionando uma visão diferenciada sobre o assunto proposto. As categorias podem ser apriorísticas (predeterminadas) e não apriorísticas (emergentes). Os resultados expostos relacionados à entrevista foram aqueles que apresentaram saturação da informação. As categorias que nortearam a pesquisa foram corpo, gênero, transgênero, Política Social de Saúde e Sistema de Saúde da Colômbia, as quais se desenvolvem no transcurso da investigação.

Esse percurso metodológico resultou no presente trabalho, desenvolvido em quatro capítulos. O primeiro corresponde à introdução, que indica as motivações da pesquisa, o problema, os objetivos, a perspectiva metodológica, as técnicas de coleta e as técnicas de análises da informação. O segundo capítulo propõe uma discussão sobre gênero, corpo e transgênero, e assim indica que gênero é uma construção social e cultural que vai além de homem e mulher, categorias que podem ser desconstruídas. Neste sentido se apresenta a possibilidade de outras identidades como corresponde às pessoas transgênero, categoria que não é homogênea levando em consideração que cada construção identitária está marcada por características de raça, classe, identidade, etc, elementos correspondentes à interseccionalidade. Também se indica como a corporificação do gênero está imersa em relações de saber, poder e resistência.

No terceiro capítulo se estuda a Política Social de Saúde na Colômbia, e se indica que esta é resultado da relação não sempre harmoniosa entre Estado e sociedade, onde estão presentes diversos interesses. Da mesma forma se observa que a Política de Saúde apresenta uma forte influência de organismos internacionais que tem promovido o neoliberalismo o que se reflete em diversos aspectos como a privatização de empresas estatais, o fortalecimento do setor privado, a transformação das/os sujeitas/os de direitos-paciente a consumidor de um serviço e a abordagem da saúde como mercadoria (e não como direito humano fundamental). Também, verifica-se que as Políticas de Saúde não reconhecem as particularidades da população transgênero nem das suas transformações corporais, deste modo existe uma ausência destas questões nos diagnósticos epidemiológicos dos territórios relacionados tanto na especificidade da saúde de pessoas trans como transformações corporais na Colômbia, o que dificulta os processos de intervenção.

No quarto capítulo se estudam os desafios da população transgênero com seus processos de transformação corporal a partir da abordagem que realiza o

Sistema de Saúde e se identificam como barreiras a falta de informação relacionada à saúde da população trans, barreiras econômicas que dificultam pertencer ao Sistema, políticas de intervenção restritivas a DSTs, burocracias para solicitar uma consulta, demora para a realização de procedimentos, que as transformações corporais sejam consideradas procedimentos estéticos, obrigatoriedade do certificado de disforia de gênero para realização de procedimentos de transformação corporal, judicialização do direito à saúde através da tutela, consequências de procedimentos alternativos, e a não responsabilização do Estado ante esta situação.

Nas considerações finais se indica que ainda as transformações corporais de pessoas transgênero sejam parte da saúde da população pois contribuem ao equilíbrio e bem-estar da pessoa, o Estado restringe este direito principalmente a partir da sua postura patologizante e também pela influência da ideologia neoliberal na Estrutura do Sistema de Saúde. Assim, as diversas barreiras levam à população a praticas alternativas arriscadas onde nem o Estado nem as EPS se responsabilizam desta situação nem suas consequências.

2 CORPORIFICAÇÃO DO GÊNERO DE IDENTIDADES TRANSGÊNERO.

O gênero é uma categoria que tem sido abordada de diversas formas dependendo do momento histórico, a qual se materializa no corpo segundo a construção de identidade da pessoa, e reflete as normas presentes na sociedade. Neste capítulo apresentamos o debate sobre esta categoria a partir das reflexões de Joan Scott (1990) sem perder de vista as contribuições históricas de Simone de Beauvoir, uma das primeiras autoras a refutar as teses biologistas que inferiorizaram as mulheres pela via do sexo. E o pensamento de Butler (2007) que a partir da desconstrução, problematiza categorias fixas como homem, mulher e a coerência entre orientação, identidade e genitalidade, dando espaço a novas identidades e corporeidades.

2.1 Construção do Gênero

A categoria gênero surgiu como um conceito para se referir à organização social que assegurava a distinção binária entre masculino e feminino, como modelo de opostos, os quais apresentavam características universais e fixas. No entanto, para Scott (1990) era necessário desenvolver o gênero como uma categoria de análise para apontar as transformações destes paradigmas, de modo que se superasse a explicação biológica da subordinação feminina, as conotações fixas de homem e mulher relacionadas a seus papéis na sociedade, além das suas práticas sexuais, características assinaladas a partir de teorias clássicas, principalmente a biologicista.

Nesse sentido a autora indica que,

Com a proliferação dos estudos do sexo e da sexualidade, o gênero se tornou uma palavra particularmente útil, porque ele oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens. (...) O uso do "gênero" coloca a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade (SCOTT, 1990, p. 7).

Os argumentos biologicistas sobre o gênero asseguram que existe um binarismo, a partir da divisão dos sexos, tal como debateu Beauvoir no Segundo

Sexo, ou seja, uma “separação dos indivíduos em machos e fêmeas [que] surge, pois, como um fato irreduzível e contingente” (BEAUVOIR, 1970, p. 27). Estas categorias são apresentadas como opostas e complementares entre si. Este fundamento também indica que macho e fêmea são necessários para a reprodução, inclusive esta ideia foi reforçada pela filosofia a partir do mito platônico, conforme ressalta Beauvoir (1970 p. 28):

No princípio havia homens, mulheres e andróginos; cada indivíduo possuía duas faces, quatro braços, quatro pernas e dois corpos, colados um a outro; foram um dia "partidos em dois, da maneira como se partem os ovos" e desde então cada metade procura reunir-se à sua metade complementar; os deuses decidiram, posteriormente, que pela junção das duas metades dessemelhantes novos seres humanos seriam criados.

Igualmente, os argumentos biologicistas asseguram que o indivíduo sozinho é considerado um ser incompleto e que a união natural deve ser entre a mulher e o homem com fins reprodutivos, o que sugere uma heterossexualidade⁵ obrigatória. Além disso, outorgaram características comportamentais consideradas “naturais” a partir das diferenças biológicas presentes no homem e na mulher. Por exemplo, violência e sensibilidade argumentadas a partir dos hormônios; força e fragilidade pelas características fisiológicas; inteligência a partir do tamanho do cérebro. Inclusive algumas teorias⁶ indicavam que o óvulo correspondia a uma conduta passiva, própria da fêmea, oposta ao macho, que a partir do espermatozóide se caracterizava por apresentar um comportamento ativo.

No entanto, Simone de Beauvoir refutou a teoria biologicista indicando que o corpo (da mulher) é importante, mas não deve ser compreendido como um fato descontextualizado que se apresenta como um destino imutável, refutando a hierarquia dos sexos e a inferioridade da mulher ante o homem como elemento natural (BEAUVOIR, 1970). Ao contrário, para a autora, o gênero deve ser entendido como o resultado de uma construção gradual e voluntária, sendo um processo

⁵ Faz referência às relações eróticas afetivas que se apresentam entre homem e mulher.

⁶ A teoria aristotélica indicava que o feto se conformava entre a união do esperma com o menstroo, sendo o menstroo a matéria passiva por provir da mulher; por outro lado, Hipócrates reconhecia dois tipos de sêmen, o fraco ou feminino e o forte ou masculino; da mesma forma, Hegel assegurava a existência de dois sexos, um ativo correspondente ao homem e um passivo pertencente à mulher (BEAUVOIR, 1970).

consciente, que faz parte de uma escolha, consequência da liberdade e autonomia⁷. Assim afirma que “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”, ou seja, o gênero não é um fato biológico e sim uma construção imposta pela cultura⁸.

Posteriormente, buscando uma melhor compreensão do gênero, os estudos nessa área se realizaram a partir da distinção entre as categorias sexo e gênero, definida como “sistema sexo/gênero”⁹, o que representa uma fragmentação do sujeito, onde “sexo” é um elemento presente no corpo sexuado - atributos físicos como a genitália -, e “gênero”, é uma construção resultado da cultura. Ao final, esta distinção não permite uma melhor compreensão teórica da categoria gênero (MOORE, s.d) inclusive se apresenta a possibilidade de que realmente não exista uma distinção entre elas, como indica Butler: “quizá siempre fue género, con el resultado de que la distinción entre sexo y género no existe como tal” (BUTLER, 2007, P. 55).

Ainda que esta distinção pretenda explicar que o gênero não é determinado pela biologia, existe uma tendência de atribuir as diferenças do gênero à cultura, (MOORE, s.d). Este argumento leva a pensar que o conceito de gênero não está baseado no determinismo biológico, mas sim em um determinismo cultural, como afirma Butler (2007, p. 57):

Cuando la «cultura» pertinente que «construye» el género se entiende en función de dicha ley o conjunto de leyes, entonces parece que el género es tan preciso y fijo como lo era bajo la afirmación de que «biología es destino». En tal caso, la cultura, y no la biología, se convierte en destino.

Nesse sentido, Butler (2007) compreende que o gênero não é um resultado da biologia¹⁰, e tampouco é uma construção cultural, mas sim uma ação

⁷ Esta afirmação reflete a incidência do pensamento existencialista sobre a filósofa, corrente que assegura que a existência precede a essência, e as pessoas apresentam-se como uma escolha a ser feita (PENHA, 2001). Portanto, o sujeito primeiramente existe, surge no mundo e depois se define a partir das suas escolhas, como se exemplifica na frase, “No se nasce mujer: llega una a serlo” (BEAUVOIR, 1970). Não obstante, a autora observou que a construção do gênero, está condicionada por uma série de circunstâncias, que podem-se constituir uma barreira e restringir a liberdade, como corresponde à situação das mulheres.

⁸ A perspectiva da construção social indica que a cultura está conformada por normas e integrada por condutas, é aprendida e transmitida por médio da interação social, neste sentido é uma herança social baseada na aprendizagem (GUERRERO, 2002).

⁹ Definido como um “conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (RUBIN, 1996, p. 3).

¹⁰ Butler (2007) reconhece esta contribuição realizada por Beauvoir (1970).

performativa. Por este motivo retoma a Beauvoir (1970) para desenvolver sua teoria, indicando que a autora apresenta várias limitações¹¹, começando pela afirmação que a construção do gênero é uma eleição, (intrínseca no fato da “mulher tornar-se”), onde está implícita a obrigação cultural de construir-se de forma determinada. Butler compreende que é contraditório afirmar que o gênero se apresenta como uma escolha, levando em consideração que a partir dessa premissa cada pessoa já está incluída dentro de um gênero e, assim, escolhe sobre o que já é, como uma obrigação cultural de sê-lo. “Então, se sempre estamos incluídos num gênero, que sentido tem sustentar que escolhemos o que já somos?” (FEMENÍAS, 2012, p. 316).

Ademais, a autora critica a Beauvoir (1970) por não ter problematizado o binarismo de gênero e manter a lógica da existência de um sexo “dado” e um gênero “dado”, ou seja, a produção de dois gêneros predeterminados. Ao contrário, Butler (2007), acaba pondo em dúvida a existência de duas identidades, – homem e mulher – baseados nas características biológicas, e abre a possibilidade à existência de mais gêneros.

Assim, para autora, o gênero é uma prática discursiva, que deve ser desnaturalizada, aberta à intervenção e resignificação. Por isso, enfatiza que o gênero é uma construção performativa¹², ou seja, está construída por um conjunto de atos repetitivos considerados naturais, mas que realmente foram impostos a partir de práticas reguladoras. “A performatividade deve ser compreendida não como um “ato” singular ou deliberado, mas, ao invés disso, como a prática reiterativa e citacional¹³ pela qual o discurso produz os efeitos que ele nomeia” (BUTLER, 2001, p. 111).

Portanto, para Butler (2007), o gênero se materializa no corpo, principalmente, a partir de gestos, movimentos e estilos corporais. Neste sentido, a corporificação do gênero, pode acontecer de múltiplas formas sem, necessariamente, representar uma coerência entre corpo, sexo e práticas sexuais, como indica a autora, “el resultado de que hombre y masculino pueden significar

¹¹ Vale esclarecer que algumas autoras criticam a Butler e consideram errônea a sua interpretação sobre os objetivos de Beauvoir, que pretendia descobrir o significado da mulher a partir de uma perspectiva fenomenológica, e não construir uma teoria sobre gênero (FEMENÍAS, 2012).

¹² Perspectiva influenciada por Derrida, quem assegura que o performativo se gera a partir da interação na sociedade onde estão presentes as relações de poder, e também indica que a realidade performativa deve ser repetida para gerar efeitos que logo vão representar a legitimidade no discurso.

¹³ ““Citacional” e “citalionalidade” (em inglês, “citational” e “citationality”), como a autora esclarecerá, são conceitos utilizados por Jacques Derrida” (BUTLER, 2001, p. 111).

tanto un cuerpo de mujer como uno de hombre, y mujer y femenino tanto uno de hombre como uno de mujer” (BUTLER, 2007, p. 55).

Este processo de corporificação dentro da perspectiva da performatividade permite a cada pessoa decidir sobre seu próprio gênero-corpo, ou seja, existe a possibilidade de transformar e desconstruir os mandatos do gênero, as normas de produção de corpo-homens e corpo-mulheres e resistir às normas sociais, porque elas não exercem um controle definitivo. Neste sentido, a performatividade do gênero, produz o efeito de crer na existência de seres homens e seres mulheres como um caráter ilusório (PORCHAT, 2007).

Portanto, gênero é uma categoria histórica que tem sido abordada de diferentes formas, mas a interpretação deste como construção performativa permite desnaturalizar seu binarismo e pensar outras construções e desconstruções indentitárias além de homem ou mulher e, da mesma forma, outras possibilidades na materialização do corpo. Esta perspectiva é derivada do pós-estruturalismo¹⁴, por isso, propõe a desconstrução, a transformação, a ruptura dos contextos, como afirma Butler (2009): “La fuerza del performativo proviene precisamente de su descontextualización, de su ruptura con un contexto previo y de su capacidad para asumir nuevos contextos (BUTLER, 2009, p. 239).

2.2 Teoria Queer e Identidades transgênero

O estudo sobre identidades transgênero surge no contexto da Teoria *Queer*, perspectiva que tem por objetivo analisar as identidades abjetas, entre elas, as identidades transgênero, aquelas que não se encaixam na definição de homem ou mulher, ou seja, que ultrapassam a norma heterobinária estabelecida¹⁵. Nesse sentido, a perspectiva *queer* está apoiada na teoria da desconstrução, a qual pretende desestabilizar os conceitos sobre os quais os discursos se afirmam (LOURO, 2001).

¹⁴ O pós-estruturalismo é uma corrente filosófica que se apresenta não apenas como uma reflexão teórica abstrata, mas busca identificar o limite – fonte de produção - na aplicação do conhecimento, para tanto propõe tomar uma estrutura e desconstruí-la, transformá-la, mostrar suas exclusões, invalidar suas pressuposições ou verdades, e realizar uma ruptura, a qual é considerada positiva. (WILLIAMS, 2013).

¹⁵ A definição de homem e mulher corresponde a categorias fixas, com características opostas e fortemente delimitadas no discurso social, no entanto, algumas pessoas atravessam o limite que as separa, inclusive habitam esse limite e não se definem em nenhuma das duas.

Queer é uma perspectiva política e teórica que surgiu na década de 1960 como parte dos novos movimentos sociais referentes a direitos civis da população negra, movimento feminista e movimento homossexual - considerados novos movimentos sociais por trazerem demandas além da redistribuição econômica capitaneada pelo movimento das/os trabalhadoras/es -. Suas origens são dispersas, mas se consolida nos Estados Unidos com surgimento do AIDS, uma epidemia que foi compreendida como uma doença sexualmente transmissível, vista como castigo das pessoas que não seguiam a ordem tradicional e parte da resposta conservadora à revolução sexual.

“Assim que surge o queer, como reação e resistência a um novo momento biopolítico instaurado pela aids” (MISKOLCI, 2012, p. 24). Por este motivo *queer* é um xingamento dirigido a uma população rejeitada, considera abjeta, ou seja, pessoas recusadas com repugnância, desprezadas. Em 1993 foi adotada como tema do orgulho Gay, como categoria desestabilizadora não só do movimento LGBT e outros movimentos constituídos a partir da identidade. No entanto, a teoria propõe transformar as identidades depreciativas em um lugar de produção identitária que resiste à normalização e universalização (PRECIADO, 2011). Esta teoria estuda as identidades, suas fronteiras e as formas que se apresentam, baseada na desconstrução das categorias fixas.

A teoria *queer* contribui com os estudos do gênero, levando em consideração que é uma vertente do feminismo que indica que o gênero vai além das características biológicas das categorias mulher e homem; também pressupõe que as categorias de homossexualidade e heterossexualidade são uma construção social histórica, nesse sentido, podem ser repensadas porque existem diversas formas de existir além do binário (MISKOLCI, 2012). Nesse sentido, a identidade *queer* configura um terceiro sexo que vai além do binarismo e compreende todos os matizes que o gênero pode ter como seria o caso das pessoas transgênero.

A categoria transgênero, por sua vez faz referência às pessoas que se identificam com um gênero diferente ao socialmente designado, e podem ou não apresentar modificações corporais (MISSÉ; COLL-PLANAS, 2010b). Para Garcia (2009) inclui diversas identidades tais como:

[...] cross-dressers (quienes a veces usan atuendos propios del sexo opuesto), drag queens (hombres que se visten como mujeres y exageran los rasgos femeninos, por lo general en contextos festivos), drag kings (mujeres que se visten como hombres y exageran los rasgos masculinos, por lo general en contextos festivos), transformistas (hombres o mujeres que representan personajes del sexo opuestos para espectáculos), intersexuales (personas que nacen con genitalidades y corporalidades ambiguas, denominadas antes hermafroditas) (GARCIA, 2009, p. 122-123).

A partir da teoria *queer*, a identidade aparece como elemento que se pode desconstruir, moldável, independente da orientação sexual, abrindo as possibilidades à existência, por exemplo, de pessoas transgênero, práticas homossexuais¹⁶, e inclusive pessoas transgênero não heterossexuais.

Como indica Preciado:

A política da multidão queer não repousa sobre uma identidade natural (homem/mulher) nem sobre uma definição pelas práticas (heterossexual/homossexual), mas sobre uma multiplicidade de corpos que se levantam contra os regimes que os constroem como “normais” ou “anormais”: são os drag kings, as gouines garous, as mulheres de barba, os transbichas sem paus, os deficientes ciborgues (...). (PRECIADO, 2011, p. 16).

Existem múltiplas expressões das identidades transgênero, de modo que tanto as identidades próximas à subjetividade *queer*, quanto às identidades de gênero convencionais, atravessam as fronteiras do gênero designado (MARTINEZ, 2012). Por exemplo, existem pessoas que decidem manter o modelo hegemônico e heterossexual, constroem-se segundo os estereótipos indicados pela sociedade, e definir-se como homem/homem transgênero ou mulher/mulher transgênero, como é o caso da Laura Isabel Hernandez¹⁷:

Yo respeto el punto de vista de todas las personas transgénero, la que se quiere hiperfeminizar y la que no, la que juega muy políticamente con esa construcción, con esas expresiones de género, de identidad. Pero yo si

¹⁶ Como acontece com a desterritorialização da heterossexualidade, processo que faz parte do regime político como elemento de controle sexual – obriga à normalização primeiro procurando um casal e segundo que seja do sexo oposto – o que afeta o espaço urbano e o espaço corporal.

¹⁷ Laura Isabel Hernandez, é uma mulher transgênero, tem 28 anos, nasceu em Medellín e há dois anos mora na cidade de Bogotá. Trabalha como servidora pública na Secretaria Distrital de Integração Social, na territorialização da política Pública LGBTI. Atualmente faz quinto semestre de psicologia. Quando iniciou o processo de transformação corporal, não estava cadastrada no Sistema de Saúde da Colômbia, motivo pelo qual iniciou um processo de hormonização de forma automedicada, além de ter recorrido a modelantes estéticos para *hacerse el cuerpo*, ou seja, formação de glúteos, pernas e quadril, adicionalmente a sua família assumiu o custo da mamoplastia. Há dois anos conta com o certificado de disforia de gênero, o que tem facilitado o acesso às cirurgias de redesignação sexual e feminização facial por meio do Sistema Geral de Seguridad Social em Saúde (SGSSS).

quise acercarme más al modelo hegemónico y binario que pone la sociedad, la verdad si quise acercarme mucho a ese modelo del que es ser mujer, aunque uno puede diferir de eso, pero como por estrategia, o por opción de vida lo quise llevar a ese punto, y pues eso es respetable, es la decisión que tiene cada cual. (HERNANDEZ, 2016).

Fotografía 1 - Laura Hernández



Fonte: Material Audiovisual da Entrevista.

Também existem identidades que atravessam a fronteira binária, e não se reconhecem numa categoria específica, como é o caso de Guillermo Brigitte, direttore¹⁸ do Instituto Humboldt¹⁹, que usa roupas femininas, tem peitos, cabelo cumprido, mas tem sua voz grossa, movimentos que são considerados de homem, além de esposa e duas filhas, e afirma “Soy una persona que se puede manifestar como hombre o como mujer” (DUEÑAS, 2016).

Fotografía 2 - Brigitte Luís Guillermo e sua esposa Adriana Vásques



Fonte: Revista Soho, fotografia de Duzan.

¹⁸ Direttore, compreende as designações de diretor e diretora, sendo que esta pessoa que não se identifica nem como homem nem como mulher. Nesse sentido, esta expressão serve para indicar que existe uma desconstrução linguística binária do gênero. Por isso, daqui para frente se utilizará o “e”, ao final das palavras que se referirem a essas designações não binárias, pois em concordância com Derrida, a escrita e a fala, são estruturas linguísticas, e como tal, é possível desconstruí-las ou desfazê-las.

¹⁹ Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt, é uma organização ligada ao Ministério de Meio Ambiente da Colômbia, responsável por gerar o conhecimento necessário para avaliar o estado de diversidade no país e para tomar as decisões relacionadas a esta temática.

A posição de Guillermo Birgitte gera uma discussão política relacionada à identidade, gênero e sexualidade, a qual transcende o determinismo biológico, o essencialismo²⁰ e conceitos clássicos referentes a estes elementos e permite pensar em outras possibilidades de ser, além das estabelecidas socialmente. De modo que, as identidades transgênero são conformadas de múltiplas formas de ser, onde a diferença é o elemento que marca as particularidades da identidade e da corporificação do gênero, “as diversidades culturais, raciais, de classe, etc. contribuíram para as distintas experiências das mulheres, entre as mulheres e entre as mulheres e os homens” (LIMA COSTA; AVILA, 2005, p. 692).

Nesse contexto, Anzaldúa (1991) assevera que é necessário pensar a identidade – de qualquer pessoa – a partir da perspectiva interseccional, para rejeitar a tentativa de reduzir a subjetividade – neste caso de pessoas trans – em uma categoria fixa e universal, quando realmente são múltiplas e complexas, relacionadas com raça, idade, classe, relações de família, educação, gostos, etc, como indica Anzaldúa (1991, p. 250 *apud* LIMA COSTA; AVILA, 2005, p. 698):

[q]ueer costuma ser usado como um termo abrangente, falsamente unificador, sob o qual todos os ‘queers’ de todas as raças, etnias e classes são aglomerados. Por vezes precisamos dessa abrangência para solidificar nossos postos contra quem nos oprime. Mas mesmo quando buscamos abrigo sob esse termo não devemos nos esquecer de que ele homogeniza e oculta nossas diferenças.

2.2.1 Identidades transgênero da cidade de Bogotá

Historicamente, as primeiras manifestações públicas do transgênero na Colômbia se apresentaram a partir de *homens efeminados*, as chamadas *locas*, que apareceram no século XX em espaços públicos e lugares de prostituição e que apesar da discriminação propuseram novas formas de sexualidade e identidade diferente da estabelecida pela heterossexualidade obrigatória, inclusive submetiam-se as sanções impostas pela lei, que castigava essas manifestações (BUSTAMANTE, 2008).

O reconhecimento desta população começa a partir de 1980, ano em que se despenalizou a homossexualidade e posteriormente em 1991 quando se decretou

²⁰ Esta corrente filosófica é oposta ao existencialismo pois indica que a essência precede a existência, e nesse sentido, a pessoa é definida a partir das características da sua natureza.

na Constituição Política o direito à igualdade, liberdade e livre desenvolvimento da personalidade, sem limitação, onde o Estado deve tomar medidas em favor de grupos discriminados ou marginalizados (BUSTAMANTE, 2008).

As populações transgênero de Bogotá se caracterizam por sua diversidade, com relação às identidades que se constroem na feminilidade se identificam pessoas em exercício da prostituição, moradoras de rua, cabelereiras, representantes de organizações sociais, transformistas (pessoas que transvestiam para show em espaços públicos), trans de closet (uma forma de transformismo onde se explora por meio da indumentária a feminidade e se realiza em espaços íntimos), servidoras públicas, trans em situação de deslocamento pela violência, pollas (ou seja, pessoas que estão começando o processo de construção identitária, geralmente são jovens), veteranas, *pirotravestis* (termo usado para pessoas que transitam entre ser gays e ser *pollas*, mas que não se definem dentro da masculinidade ou feminidade), trans privadas da liberdade, e ex-detentas (aquelas que acabavam de sair da prisão) (VELASCO, 2016).

Não entanto, não existem dados específicos que indiquem o total da população transgênero, dificuldade que se apresenta por vários motivos, a começar, pelo fato de ser uma população que se caracteriza por migrar constantemente dentro e fora da cidade/país, conforme a sua atividade econômica, e também pelo reconhecimento auto identitário principalmente de trans de closet, transformistas, pirotravestis e transexuais que não necessariamente querem se visibilizar (VELASCO, 2016).

A população transgênero é considerada parte do coletivo LGBTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero e Intersexuais) a qual conforma uma coalisão de identidades e orientações diversas como estratégia para visibilizar-se e exigir o reconhecimento de seus direitos por parte do Estado. Vale ressaltar que na atualidade, só algumas cidades da Colômbia contam com uma Política Pública LGBTI.

A Política Pública Nacional foi uma proposta indicada no plano de ação do atual presidente a qual tinha que ser impulsada pelo Ministério do Interior (COLÔMBIA, 2015b), Este projeto também faz referência ao direito à saúde, e indica que a Superintendência Nacional em Saúde deve emitir protocolos para guiar o atendimento relacionado a esta temática (COLÔMBIA, 2016b, p.1), por outra parte

especifica que o Estado deve articular um programa de formação relacionado aos direitos da população LGBTI dirigido aos profissionais da saúde, com o propósito de eliminar as diferentes formas de discriminação (COLÔMBIA, 2016b, p.1).

Hoje em dia, esta iniciativa é um projeto de Lei que tem por objetivo garantir o exercício pleno dos direitos da população em todo o país, mas, ainda não está aprovada quer dizer, não existe legitimidade política como lei ou norma. Esta situação pode estar relacionada pela pressão que também exercem atores da oposição, conformada pelo partido político *Movimiento Independiente de Renovación Absoluta MIRA* que surge da igreja crista, políticas/os²¹, e a mesma sociedade civil.

Deste modo, como indica Malagón (2015), o avanço no reconhecimento de direitos de pessoas LGBTI, tem fortalecido o contra movimento religioso que defende a família heterossexual, assim aparecem grupos como *Movimiento Nacional por la Familia* ou *Fundación Marido y Mujer*, que tem por objetivo lutar pelo desenho original que deus indicou sobre família e sociedade. Esta situação reflete a presença e fortalecimento do conservadorismo como doutrina ideológica para manter a ordem social como está (BRAGA, 1997), no contexto do reconhecimento de direitos de coletivos LGBTI.

Deste modo, o processo da política pública conformada pela “identificação de problemas, organização da agenda, formulação, legitimação, implementação e avaliação” (DYE, 2005, p. 104), é um exemplo onde existem diversas forças/interesses interagindo, assim, um avanço no reconhecimento dos direitos desta população representa a sua vez pressão pela oposição para que este não seja realizado.

Particularmente em Bogotá, a política pública foi construída principalmente das alianças entre os governos de centro-esquerda e líderes do movimento social LGBTI. A primeira iniciativa de inclusão da população num projeto de governo, foi na administração de Antanas Mokus (prefeito de Bogotá entre 1995-1998 e 2001-2003), que convocou os ativistas homossexuais para à elaboração da “carta de civilidade” com o objetivo de criar um novo código de convivência cidadão a partir de discussões de situações de vulnerabilidade (GÁMEZ, 2008).

²¹ Ex-procurador da nação Alejandro Ordoñez; senadora Vivian Morales; ex-presidente e atualmente senador Álvaro Uribe Velez;

Posteriormente na gestão do prefeito Luís Eduardo Garzón (2004-2007) deu-se abertura das primeiras instituições que geravam processos de intervenção com a população LGBTI e suas famílias, como o “Centro Comunitário” do bairro de Chapinero, e a Direção de Diversidade Sexual. Finalizando seu período de governo, Garzón emitiu o Decreto 608 de 2007 para estabelecer os lineamentos da Política Pública LGBT. Vale ressaltar que neste momento, Ainda não estava inclusa a sigla intersexual, dentro das propostas efetuadas.

Sucessivamente o mandato de Samuel Moreno (2008-2011) deu continuidade aos programas de Garzón e aprovou o Acordo 371 de 2009²² onde se estabelecem as pautas da Política Pública LGBT, seus princípios, objetivos, estruturas e responsabilidades. Por último no governo de Gustavo Petro (2012-2016) emitiu-se o Decreto 062 de 2014 pelo qual se estabelece a Política Pública LGBTI a qual incluiu pela primeira vez no Distrito a pessoas Intersexuais (CEPEDA; LEÓN. 2014).

O processo de construção da Política Pública LGBTI em Bogotá tem contribuído com a visibilização esta população como significa a Marcha pela Diversidade Sexual e de Género realizado anualmente (*Marcha LGBTI*); também significou incrementar espaços de participação política na construção e execução dos planos de governo como representou a instauração do Conselho Consultivo²³ e a institucionalização da *Mesa LGBT* de Bogotá conhecida atualmente como *Mesa Intersectorial de Diversidad Sexual*, que corresponde a um espaço de encontro entre diferentes setores e entidades para gerar processos de articulação, coordenação e seguimento da Política Pública. Contribuiu, ainda, na conformação de instituições para oferecer serviços psicossociais exclusivamente às pessoas pertencentes dos setores LGBTI, e a suas famílias, como são o *Centro Comunitário LGBT*, a *Secretaria de Mujer, Géneros y Diversidad Sexual* y la *Dirección de Diversidad Sexual*.

²² Para compreender a importância deste Acordo, deve-se ter em conta que a diferença do Decreto 608 de 2007, o Acordo foi aprovado por várias instituições do Estado, portanto sua modificação ou anulação não depende do prefeito de turno, depende da aprovação por parte do Consejo de Bogotá.

²³ Espaço constituído por um/a representante de cada um dos setores do movimento LGBT, (Lesbianas, Gays, Bissexuais y Transgeneristas), que são eleitos/as por votação popular dentro do Movimento Social, e se reúnem para analisar e assessorar o governo com relação às ações desenvolvidas por cada distrito para a implementação da Política Pública, gerando uma comunicação direta com o prefeito (JAMES, 2013).

O Plano de Desenvolvimento Local²⁴ tem que articular-se com a Política Pública LGBT do Distrito a partir de um plano de ação, como indica o Acordo 371: “Aos três meses da expedição de cada Plano de Desenvolvimento do Distrito Capital, cada administração deverá adotar um plano e definir as linhas de ação e metas para o cumprimento da Política Pública que trata o presente Acordo” (BOGOTÁ, 2009). O plano de ação, além de ser um conjunto de atividades que permitem a execução e cumprimento dos objetivos propostos na Política Pública LGBT, também se pode considerar um instrumento de acompanhamento da Política.

Não entanto, ainda que existam avanços de reconhecimento das cidadanias desta população a partir da construção da Política Pública LGBTI, se apresentam situações de endodiscriminação²⁵, e maior reconhecimento dos coletivos de gays e lésbicas, situação que invisibiliza as necessidades de pessoas transgênero, as quais às vezes não se sentem representadas pelo mesmo movimento.

2.3 Corporificação do gênero de identidades trans

O processo de corporificação do gênero representa para as pessoas transgênero ultrapassar o limite estabelecido pelas normas sociais dos padrões homem – masculino, mulher – feminina, porque não se sentem conforme o gênero imposto nos seus corpos a partir das características biológicas que apresentam, conforme ressalta Katalina: “No estábamos conformes, no nos sentíamos a gusto con la expresión que teníamos en ese momento de nuestro cuerpo, de nuestra identidad” (ANGÉL, 2016).

A partir das características físicas é designado um gênero para cada pessoa e uma forma de se portar, normas assimiladas socialmente, neste sentido as pessoas evitam se comportar de uma forma específica, para não sair dos parâmetros estabelecidos, inclusive várias/os das/os entrevistadas/os asseguraram ter tentado evitar manifestações (movimentos, comportamentos, expressões, etc) que evidenciarium algum tipo de desvio da norma, ou seja, expressões que não corresponderam ao gênero socialmente designado pelas características biológicas,

²⁴ Plano de Governo do Prefeito. Este é elaborado cada quatro anos.

²⁵ Situações de discriminação originadas desde as mesmas populações LGBTI.

para evitar repreensões, discussões ou situações de violência com a família, na escola, ou em outros espaços sociais, como indica Yoko²⁶:

Yo trataba como de no manifestarlo mucho con mi familia pues yo era huérfana, parte de eso la familia que me estaba educando y cuidando en ese momento eran cristianos, y para ellos entender la orientación sexual de las personas homosexuales es muy complicado, son muy cerrados a esos temas, y más en esa época, entonces yo trataba como de mantener lo mío como muy escondido (RUIZ, 2016).

Fotografia 3 - Yoko Ruiz



Fonte: Página da ONG Colombia Diversa.

Essa fala, mostra que existe uma vigilância constante sobre o corpo, como acontece no panoptismo, modelo²⁷ arquitetônico utilizado nas prisões onde tudo é observável. A estrutura panóptica de controle se caracteriza por ser visível, ou seja, fisicamente perceptível, e exercer um controle constante, o que gera a impressão de vigilância, mesmo que a pessoa seja observada por muito ou pouco tempo, como afirma o autor: “Visível: sem cessar o detento terá diante dos olhos a alta silhueta da torre central de onde é espionado. Inverificável: o detento nunca deve saber se está sendo observado; mas deve ter certeza de que sempre pode sê-lo” (FOUCAULT, 2011, p 191).

²⁶ Yoko Ruiz nasceu em Villavicencio, mas mora em Bogotá há mais de vinte anos, se identifica como mulher transgênero, sua construção indentitária começou aos 14 anos, indica que sua identidade gerou muitos problemas com sua família, principalmente por serem cristãos, atualmente tem um relacionamento distante com eles. Seu processo como trans começou quase aos 18 anos em Bogotá, com o apoio de outras pessoas transgênero. Recorreu a hormônios e modelantes estéticos para se fazer o corpo – quadril, pernas e glúteos -, procedimentos que posteriormente geraram complicações. Atualmente trabalha como cabelereira, e ao mesmo tempo participa dos projetos da “Red Comunitaria Trans”.

²⁷ Este modelo é utilizado por Foucault (2011) para explicar que socialmente as pessoas estão constantemente observadas, esta estratégia introduz os indivíduos em um estado de permanente vigilância para manter a ordem e o poder. Nesse sentido, estruturas panópticas podem ser por exemplo a escola, a prisão, o exército, espaços de trabalho, etc.

Neste modelo panoptico, qualquer pessoa pode cumprir essa função de vigilância: família, amigos, visita, etc, e quanto mais observadores, mais aumenta para o prisioneiro o risco de ser surpreendido e também a consciência de ser observado. Deste modo, não se precisa da força para obrigar à pessoa a um bom comportamento, simplesmente o fato de sentir-se vigiada.

Essa mesma sensação de sentir-se vigiado é vivida pelas pessoas transgênero quando evitam exteriorizar comportamentos que não correspondem ao gênero designado, para evitar o confronto social. No entanto, com o passar do tempo essa sensação de vigilância pode ser superada, o que se apresenta de formas diferentes em cada processo de transformação, como foi o caso de Yoko:

Ya a los 18 años ya me sentía más loca, más extrovertida, y como estaba sola, no me importaba mucho el qué dirán de la familia o la gente, aparte que casi nunca me veía con mi familia, y de ahí comencé con ese interés de ya poder exteriorizar sacarlo y poderlo mantener todo el tiempo, de decir, quiero ser como yo soy, poderme partir, poderme sentir femenina, poderme expresar como yo lo siento, no de estar fingiendo porque la sociedad no quiere aceptar como yo soy (RUIZ, 2016).

Nesse sentido percebe-se que o processo de corporificação do gênero é influenciado pela cultura, o ambiente e a sociedade, e varia segundo o momento histórico, “ele possui marcas das práticas culturais de cada época e é, portanto, espelho e reflexo da cultura que o constitui e orienta” (SANTOS, 2011, p.410). Um conceito que permite compreender a importância da cultura na construção do corpo, é o *hábitus*, que faz referência a expressões adotadas pelos indivíduos em um contexto específico, ou seja, a aquisição de movimentos, comportamentos, gestos, etc, correspondentes à cultura, como se este fosse um processo de imitação, o qual se apresenta na socialização.

Estos «hábitos» varían no sólo con los individuos y sus imitaciones, sino sobre todo con las sociedades, la educación, las reglas de urbanidad y la moda. Hay que hablar de técnicas, con la consiguiente labor de la razón práctica colectiva e individual, allí donde normalmente se habla del alma y de sus facultades de repetición (MAUSS, 1979, p. 340).

Este termo foi trabalhado posteriormente por Bourdieu (1998), que afirma que o corpo é portador do *habitus*, ou seja, a pessoa corporifica aquilo que está na sociedade, o corpo é formado pela repetição e acumulação de norma. Neste processo, se estabelece um laço entre o âmbito sociocultural e os comportamentos

individuais, os quais se apresentam como naturais e são adquiridos na socialização cotidiana como parte da aprendizagem social:

Lo esencial del aprendizaje de la masculinidad y la feminidad tiende a inscribir la diferencia entre los sexos en los cuerpos (en particular, mediante la ropa), en forma de maneras de andar, hablar, comportarse, mirar, sentarse, etcétera. [...] Tanto en la acción pedagógica diaria (ponte derecho, coge el cuchillo con la mano derecha) como en los ritos de institución, esta acción psicosomática se ejerce a menudo mediante la emoción y el sufrimiento, psicológico o incluso físico, en particular, el que se inflige inscribiendo signos distintivos, mutilaciones, escarificaciones o tatuajes, en la superficie misma del cuerpo” (BOURDIEU, 1998: 187).

O *hábitus* é uma forma de mostrar como se apresenta a incorporação não intencional das normas, é a repetição social expressa no corpo, ou seja, se corporifica a cultura e, nesse sentido é um ato performativo, como indica Butler “El *habitus* se forma, pero también es formativo: por eso decimos que el *habitus* corpóreo constituye una forma tácita de performatividad, una cadena citacional vivida y en la que se cree al nivel del cuerpo” (BUTLER, 2009, p. 250). No entanto, com pessoas transgênero, esse processo de corporificação, a primeira vista, parece se realizar de forma consciente, ainda que seja seguindo a ordem heteronormativa. É uma aprendizagem realizada através da imitação com relação às formas de andar, de falar, de se expressarem, como se observa na entrevista de Laura:

Ya empieza también ese proceso de lo cultural y lo social y de género, en la vestimenta, entonces ya tú empiezas a usar ropas que estructuralmente y socialmente son de mujer, que se dice que es femenina, porque realmente todo depende del contexto, es dependiendo el lugar geográfico donde uno se está ubicando en ese momento (HERNANDÉZ, 2016).

No entanto, é um processo consciente somente a primeira vista, pois é possível se observar que os modelos hegemônicos estão presentes na cultura, conformam o discurso normativo e influenciam fortemente a construção de gênero de pessoas trans, inclusive na maioria das vezes estes padrões sequer são problematizados, só aprendidos. A hegemonia²⁸ de gênero está vinculada à estética e a figura corpórea que representa uma imagem de consumo, imposta pela mídia, pelas ideologias, pelas relações sociais, elementos que são aprendidos.

²⁸ Hegemonia de gênero é uma derivação de hegemonia cultural que expõe a ideia da dominação ideologia de uma classe social sobre outra.

A representação do corpo na sociedade atual corresponde a uma visão moderna, onde estão presentes estereótipos como “juventude em liberdade, imagens de opulência e saúde, temperadas pelo erotismo e vinculadas, em geral, a uma estética da magreza” (SILVA, 2001, p. 94). Discursos que são parte da sociedade de consumo, os quais geram e impõe uma série de necessidades artificiais²⁹ ao indivíduo. Nesse sentido ressalta Silva (2001, p. 92): “Nesta fase da modernidade, cada vez mais se expandem as necessidades induzidas pela ordem econômico-social capitalista e por sua lógica de mercado fundamentada no consumo, que possibilita sua reprodução e expansão”.

Assim, é possível afirmar que o discurso do corpo está relacionado a um interesse econômico, que está condicionado pelo desenvolvimento do capitalismo, como indica Foucault:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política (FOUCAULT, 2012, p 144).

Nesse contexto, a biopolítica faz referência ao controle dos processos biológicos relacionados às pessoas, os quais estão regulamentados, principalmente pelas economias do mercado, e segundo Foucault, “deveríamos falar de ‘biopolítica’ para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana” (FOUCAULT, 1988, 170).

Deste modo, o biopoder é só o início da multidão de possibilidades de controle sobre o biológico de onde surgem outras formas de dominação por parte do capitalismo contemporâneo como a sexopolítica, definida por Preciado como o controle da sexualidade como alvo de poder:

²⁹ Para que o corpo seja objeto de consumo é imprescindível a existência de uma série de necessidades -artificiais- isto, porque “sem necessidade não existe produção” (MARX, 2008, p. 248) nesta lógica, para ser belo, é preciso de ser magro, saudável, depilado, etc. e vai se recorrer a dietas, academias, esteticistas entre outras coisas para conseguir este tipo de beleza. Assim o consumo tem um objeto – beleza- que é consumida e produzida segundo as suas particularidades, como indica Marx: “A produção não produz, pois, unicamente o objeto do consumo, mas também o modo de consumo, ou seja, produz objetiva e subjetivamente. A produção cria, pois, os consumidores” (MARX, 2008, p. 248).

Com ela, o sexo (os órgãos chamados “sexuais”, as práticas sexuais e também os códigos de masculinidade e de feminilidade, as identidades sexuais normais e desviantes) entra no cálculo do poder, fazendo dos discursos sobre o sexo e das tecnologias de normalização das identidades sexuais um agente de controle da vida” (PRECIADO, 2011, p. 11).

Um exemplo de *sexopolítica* é o desenvolvimento da indústria farmacêutica, pornográfica e médica, de modo que o saber científico tem se centrado na biologia, que é objeto de interesse do capitalismo e centro da atividade econômica política. Para Preciado (2008) a *sexopolítica* elucida o capitalismo contemporâneo, que apresenta novos dispositivos biotecnológicos de controle da subjetividade, e um novo regime da indústria farmacêutica e pornográfica – *farmacopornográfico* – na construção dos corpos.

Estos son solo algunos de los índices de aparición de un régimen postindustrial, global y mediático que llamaré a partir de ahora, tomando como referencia los procesos de gobierno biomolecular (farmaco-) y semiótico técnico (-porno) de la subjetividad sexual, de los que la píldora y playboy son paradigmáticos, <farmacopornográficos> (PRECIADO, 2008, p. 26).

Portanto, o capitalismo age com maior força nos corpos, e desenvolve diversas indústrias (farmacêutica, cirúrgica, estética, etc) a partir das necessidades construídas relacionados a corpo, os quais geram controle como indica Preciado (2008, p. 58): “de modo que el discurso sobre la masculinidad y la feminidad y las técnicas de normalización de las identidades sexuales se transforman en agentes de control y modelización de la vida”.

O êxito do desenvolvimento destas indústrias está baseado em conseguir materializar a depressão em prozac, a masculinidade em testosterona, a feminidade em estrógenos, a disfunção erétil em viagra, fertilidade ou esterilidade em pílulas, ou seja, as substâncias, as moléculas e os corpos são possíveis através do desenvolvimento das multinacionais farmacêuticas. Neste sentido, a partir do desenvolvimento da indústria tecnológica, a feminidade e masculinidade apresentam-se como produtos tecnificados, produzidos, que são consumidos como biocódigos impregnados de normas sociais, históricas e culturais e, assim, as pessoas transgênero podem construir e feminizar ou masculinizar o corpo tanto quanto e como desejem.

Los procesos de feminización ligados a la producción, la distribución y el consumo de la píldora muestran que las hormonas son ficciones sexopolíticas, metáforas tecno-vivas que pueden ser tragadas, digeridas, asimiladas, incorporadas, artefactos farmacopornográficos capaces de crear formaciones corporales que se integran en organismos políticos más amplios, como las instituciones médico-legales, los Estados-Nación o las redes globales de circulación del capital (PRECIADO, 2008, p.131).

Por outro lado, para Haraway, a biopolítica de Foucault é a premonição de um campo mais aberto, a autora indica que o corpo não pode ser entendido fora da tecnologia, sendo esta e a biologia dois elementos interpenetrados, presentes em tudo. Assim, na era das tecnologias, é inevitável que elas não incidam na construção dos corpos ciborgues, através da inter-relação da medicina, da indústria de produção de alimentos, dos medicamentos, suplementos, vitaminas, hormônios, etc.

Tem a ver com o fato de Donna Haraway ir à academia de ginástica, observar uma prateleira de alimentos energéticos para bodybuilding, olhar as máquinas para malhação e dar-se conta de que ela está em um lugar que não existiria sem a ideia do corpo como uma máquina de alta performance (HARAWAY, 2009, p. 23)

Para a autora a aprofundada relação entre o humano (vivo) e a máquina (tecnologia), gera a inexistência de seres totalmente puros: “Não existe nada mais que seja simplesmente “puro” em qualquer dos lados da linha de “divisão”: a ciência, a tecnologia, a natureza pura; o puramente social, o puramente político, o puramente cultural” (HARAWAY, 2009, p. 11). Assim, a fronteira difusa entre homem e máquina gera o que Haraway (2009) definiu como “seres ciborgues”, ou seja, um ser artificial, híbrido, uma criatura tecnohumana³⁰. Deste modo, todos os seres humanos são seres ciborgues, pois vivem numa realidade onde a tecnologia penetrou nossos corpos e as relações sociais, e está presente sobre tudo o que conforma o cotidiano. Dessa maneira, a biotecnologia ou o tecnobiopoder vai além do poder sobre a vida e chega a ser o poder e controle sobre todo o tecnovivo conectado, ou seja, o poder sobre qualquer ser ciborgue, segundo Haraway.

Neste contexto, o discurso do corpo moderno é difundido pela lógica do mercado, que se expande principalmente através da mídia e nas relações sociais, e que contém uma força ideológica, que cria uma realidade que se impõem na

³⁰ O ciborgue, tem a ver como a produção de alimentos transgênicos, a intervenção do corpo através de cirurgias plásticas, implantes, próteses, a cloração, fertilização in vitro, ou seja, os seres que surgem da fusão entre o natural e o tecnológico.

sociedade e na pessoa e se estabelece como norma. Portanto, as construções do corpo e da identidade estão fortemente influenciadas por estes discursos, de modo que os estereótipos de feminidade e masculinidade presentes na sociedade, mais que uma verdade se constitui como uma norma que certamente predomina na corporificação do gênero de pessoas trans, e que se observa quando algumas destas pessoas reproduzem os estereótipos hegemônicos de masculinidade e feminidade, inclusive pondo em risco a própria saúde.

Assim, esse processo de controle do capital sobre o corpo desenvolvem necessidades artificiais relacionadas a beleza que “generan que la mayoría busque una construcción corporal acorde a los patrones culturales de belleza impuestos socialmente, como la voluptuosidad, e incluso conlleva a la obsesión por la perfección de los cuerpos” (ESPITIA; PERALTA, 2013, p. 295) o que leva as vezes a uma hiperfeminização ou hipermasculinidade desta população para alcançar certo ideal, como indica o relato de Alejandra:

Porque uno quiere ser perfecto, porque es importante el físico y más en el trabajo. Así uno se vea normal, como una mujer hermosa, con unas tetas bien grandes y que no tenga barriga, (...) que me digan que me veo bien, que me veo bonita, aunque la misma sociedad te presione más (ALEJANDRA, 2012).

A apropriação dos modelos hegemônicos influencia a subjetividade das pessoas. Os estereótipos aparecem como normas regulatórias que são apropriadas, naturalizadas e interiorizadas a partir de uma vigilância (inconscientemente) constante para não transgredi-la. O abjeto representa as restrições, o repudiável, aquilo que cada um não permite nos seus corpos e gêneros, como indica Butler:

Lo <<abyecto>> nombra lo que ha sido expulsado del cuerpo, evacuado como excremento, literalmente convertido en <<otro>>. La construcción del <<no yo>> como lo abyecto determina los límites del cuerpo, que igual son los primeros contornos del sujeto (BUTLER, 2007, p. 261).

A existência de estereótipos de beleza como norma social, implica que estes vão exercer vigilância, disciplina e normalização no corpo, para manter a ordem imposta, como indica Sossa: “una vez establecida una norma cultural, la vigilancia, el disciplinamiento y la normalización, corren por relaciones y direcciones de poder múltiples” (SOSSA, 2011, p. 13). Neste sentido, o corpo é objeto de controle através

de diversos mecanismos, denominados disciplinas³¹ as quais implementam técnicas de vigilância e de punição, aplicadas por diferentes instituições e espaços, onde estão presentes os discursos - e suas ideologias - transmitidos às pessoas para que estas pensem e ajam de um jeito (FOUCAULT, 2011).

Esse controle também se verifica sobre o corpo de pessoas transgênero e é exercido em diversos espaços, como indica Daniela³²:

Las mujeres trans son víctimas del desplazamiento, no solo por el conflicto armado, sino por otros tipos de desplazamiento, (...) primero la familia no me entiende, segundo el colegio no tiene un protocolo para acompañar mi tránsito (...) y entonces solo me queda una tercera opción, abrirme a esos espacios, donde puedo ser, claro a un costo altísimo, como estar en miedo constante todo el tiempo de morir, de ser agredida, de ser violentada, de ser abusada, pero también es una cosa con la que uno aprende a vivir, y es como hacerle frente, yo soy una persona trans, pero soy más libre que cualquiera, me llamo como yo quiero, me visto como yo quiero, me dejo el culo o las tetas tan grandes como yo las quiero, claro, es una libertad que duele, duele horrible, el costo es altísimo, pero vale la pena (MALDONADO, 2016).

Fotografia 4 - Daniela Maldonado



Fonte: Jornal "El Tiempo".

Pelo relato anterior, se observa que a disciplina age através de técnicas minuciosas que parecem inocentes, mas que possuem grande poder, pois regulamentam e controlam as pequenas coisas para dominar às pessoas. Por este motivo Foucault (2012) assegura que o poder está localizado em todos os espaços³³, "o poder está em toda parte; não porque englobe tudo, e sim porque provém de todos os lugares" (FOUCAULT, 2012, p. 89). Assim pretende demonstrar

³¹ Teresa de Lauretis, denomina estas disciplinas como *tecnologias do sexo*, as quais desenvolvem uma serie de técnicas que envolvem a elaboração dos discursos, implementados através da pedagogia, medicina, demografia e economia, e fixados pelas instituições do estado, os quais controlam, produzem e promovem as representações do gênero. (LAURETIS, 1989).

³² Diretora Geral da "Red Comunitaria Trans".

³³ O poder é uma estratégia, não é algo que se pode possuir, é algo que se exerce, sem ser exclusivo de alguém, nem estar localizado numa parte específica.

que as relações de poder ultrapassam o nível estatal e se estendem em toda a sociedade - família, escola, trabalho, amigos - através de expressões menores que ele denomina como microfísica do poder³⁴.

Com relação às pessoas transgênero, estes micropoderes são verificados nas interações entre as próprias pessoas trans, onde é comum identificar situações de competitividade e crítica sobre o corpo, como indica Sofia:

Lo primero que te dicen es: «mándese a poner el culo». Eso es lo primero; todos los días dicen: «usted está bonita polla³⁵, pero ¡ay no!, está muy fea de cuerpito, mándese a inyectar». Uno salía bien vestida, bien bonita, cuando le decían: usted está bien bonita, pero el culito le hace falta. Siempre, todo el tiempo viven recalando. Además, pues claro a la hora del trabajo de la prostitución llegan los clientes, y pues claro obviamente ven una culona, entonces claro uno qué va a mostrar ahí las tostaditas³⁶, pues uno empieza a complicarse. Además, uno ve con la facilidad que acá se puede colocar el culo, que no sé, con trescientos mil pesos tú puedes tener un cuerpazo en un momentico, a través de silicona inyectada (SOFIA, 2012).

De mesma forma, quando a construção do corpo e do gênero de uma pessoa evidencia uma distinção contundente dentro das categorias hegemônicas de homem ou mulher - ou seja, se aproxima mais aos estereótipos - geram maior aceitação social, mas do que aqueles corpos que se distanciam dos padrões e se aproximam ao limite, à “fronteira”, os quais não são muito aceitos, e podem ser objeto de violência. Nesse sentido Katalina indica:

Si eres una chica trans hiperfemenina, o un chico trans hipermasculino, pasas bien, entonces no se genera tanto tipo de violencia. Pero si eres una chica trans con rasgos más fuertes, eres más juzgada, o lo mismo un chico trans que aún conserve los senos, entonces va a ser más agredido física y verbalmente, todo va como en el estereotipo cultural como de lo estético (ANGÉL, 2016).

Assim, a disciplina tem por objetivo controlar minuciosamente o corpo e suas fronteiras, por exemplo, as formas de vestir, os gestos, formas de agir, etc., impõe relações de docilidade e cria corpos submissos, obedientes, manipuláveis e úteis. As normas que se exercem no corpo e no gênero são produzidas pelos dispositivos

³⁴ Esta característica do poder funciona como rede, e atravessa os indivíduos e a sociedade, neste sentido qualquer pessoa pode ser objeto de poder, “ele os investe, passa por eles e através deles; apoia-se neles, do mesmo modo que eles, em sua luta contra esse poder, apoiam-se por sua vez nos pontos em que ele os alcança” (FOUCAULT, 2011, p 29).

³⁵ Mulher transgênero jovem.

³⁶ Glúteos pequenos.

disciplinares, conforme indica Foucault “esses métodos que permitem o controle minucioso das operações de corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as “disciplinas”” (FOUCAULT, 2011, p. 133).

Dessa maneira podemos concluir que gênero e corpo são resultado do poder reiterativo do discurso para produzir um fenômeno que obriga e regula a sustentação de estereótipos de beleza e da concepção binária de gênero. Neste sentido, o gênero se conforma como elemento performativo, sua construção faz parte de um processo inseparável das normas e práticas regulatórias que são parte da hegemonia sexual, onde sua construção está condicionada pelos regimes de discurso de poder (BUTLER, 2001).

No entanto, ainda que o corpo seja objeto das relações de poder, guarda em si a capacidade de gerar processos de resistência, levando em consideração que estas duas categorias (poder e resistência) apresentam características similares, e são coexistentes (FOUCAULT, 1994). Desta forma, onde existe poder, existe também resistência como elemento de criação e transformação nos processos de subjetivação, como assegura Laura Weinstein³⁷:

El cuerpo de las personas trans es toda la apuesta, por eso luchamos, por eso nos la peleamos, (...) es precisamente ese cuerpo el que nos permite hacer eso, porque yo siempre he pensado que es algo absolutamente político, porque las personas trans son muy políticas en el sentido que pueden autodefinirse como les da la gana. Lamentablemente entramos en muchos momentos de la hegemonía, es lo que conocemos y generalmente es lo que se nos ha impuesto, si usted quiere ser mujer, tiene que ser la más mujer, y eso es lo que pone en riesgo la vida de las personas trans con todos esos procesos que se hacen, entonces esto es lo que pone en riesgo realmente a las personas trans, esa ubicación dentro de lo hegemónico, que no se puede entender que se puede ser tan diferente como tantos cuerpos que existen en el mundo (WEINSTEIN, 2016).

³⁷ Laura Weinstein é uma mulher transgênero, nasceu em Bogotá, é diretora do GAAT (Grupo de Acción y Apoyo a personas Trans), primeira organização que trabalha com população trans na cidade de Bogotá. Também estudou assistência social na universidade Monserrate. Leva militando há mais de 15 anos em diferentes espaços pelo reconhecimento de população transgênero da Colômbia. Inicialmente recorreu à automedicação para conseguir as suas transformações corporais, posteriormente contou com o certificado de disforia de gênero, o que facilitou que recebesse assessoria médica e os procedimentos necessários para uma construção corporal segura.

Fotografia 5 - Laura Weinstein



Fonte: Material Audiovisual da Entrevista.

Como indica o relato anterior, ainda que a força dos modelos hegemônicos impostos socialmente exerça pressão nas construções e desconstruções de gênero, verifica-se à possibilidade de resistência a isto, pois como assevera Laura, o corpo é um espaço de luta que pode problematizar a ordem social imposta. Portanto, o corpo não é uma superfície passiva³⁸, branca e sem vida onde o social atua e é investido de parâmetros e significados. Ao contrário, o corpo é um elemento político, e como ato performativo pode ser modificado, desconstruído, repensado, pois tem a capacidade de quebrar o contexto original, reformulando enunciados que são considerados legítimos, além de apresentar a possibilidade de novas construções.

Por fim, o corpo pode se apresentar como um instrumento de resistência ante a ordem binária e heteronormativa imposta pela sociedade, como se identifica na fala da Laura Hernandez: “ni el estado, ni el gobierno, ni la iglesia, nadie me puede quitar la libertad de transformar mi cuerpo, nadie, porque yo decido sobre mí” (HERNANDEZ, 2016).

Assim, concorda-se com Butler quando afirma que o gênero é um ato performativo que se constrói a partir da repetição de gestos, comportamentos, formas de vestir, aprendidos no processo da interação social, mas também se compreende que estes são influenciados por relações hegemônicas que impõem padrões de beleza e comportamento heterobinários que direcionam as transformações corporais.

Também considera-se que o corpo não é um objeto passivo, ao contrário, é um espaço político imerso nas relações de poder e saber da sociedade, e em concordância com Foucault, este pode gerar ações de resistência ante as normas

³⁸ O corpo não é uma superfície passiva, como afirma Butler: “enquanto a figura da superfície passiva esperando aquele ato de penetração” (BUTLER, 2001, p. 113).

sociais impostas pela hegemonia heterobinária, que mantem uma vigilância e controle constante a partir de diversos mecanismos, fato que dificulta a desconstrução, mas não faz dela algo impossível. Nesse sentido também se apresentam outras formas de identidade, através da desconstrução, dando espaço a categoria transgênero que vai além do masculino e do feminino.

3 POLÍTICA DE SAÚDE NA COLÔMBIA E O DIREITO À SAÚDE DE PESSOAS TRANSGÊNERO

As transformações corporais de população transgênero são consideradas um direito que faz parte da saúde e do livre desenvolvimento da personalidade, justificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como procedimentos necessários para superar a disforia de gênero. Ainda assim, a efetivação deste direito na Colômbia fica limitada por diversas barreiras que surgem da Política Social de Saúde e, conseqüentemente, da estrutura e funcionamento do Sistema de Saúde.

Conforme visto, os diagnósticos realizados pelo Estado colombiano indicam que as pessoas transgênero são as menos cadastradas no Sistema de Saúde - em comparação às pessoas lésbicas, gays, bissexuais e intersexuais - com um total de 68,4% (BOGOTÁ, 2015). E, dentre estas, são as que menos acessam aos serviços de saúde em torno de 50% (BOGOTÁ, 2008). A população trans e alguns diagnósticos da Prefeitura de Bogotá identificam diversos obstáculos enfrentados por essa população para efetivação do direito à saúde, como ausência de informações quantitativas e qualitativas que indiquem às suas necessidades, políticas restritas apenas à prevenção e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, dificuldades para pertencer ao sistema, burocracia para solicitar uma consulta, o tempo de espera da mesma, e situações de discriminação e estigma por parte de funcionárias/os.

Verificam-se, portanto, barreiras para acessar ao Sistema de Saúde relacionadas às condições financeiras dessas pessoas, barreiras burocrático-administrativas impostas pelo Sistema de Saúde e situações de discriminação e estigmas durante o atendimento.

As barreiras econômicas são verificadas a partir da estrutura do Sistema de Saúde, dividido entre o *Regímen Subsidiado* e o *Regímen Contributivo*. A este último pertencem aquelas pessoas que tem capacidade para realizar o pagamento correspondente ao cadastro no Sistema de Saúde – normalmente empregadas. No entanto, segundo a *Secretaria de Planeación de Bogotá*, a população trans é o grupo que apresenta maior índice de desemprego 92,44%, e maiores índices de

emprego informal, conseqüentemente, não tem as condições para pagar pelo cadastro ao Sistema de Saúde (BOGOTÁ, 2008).

Neste sentido, a maioria desta população está cadastrada no *Regímen Subsidiado* 71,4%, onde também encontram dificuldades burocrático-administrativas para pertencer a esta modalidade (BOGOTÁ, 2008), levando em consideração que para ser parte de esta categoria é exigido o questionário chamando *Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales* (SISBEN), que tem por objetivo avaliar as condições socioeconômicas da pessoa para classificar e selecionar possíveis beneficiários do subsídio dos programas sociais em saúde, no entanto, a população que provém de outras cidades deve requerer novamente do questionário para realizar a transferência de região, porém às vezes, a população não conta com esta informação ou com os requisitos solicitados como um endereço fixo, o que dificulta o acesso a esta modalidade (BOGOTÁ, 2015).

Da mesma forma, se identificam barreiras administrativas derivadas da organização do Sistema de Saúde e da burocracia para solicitar uma consulta, além da demora para a marcação desta e os pagamentos exigidos, fato que leva às pessoas a recorrerem aos médicos particulares que são menos burocráticos e, da mesma forma, vão ser pagos pelo serviço, conforme se extrai da fala de uma pessoa transgênero, constante no relatório *Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C* feito pela prefeitura de Bogotá:

También lo hace esperar mucho a uno, o sea como que tratan que uno se desespere y se vaya y no entre a consulta ni nada, pero como que una, entre más vea la mala cara, uno trata de no darle importancia, sino como de meterse más y defender lo de uno (BOGOTÁ, 2008, p. 16).

Outra barreira identificada são as situações de discriminação que vivencia esta população dentro do próprio Sistema de Saúde, o que contribui para seu afastamento dos serviços públicos de saúde, como indica o depoimento a seguir:

Lo cogen a uno como de burla, porque saben la personalidad que uno tiene, miren a mí no me importa que me llamen con mi propio nombre, pero sea educada, yo también merezco respeto, no me estén gritando a los veinte vientos, que lo hacen es como por relajo [...] o llega el médico y empiezan: —ahí llegó su novia, vea... eso hace que uno se vaya del hospital y se deje

morir en una habitación (comunicación personal, 2012) (ALEJANDRA, 2013, p. 295-296).

Outras situações de estigma estão relacionadas à associação que funcionárias/os e médicas/os realizam da população com doenças sexualmente transmissíveis. Assim quando uma pessoa trans está em uma consulta médica os serviços oferecidos enfocam na prevenção de HIV, como se esta fosse a única preocupação desta população na área da saúde, como se verifica na seguinte fala:

Uno se siente mal porque, casi siempre cuando uno va al médico, creen que una va que porque uno está enfermo, en sala me hicieron sentir mal, pero no es por cómo uno se viste (...), la gente piensa que cuando uno va al médico, uno no va por el ojo, por el oído o por eso, si no que porque uno está infectado de sida” (BOGOTÁ, 2008, p. 17).

A Organização Panamericana da Saúde (OPS) afirma que a população transgênero da América Latina apresenta diversos problemas relacionados a saúde, associada aos altos níveis de violência verbal, emocional, física, inclusive homicídios; também indica problemas de saúde mental relativo a tendências autodestrutivas, depressão, baixa autoestima, isolamento em consequência das situações de discriminação (OPS, 2012).

Da mesma forma, a Organização identifica problemas relacionados à HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), no entanto, ainda que seja uma das áreas em saúde de maior intervenção, os dados epidemiológicos são escassos. A OPS informou, ainda, sobre a alta ingestão de álcool e outras substâncias psicoativas, consumo associado a formas de suportar a realidade de espaços geralmente adversos o que se apresenta como uma situação de risco principalmente em pessoas que exercem prostituição pois reduz a capacidade de negociar as práticas e a proteção nos encontros sexuais (OPS, 2012).

Além disso, o informe associa como parte da saúde os processos relativos às transformações corporais e indica os riscos quando estes são realizados de forma alternativa. Outros problemas em saúde estão relacionados a problemas de sono, de nutrição, incluída a anorexia e bulimia, mas o relevante são os poucos estudos nesta área com esta população, como indica o informe:

Lo que sabemos acerca de la salud y el bienestar de las personas trans en la región se limita a un número relativamente pequeño de estudios

centrados, principalmente, en mujeres trans que hacen trabajo sexual y la vulnerabilidad al VIH. El contexto de la estigmatización y la marginación, las múltiples dificultades que las trabajadoras del sexo trans deben soportar, la falta de acceso a la atención de la salud y la auto-administración de hormonas y silicona están bien documentados y resultan muy preocupantes. Todos los futuros esfuerzos para promover la salud de las personas trans en la región deben tener estos datos en cuenta (OPS, 2012, p. 38, grifo da autora).

Na Colômbia, não existem dados relevantes a respeito destas situações demonstradas pelo estudo da OPS realizada na América Latina, sobre a saúde de pessoas transgênero. A maioria das abordagens está relacionada às doenças sexualmente transmissíveis, deixando de lado as outras questões, de modo que a invisibilidade das demandas relacionadas à saúde da população trans geram uma série de barreiras à efetivação desse direito, acima tratadas, que, na verdade, são resultado de como se conforma a Política Pública de Saúde e o Sistema de Saúde na Colômbia, como se verá a seguir.

3.1 Política de Saúde na Colômbia

A Política de Saúde na Colômbia deve desenvolver ações através de programas e marcos legais para atender às particularidades da população - incluídas as pessoas transgênero -, atuações que reconheçam às pessoas como sujeitos de direitos. A efetivação do direito à saúde não se limita unicamente ao atendimento médico, este também deve levar em conta os múltiplos elementos que contribuem à saúde de uma pessoa, mas que depende da perspectiva que o Estado assumira dela.

O conceito de saúde é uma construção histórica e cultural que tem mudado segundo os valores e normas da época, portanto, este conceito depende da perspectiva abordada (GAVIDIA; TALAVERA, 2012). A compreensão desta categoria por parte do Estado define o tipo de intervenção que se realizará na sociedade para efetivação desse direito.

Uma das primeiras compreensões deste conceito foi a partir do modelo biologista, o qual indicava que saúde era a ausência da enfermidade. Ou seja, esta definição se apresenta como o oposto a doença, e tinha implícito uma conotação mecanicista, que apresenta o funcionamento correto das partes do corpo. Assim, a partir desta perspectiva, o saudável ou doente está classificado a partir de

elementos objetivos, extraídos de dados biológicos (BATISTELLA, 2007). Algumas das críticas feitas a este modelo, é que o conceito estabelecido foi elaborado por oposição a enfermidade e não indica nada sobre saúde (GAVIDIA; TALAVERA, 2012); por outro lado, sua definição é muito limitada, levando em consideração que nem sempre a ausência de sintomas significa uma condição saudável, da mesma forma esta perspectiva exclui outras dimensões como a econômica, social, cultural e psicológica (BATISTELLA, 2007).

Posteriormente, a OMS definiu o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, [que] não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Esta perspectiva gerou um avanço por tentar superar a visão biomédica, ao incluir a dimensão física, psíquica e social (GAVIDIA; TALAVERA, 2012).

Inobstante, esta definição tem sido criticada por vários aspectos, primeiramente a expressão de “completo estado” apresenta um caráter utópico, pois as pessoas não permanecem constantemente num mesmo “estado” (BATISTELLA, 2007). Da mesma forma, tampouco contempla estados intermediários, inclusive o conceito é estático por definir a saúde como um estado, e não um processo dinâmico (GAVIDIA; TALAVERA, 2012). Igualmente o significado de bem-estar não é um conceito quantificável, além de não ser um termo objetivo, pois este depende da ideia de bem-estar ou mal-estar do indivíduo (BATISTELLA, 2007; GAVIDIA; TALAVERA, 2012).

Para alguns autores, a perspectiva de “bem-estar” contribui para a medicalização do corpo (IDROVO; ALVAREZ, 2014), e justifica práticas de controle ou intervenção sobre o considerado socialmente indesejável ou perigoso, como afirma Batistella (2007, p. 58): “Assim, o discurso médico pode converter-se em discurso jurídico, e tudo aquilo que é considerado perigoso ou desviante se torna objeto de uma intervenção - medicalização”.

Além da perspectiva de bem-estar, existem diversas interpretações que tentam definir o conceito de saúde, por exemplo, o enfoque comportamental, o qual considera que a saúde é responsabilidade principalmente do sujeito, deste modo a pessoa é responsável por si mesma a partir de uma perspectiva de autocuidado (GAVIDIA; TALAVERA, 2012). Esta perspectiva relaciona saúde com “estilo de vida”, ou seja, o conjunto de condutas que conformam o modo de vida, onde intervém

fatores como atividade física, alimentação, consumo de álcool, e outras substâncias. No entanto, este enfoque exclui os elementos relativos a ambiente, à sociedade, instituições, e centra-se na responsabilidade do indivíduo por sua saúde como indicam Gavidia e Talavera: “Elegir un estilo de vida saludable no sólo depende de la voluntad (“querer”), sino también del conocimiento (“saber”) y de la accesibilidad al mismo (“poder”)” (GAVIDIA; TALAVERA, 2012, p.172).

A perspectiva comportamental da saúde é criticada por não enfrentar as causas da inequidade na distribuição de recursos na sociedade (as desigualdades sociais). A partir deste enfoque a saúde é trabalhada sob uma perspectiva reducionista do sujeito, definido como resultado de determinações biológicas e comportamentais, como indica Batistella (2007) “A responsabilização das pessoas por estilos de vida ‘não-saudáveis’ tenderia a desviar a discussão de fatores sociais, ambientais, econômicos e sobre as condições de trabalho que influem fortemente no processo saúde-doença” (BATISTELLA, 2007, p. 61). Além disso, o conceito de saúde a partir desta perspectiva apresenta uma dimensão normativa, pois introduz o controle dos corpos, e da normalização dos indivíduos, por meio de programas estatais que tem como estratégia desestimular comportamentos não saudáveis.

Outra perspectiva da saúde estudada corresponde ao enfoque ecossistêmico, que permitiu contrastar o conceito restrito de saúde, e deu maior importância aos espaços naturais, que representa um estreitamento das relações entre saúde e ambiente, concepção que indica um avanço no questionamento do uso de recursos naturais e seu impacto ambiental e social (BATISTELLA, 2007).

A partir desta perspectiva, podemos considerar saúde como “un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones, competencias individuales y características ambientales, cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y bienestar” (GODOY, 1999, p. 39). As dimensões dela abarcam componentes pessoais, ambientais, sociais, culturais, econômicos e políticos e, nesse sentido, a saúde deve ser compreendida a partir de seus múltiplos aspectos. “Ela nunca será redutível a qualquer de suas dimensões, seja ela biológica, psicológica, individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva” (BATISTELLA, 2007, p. 79). Igualmente é preciso reconhecer seus determinantes históricos, econômicos, sociais e culturais, de modo que por este motivo, a saúde é uma construção marcada pelo momento histórico, reflete nela aspectos econômicos, sociais e culturais.

A partir desse quadro de perspectivas teóricas da saúde, compreende-se que para este estudo de pessoas transgênero, a categoria de saúde deve ser abordada a partir de um ponto de vista ecossistêmico, que permite compreender este conceito como um processo dinâmico que procura o equilíbrio e está conformado por diversas dimensões, além de resgatar a concepção da saúde como um direito fundamental que deve ser garantido pelo Estado.

A saúde como direito está caracterizado por ser universal, tendo em vista que qualquer pessoa é possuidora deste só por sua condição humana; é inalienável, ou seja, ao qual não se pode renunciar (NICOLETTI, 2008); além de ser um direito fundamental pois representa a máxima expressão do ser e é independente do poder político (SIQUEIRA; PICCIRILLO, 2012). Dessa forma indicam diversas legislações e tratados internacionais³⁹, entre eles a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948).

Os Acordos Internacionais estabelecem que este direito compreende o atendimento, tratamento, prevenção, promoção e proteção da pessoa, os quais devem estar garantidos judicialmente pelo Estado, por meio de políticas públicas e normas, como indica a OMS (1999, p. 26 *apud* MOLINA, 2013, p. 166):

Por consiguiente, el derecho a la salud comprende: la atención, tanto individual como social, de las patologías, de los tratamientos, así como de las actividades de prevención, promoción y protección. Ello definiría entonces jurídicamente el derecho a la salud como la garantía que debe tener un ser humano de acceder a ciertas prestaciones mínimas que le ayuden a mantener o a recuperar su salud física y mental.

A saúde na Colômbia se estabelece na Constituição Política a qual afirma que este, na verdade é um serviço social e não um direito, discurso que tem consequências tanto no que diz respeito ao acesso ao direito à saúde, quanto a própria forma em que o sistema se organiza para garanti-lo. Além disso, a Carta Magna assinala que este direito deve ser coordenado, controlado e vigiado pelo Estado e permite a intervenção do setor privado para garanti-lo. Por sua vez, a Corte

³⁹ Tais como: “Constitución de la Organización mundial de la Salud de 1946, Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, Carta Social Europea de 1961, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, Convención Americana de Derechos Humanos de 1969, Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981, Acta Única Europea de 1987, Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988, Declaración de los Derechos y Libertades Fundamentales de 1989, Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores de 1989” (MOLINA, 2013, p. 165-166).

Constitucional aborda a saúde como um direito fundamental derivado da vida como indica Molina:

El derecho a la salud es un derecho fundamental, derivado del derecho a la vida que tiene toda persona humana desde la concepción hasta la muerte, derecho que implica conservar la plenitud de sus facultades físicas, mentales y espirituales y poner todos los medios ordinarios para la prevención de enfermedades así para la recuperación (MOLINA, 2013, p. 171).

O Estado na Colômbia se define como um Estado Social de Direito (COLÔMBIA, 1991a), e tem por objetivo assegurar o bem-estar do indivíduo através da garantia dos seus direitos os quais ultrapassam o poder do Estado, e se evidenciam nas normas, leis e políticas que correspondem a expressão da vontade e soberania estatal (VILLAR, 2007).

Para que isto seja possível o Estado Colombiano está dividido por três poderes definidos como legislativo, executivo e judicial, os quais representam o poder público, cada um independente, mas articulados com os demais para dar cumprimento aos objetivos do Estado. O poder legislativo está encarregado de legislar, ou seja, estabelecer as leis, e está conformado pelo Congresso da República, Senado e Camará de Representantes. O poder executivo tem por objetivo fazer cumprir as normas aprovadas pelo Congresso, e o poder judicial administra a justiça e decide sobre questões jurídicas controversas (COLÔMBIA, 2010).

Assim, o Estado tem a soberania para estabelecer políticas e práticas administrativas regulamentadas legalmente (PEREIRA, 2009). Nesse sentido compreendemos o Estado como um processo histórico que possui autonomia relativa e poder coercitivo, mas esta predominantemente ao serviço das classes dominantes. Assim exerce seu domínio por meio de um aparato institucional sobre a sociedade, que se compreende como um lugar de encontro de interesses e cheio de contradições confrontadas permanentemente (PEREIRA, 2009). Para Arrechete, as características do Estado são determinantes na política social e é resultado de fatores exógenos à esfera estatal, conforme indica a autora “a ação do Estado tem influência sobre a cultura política, sobre a ação política coletiva e sobre a formação de questões políticas” (ARRECHETE, 2009, p.53).

No entanto, para compreender como se conforma o Estado Social de Direito na Colômbia é necessário retomar o modelo de Estado que predominou na América Latina no século XX, qual seja, o Estado de Bem-Estar Social caracterizado por reconhecer os direitos sociais e de cidadania a partir da luta social. As políticas do Estado de Bem-Estar foram resultado da intensificação da industrialização que acabou por exigir a proteção das/dos trabalhadoras/es, como indica Pereira (2009, p. 176):

Estado de bem-estar é uma instituição do século XX inspirada na extensão dos direitos sociais, oferta universal de serviços sociais, preocupação com o pleno emprego e institucionalização da assistência social como rede de defesa contra a pobreza absoluta e meio de garantir a manutenção de padrões mínimos de atenção às necessidades humanas básicas.

Na Colômbia o processo de industrialização gerou diversos problemas derivados principalmente da migração da população do campo à cidade, que ocasionou situações de pobreza e incrementou a miséria, ou seja, essa população não contava com direitos mínimos. Desta forma, os movimentos trabalhistas começaram a exigir melhores condições, motivo pelo qual o Estado teve que dar respostas através de programas sociais. A este processo também se associa o nascimento do serviço social no país (GOMEZ, 2015).

Assim, o Estado de Bem-Estar foi a resposta do Estado, em forma de política social, com relação às necessidades que surgiram do desenvolvimento industrial pelo processo de acumulação do capital. A política social surgiu, então, para garantir a acumulação do capital e a legitimidade social, mas também surge da luta social pelas necessidades emancipatória das/dos trabalhadoras/res.

A Política Social de Saúde, nesse contexto, significa a materialização do direito a saúde, a qual se caracteriza por ser um processo dinâmico, resultado da relação - nem sempre harmoniosa - entre Estado e sociedade, que apresentam interesses contrários (PEREIRA, 2009). Assim, nela confluem interesses conflitantes entre o capital e a classe trabalhadora organizada, como indica Arrechete (2009, p. 44):

De um lado, seus limites estão postos pela dinâmica de acumulação de capital e pelas estratégias destinadas a preservá-la. De outro lado, os programas sociais tem sua origem na força e forma de pressão da classe

trabalhadora organizada que, na defesa de seus interesses de classe, coloca crescentemente novos desafios à dinâmica da exploração de classe.

A política social lida com diferentes forças, disputa por recursos e oportunidades e deve compreender e identificar as necessidades para saber como modificá-las. Como assevera Pereira (2009, p. 44): “Afim, não se deve esquecer que, mediante a política social, é que direitos sociais se concretizam e necessidades humanas (leia-se sociais) são atendidas na perspectiva da cidadania ampliada”.

Para compreender a política social de saúde na Colômbia, deve se ter presente que a sua formulação está fortemente influenciada pelos organismos internacionais, os quais promovem a ideologia neoliberal a partir da formulação de reformas econômicas, políticas e sociais. Esta situação é resultado de uma série de fatos históricos.

3.1.1 Influência do neoliberalismo na Política Social de Saúde.

O primeiro fato histórico relevante na reestruturação das políticas neoliberais na América Latina foram os acordos de Bretton Woods (BW) constituídos em 1940, os quais tinham por objetivo estabelecer uma nova ordem internacional para reconstruir as economias após à II Guerra Mundial. A partir destes acordos se interpôs o dólar americano como divisa de câmbio, levando em consideração a força política e econômica da moeda americana no momento. Também se criaram organismos internacionais como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

O BM foi criado em 1945, e tinha como finalidade impulsionar o crescimento econômico dos países afetados pelo conflito e ajudar no desenvolvimento de países emergentes, a exemplo dos países latino americanos. O FMI foi criado em 1944, é um organismo pertencente à ONU que estabelece as normas do sistema monetário internacional, é considerada uma entidade consultiva para o planejamento, que oferece atenção financeira aos países membros.

Na década dos anos 60 e 70 a América Latina apresentou um crescimento econômico pelo aumento das suas exportações, e o Estado realizou um papel fundamental centrado-se no desenvolvimento regional e com políticas altamente protecionistas. No entanto, na década dos anos 80, teve início uma grande

recessão, resultado principalmente da dívida externa⁴⁰ com os organismos internacionais.

A partir destas crises foi proposto em 1989 o Consenso de Washington (CW) por economistas do FMI, o BM e o Departamento de Tesouro dos Estados Unidos, que sugeriam uma série de reformas políticas, sociais e econômicas baseados na abertura econômica. Nesse sentido ressalta Martinez e Soto: “Debe señalarse que el fundamento teórico de las propuestas de CW eran la teoría económica neoclásica y el modelo ideológico y político del neoliberalismo” (MARTINEZ; SOTO, 2012, p. 44).

Assim, o neoliberalismo indica que o intervencionismo estatal é a causa da crise Fiscal do Estado, sendo ineficaz porque monopoliza a economia estatal; ineficiente porque tem incrementado a pobreza gerando em consequência a dependência dos pobres. Assim, a solução à crise deve ser reconstruir o mercado, a competência e o individualismo. Isso implica em diminuir a intervenção do Estado na economia, reduzir as funções do bem-estar social e eliminar os direitos sociais das/dos/ trabalhadores:

La solución de la crisis consiste en reconstruir el mercado, la competencia y el individualismo. Esto significa, por una parte, eliminar la intervención del Estado en la economía, tanto en su planeación y conducción como en cuanto agente económico directo mediante la privatización y desregulación de las actividades económicas. Por la otra, deben reducirse sus funciones relacionadas con el bienestar social. Sin embargo, continúa el argumento, la competencia y el individualismo sólo se constituyen como fuerzas mediante la disgregación de los grupos organizados, la desactivación de los mecanismos de negociación de sus intereses colectivos y la eliminación de sus derechos adquiridos (LAURELL, 2004 *apud* BORGIANNI; MONTAÑO, p. 243-244).

O neoliberalismo compreende-se, portanto, como um discurso hegemônico que afeta o modo de pensamento das pessoas. É um sistema que estabelece as condições para acumulação do capital de modo a refazer o poder das elites econômicas, através do desmonte dos direitos fundamentais, a privatização de empresas públicas e a criação de um clima favorável para os negócios, nesse sentido Harvey assevera:

El neoliberalismo es, ante todo, una teoría de prácticas político-económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano,

⁴⁰ A recessão se apresentou pela dívida externa, que era pagada em dólares, além dos interesses que esta gerava, situação que se agudizou pelo incremento do valor do petróleo.

consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo, dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada, fuertes mercados libres y libertad de comercio. El papel del Estado es crear y preservar el marco institucional apropiado para el desarrollo de estas prácticas. Por ejemplo, tiene que garantizar la calidad y la integridad del dinero. Igualmente, debe disponer las funciones y estructuras militares, defensivas, policiales y legales que son necesarias para asegurar los derechos de propiedad privada y garantizar, en caso necesario mediante el uso de la fuerza, el correcto funcionamiento de los mercados (HARVEY, 2007, p. 8).

A ideologia neoliberal propõe que o protagonista das atividades econômicas e sociais deve ser o setor privado, porque daí provêm os recursos para o crescimento econômico, como indica Martinez e Soto (2012, p. 49): “El Estado debe ser un mero facilitador de los negocios del sector privado, un regulador ocasional de los excesos del mercado y un garante de la paz social”.

Assim, com o contemporâneo domínio do neoliberalismo, a política social deixa de representar interesses social-democratas característicos do Estado de Bem-Estar do século XX, para representar na atualidade interesses neoliberais, que desmontam os direitos sociais resultantes da luta social (PEREIRA, 2009). A esse respeito Pereira complementa:

O novo contexto, o da globalização [pelo alto] não é mais que um âmbito geral em que se produzem as novas relações de caráter desigual entre política econômica e política social mediadas pelos novos papeis do Estado (descentralizado internamente e mais frágil externamente), do mercado (em processo de ampliação das relações e práticas mercantis no âmbito social e no próprio Estado de Bem-Estar) e da sociedade civil (como renovado espaço de socialização de necessidades adaptado aos requerimentos da extensão mercantil ou economização de atividades não lucrativas) (PEREIRA, 2009, p. 193).

O início da década dos anos 90 representou para América Latina a instauração do neoliberalismo a partir de reformas políticas, econômicas e sociais, começando pela flexibilização das relações de trabalho, com o retrocesso dos direitos sindicais trabalhistas e previdenciários (TOCANO, 2012). A partir da década de 1990 começou a instauração do neoliberalismo na Colômbia com reformas que abandonavam o Estado protecionista ou de Bem-estar, algumas destas foram a criação do Ministério de Comercio e Indústria, a autorização de comercialização de câmbio de divisas, permissão para a inversão estrangeira, lei de abertura que permitiu reduzir as taxas alfandegárias para o ingresso de produtos estrangeiros

onde muitas indústrias nacionais desapareceram, aprovação da reforma laboral que permitiu a flexibilização laboral, entre outros (APERTURA..., 1991).

Assim na Colômbia a Política Social de Saúde, ainda que seja responsabilidade do Estado, segue as diretrizes do Banco Mundial (BM), que tem promovido reformas neste setor para consolidar objetivos neoliberais, como indica Noy (2013, p. 79):

El neoliberalismo ha sido clasificado de muchas formas, desde un enfoque económico a una ideología e incluso una filosofía. Sin embargo, el neoliberalismo se caracteriza por la idea de que los mercados son la forma más eficiente para la distribución de recursos, lo que caracteriza una economía sana. Subyacente a esta creencia, las ventajas de que el mercado asigne los recursos es el énfasis sobre la propiedad y los contratos, como medio de racionalizar la economía. La continuidad natural de esta idea, es que la economía es mejor dejarla al sector privado, en lugar del gobierno.

Dentre as propostas realizadas pelo BM, está a privatização do setor da saúde de modo a permitir a participação do setor privado para conseguir maior eficiência. Da mesma forma, requer a redefinição do papel do Estado, como indica a recomendação a seguir:

Los países de ingreso mediano deben concentrarse por lo menos en cuatro aspectos fundamentales para la reforma de sus políticas: la eliminación gradual de las subvenciones públicas a los grupos en mejor situación económica; el aumento de la cobertura de los seguros; el otorgamiento a los consumidores de la posibilidad de escoger a su asegurador, y el fomento de los métodos de pago que permitan controlar los costos (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 165)

A partir desse contexto as reformas propostas pelo BM propunham que o direito à saúde deixasse de ser universal e passasse a ser condicionado à capacidade de pagamento das pessoas, como é o caso da proposta que indica a diminuição progressiva, até eliminar a assistência pública para pessoas com melhor condição econômica, dividindo a população entre aqueles que podem pagar pelo serviço da saúde e aqueles que não podem, gerando um tratamento desigual nos serviços oferecidos.

Por outro lado, a indicação de outorgar aos “consumidores” a possibilidade de escolha do assegurador, indica que o setor saúde faz parte do mercado, onde existe uma oferta que correspondem às seguradoras e hospitais públicos e privados, e uma demanda que corresponde aos consumidores. Isto tem como reflexo o fato das

peças deixarem de ser sujeitos de direitos para se tornarem consumidores de serviços da saúde.

O BM também propõe fomentar pagamentos pelos serviços de saúde para restringir o uso dos mesmos, como uma estratégia de contenção de custos. Da mesma forma, o controle de gastos se realiza na limitação dos serviços de saúde obrigatório para ficar restritos a um pacote de serviços genéricos, como afirma o trecho a seguir: “el logro de la cobertura universal seria mas factible si los gobiernos limitasen el conjunto básico de servicios cubiertos por seguros a aquellos que fueran altamente eficaces en función de los costos” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 166). Assim a saúde deixa de ser um direito fundamental e gratuito, para ser um serviço ofertado por diversas empresas e com diversos preços.

A partir das sugestões do Banco Mundial a Colômbia realizou as reformas no seu Sistema de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), considerado segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), fundamental para melhorar a produtividade do trabalhador. O SGSSS é considerado um serviço público obrigatório de responsabilidade do Estado, prestado por entidades públicas e privadas, estabelecido a partir da Lei n. 100 de 1993 que compreende o Sistema Geral de Previdência, o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde, e o Sistema Geral de Riscos Profissionais.

3.2 Sistema de Seguridade Social em Saúde da Colômbia (SGSSS)

Assimilando as diretrizes do BM, o SGSSS se organiza a partir de uma estrutura que garante a mercadorização da saúde e os ganhos das empresas envolvidas na prestação deste serviço. Dessa forma o Sistema está dividido em duas modalidades: *Regímen Contributivo* (RC) e *Regímen Subsidiado* (RS), e a partir desta distinção são distribuídos/as os/as usuários/as entre as Entidades Promotoras de Saúde (EPS) e as Instituições Prestadoras de Serviços (IPS)⁴¹.

As Entidades Promotoras de Saúde (EPS) são asseguradoras públicas e privadas responsáveis pelo cadastro das pessoas ao SGSSS, estas não fornecem

⁴¹ Instituições Prestadoras de Serviços (IPS) são as instituições: hospitais, laboratórios, etc, que realizam o atendimento médico às pessoas cadastradas ao SGSSS.

assistência médica e, apenas, cumprem uma função administrativa⁴² correspondente a contratação das Instituições Prestadoras de Serviços (IPS) que, por sua vez realizam os serviços de assistência médica requeridos. Também são responsáveis pela gerência das cotizações recebidas por parte do Régimen Contributivo (RC), recurso que pertence ao SGSSS. As Instituições Prestadoras de Serviços (IPS), por outro lado, são entidades oficiais, mistas, privadas, comunitárias, organizadas que oferecem serviços em saúde às/aos afiliadas/os do Sistema, inclusive os hospitais públicos podem vender seus serviços às EPS como IPS. Estas instituições devem cumprir com os requisitos do *Ministerio de Salud y Protección Social* (MSPS), e contar com um sistema contável para registrar os custos dos serviços oferecidos.

São usuária/o do Régimen Contributivo (RC) as pessoas que estão vinculadas através de um contrato de trabalho, aposentados/as ou trabalhadores/as independentes com capacidade de pagar o cadastro ao sistema, definidas/os pelo SGSSS como cotizantes⁴³ que, por sua vez, podem cadastrar as suas famílias como beneficiárias/os⁴⁴. A norma define o RC como:

Un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, **cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado** o en concurrencia entre éste y su empleador (COLÔMBIA, 1993a, p. 202, grifo da autora).

Caso, a pessoa deixe de realizar os pagamentos relativos a sua afiliação, será suspensa do sistema, não poderá receber atendimento em saúde, como indica a norma: “El no pago de la cotización en el sistema contributivo producirá la suspensión de la afiliación y al derecho a la atención del plan de salud obligatorio.”

⁴² No entanto a Lei 100 permite que as EPS possam oferecer serviços em saúde diretamente por meio de suas próprias instituições, ou seja, podem conformar suas próprias locais e estrutura de atendimento médico. Nessa perspectiva as EPS podem se autocontratar para fornecer os serviços médicos. Este fenômeno é definido como integração vertical, e acontece “quando diferentes processos de produção - desde o insumo até a venda final ao consumidor - que podem ser produzidos separadamente, por várias firmas, passam a ser produzidos por uma única firma” (MAC DOWELL; CAVALCANTI, 1998, p.184). Esta estratégia permite total controle sobre a produção e distribuição da mercadoria, e neste caso específico as EPS podem obter maior lucro a partir mais serviços oferecidos.

⁴³ Pessoa que realiza o pagamento por sua afiliação e da sua família no RC.

⁴⁴ A/O Beneficiária/o deve realizar pagos moderadores (mínimos) por consultas e obtenção de medicamentos. Dentro das/os Beneficiárias/os estão as/os esposas/os, e filhas/os menores de 18 anos ou se a pessoa não está casada, o pai e a mãe que não estejam aposentados e que sejam dependentes economicamente.

(COLÔMBIA, 1993a, p. 209). Da mesma forma, o Regime Contributivo (RC), está conformado por EPS e IPS do setor privado, e cada usuária/o pode eleger estas segundo sua predileção, característica baseada no princípio de livre escolha, fundamentada na competição interna, onde a democracia passa a ser a liberdade do consumidor para selecionar estes serviços segundo sua preferência (GUERRA, 2006).

Por outro lado, as/os usuárias/os do Regimen Subsidiado (RS) são pessoas que não tem capacidades econômico-financeiras para assumir o valor da sua afiliação ao SGSSS, e necessitam os subsídios conferidos pelo Governo através da avaliação de um questionário SISBEN.⁴⁵ Esta modalidade é definida pela Lei 100 como:

Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley (COLÔMBIA, 1993a, p. 211).

Este regime, tem por objetivo “financiar la atención en salud a las **personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar**” (COLÔMBIA, 1993a, p, 212, grifo da autora). De tal forma, a lei 100 destaca que o atendimento e qualidade no serviço da saúde está condicionada à capacidade de pagamento da pessoa, ou seja, se pertence ao Regime Contributivo deve demonstrar que realizou o pagamento do cadastro, e se é do Regime Subsidiado deve demonstrar que não tem capacidade de pagamento através do SISBEN.

Nesse contexto os recursos do SGSSS, provém das cotizações do RC e dos aportes do orçamento Nacional⁴⁶, os quais estão concentrados numa conta pertencente ao *Ministerio de Salud y Protección Social* (MSPS), denominada *Fondo de Solidaridad y Garantía* (FOSYGA), onde coexistem os recursos do RC e do RS (COLÔMBIA, 1993a). Na prática, portanto, para que a EPS funcione o Estado realiza

⁴⁵ As pessoas deste regimen precisam ser avaliadas para determinar se são pobres e podem ser beneficiaria dos subsídios que outorga o Governo através do Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN).

⁴⁶ O investimento do setor público para o sistema de saúde vem-se reduzindo desde 1993, com uma porcentagem do PIB entre 1993-2003 de 8,5% (GUERRA, 2006) e a maior parte deste capital foi para financiar as EPS, “Boa parte desses recursos financiou seguradoras e prestadores privados no país, sem que houvesse melhor desempenho, acesso a serviços e redução de iniquidades em saúde” (TOCANO, 2012, p. 32).

o pagamento da Unidad de Pago por Captación (UPC) que equivale a \$757,494 (Peso Colombiano COP), ou seja, R\$ 836,84 (oitocentos e trinta e seis reais e oitenta e quatro centavos) (Real Brasileiro BRL), por pessoa afiliada nessa instituição.

A partir deste recurso as EPS podem contratar as Instituições Prestadoras de Serviços (IPS) que realizarão a assistência médica e garantirão os serviços de prevenção, atenção médica, cirúrgica e medicamentos, ou seja, a série de serviços que toda a pessoa afiliada ao sistema tem direito de receber definido como Plan Obligatorio de salud (POS)⁴⁷. Ocorre que em alguns casos as EPS não fazem os repasses financeiros relativos aos serviços contratados junto as IPS, precarizando o atendimento à população e os hospitais públicos que são contratados.

Evidentemente, os usuários e as IPS são os atores do Sistema mais afetados a partir desta estrutura de saúde. Por um lado, as IPS entram na competição na prestação do serviço da saúde, e devem reduzir custos para serem contratadas pelas EPS⁴⁸, precarizando seus serviços. Por outro, a diferença entre o recurso estatal recebido pela EPS, para o seu funcionamento, e os gastos que esta realiza com a contratação das IPS e a concessão do POS, pertencem a ela, ou seja, corresponde ao lucro que recebe por administrar os serviços da saúde. Esta dinâmica comercial, afeta principalmente às IPS e pacientes, pois as EPS tentam contratar os serviços médicos mais econômicos (e às vezes sequer os paga), e as/os pacientes não recebem a qualidade na atenção que merecem e, desta forma, as EPS se beneficiam e lucram dos recursos públicos.

Além disso, para acessar aos serviços do POS, todas/os as/os afiliadas/os devem pagar um valor mínimo denominado *co-pagamento*, - além do pagamento pelo cadastro – com o objetivo de regular o serviço e estimular seu uso racional. Estes valores ajudam a financiar o sistema, como indica a norma:

⁴⁷ A Superintendência Nacional de Salud supervisa o cumprimento no subministro dos serviços do POS efetuados por cada EPS. O conteúdo é definido e atualizado pelo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) cada dois anos segundo o perfil epidemiológico do território nacional (COLÔMBIA, 2011).

⁴⁸ Um dos custos que são diminuídos por parte das IPS são os relacionados aos salários das/dos profissionais que realizam o atendimento médico, promovendo a flexibilização na mão de obra para reduzir custos e aumentar a eficiência. A flexibilização laboral promove os contratos por prestação de serviços por tempo determinado, com opção de ser renovado, e contribui para a perda de direitos relacionados ao trabalho digno, e a diminuição da participação nos sindicatos às vezes por falta de tempo e às vezes para evitar motivos pelo qual o contrato não seja renovado (UGALDE; HOMEDES, 2005).

Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicaron con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del POS (COLÔMBIA, 1993a, p. 187) (COLÔMBIA, 2015a).

Apesar de todos esses pagamentos, o POS ainda apresenta restrições de atendimento definidas como *No-POS*, ou seja, procedimentos não assumidos pelo SGSSS tais como tratamentos onde não exista evidencia científica de sua seguridade ou eficácia clínica, procedimentos que devam ser prestados no exterior, procedimentos que estejam em fase de experimentação, e tratamentos estéticos como indica a norma: “procedimientos que tengan como finalidad principal un proposito cosmético o suntuario no relacionado com la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas” (CÔLOMBIA, 2015, p. 1).

Assim, quando um procedimento *No-POS* é requerido, a EPS convoca um Comitê Técnico Científico⁴⁹ para avaliar a prescrição do profissional responsável e determinar se é aprovado ou não, principalmente quando se trata de um serviço de alto custo. Da mesma forma o caso é revisado pela Junta Técnica Científica⁵⁰ pertencente à Superintendência Nacional de Saúde, para emitir um conceito sobre a pertinência medica do tratamento ordenado pelo médico tratante da EPS (COLÔMBIA, 2011), situação que reflete a restrição na autonomia e critério médico.

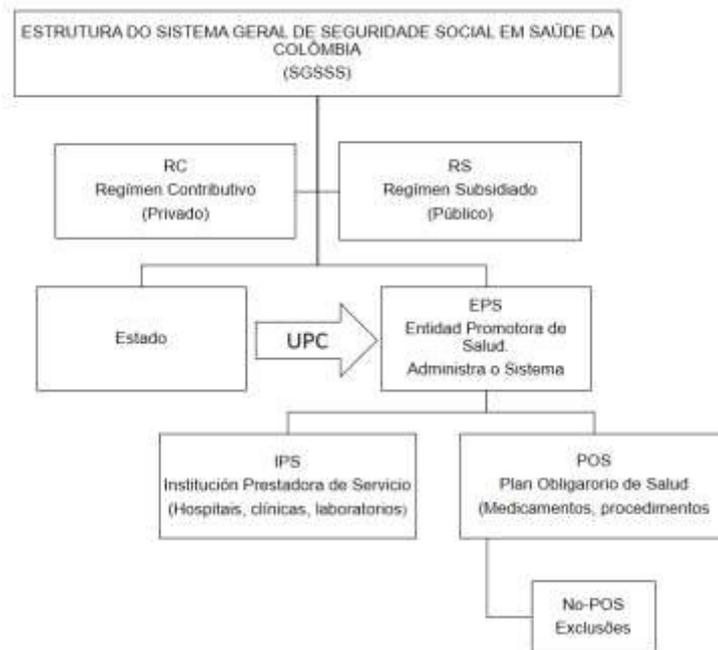
Deste modo, se observa que o direito à saúde de cada cidadão fica reduzido aos serviços inclusos no POS, que obrigatoriamente devem ser pagos e que também tem exclusões com o argumento de garantir o equilíbrio financeiro do sistema. E no caso, especificamente, dos procedimentos de transformação corporal de pessoas transgênero verifica-se, além dessas barreiras, que o principal argumento das EPS para negar esses processos são que estes não estão inclusos no POS, ainda que alguns destes estejam dentro no Plano⁵¹.

⁴⁹ O Comitê Técnico Científico da EPS está conformado por um conjunto de doutores onde está proibida a participação de pessoal administrativo ainda estes também sejam médicos

⁵⁰ A Junta Técnica Cientificada Superintendência Nacional de Saúde está conformada por um conjunto de médicos especialistas da Superintendência Nacional de Salud.

⁵¹ Procedimentos inclusos no POS para mudança de sexo de mulheres transgênero: penectomia (amputação do pênis, código 6431), vaginoplastia (reconstrução da vagina, código 7061). Com relação a homens transgênero mastectomia (extração dos seios, código 8546), hysterectomia

Ilustração 1 - Estrutura do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde da Colômbia



Fonte: Elaboração própria, baseado na Lei 100 de 1993.

Como se observa a estrutura do Sistema de Saúde colombiano está fortemente influenciada pela ideologia neoliberal, caracterizada por fomentar reformas para diminuir o papel interventor do Estado e fortalecer a participação do setor privado, pois é deste setor que provém os recursos para o crescimento econômico. Conseqüentemente a partir da redução do Estado e do fortalecimento do setor privado, a saúde se transforma de um direito a uma mercadoria, ou seja, um serviço como indica a própria Constituição da Colômbia (1991), pelo qual se deve pagar para obter em troca os “benefícios” incluídos no POS.

A Constituição Política da Colômbia (1991a) evidencia essa lógica neoliberal quando estabelece o direito irrenunciável à seguridade social como um serviço público (não como um direito) e também a participação de atores privados para garantir este direito a toda população. Por conseguinte, o Estado passou ser um ator a mais no contexto que fornece a base legal para que o mercado livre possa maximizar os benefícios dos capitalistas inclusive em áreas fundamentais para população como saúde, educação, previdência (ROSSETTI; BOSCHETTI, 2009).

(extração total do útero, código 6870), vaginectomia (procedimento para colapsar a vagina, código 7041) (COLÔMBIA, s.d.).

Também com a Lei 100 de 1993, se fortalece a criação de sistemas legais e direitos de propriedade bem assegurados, que estimulem e garantam o desenvolvimento do setor privado - EPS - (UGA, 2004). Esta norma permitiu o avanço da ideologia neoliberal através da participação do setor privado, o que conseqüentemente gerou a privatização do Sistema e o desmonte do direito à saúde, limitando o atendimento a serviços genéricos, da mesma forma contribui intensificar a desigualdade e inequidade social.

Foi assim que a saúde passou de um direito humano fundamental a um produto de consumo de responsabilidade privada, estrutura influenciada pelos organismos internacionais, como indica Tocano: “Na visão do Banco Mundial, saúde é um bem de consumo que deve ser tratado sob os princípios de livre comércio” (TOCANO, 2012, p. 17).

A condição de saúde na Colômbia leva às/aos pacientes a recorrer a processos judiciais (tutela) contra o SGSSS e seus diversos atores, principalmente as EPS por não proporcionar o serviço oportuno e necessário para garantir o mencionado direito. Assim a não garantia do direito à saúde por parte do Estado, leva a um excesso de procedimentos judiciais, como indica Molina (2013, p. 180) “en el país se interponen más de 3.000 tutelas cada mes, es decir unas 172 tutelas diarias, lo que se convierte en 22 tutelas por hora; es decir 2,7 tutelas por minuto en materia de salud (4 o 5 en todas las áreas) ”.

A partir desta situação, a Corte Constitucional emitiu a Sentença T760 de 2008⁵², considerada um precedente judicial que exige do governo resgatar os princípios constitucionais relativos a saúde para garantir e proteger este direito fundamental. Em decorrência disso surge a Lei Estatutária⁵³ em saúde, que tem por objetivo garantir o direito à saúde, regulando-o e estabelecendo seus mecanismos de proteção. No entanto, verifica-se, esta norma reflete mais contradições do que

⁵² A sentença T760 de 2008, é resultado do estudo feito pela Corte Constitucional, que analisou vinte dois casos de tutelas relacionadas com o direito à saúde para estudar a causa da demanda. Na pesquisa, se constata diversos atos que descumprem a garantia do direito à saúde e a falta de regulamentação do sistema, neste sentido a Corte ordenou a regulamentação do POS, desta forma cria normas e procedimentos que vincula à EPS a um marco judicial para a prestação de seu serviço onde o centro é o direito à saúde.

⁵³ Uma lei Estatutária tem um status superior a uma lei ordinária, é de caráter prioritário, tem como propósito proteger os direitos dos cidadãos e deve ser revisada pela Corte Constitucional antes de ser aprovada. (COLÔMBIA, 1991a) A Lei Estatutária em saúde tem por objetivo garantir o direito à saúde, regula-o e estabelece seus mecanismos de proteção.

avanços no SGSSS, principalmente porque ao resgatar os princípios constitucionais, resgata-se também a lógica neoliberal de mercadorização da saúde.

O regulamento avança em ratificar o papel do Estado como responsável por proteger e garantir o direito fundamental a saúde, além de garantir o funcionamento do sistema (COLÔMBIA, 2015a). Também reconhece a saúde como um direito - “El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo” (COLÔMBIA, 2015a) -, mas ao mesmo tempo mantém a perspectiva de que é um serviço público que deve ser garantido através de infraestruturas e tecnologias demandadas do setor privado.

A norma estabelece, ainda, que se deve desenvolver uma política social em saúde para reorientar as prioridades do sistema e adaptar a estrutura institucional derivada da lei 100 aos objetivos estabelecidos na lei Estatutária, nos seguintes termos: “la estructura derivada de la Ley 100 de 1993 debe adaptarse a los objetivos planteados por la ley Estatutaria” (COLÔMBIA, 2015a, p. 30). Verifica-se, portanto, que esta medida pretende humanizar a estrutura do Sistema de Saúde estabelecida pela Lei 100 e guiada pela ideologia neoliberal, tentando conciliar o inconciliável, posto que conforme nos lembra Woods (2011, p. 8) “o capitalismo humano social verdadeiramente democrático e equitativo é mais irreal e utópico que o socialismo”.

3.3 Políticas de saúde e pessoas transgênero.

A saúde pública está conformada por diversas políticas e normas que tem por objetivo efetivar o direito da saúde como a Lei 100 de 1993, que define a estrutura do Sistema de Saúde na Colômbia (SGSSS), a Política de Atenção Integral em Saúde (PAIS), que define as ações de intervenção territorial baseadas nos diagnósticos e em estratégias derivadas do SGSSS e o Plano Decenal de Saúde Pública 2012-2021 (PDSP 2012-2021), que propõe táticas de intervenção coletivas e individuais baseadas nos objetivos do milênio para dar resposta aos desafios atuais em saúde, além de ser orientador principal das demais políticas em saúde do país. Assim, estas políticas se articulam nos territórios, conformando a Saúde Pública no país como indica a Lei 1122 de 2007:

La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de

acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad (COLÔMBIA, 2007b, p. 1).

O Plano Decenal de Saúde Pública 2012 - 2021 (PDSP 2012-2021)⁵⁴ define as linhas de trabalho para dar resposta aos desafios atuais em saúde do país de acordo com os objetivos de Desenvolvimento do Milênio,⁵⁵ assim, cada governo Departamental, Local e Distrital deve adotar esta política e fazer a gestão para sua execução segundo às particularidades do território através do Plano Territorial de Saúde. Da mesma forma, indica estratégias de intervenção coletiva e individual articulada com demais políticas específicas em saúde a nível nacional.

O PDSP 2012-2021 incorpora a perspectiva de direitos, a perspectiva de gênero, e a perspectiva diferencial, principalmente, para sua ação pública na área da saúde. Por um lado, o enfoque em direitos compreende a saúde como um princípio inerente a cada pessoa, inalienável e irrenunciável, de caráter igualitário e universal; do mesmo modo o enfoque diferencial reconhece que cada pessoa pode exercer a sua cidadania com suas diferenças e particularidade, tendo presente o reconhecimento à diversidade; por último, o enfoque de gênero, é uma categoria conceitual, metodológica e política que planeja ações para modificar a desigualdade e a discriminação.

Esta política apresenta poucos avanços com relação à população LGBTI, sendo o principal a participação destes cidadãos no processo da consulta para elaboração do Plano. Assim, o PDSP 2012-2021 estabelece como meta que as entidades nacionais e departamentais, incluam programas que garantam os direitos reprodutivos da comunidade, e assinala:

Para el año 2022, el 100% de las entidades nacionales, departamentales y el 80% de las municipales, incluyen programas y proyectos para garantizar

⁵⁴ Expedido através da lei 1438 de 2011, o Plano deve ser construído pelo Ministério de Saúde e proteção Social, é executado em cada território, se sustenta e articula com normas e políticas nacionais e internacionais, e estabelece que deve contar com a participação cidadãos de todos os setores e deverá ser modificado segundo as prioridades em saúde o país (COLOMBIA, 2011).

⁵⁵ São oito propósitos propostos pelos países membros das Nações Unidas, para alcançar o desenvolvimento humano, relacionados a 1, erradicar a pobreza extrema e a fome; 2, atingir o ensino básico universal; 3, promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4, reduzir a mortalidade infantil; 5, melhorar a saúde materna; 6, combater o HIV-AIDS, a malária e outras doenças; 7, garantir a sustentabilidade ambiental e 8, estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (ONU, 2000).

los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo y aseguran la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros (COLOMBIA, 2013c, p. 111).

As demais políticas específicas em saúde também deveriam adotar a meta supracitada, levando em conta que estas se atualizam de acordo com o PDSP 2012-2021, como foi o caso da Política em Saúde Sexual e Reprodutiva, que expõe a necessidade de desenvolver programas que incluam pessoas que se encontram imersas em condições de vulnerabilidade, tais como pessoas com deficiência, privadas da liberdade, habitantes da rua, vítimas do conflito armado e população LGBTI.

No PDSP 2012-2021, identificam-se várias fragilidades, entre elas, as metas de intervenção para atenção da população LGBTI são expostas de forma geral, sem indicar estratégias nem pautas operacionais de implementação. Além disso, as ações do Plano deveriam partir de pesquisas que aprofundem a situação real das demandas em saúde da população trans no âmbito nacional, em vez de partir só de uma consulta feita em Bogotá. Por conseguinte, não se identificou dentro do PDSP 2012-2021 descrições ou ações referentes às transformações corporais de pessoas transgênero.

O (PDSP 2012-2021) indica as diretrizes para as demais políticas em saúde, e se articula com os diagnósticos territoriais estabelecidos nos PAIS⁵⁶, política conformada por dois componentes, um marco estratégico⁵⁷ para transformar os princípios da Estrutura do SGSSS, e por outro lado, por um modelo operacional⁵⁸ denominado Modelo de Atenção Integral em Saúde (MIAS), que retoma o marco estratégico e adota mecanismo e instrumentos para orientar a intervenção dos

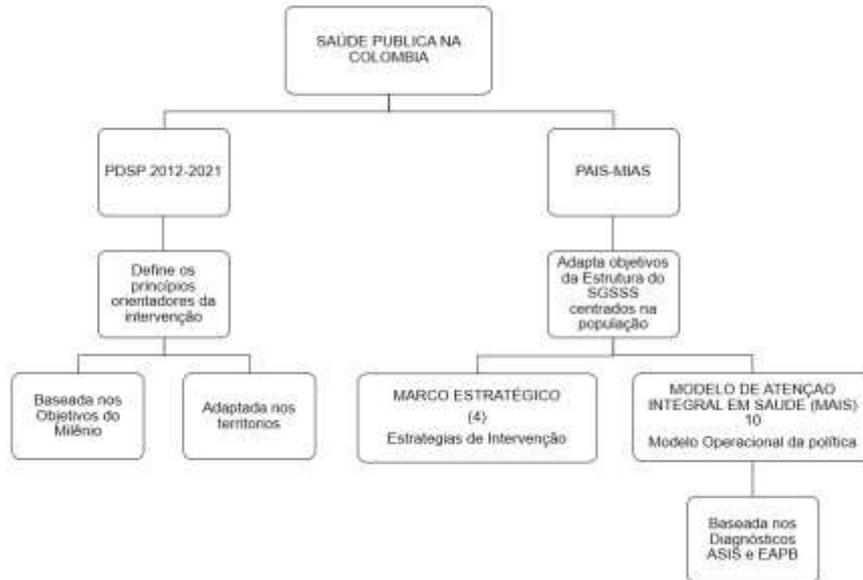
⁵⁶ Estabelecida como um objetivo do Plano Nacional de Desenvolvimento 2014-2018 (COLOMBIA, 2015b), O PND 2014-2018.

⁵⁷ O Marco Estratégico está definido por quatro elementos, primeiro a Atenção Primária em Saúde (APS), segundo o cuidado da saúde, seguida da Gestão Integral do Risco em Saúde (GIRS) e por último do Enfoque Diferencial.

⁵⁸ O Modelo Operacional ou Modelo de Atenção Integral em Saúde, está definido por dez componentes operacionais, que são "i) caracterización de la población; ii) regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS); iii) implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud; iv) delimitación territorial del MIAS; v) redes integrales de prestadores de servicios de salud; vi) redefinición del rol del asegurador; vii) redefinición del esquema de incentivos; viii) requerimientos y procesos del sistema de información; ix) fortalecimiento del talento humano en salud; x) fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento" (COLOMBIA, MSPS, BID, 2016c, p. 12).

diferentes agentes do sistema, entre estes os diagnósticos territoriais nos quais estão baseados os planos de intervenção territorial.

Ilustração 2 - Políticas que conformam a Saúde Pública na Colômbia



Fonte: Elaboração própria baseada no PDSP 2012 e Política de Atenção Integral em Saúde.

Em Bogotá o plano de governo do prefeito é denominado “Plano Local de Desenvolvimento” e como se indicou anteriormente, faz referência ao projeto de gestão do prefeito vigente, o qual é elaborado nos primeiros três meses de administração e executado até finalizar o mandato, articulando-se com as Políticas Públicas Locais. A intervenção territorial está baseada em dois tipos de diagnósticos, por um lado está o elaborado pelas seguradoras - EPS - denominado *Entidades Administradoras de Planes de Benefícios de Salud (EAPB)*, o qual apresenta uma caracterização das/os afiliadas/os da EPS em todos os âmbitos territoriais para expor as suas necessidades, e por outro a *Análisis de la Situación de Salud Territorial (ASIS)* elaborada pelas entidades institucionais (Ministério de Saúde, Prefeitura, Governo dos Estados).

Com as informações recopiladas do EAPB e ASIS, as entidades territoriais formulam o Plano Territorial de Saúde (PTS) articulado, por sua vez, com o Plano de Desenvolvimento Local ou Plano Distrital de Desenvolvimento como é o caso de Bogotá. Estas informações permitem definir também os grupos de risco da população, a partir de uma série de critérios:

a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c) Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) enfermedades de alto costo) (COLÔMBIA, 2016a, p. 49).

A partir dos resultados do diagnóstico EAPB⁵⁹, se identificou que as principais causas de morbidade e mortalidade da população de Bogotá está relacionada com doenças frequentes segundo o perfil epidemiológico do país como HIV, diabetes Mellitus, hipertensão arterial, meningites, sífilis, câncer, alterações nutricionais e doenças cardio vasculares. No entanto, este diagnóstico não apresenta nenhuma referência sobre doenças ou mortes relacionadas a transformações corporais (BOGOTÁ, 2016d).

Por outro lado, a ASIS é uma metodologia proposta pela Organização Panamericana da Saúde (OPS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) feita em 1999, e adaptada para Colômbia pelo Ministério de Saúde (MSPS), a metodologia realiza diversos tipos de análise tanto descritivos como analíticos, e prioriza as causas determinantes dos efeitos em saúde dentro do âmbito territorial e demográfico no qual vivem as pessoas (CÔLOMBIA, 2015a).

A sua elaboração é responsabilidade de cada entidade territorial, e tem como propósito ser ferramenta dos componentes técnicos e políticos requeridos para tomar decisões na área da saúde (COLÔMBIA, 2015a). Com relação ao ASIS Colômbia, este foi elaborado pelo *Ministério de Salud y Protección Social (MSPS)*, e nos resultados também não se identifica qualquer informação referente a transformações corporais⁶⁰, ainda que a Colômbia figure como sétimo país em realização de cirurgias estéticas (ISAPS, s.d) e, em consequência, se apresentem diversas complicações devido a esta situação. O ASIS Bogotá, realizado pela Secretaria Distrital de Saúde, tampouco faz referência a dados relacionados a transformações corporais nem suas implicações (BOGOTÁ, 2014).

⁵⁹ Esta metodologia foi elaborada pela OMS para caracterizar os riscos da população, baseada na Classificação Internacional de Enfermidades (CIE-10). Esta metodologia tem sido adaptada pela maioria de países membros da OMS, e permite também codificar a mortalidade e/ou morbidade. Os registros da EAPB estão divididos em cinco partes que corresponde à caracterização territorial e demográfica, caracterização da mortalidade, da morbidade, dos determinantes sociais em saúde e a priorização. (COLÔMBIA, 2016d).

⁶⁰ O informe apenas indica que existe uma ampla infraestrutura para tratamentos estéticos, como é o caso de 179 centros de serviços estéticos e 1822 consultórios para cirurgia plástica e estética. (COLÔMBIA, 2015a, p. 150).

De igual modo, o MSPS elaborou o ASIS para populações diferenciais, que corresponde a grupos com especificidades referentes a gênero, ciclo vital, situação de deficiência, situação de violência, grupos étnicos ou pessoas diagnosticadas com doenças estranhas. Ou seja, grupos que tem sido vulnerado historicamente em seus direitos e tem um alto nível de fragilidade (COLÔMBIA, 2013a).

O documento deveria incluir informações referentes à população LGBTI no capítulo de gênero, mas só faz menção a Homens que tem Sexo com outros Homens⁶¹ e ressalta não ter pesquisas referentes aos outros coletivos, ainda que cada grupo populacional apresente particularidades diversas, reconhecendo, assim, a necessidade de colher mais informação dos setores LGBTI para identificar as suas especificidades (COLÔMBIA, 2013a).

Os diagnósticos mencionados são determinantes no planejamento da intervenção territorial, pois permitem identificar as situações de risco que podem ameaçar a saúde da população e, assim, desenvolver ações dirigidas a minimizar a ocorrência de doenças ou reduzir os seus efeitos. Esta estratégia é utilizada pelo MSPS é definida como *Gestión Integral del Riesgo en Salud* (GIRS)⁶².

Da mesma forma, os grupos de risco não só estão conformados por populações com patologias de maior relevância em saúde pública por seus efeitos epidemiológicos, o MSPS também pode desenvolver programas sobre riscos de baixa frequência, incluindo população de especial vulnerabilidade, como assevera: “(...) cuyo objetivo sea proteger poblaciones que desde el enfoque diferenciado deban ser sujeto de protección (COLÔMBIA, 2016a, p. 58). ”

A partir dessas observações, as práticas de transformação corporal realizadas pela população transgênero conta com as características para conformar um grupo de risco, e, por conseguinte elaborar estratégias de intervenção, pois tem um alto indicio de apresentar doenças crônicas ou degenerativas a partir dos procedimentos

⁶¹ Não indica que sejam homens gays.

⁶² RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio- cerebro – vascular – metabólicas manifiestas; con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas; con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales; con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones; con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento; con riesgo o alteraciones en la salud bucal; con riesgo o presencia de cáncer; población materno – perinatal; con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas; con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales; con riesgo o enfermedad y accidentes laborales; con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas; población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente; con riesgo o enfermedades huérfanas; con riesgo o trastornos visuales y auditivos e ;con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes (COLÔMBIA, 2016a, p. 27-28).

estéticos mal realizados, que geralmente são de alto custo financeiro. Não entanto, como estas situações não estão evidenciadas nos diagnósticos, não são reconhecidas pelo Estado e, conseqüentemente não existem estratégias de intervenção para esta situação.

Com relação a Bogotá a situação tem sido identificada, mas não aprofundada, os registros existentes são principalmente das zonas de exercício da prostituição e esta é uma razão para que não existam ações ou intervenções concretas e permanentes com a população transgênero.

Assim nem o ASIS territorial, nem o ASIS diferencial, nem as EAPB refletem as particularidades e necessidades da população transgênero na área da saúde e menos ainda àquelas relacionadas a suas modificações corporais. Inclusive nenhum diagnóstico nacional em saúde reconhece as cirurgias plásticas e estéticas uma prioridade da saúde, ainda que exista uma alta demanda por estes procedimentos e sejam conhecidas publicamente - principalmente através de jornais - diversas conseqüências destas práticas.

De algum modo, a falta de informação continua não visibilizando uma situação que gera complicações, doenças e mortes. Situação que não é considerado pelo Estado um problema de saúde pública em parte porque não existem registros claros e também por ser classificado pelo SGSSS como um procedimento com finalidade estética, que não contribui à saúde da população e de tal forma, não está incluso no POS. Essa invisibilidade, portanto, gera barreiras ao acesso a saúde integral pelas pessoas transgêneras, onde se insere as transformações corporais, barreiras que se evidenciam tanto na estrutura do SGSSS (guiada por critérios econômicos-financeiros), quando na ausência de políticas públicas específicas para essa população.

4 DESAFIOS DAS TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS DE PESSOAS TRANSGÊNERO A PARTIR DO SISTEMA DE SAÚDE DA COLÔMBIA.

As pessoas trans são aquelas que se identificam com um gênero diferente ao socialmente designado a partir dos traços biológicos no momento do nascimento, nem sempre correspondendo ao binarismo homem-mulher. Dessa forma, existem múltiplas identidades transgênero, algumas são próximas às características convencionais hegemônicas, e outras às subjetividades *queer*, mas cada construção indentitária tem suas particularidades, as quais correspondem a elementos como classe, raça, idade, família, etc.

Conforme visto no Capítulo 2, no processo de corporificação do gênero, o corpo é um espaço no qual estão presentes relações de poder exercidas por elementos culturais e sociais onde se identificam discursos correspondentes a beleza e normalização. No entanto, ainda que existam elementos que exerçam força permanente sobre os corpos, também as pessoas transgênero podem exercer ações de resistência e, assim, os discursos de corpo que se apresentam como ato repetitivo e legítimo podem ser desconstruídos.

Conforme estabelece a Constituição da Colômbia, a saúde é um direito que deveria ser garantido pelo Estado, razão pela qual as transformações corporais, e outros direitos relativos à saúde de pessoas trans deveriam ser asseguradas pelo Sistema de Saúde. No entanto, na prática, a ausência de diagnósticos e políticas específicas afasta essa população de gozar de um direito tão fundamental. Além disso, a barreira econômica imposta no funcionamento do SGSSS, as situações de discriminação, exclusão e patologização acabam por empurrar essa população para procedimentos de transformações corporais alternativos, por meio de modelantes estáticos ou cirurgias plásticas com médicos não especializados, que colocam em risco sua integridade física e psicológica e, em muitos casos, a própria vida.

4.1 Transformações Corporais No Sistema Geral de Saúde Colombiano

Mesmo diante da falta de informações e das dificuldades impostas pelo SGSSS, como discriminação e burocracias, a população trans ainda recorre ao sistema para garantir seu processo de transformação corporal de forma segura.

O acesso às transformações corporais para pessoas transgêneras no SGSSS passa por vários momentos: primeiro a pessoa deve solicitar uma consulta com o clínico geral, ao qual deve requisitar encaminhamento ao especialista em psiquiatria que, por sua vez, realiza uma avaliação e determina se a pessoa apresenta os sintomas da disforia de gênero. Se a pessoa for diagnosticada como tal, será remetida a outros especialistas para iniciar o tratamento necessário - conjunto de cirurgias, terapia hormonal e acompanhamento psicológico - com o propósito de conseguir a mudança de sexo.

O processo de terapia hormonal é realizado pelo SGSSS, levando em consideração que está incluso no Plano Obrigatório de Saúde (POS). No entanto, os demais procedimentos cirúrgicos, que representam um custo maior, não são aprovados facilmente, ainda que estejam incluídos no referido Plano, como tem acontecido nas transformações corporais de pessoas transgêneras, motivo pelo qual geralmente a população tem tido que recorrer à tutela para que seu tratamento seja autorizado.

A ação de tutela tem vários passos, primeiramente, qualquer habitante do território colombiano - inclusive estrangeiro - pode apresentar a solicitação perante um juiz, que emitirá a resposta num prazo que não pode ser maior que dez dias úteis, logo o resultado será informado aos implicados (COLÔMBIA, 1991b). Se os envolvidos concordam com o primeiro resultado, este passa diretamente à Corte Constitucional⁶³ para sua revisão, mas se um dos envolvidos não concorda com a resposta dada, pode solicitar uma impugnação (anulação da primeira resposta) deste modo, o processo vai a uma segunda instância, onde outro juiz revisa o caso e emite uma segunda decisão, também em prazo não superior a dez dias úteis. Por último, o processo deve ser revisado pela Corte Constitucional, que determina o resultado final da tutela (COLÔMBIA, 1991b).

⁶³ A Corte Constitucional é parte do poder judiciário da Colômbia e tem como responsabilidade proteger a integridade e supremacia da Carta Política criada na Constituição Política da Colômbia.

Ilustração 3 - Processo da ação de tutela



Fonte: Elaboração própria baseado no Decreto 2591 de 1991 (COLÔMBIA, 1991b).

4.1.1 A judicialização do direito à saúde de pessoas transgênero

Quando se solicita através da tutela autorização para um procedimento negado pela EPS, esteja incluso ou não no POS, a Corte Constitucional da Colômbia leva em consideração vários aspectos para então determinar se o procedimento ou medicamento será autorizado: em primeiro lugar, verifica se o tratamento/medicamento excluído do POS ameaça o direito à vida, dignidade ou integridade física da pessoa; em segundo lugar, analisa se o procedimento foi solicitado pelo médico responsável, que deve estar vinculado à EPS⁶⁴ onde está cadastrado/a o/a paciente, nestes casos considera se o parecer está baseado em argumentos médicos, ou em um critério administrativo ou de orçamento, conforme se extrai da sentença a seguir:

Mientras no se establezca un procedimiento expedito para resolver con base en criterios claros los conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico de una EPS, la decisión de un médico tratante de ordenar una droga excluida del POS, por considerarla necesaria para salvaguardar los derechos de un paciente, prevalece y debe ser respetada, salvo que el Comité Técnico Científico, basado en (i) conceptos médicos de especialistas en el campo en cuestión, y (ii) en un conocimiento completo y suficiente del caso específico bajo discusión, considere lo contrario (COLÔMBIA, 2013d, p. 1)

O terceiro aspecto a ser considerado por parte da Corte Constitucional diz respeito à possibilidade do medicamento ou tratamento prescrito pelo médico

⁶⁴ Nesse ponto, geralmente, verifica-se um conflito entre o médico e o Comité Técnico Científico da EPS, já que é o Comité emite o último parecer que fundamenta a negativa do tratamento.

responsável ser substituído por outro incluso no Plano, e se este apresentará o mesmo nível de efetividade. Por último, a Corte considera também a capacidade econômica da/o paciente para pagar o custo do procedimento ou medicamento, ou seja, se este tem condição de pagar o tratamento (COLÔMBIA, 2013b).

A tutela tem sido o mecanismo mais utilizado pelas/os colombianas/os para exigir a garantia do direito à saúde, denegados pelo Estado e baseados numa normatividade que está a favor dos interesses do setor privado como são as EPS. Trata-se, portanto, da judicialização do direito a saúde, realidade das pessoas pobres que recorrem ao SGSSS que, apesar de, às vezes, garantir procedimentos essenciais à saúde e a vida das pessoas também têm suas limitações.

No atual contexto, existem três sentenças emitidas pela Corte Constitucional, referentes às transformações corporais da população transgênero no SGSSS. Cada caso tem suas particularidades e coincidências. A primeira sentença (T876 de 2012) foi a emitida a favor de um homem transgênero que solicitava as operações para sua readequação sexual. A segunda resolução (T918 de 2012) diz respeito ao caso de uma mulher transgênero que também solicitava as cirurgias necessárias à redesignação sexual e, por último, a sentença (T771 de 2013) refere-se a uma mulher transgênero que requeria cirurgias para transgenitalização e mamoplastia de aumento.

A tutela T876 de 2012 corresponde a Julian Clavijo, pertencente ao *Regimen Subsidiado*, no qual depois de ser diagnosticado com disforia de gênero, recebeu terapia hormonal - tratamento com testosterona - e atendimento com psiquiatra; posteriormente, foi remetido a especialistas em medicina obstetrícia⁶⁵ e cirurgia plástica, os quais ordenaram várias cirurgias para mudança de sexo. No entanto, a EPS, não autorizou estes procedimentos argumentando que os mesmos não estavam inclusos no POS, com os seguintes termos: “el procedimiento quirúrgico de cambio de sexo que requiere el paciente, no hace parte de los eventos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud aplicables a los beneficiarios del régimen subsidiado” (COLÔMBIA, 2012a).

Assim, Julian recorreu à tutela contra à EPS argumentando a garantia de seus direitos à identidade, livre desenvolvimento da personalidade e saúde. Na sua

⁶⁵ Obstetrícia e ginecologia é uma especialidade da medicina para o acompanhamento da saúde reprodutiva da mulher.

defesa, a EPS argumentou não ter vulnerado nenhum direito do paciente por não subministrar uma série de procedimentos que são catalogados como estéticos, os quais não melhorariam sua saúde, ao contrário, submeteriam ao paciente aos riscos implícitos da cirurgia.

Em resposta, o tribunal de Bogotá afirmou que o transtorno da identidade é somente psicológico e não físico, o que não colocaria em risco a vida e saúde da pessoa:

Las entidades prestadores de salud tienen la obligación de acceder a lo pedido, así no se halle cobijado por el POS, sin embargo al analizar el caso que nos ocupa, esta corporación debe señalar que no observa vulneración contundente de derecho alguno, pues si bien es cierto el accionante presenta un trastorno de identidad de género, este es eminentemente psicológico por disconformidad, mas no físicas o psicológicas transcendentales, que ponga efectivamente en riesgo la salud o la vida de quien la padece, es decir que en el tema de estudio nos encontramos es frente a un transexualismo entendido como ‘el conflicto entre el sexo físico normal y la tendencia psicológica que se experimenta en sentido opuesto (COLÔMBIA, 2012a, p. 15).

Em última instância, no entanto, a sentença emitida pela Corte Constitucional foi favorável a Julian, argumentando que o SGSSS tem por objetivo alcançar o mais alto nível de saúde de seus cidadãos, de modo que a negação do tratamento ameaça o bem-estar físico, mental e social da pessoa - componentes fundamentais que fazem parte do direito à saúde - assegurando que “La salud no equivale únicamente a un estado de bienestar físico o funcional. Incluye también el bienestar psíquico, emocional y social de las personas” (COLÔMBIA, 2012a, p. 10). Dessa forma, a Corte obrigou à EPS garantir o tratamento indicado pelo médico responsável que consistia em realizar as cirurgias de mudança de sexo e facilitar os demais procedimentos médicos necessários para dar continuidade ao tratamento integral.

O Segundo caso, diz respeito a Loreta, cadastrada no Regime Contributivo (RC), a qual foi diagnosticada com transtorno de identidade de gênero e, baseado nesta prescrição, seu especialista em urologia⁶⁶ ordenou-lhe uma *vaginoplastia, orquiectomia simple y penectomia total* como parte de seu processo de feminização. No entanto, a EPS convocou um Comitê Técnico para avaliar a solicitação de Loreta

⁶⁶ Urologia é uma especialidade cirúrgica da medicina que trata o sistema reprodutor de homens, e o trato urinário de homens e mulheres.

que negou os procedimentos argumentando que a paciente não tinha esgotada outras opções técnicas e tecnológicas contemplados nos manuais do SGSSS. Além disso, ressaltou que os procedimentos solicitados não estão inclusos no POS e, nesse caso, ela deveria assumir os custos e não o SGSSS. Por último, indicou que a não realização das cirurgias não ameaçavam a integridade ou vida da paciente (COLÔMBIA, 2012b), sugerindo, ainda, que ela solicitasse outro tratamento a seu médico.

Levando em consideração essa negativa Loreta recorreu à tutela exigindo a cirurgia de redesignação sexual e outros procedimentos que contribuiriam com seu processo de feminização como:

Cirurgías de feminización de la voz, feminización facial, depilación láser, liposucción y todas aquellas que el médico tratante y otros, llegaren a considerar como necesarias para una óptima transición y vivir una vida digna libre de discriminaciones por el aspecto físico de [su] apariencia (COLÔMBIA, 2012b, p. 43).

Em seu pedido afirmou, ainda, que a demora na autorização destes procedimentos resultava, para ela, na continuidade do consumo de altas doses de hormônios para diminuir a produção de testosterona, além de ter que barbear-se diariamente, situações que produziam nela dor íntima e problemas emocionais. Assegurava também que os procedimentos solicitados não tinham por finalidade seu embelezamento, portanto, não eram estéticos, mas seriam fundamentais para melhorar sua qualidade de vida e para sua realização como mulher; por este motivo ela solicitou o tratamento integral para seu processo de feminização.

Em sua resposta, a EPS argumentou que todos os procedimentos solicitados não estavam inclusos no POS por serem considerados estéticos, especificamente, o tratamento de feminização de voz, lipoaspiração e depilação, os quais sequer haviam sido solicitados pelo médico responsável e, deste modo, a EPS afirmou não ter vulnerado nenhum direito da paciente.

No processo da tutela, foram solicitados os pareceres médicos de especialistas dos tratamentos requeridos, ginecologia e endocrinologia, os quais argumentaram que pacientes diagnosticados com disforia de gênero demandam tratamento para conseguir a coerência física com a coerência mental, e não existem procedimentos alternativos para mudar o sexo sem administrar terapia hormonal e

realizar intervenções cirúrgicas já indicadas à paciente. O especialista em psiquiatria ressaltou que Loreta há dois anos conta com diagnóstico de disforia de gênero e, desde então, começou intervenção com terapia hormonal necessitando dar continuidade a seu tratamento. O especialista em cirurgia plástica afirmou que é preciso eliminar os sinais de masculinidade presentes nas bochechas e pescoço da paciente para definir seus ângulos faciais, e lipoaspiração para definir a cintura, indicando que não existem procedimentos para feminização facial e corporal além da cirurgia.

A Corte Constitucional, por sua vez, aprovou a tutela em favor de Loreta, levando em consideração que o conceito de saúde não só faz referência a aspectos físicos, e ainda reconhecendo a importância de outros elementos como o mental e o social:

En este punto, resulta necesario resaltar que el derecho a la salud no se limita a la salud física de la persona, es decir, a que no padezca una enfermedad física, sino que va más allá, a fin de comprender también su salud mental sexual, porque sólo de esta forma la persona obtiene un estado de bienestar general (COLÔMBIA, 2012b, p. 23).

Além disso, reconheceu que os procedimentos cirúrgicos para realizar a *vaginoplastia* estavam inclusos no POS e, assim, era obrigação da EPS subministrar estes sem que a paciente tivesse tido que recorrer à tutela, fato que gerou uma barreira administrativa ao atendimento médico. Desta forma ordenou à EPS a realização das cirurgias de redesignação de sexo e os demais procedimentos solicitados e, também, recomendou que a EPS passasse a avaliar a pertinência desses procedimentos a partir de critérios médicos e não administrativos. Outrossim, nesta sentença a Corte reconhece que *el transgenerismo* não é uma doença:

También es necesario aclarar que de ninguna manera la Corte considera que el transgenerismo constituye una enfermedad o una categoría psiquiátrica, o que se requiera el diagnóstico de disforia de género para acceder a los servicios de salud relacionados con su identidad. Por el contrario, se reitera que el tránsito del género asignado socialmente a otro género puede impedirle vivir en un estado de bienestar general. Adicionalmente, el impacto social que le puede generar la no realización de la reasignación de sexo podría acarrear consecuencias de índole mental, física y emocional (COLÔMBIA, 2012b, p. 17).

Por último, o terceiro caso diz respeito a Ana Sofia Arango, pertencente ao RC, que foi diagnosticada como paciente com disforia de gênero e, assim,

encaminhada ao especialista em endocrinologia para começar o tratamento de terapia hormonal. Além disso, foram solicitados por outros especialistas os procedimentos de *penectomia total*, *orquiectomia*, *vaginoplastia* e *mamoplastia de aumento* para conseguir a sua reconstrução de gênero ante sua falta de correspondência entre a sua identidade e sua fisionomia, situação que não lhe permitia viver segundo seu projeto de vida.

O Comitê Técnico Científico da EPS autorizou os serviços de *colgajo neurovascular* e *vaginoplastia perineal*, mas negou a *mamoplastia de aumento* por considerá-la um procedimento estético, argumentando que a sua não realização, não colocaria em iminente risco a vida e saúde de Ana Sofia. Por isso, ela começou um processo jurídico contra a EPS, afirmando que o procedimento de mamoplastia não deveria ser considerado tratamento cosmético, pois para ela é parte do processo de feminização e construção da sua identidade. Também ressaltou que o *Ministerio de Salud y Protección Social* (MSPS) não indica os procedimentos de atendimento nestas situações, nos seguintes termos: “el POS y el Plan Básico de Atención del Ministerio de Salud y Protección Social no incluyen los tratamientos, procedimientos, rutas de atención y protocolos médicos para brindarle la atención correspondiente” (COLÔMBIA, 2013b, p. 23).

A Corte pronunciou-se nesse caso em vários aspectos. Inicialmente reconhece o termo transgênero ou trans como uma denominação genérica para se referir a pessoas que tem uma identidade de gênero e/ou sexual diferente das características físicas designadas no momento do nascimento, e que tem recorrido ou não a procedimentos de transformação corporal. Esclarece que o termo é genérico e descreve múltiplas expressões, experiências e identidades que incluem transexuais, transgêneros, travestis, intergênero, transformistas, *drag queens*, *drag kings*, como indica o trecho a seguir:

A partir de las anteriores consideraciones, es claro entonces que los términos *trans* o transgénero han sido empleados como genéricos que no buscan definir o designar de manera exhaustiva la diversidad y dinámica de los múltiples procesos de definición, experiencia y redefinición de las identidades de los miembros de la población LGBT. **En consecuencia, el término *trans*, o transgénero incorpora todas las formas de diversidad de género diferentes a la concepción normativa de la heterosexualidad y el género** (COLÔMBIA, 2013b, p. 7, grifo da autora).

Também, indicou que os processos de modificação corporal das pessoas transgêneros são parte da construção da identidade da população para conseguir uma correspondência com seus corpos, a qual depende de cada situação específica e do diagnóstico emitido pelo médico responsável. Dessa forma, reconhece que esta população apresenta situações de saúde particulares por pertencer a um grupo minoritário caracterizado por ter identidades complexas e, assegurou, ainda, que o não reconhecimento destas singularidades por parte do SGSSS é obstáculo ao acesso a serviços de saúde, o que acaba fazendo com que a população acesse a procedimentos de risco, consoante se extrai do fragmento a seguir:

Sobre este punto, llamó la atención acerca de la decisión de personas transgénero que deciden consumir “*altos niveles de hormonas sin supervisión o [practicarse] cirugías en clínicas informales*” como alternativas “*menos discriminatorias, menos costosas y con menos barreras de acceso*” que los Sistema de Seguridad Social formales (COLÔMBIA, 2013b, p. 24).

Por último, ressalta que o diagnóstico de disforia de gênero é uma condicionante para acessar a atenção médica apropriada no SGSSS no caso de pessoas que pretendem uma correspondência entre seu corpo e sua identidade, o que se conclui no trecho da sentença colecionado abaixo:

En esta medida, el diagnóstico es necesario para poder acceder a la atención médica toda vez que constituye la condición que precede la prescripción de procedimientos relacionados con la reafirmación sexual o de género – como por ejemplo, la *penectomía*, la *orquitectomía* o la *vaginoplastia* (COLÔMBIA, 2013b, p. 10).

Nesses termos, a Corte aprovou a solicitação de Ana Sofia⁶⁷ argumentando, ainda, que neste caso o aumento mamário tem um caráter funcional e não estético, pois contribui à reafirmação da feminilidade da pessoa. Esta decisão está baseada na distinção entre cirurgia plástica estética e cirurgia de embelezamento, esta última se realiza com finalidade de modificar a aparência da pessoa sem efeitos funcionais ou orgânicos, enquanto a primeira tem uma função reparadora ou funcional, que tem por finalidade reconstruir ou reparar alguma parte do corpo, como indica o MSPS:

⁶⁷ A Corte indicou que a EPS COMPENSAR devia autorizar o procedimento por mamoplastia de aumento, e os outros procedimentos médicos necessários pela demandante e permitiu o pagamento adicional do FOSYGA (Entidade que realiza os pagamentos das pessoas cadastradas por segundo a EPS) pelos procedimentos não POS que se geraram e que a EPS não estivesse obrigada a assumir diretamente.

Cirurgia plástica reparadora o funcional: Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo (COLÔMBIA, 2013d, p. 21).

Levando em consideração o conteúdo das decisões explanadas anteriormente, é possível concluir que:

a) a tutela tem sido o mecanismo utilizado pelas/os cidadãs/os para proteger o direito à saúde quando este é ameaçado por algum ator público ou privado, o que aqui denomina-se como judicialização do direito a saúde. No caso das transformações corporais de pessoas transgênero, é um mecanismo frequente para solicitar a autorização de procedimentos que correspondem à transgenitalização;

b) a Corte Constitucional reconhece que a população transgênero além de ter as mesmas preocupações que outras pessoas, têm inquietações próprias relacionadas às suas identidades complexas, e indica que o Estado deveria velar por estas especificidades como corresponde às transformações corporais (COLÔMBIA, 2013b). Assim, também ressalta que esta população apresenta dificuldades para acessar ao SGSSS, motivo pelo qual procura alternativas comumente informais como consumo de hormônios e acesso a cirurgias em clínicas clandestinas mesmo sabendo que isto representa um risco para sua vida (COLÔMBIA, 2013b);

c) a Corte Constitucional reconhece judicialmente as identidades transgênero e suas multiplicidades como transexuais, travestis, transformistas, drag queens ou kings, intersexuais e demais, as quais constroem seu gênero baseados no seu sentir e não nas suas características físicas (COLÔMBIA, 2012b), (COLÔMBIA, 2013b);

d) o fato da/o paciente contar com o certificado de disforia de gênero não é suficiente para garantir o acesso integral aos procedimentos de transformação corporal, geralmente este certificado pode facilitar o acesso a exames e ao tratamento hormonal, mas por outro lado, as EPS dificultam os procedimentos cirúrgicos de alto custo, como procedimentos relacionados a *vaginoplastia*, *penectomia*, *mamoplastia*, motivo pelo qual se recorre à tutela judicial.

Com relação à conclusão explanada no item “a”, vale ressaltar que a tutela é um mecanismo que protege direitos individuais. Com relação ao direito à saúde, ela

tem sido frequentemente utilizada para exigir procedimentos não assumidos pelos POS ou que estavam inclusos, mas foram negados, como foi o caso do procedimento de *vaginoplastia* solicitado por Loreta. A judicialização da saúde reflete a não efetivação desse direito, por uma série de obstáculos burocráticos, econômicos, administrativos, entre outros, motivo pelo qual as/os cidadãs/cidadãos recorrem a este mecanismo, que entre 2001 até 2011 correspondeu a um total de 975.551 processos (PARRA-VERA; ELY, 2011).

Por outro lado, a tutela depende do critério do magistrado⁶⁸, o qual age segundo a normatividade vigente que, por si só, já apresenta uma série de contradições levando em consideração que as normas representam diversos interesses, e no caso do setor saúde, a partir de 1991, tem-se desenvolvido uma jurisprudência que protege os interesses das EPS principalmente. Isso pode ser verificado, por exemplo, na abordagem judicial que se limita a garantir um pacote de serviços denominado POS ou/e que avalia as condições financeiras dos pacientes, ou seja, definem se estes podem ou não pagar os procedimentos que necessitam.

Além disso, as conquistas asseguradas por meio de tutela são transitórias, primeiro, porque com a modificação dos juízes da Corte esses entendimentos podem variar, segundo, mesmo que a tutela seja assegurada na Constituição Política esta pode ser modificada através de reformas constitucionais, como tem acontecido com a proibição da extradição de cidadãos colombianos⁶⁹ e a reeleição presidencial⁷⁰, mudanças que responderam aos interesses históricos, sociais e econômicos de um dado momento.

Por outro lado, mesmo que a tutela seja um mecanismo de proteção aos direitos este recurso tem uma série de restrições: embora estabeleça um precedente judicial em processos individuais não elimina as barreiras administrativas e econômicas que deram origem ao processo judicial, ou seja, se limita a resolver um conflito entre o sistema e a situação específica de uma/um paciente, mas a decisão emitida não representa uma mudança na estrutura institucional do Sistema que desde a sua concepção vulnera o direito à saúde. Outra dificuldade da tutela

⁶⁸ Pessoa que conforma a Corte Constitucional, eleito pelo senado.

⁶⁹ Permitido em 1996. A extradição é um processo judicial pelo qual uma pessoa julgada por um delito em um país é detida em outro e deve ser trasladada ao lugar onde foi punida para cumprir a pena.

⁷⁰ Aprovada em 2005 através de uma reforma do Congresso, o que permitiu a reeleição do presidente desse momento Álvaro Uribe Velez.

corresponde à falta de controle sobre o cumprimento das decisões proferidas, as quais às vezes não são totalmente efetuadas⁷¹.

Por último, ainda que os precedentes judiciais sejam importantes para avançar no reconhecimento do direito à saúde de pessoas trans, estes só servem como argumento quando se inicia um processo judicial a favor de um caso específico, e não representa uma norma ou política que reconheça as particularidades de uma coletividade, como afirma Daniela:

[...] Por más derechos que haya, por más que podamos avanzar, sino existe una ley que reconozca los transgénero en Colombia, creo que todo el trabajo es perdido, creo que es necesario, para que no nos sigan matando, y si nos matan que nos puedan reconocer como personas trans. Hasta para tener una muerte digna es necesario una ley de identidad de género (MALDONADO, 2016).

O reconhecimento das especificidades da população trans pela Corte Constitucional, conforme sintetizado no ponto “b”, indicam que o Poder Judiciário reconhece que as transformações corporais são importantes para a saúde da população transgênero para sua construção identitária. No entanto, essa compreensão ainda não se estendeu para o Poder Executivo e Legislativo, de modo que estas particularidades não estão registradas nos diagnósticos nem nos planos de intervenção que compreendem as Políticas Sociais de Saúde.

Da mesma forma, a estrutura do Sistema gera obstáculos econômicos para acessar aos serviços de saúde, levando em conta a exigência da obrigatoriedade no pagamento do cadastro no caso de pessoas do RC; e, por outro lado, da necessidade de comprovação de pobreza através do SISBEN no caso do RS; além dos pagamentos adicionais exigidos para acessar ao POS.

A exclusão e as barreiras de acesso realizadas pelo Estado refletem uma relação problemática entre o Sistema de Saúde Colombiano e as pessoas transgêneras, afetando a saúde desta população. Deste modo, a não expressão das suas identidades geram emoções como depressão, tristeza, infelicidade, inclusive tendências autodestrutivas, como se observa no caso da Laura Hernandez, que afirma que começou a isolar-se socialmente e a se sentir deprimida:

⁷¹ Como se observou na sentença 760 de 2008 que não modifica a estrutura do SGSSS, só estabelece uma política com o objetivo de humanizar a estrutura mercantil do Sistema de Saúde na Colômbia, que tem se mostrado impraticável.

[...] yo caí de cierta manera en una depresión, no quería salir de mi casa porque no quería que esa persona que yo era, saliera, ósea que esa figura masculina saliera afuera, entonces yo empecé como en ese proceso de encerrarme, de no salir, de no ser yo, entonces me agarro como una depresión y mi mamá empezó a ver que yo no quería salir de mi cuarto, que no quería comer, porque no quería ser esa persona que era (HERNANDEZ, 2016).

Em relação às conclusões mencionadas no tópico “c”, se observa que ainda que a Corte Constitucional afirme que as identidades transgêneras são múltiplas e diversas, reconhecendo-as como um direito que está relacionado com outros direitos como o livre desenvolvimento da personalidade (COLÔMBIA, 1995) o nome (COLÔMBIA, 1993b)⁷² e à saúde (COLÔMBIA, 2012b)⁷³, verifica-se que este exclui os casos de pessoas transgêneras que constroem identidades próximas à subjetividade *queer*. Isso porque estas identidades não contam com os critérios⁷⁴ exigidos pela psiquiatria para o diagnóstico de disforia de gênero e, conseqüentemente, sem esse certificado, não terão acesso aos serviços do SGSSS para acessar a processos de transformação corporal seguros. Essa restrição leva à população a procurar alternativas de transformação corporal que colocam em risco sua saúde.

Por último, no ponto “d”, tem-se a problemática relativa a exigência do certificado de disforia de gênero pelo SGSSS. Nesse ponto verifica-se um retrocesso na afirmação da Corte Constitucional a respeito da obrigatoriedade do diagnóstico de disforia de gênero para acessar às transformações corporais pelo SGSSS (COLÔMBIA, 2013b). Percebe-se que esse critério nem sempre foi determinante para o acesso às transformações corporais pelo Sistema Saúde, pois nas sentenças proferidas em 2012⁷⁵ a Corte reconheceu que ser transgênero não era uma doença, como indica o DSM-V, e, portanto, não era obrigatório requerer o diagnóstico emitido

⁷² Indica que o nome tem por finalidade fixar a identidade de uma pessoa nas relações sociais e ante o Estado, desde o sentido jurídico, o nome é uma derivação integral do direito à expressão da individualidade (COLÔMBIA, 1993b).

⁷³ Esta sentença indica que identidade faz parte do direito à saúde da população, pois contribui para o equilíbrio e bem-estar, isto levando-se em conta que o conceito de “saúde” não está limitado à ausência da enfermidade, mas compreende elementos psíquicos, mentais e sociais que influenciam na qualidade de vida (COLÔMBIA, 2012b).

⁷⁴ Para adquirir o certificado de disforia de gênero, a pessoa precisa demonstrar a partir do teste da vida real, que cumpre com os padrões de gênero opostos ao de seu nascimento, por exemplo, se nasceu com vagina, e socialmente lhe foi imposto um rol feminino, acorde a sua genitalidade, a pessoa tem que demonstrar que sua construção é oposta à feminina e que cumpre com os padrões heteronormativamente estabelecidos para os varões, como a forma de vestir, orientação sexual, comportamentos, gostos, etc (LASSO, 2014)

⁷⁵ Caso Julian Clavijo (COLÔMBIA, 2012a), e Loretta (COLÔMBIA, 2012b).

pela psiquiatria para acessar aos serviços relacionados com modificações corporais (COLÔMBIA, 2012).

Neste sentido, a obrigatoriedade do certificado de disforia de gênero para as identidades trans é uma postura patologizante do Estado Colombiano em concordância com a OMS e a American Psychiatric Association (APA)⁷⁶, que classifica identidades não heteronormativas como doença. O Sistema de Saúde, com o reforço da postura do Poder Judiciário colombiano, só garante o acesso seguro das transformações corporais - acompanhamento médico e psicológico - se a pessoa conta com o certificado de disforia de gênero emitido pelo psiquiatra. Isso significa indicar que existe um transtorno da identidade - uma doença a qual deve ser tratada medicamente através de terapia hormonal e cirurgias -, ou seja, que a pessoa requer a ressocialização do corpo dentro da ordem dicotômica de homem-mulher como indicam Misse e Coll-Planas:

La transexualidad está catalogada desde 1980 como un trastorno mental. Actualmente los manuales de enfermedades mentales DSM-IV-R (elaborado por la American Psychiatric Association- APA) y CIE-10 (de la Organización Mundial de la Salud-OMS) la recogen bajo el nombre de 'trastorno de la identidad sexual o disforia de género' o de 'desordenes de la identidad de género' respectivamente" (MISSE; COLL-PLANAS, 2010a, p. 44).

A existência de uma ordem social que assegura a distinção entre homem e mulher representa um regime de verdade reproduzido, aceito e transmitido em diversos espaços - família, escola, sociedade, etc - presente também nos aparelhos políticos. Verdade que se mantém através do poder, "a verdade está ligada ao sistema de poder, que a produz e apoia" (FOUCAULT, 2012, p. 54). Desta forma, o papel do psiquiatra está em função desta verdade social, "ele é alguém que ocupa uma posição específica, mas cuja especificidade está ligada às funções gerais do dispositivo de verdade em nossas sociedades" (FOUCAULT, 2012, p. 52-53). O

⁷⁶ APA define as identidades trans como disforia de gênero, ou seja, "descontentamento afetivo-cognitivo de um indivíduo com o gênero designado... a disforia é um problema clínico, e não uma identidade por si própria" (APA, 2014, p. 493). Dentro dos critérios dos diagnósticos apresentam a incongruência entre o gênero experimentado e o gênero designado e a preferência por brinquedos, jogos, atividades usadas pelo outro gênero, como indica APA: Indivíduos com disforia de gênero apresentam incongruências acentuadas entre o gênero que lhes foi designado (em geral ao nascimento, conhecido como gênero de nascimento) e o gênero experimentado/expesso, essa discrepância é o componente central do diagnóstico e deve haver também evidências de sofrimento causado por essa incongruência (APA, 2014, p. 493).

conhecimento “científico” do psiquiatra vai decidir se a identidade da pessoa é “normal” ou não, e se realmente é mulher ou homem segundo os estereótipos sociais tradicionalmente assignados aos gêneros, os quais reproduzem relações de inferioridade e submissão, da mulher ante o homem.

Nesse ponto, importa retomar a genealogia do processo de patologização da transexualidade descrito por Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012), que demonstram que nas décadas de 50 e 70 esse movimento de patologização se contrapõe a tendência de perversão moral associada às pessoas transexuais, posto que estas pessoas passam a ser vistas como “doentes”, que precisam de tratamento adequado, no caso as cirurgias de readequação.

Sobre esse contexto as autoras afirmam que:

Na década de 1950 foram publicados os primeiros artigos que registraram e defenderam a especificidade do “fenômeno transexual”. Mas desde o início daquela década o endocrinologista Harry Benjamin se dedicava a estabelecer as ocorrências que justificariam a diferenciação das pessoas transexuais em relação às homossexualidades. A relação de abjeção que as pessoas transexuais têm com as genitálias seria uma das frequências observadas nos seus discursos. Ainda que Benjamin tenha defendido a cirurgia de transgenitalização como a única alternativa terapêutica possível para as pessoas transexuais, estabelece critérios tomados por ele como científicos para que seja possível diagnosticar “o verdadeiro transexual” e assim autorizar a intervenção. Em seu livro *O fenômeno transexual*, publicado em 1966, ele fornece as bases para esse diagnóstico. O critério fundamental para definir o “transexual de verdade” seria a relação de abjeção, de longa duração, com suas genitálias. Para evitar que cometam suicídio, as cirurgias deveriam ser recomendadas a partir de um rol de procedimentos arrolados por Benjamin em sua obra seminal.

Essa posição contrapunha-se à dos profissionais da psicologia, psiquiatria e psicanálise, sempre reticentes às intervenções corporais como alternativas terapêuticas. Muitos psicanalistas consideraram esse procedimento como mutilações. Benjamin, ao contrário, afirmava que para “o transexual de verdade” psicoterapias eram inúteis. Nesses casos, apenas as cirurgias poderiam representar a solução para as “enfermidades” daqueles que têm abjeção ao corpo (BENTO; PELÚCIO, 2012, p. 570-571).

Dias (2014) afirma que “O transexualismo, como categoria médica, nasce já como patológico e, principalmente, atrelado a um diagnóstico médico que decompõe a experiência da sexualidade em alguns pontos-chave” (2014, p.15). Para nós, ao contrário, a transexualidade é anterior a patologização como estratégia de massificação das cirurgias de readequação, intensificadas nas décadas de 60 e 70 (BENTO; PELÚCIO, 2012), posto que nasce a partir da subjetivação de cada pessoa, sendo a cirurgia um dos recursos utilizados para a construção da identidade trans.

Neste contexto, a população entrevistada afirmou que recorre à patologização como uma estratégia que permite acessar de forma segura, pelo SGSSS, os procedimentos de transformação corporal, embora considerem que as suas identidades não são um transtorno como indicam os profissionais da área de psiquiatria. Esta tática, como observou-se, não é nova e hoje se adequa as necessidade e particularidades de uma população que não tem as condições econômicas para recorrer à medicina particular e assumir os gastos dos seus procedimentos. Assim precisam se submeter à postura patologizante estabelecida pelo Sistema de Saúde, como indicam os depoimentos de Estefania e Johana:

[...] esas son las decisiones que tenemos las personas trans de clase media baja, pero la chica que nace en cuna de oro si puede pasar por el endocrino privado, viajar por todo el país y lograr un tránsito perfecto, ósea, nadie se va a dar cuenta de que es trans, nadie se va a dar cuenta de que fue hombre en alguna época, una chica ejemplar, una chica exitosa, pero las que pertenecemos a posiciones sociales bajas, donde apenas podemos costearnos estudios nosotras mismas, en donde apenas podemos satisfacer nuestras necesidades, **porque nos toca priorizar nuestras necesidades, entonces es lo que nos toca, patologización y responder a un discurso violento,** o seguir en la incertidumbre de que si voy bien o si voy mal pero me gustaría ir mejor (GARZÓN, 2016, grifo da autora).

[...] tengo una amiga, una chica trans que su estado económico es muy bueno, entonces ella no accedió a la patologización, sino simplemente contrato endocrinólogos por aparte, los endocrinólogos le hicieron sus exámenes por aparte, sin tener que pasar por la patologización, porque tenía los medios económicos para subsidiar su tránsito, entonces también las cirugías que se hizo, se hizo la reasignación, pago con su dinero, entonces no tuvo mucho que ver con el sector salud con el sentido de la EPS, IPS, todo eso, sino que más que todo porque tenía la economía. **Si las personas trans tuviéramos una economía muy buena por así decirlo, para podernos hacer nuestro tránsito a nuestra manera, yo creo que muchas no accederíamos a la patologización, a menos de que sea un recurso y una manera de sobrevivir, una manera de ser nosotras mismas, también es como un medio para lograr un fin** (PEREZ⁷⁷, 2016, grifo da autora).

⁷⁷ Johanna Perez, é uma mulher, e a primeira pessoa trans na Colômbia que conseguiu modificar o sexo no documento de identidade e no registro civil sem precisar de uma cirurgia de redesignação genital - anteriormente, as pessoas podiam modificar o nome, mas não o sexo no documento de identidade. Começou seu processo de transformação corporal desde os 13 anos, aos 17 obteve o certificado de disforia de gênero, mas assegura que foi um processo de difícil aceitação principalmente para seu pai, quem não autorizou nenhuma modificação corporal, motivo pelo qual teve que esperar até os 18 – maior de idade- para começar a transformação do seu corpo. Através da EPS tem recorrido a terapia hormonal e as cirurgias plásticas para sua redesignação sexual e feminização.

Fotografía 6 - Johanna Perez



Fonte: Jornal “El Espectador”.

Para várias entrevistadas, portanto, a patologização é uma estratégia para que consigam realizar processos de transformação corporal de forma segura no SGSSS, mesmo assim, é uma ferramenta que nem todas as pessoas trans tem acesso, levando em consideração que nem todas estão cadastradas no Sistema, ou também por vivenciar uma identidade alternativa que sai do padrão heteronormativo, binário e patologizante motivo pelo qual o diagnóstico é negado, como assegura Laura Weinstein e Estefania:

[...] todas manifiestan que acceder al sistema de salud es muy difícil, ni siquiera entrar, el hecho de acercarse en estos momentos es difícil, no se todas, pero hay unas que han corrido con una mayor suerte que otras. Las EPS en algunos casos les han negado los servicios, en otras les han dicho como no sabemos qué se hace, en otras les dicen, listo les vamos a dar todo lo que tiene que ver con las hormonas, todo lo que tenga que ver con la terapia hormonal, pero lo que son cirugías, esas son estéticas y eso no lo cubre el POS. Algunas se han hechos algunas cirugías dentro del Plan Obligatorio de Salud, pero, no es común que pase (LAURA WEINSTEIN, 2016, grifo da autora).

[...] quiero empezar un tratamiento hormonal supervisada, pero, antes no lo había hecho porque no tenía EPS (...) no conocía como realmente funciona el sistema de salud en los casos de personas trans, no conocía ni sentencias ni tutelas, ni pronunciamientos de la corte, ni manifiestos de organizaciones sociales, ni nada, realmente yo estaba concentrada en trabajar, yo estaba era concentrada en buscar cómo estudiar y cómo cambiar mi vida de acuerdo a mis necesidades y de acuerdo a mis ansias de vivir, no conocía todo eso, no estaba informada, es como que, obviamente es más fácil comprar la inyección en la farmacia que ir al médico y exigir (GARZÓN⁷⁸, 2016).

⁷⁸ Estefanía Garzón, estudante de Artes Plásticas da Universidade Distrital em Bogotá, quem tem tentado aceder aos processos de construção corporal através da EPS, mas indica que tem encontrado dificuldades em relação ao cadastro no sistema, e desinformação por parte dos médicos, motivo pelo qual tem recorrido unicamente aos hormônios de forma automedicada. Assegura que inicialmente foi um processo complexo de assumir para a sua família, mas não foi expulsa da sua casa.

Fotografia 7 - Estefanía Garzón



Fonte: Material Audiovisual da Entrevista.

Ressalte-se que essa estratégia não é consenso entre todas as pessoas trans. Para Missé e Coll-Planas (2010) existem diversas posturas por parte de médicos e da população: alguns consideram a transexualidade como uma doença ou transtorno mental; outras o consideram um transtorno que pode ser usado como estratégia para exigir direitos; e, ainda, existem pessoas que negam a existência de um transtorno e exigem direitos de transformação corporal dissociada da patologização⁷⁹.

A partir das falas das pessoas transgêneras, verifica-se como o fator econômico é um determinante nas práticas relacionadas à transformação corporal, deste modo, a pessoa que tem condições econômicas vai procurar a medicina particular para seu transito identitário, sem submeter-se ao SGSSS caracterizado por ser burocrático e patologizador. Não entanto, as pessoas que não tem a capacidade monetária, procuram opções dentro das suas possibilidades como recorrer ao Sistema de Saúde ou a automedicação através da assessoria da mesma população. Assim, a classe social da pessoa, e especificamente a condição econômica é um fator decisivo na construção corporal, não entanto vale ressaltar que esta categoria faz referência a múltiplas componentes como aspetos políticos, ideológicos, culturais, etc, é não tem a ver unicamente com a economia, tal como afirmam Marx e Engles:

Segundo a concepção materialista da história, o fator que, em última instância, determina a história é a produção e reprodução da vida real. Nem Marx nem eu afirmamos, uma vez sequer, algo mais do que isso. Se alguém o modifica, afirmando que o fato econômico é o único fato determinante, converte aquela tese numa frase vazia, abstrata e absurda. A situação econômica é a base, mas os diferentes fatores da superestrutura que se levanta sobre ela – as formas políticas da luta de classes e seus

⁷⁹ Na Colômbia esta divisão também é verificável a partir do movimento Campanha Stop Transgenero Patologização (2012) que é uma plataforma internacional que pretende principalmente retirar a categoria “disforia de gênero” dos manuais internacionais de diagnóstico como o DSM5; além disso, exige a cobertura pública da atenção sanitária trans como o acompanhamento terapêutico voluntário, seguimento ginecológico-urológico, tratamentos hormonais, cirurgias, etc (MISSÉ; COLL-PLANAS, 2010).

resultados, as constituições que, uma vez vencida uma batalha, a classe dominante redige, etc, as formas jurídicas, e inclusive os reflexos de todas essas lutas no cérebro dos que nela participam, as teorias políticas, jurídicas, filosóficas, as ideias religiosas e o desenvolvimento ulterior que as leva a converter-se num sistema de dogmas – também exercem sua influência sobre o curso das lutas históricas e, em muitos casos, determinam sua forma como fator predominante. Trata-se de um jogo recíproco de ações e reações entre todos esses fatores, no qual, através de toda uma infinita multidão de acasos (isto é, de coisas e acontecimentos cuja conexão interna é tão remota ou tão difícil de demonstrar que podemos considerá-la inexistente ou subestimá-la), acaba sempre por impor-se, como necessidade, o movimento econômico. Se não fosse assim, a aplicação da teoria a uma época histórica qualquer seria mais fácil que resolver uma simples equação de primeiro grau (MARX; ENGELS, 1986, p. 28).

Particularmente considero que o diagnóstico de disforia de gênero não deveria ser um requisito exigido às pessoas transgênero para transformar o corpo no Sistema de Saúde, levando em consideração que implicitamente indica que a pessoa vivencia um transtorno da identidade (doença), motivo pelo qual se requer tratamento médico. Desse modo pondero que os procedimentos de transformação corporal deveriam ser assumidos pelo Sistema a partir de uma autorização emitida pelas pessoas logo após receber as informações pertinentes, contando com assessoria médica e psicológica permanente.

Levando em consideração o contexto das transformações corporais na Colômbia, se observa que o Estado não realiza um reconhecimento real das identidades transgênero, sendo um motivo pelo qual muitas pessoas recorrem às transformações corporais alternativas, para construir a identidade trans em coerência com seus corpos. Na maioria dos casos, a população começa transformando sua forma de vestir, de se comportar, a modulação da voz, as formas de arrumar o cabelo, etc.

Posteriormente se recorre aos hormônios para gerar transformações mais profundas relacionadas com a diminuição do pêlo e a redistribuição da massa corporal, os quais na maioria dos casos são orientados por outras pessoas transgênero e sem acompanhamento médico. Quando elas desejam uma mudança no corpo de forma rápida, visível e permanente acabam recorrendo às transformações com modelantes estéticos (óleos de cozinha, parafinas, silicone líquido), ingredientes que permitem moldar o corpo. Esta é uma prática comum por ser acessível economicamente, mas que pode gerar consequências trágicas.

4.2 Transformações Corporais Alternativas

As transformações corporais alternativas são as técnicas implementadas fora do Sistema de Saúde, que contribuem com a construção identitária de pessoas transgênero. Alguns destes procedimentos representam algum tipo de risco a integridade da pessoa, levando em consideração as suas características e formas de se efetuar, os quais também não são assumidos pelo SGSSS. Ou seja, as pessoas trans têm seu direito à transformação corporal limitado pelas barreiras econômicas e burocrático-administrativas, além da discriminação efetuada pelas/os funcionárias/os ou pela política patologizante e heterobinária do Sistema de Saúde.

Por ocasião da pesquisa *Cuerpos que Gritan*, ESPITIA e PERALTA, identificam como transformações corporais alternativas o uso de indumentária, uso de hormônios e modelantes estéticos. Para esta pesquisa, por questões metodológicas, inclui-se, também, nessa categoria as cirurgias estéticas realizadas por médicos particulares.

4.2.1 Indumentária

Este processo não só implica dar forma externa ao corpo a partir do vestuário, acessórios, maquiagem, formas de pentear e arruma o cabelo, mas também está relacionada aos comportamentos e expressões que a pessoa assume de acordo com sua necessidade (VELANDIA, 1996). Por exemplo, as mulheres transgênero utilizam espumas, ombreiras, papel higiênico, corpetes, meias, vendas, entre outros para dar formas femininas ao corpo, geralmente quando não tem iniciado nenhum outro processo de transformação corporal, ou porque os efeitos do consumo de hormônios ainda não são evidentes (ESPITIA, PERALTA. 2013).

Nesse contexto, os objetos tomam valor e refletem a construção da identidade, representam à pessoa ante o mundo exterior e redefinem o conceito do eu, como indica Miller (2013) “(...) a melhor maneira de avaliar o papel dos objetos era considerá-los signos e símbolos que nos representam. O exemplo mais comum para ilustrar essa perspectiva era a indumentária” (MILLER, 2013, p. 21). O vestuário, portanto, representa um papel na constituição particular do eu, e na definição do que é o eu.

A indumentária é importante porque representa à pessoa socialmente, ou seja, é uma espécie de pseudo linguagem que pode dizer o que somos. Desta maneira as roupas nos representam ante o mundo exterior, e redefinem o conceito do eu, de pessoa e de indumentária, sendo parte da nossa construção como pessoa⁸⁰. No mesmo sentido, a construção da indumentária é uma aprendizagem social influenciado pela cultura, ou seja, a indumentária é portadora de *habitus*, conformada pela repetição (BOURDIEU, 1998). No entanto, para muitas pessoas este procedimento não é suficiente, pois gera mudanças superficiais e momentâneas, motivo pelo qual a população recorre a outros métodos.

4.2.2 Uso de Hormônios

Outra técnica comumente utilizada é o uso de hormônios, os quais geram uma transformação mais profunda e permanente. Esta prática é considerada básica para população transgênero, pois traz uma mudança significativa no corpo e permite diminuir ou adquirir feições masculinas ou femininas. Geralmente a população inicia este procedimento sem a assessoria médica, orientado por outras pessoas trans, que tenham adquirido conhecimentos sobre este método a partir das suas próprias experiências, como indicam as entrevistadas:

[...] cuando inicié el proceso de hormonización lo hice por mí misma, por recomendaciones de las chicas, más nunca tuve una asesoría de doctores, porque no se conocía mucho del tema y simplemente me dejaba guiar mucho por las compañeras, a lo cual ellas me decían que era bueno (OVALLE, 2016, grifo da autora).

[...] cuando llegué a una peluquería a trabajar pues la jefa la dueña era una trans, ella fue la que empezó a decirme, yo le expresé mis deseos de lo que yo quería con mi cuerpo y ella empezó a decirme, no! inyéctate esto, inyéctate aquello, toma esto, toma lo otro, y pues así fue que yo empecé (HERNANDEZ, 2016).

⁸⁰ O conceito de pessoa, a percepção do eu e a experiência de ser um indivíduo são radicalmente diferentes em tempos diferentes e em lugares diversos, e parcialmente em relação às disparidades de indumentária. Em cada caso, descobrimos que o vestuário desempenha papel considerável e atuante na constituição da experiência particular do eu, na determinação do que é o eu (MILLER, 2013, p. 63).

Outro aspecto identificado com esta técnica é a tendência da população à overdose de hormônios, que consiste em misturar diferentes tipos de medicamentos e consumi-los em menor tempo ao sugerido nas indicações, com o objetivo de visualizar rapidamente os resultados, consoante indicam as entrevistadas:

[...] Ósea de tomarse pastillas, inyectarse cada quince días, tomarse varias pastillas, anti andrógenos, a la vez anticonceptivas y a la vez la inyección, y a la vez como remedios naturales (GARZÓN, 2016).

[...] **yo me daba unas dosis que exageraba, entonces me tomaba hasta una caja de 30 pastas para el mes, y me las mandaba en una semana**, en un mes yo me tomaba cuatro o cinco cajas de Premarin - unas pastas grandes, amarillas – porque con esas fue con las que yo comencé. Y la Synovular y la Depo-provera, pues no muy seguido porque esas eran sobretodo inyectadas. Yo era adicta era a las pepas (RUIZ, 2016, grifo da autora).

Constata-se, portanto, que é um método elementar onde os resultados não são permanentes e apresentam-se gradualmente (ESPITIA; PERALTA. 2013). Vale ressaltar que os efeitos não são iguais em todos os casos, pois depende de cada organismo e o tipo de hormônio utilizado. Alguns efeitos gerados estão relacionados com a diminuição do pêlo no corpo, crescimento de mamas, mudança da voz, entretanto, também se verifica contra-indicações como sentimento de tristeza e depressão, como afirmam Laura e Dana:

[...] con las hormonas, me creció la glándula mamaria, me empezó a aumentar el pecho, la redistribución de la grasa, entonces la cadera se ancha un poco más, se ponen como bonitas, así como figura femenina, la desaparición del vello, también siento que las facciones faciales empieza la cara más redondita, los ojos más expresivos, porque yo tenía una cara más delgada, las uñas más bonitas, el cabello, el cuerpo, también la gente te empieza a identificar como más femenina, esas hormonas brotan por los poros (HERNANDEZ, 2016).

[...] para mí, el busto no lo desarrolló mucho, la piel si más bien la puso más tersa, mi voz no cambió mucho y el pelo me creció muchísimo, demasiado, igual los pelos de la cara, a pesar que ahora me salen. con los supresores me pongo triste, me baja la libido, triste, depresivo, empieza uno a experimentar sensaciones diferentes con su cuerpo (PAEZ⁸¹, 2016)

⁸¹ Dana Camila Paez, é cabeleireira, tem 32 anos, mora em Bogotá, começou seu processo de transformação corporal aos 15 anos, principalmente porque assegura que nunca se sentiu como homem. Aos 16 anos começou a viver como mulher transgênero e, a partir daí, tomou hormônios até os 28 anos, sendo assessorada principalmente por suas amigas. A última intervenção que realizou foi o uso de modelantes estéticos para “se fazer o corpo” – quadril, pernas e glúteos – e indica que não tem vivenciado nenhuma doença por enquanto.

Fotografia 8 - Danna Camila Paez



Fonte: Arquivo pessoal de Dana.

Algumas mulheres trans consideram determinante esta prática para o desenvolvimento de *cuajos*⁸², pois caso a pessoa deseje realizar uma mamoplastia de aumento o crescimento de *cuajos* contribui para melhores resultados, pois a pele e o espaço do peito aumentam.

Primero tienen que empezar con eso para que se les desarrolle el cuajo, para cuando se meta la prótesis, le dé capacidad y le horme bonito, (...) porque si está toda plana, al ponerle la prótesis le queda muy apretada, le queda pelada: ese es el problema. Entonces, teniendo el cuero ya suelto, manejable, entonces ya, alarga, estira, y le quedan bien (MARCELA, *apud* ESPITIA; PERALTA. 2013 p. 289).

A pílula anticoncepcional não só representa para a mulher o controle sobre seu corpo e sua maternidade, também significa para algumas pessoas transgênero a tecnificação da feminilidade como produto que pode ser consumido. Neste sentido a biotecnologia e o desenvolvimento da indústria farmacêutica, é um elemento que intervém na construção da subjetividade e, neste contexto, do corpo de pessoas transgênero. Desta forma, para Preciado (2008), o valor da hormonização são os resultados, os quais contém biocódigos que socialmente representam a masculinidade ou feminilidade. Deste modo, a biotecnologia representa um elemento de poder sobre o corpo e objetivo do capitalismo.

O consumo de hormônios gera pequenas mudanças, mas que são significativas no que representa a feminilidade ou masculinidade na sociedade, relacionadas com a voz, a penugem, as emoções entre outras, mas tem seus limites com relação às modificações da estrutura óssea, como indica Laura:

⁸² Referem-se ao peito ou senos gerados a partir de hormônios.

[...] Esto no era una cosa como arte de magia que me tomaba una pastica y al otro día iba amanecer barbie, no, sino que también respondían a unos procesos, respondía a mi físico, a mi compostura ósea, y que hay cosas que las hormonas no te cambian. Yo creo que eso es uno de los grandes problemas que tenemos con la gran mayoría de los hombre y de las mujeres trans, es que creemos que nos tomamos una hormona y eso nos va a cambiar la vida, y entonces consumimos, y consumimos, y consumismo, pero no nos damos cuenta, ósea, **te lo pongo en un ejemplo muy sencillo, es que si tú fuiste un hombre boxeador, no esperes ser no sé... ser una Britney Spears, si no que vas a ser una mujer boxeadora, sí, porque lo que haces es feminizarte, no hacer unos cambios como los imaginamos**, que es que la cintura se nos va a volver así... el caderón entonces te va a volver así... Hay cosas que sí, las hormonas logran hacer, pero tampoco podemos pedir más. Si tú tienes una espalda gigante, pues esas cosas no las cambia (WEINSTEIN, 2016, grifo da autora).

Os imaginários dos efeitos e desejo da mudança corporal é uma das causas pela qual a população consome altas doses de hormônios, e também pela qual recorrem a outras técnicas que satisfaçam mais o tipo de corpo que desejam e que não se obtém só com a terapia hormonal. Geralmente a técnica utilizada são os modelantes estéticos, que são baratos, geram resultados imediatos, permanentes, visíveis e são de fácil acesso.

4.2.3 Modelantes Estéticos

Esta técnica faz referência ao uso de produtos injetáveis que dão forma feminina ao corpo, tais como óleo de cozinha, silicone líquido e parafinas (ESPITIA; PERALTA, 2013). Este procedimento é utilizado com maior frequência por mulheres transgêneras, na maioria das vezes por pressão social, pois geram resultados visíveis e permanentes em um curto período de tempo e também pelo baixo custo deste procedimento em relação às cirurgias estéticas, como indicam as entrevistadas:

[...] aquellas chicas que se prestaban para hacer ese tipo de transformaciones, lo hacían por poco dinero, a lo cual las chicas debido a su situación, pues recurrían a estos procesos ilegales (OVALLE,⁸³ 2016).

⁸³ Carolina é uma pessoa trans em exercício da prostituição na cidade de Bogotá, viveu como moradora de rua, começou seu processo de construção corporal através dos hormônios, técnica que foi suspendida pois afetava as práticas implementadas no exercício da prostituição. Também recorreu aos modelantes estéticos para dar forma os seus seios e para se fazer "o corpo" e dizer, dar forma ao quadril, pernas e glúteos. Atualmente continua exercendo a prostituição e aluga parte da sua casa para receber um dinheiro adicional.

[...] después de un tiempo fue que mi amiga me dijo: Yoko, que bajo el precio del silicón, que me lo van a meter por un palo⁸⁴ y medio, y yo dije: ¿Johana de verdad?, y ella me dijo: si, vamos y me acompaña, y todo eso, (...) Yurifai cobraba 500 mil pesos, imagínate!, cuanta diferencia de 4 a 3 millones, después millón y medio, ya después 500 y ahorita lo cobran en 80, 50 mil pesos (RUIZ, 2016).

Além disso, existe a crença que esta técnica é recomendável para *hacerse el cuerpo* ou seja, para formação de glúteos, quadril e pernas, pois gera uma aparência natural, ao contrário do que acontece com o uso de próteses a partir de cirurgia plástica nesta área, onde os resultados estéticos não são os desejados. Por sua vez, considera-se que o uso de modelantes estéticos para formação de seios não é recomendado por sua proximidade com o coração e os pulmões, o que pode representar um maior risco, além de dificultar futuros procedimentos nesta área como a mamoplastia de aumento (ESPITIA; PERALTA, 2013).

No entanto, as pessoas que tem silicone no peito preferem não remover este produto, pois, é um processo longo, caro e que implicaria ficar sem seios durante o período de recuperação do músculo, conforme ressaltam Carolina e Coqueta⁸⁵:

[...] si ya tienen silicón adentro y de todo, para uno colocarse las prótesis le tienen que hacer a uno un raspado, le tienen que raspar todo, mejor dicho dejar el cuero lo que es, y meter la prótesis, pero da la casualidad que muchas veces no hacen los raspados tal y como deben ser, sino que dejan secuelas, residuos, y esos residuos más adelante forman problemáticas con las prótesis y muchas veces que no te quedas ni con el pan ni con el vino, queda sin nada, porque le tienen que sacar tanto la prótesis volverla a raspar y ya (...) **lo más recomendable en estos casos, si ya estas envenenada⁸⁶, es quedarte así** (OVALLE, 2016, grifo da autora).

⁸⁴ Palo: é o jeito informal de se referir a um milhão de pesos colombianos.

⁸⁵ Andrea Correa, pessoa transgênero que iniciou seu processo de transformação corporal a partir dos 12 anos, por causa da sua identidade, teve problemas para conseguir emprego, motivo pelo qual começou a exercer prostituição inicialmente no centro de Bogotá e posteriormente na Itália. Para seu processo de construção corporal recorreu a hormônios e foi assessorada principalmente por outras pessoas trans. Ela também afirma que o contexto da prostituição influenciou na sua transformação corporal, principalmente pelos estereótipos de beleza que geralmente procuram os homens nesse contexto, razão que a levou a recorrer a implantes mamários muito grandes, que logo após teve que trocar por uns menores pois gerou-lhe doenças como dores nas costas e constante fadiga. Assegura que utilizou modelantes estéticos para se fazer o corpo – glúteos, pernas e quadril – e também as próteses mamárias, intervenções que geraram deformações e dores principalmente nas pernas e nas partes íntimas. Andrea trabalhou por vários anos com organizações sociais que desenvolvem ações para reduzir a vulnerabilidade e riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas de pessoas moradoras de rua. Atualmente é a secretaria geral da Red Comunitaria Trans, e participa do projeto de Investigación Ação Participativa (IAP) da Escola de Governo da Universidade dos Andes como auxiliar de pesquisa, que pretende estabelecer a problemática de mulheres transgênero deslocadas pela violência na Colômbia. (UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, 2016).

⁸⁶ No contexto transgênero, estar envenenada faz referência a uma pessoa que tem modelantes estéticos no seu corpo.

[...] Después de haberme puesto las prótesis, cometí el error de haberme inyectado silicona líquida encima de las prótesis, y eso me ha estado afectando y vuelvo a los mismos problemas, de que me ahogo, de que siento picadas horribles, de que mis senos ya no son como cuando eran solo las prótesis sino que siento muchos dolores, cosas que no sentía antes de haberme aplicado esa inyección, y la verdad, si a mí me llegan a quitar las tetas mi salud mental me la va a afectar terriblemente y yo no me quiero ver sin tetas, yo siempre quiero verlas ahí (CORREA, 2016).

Fotografia 9 - Andrea Correa “la Coqueta”



Fonte: Material Audiovisual da entrevista.

As pessoas que utilizam esta técnica sabem que é um procedimento arriscado, pois elas têm informações de amigas ou conhecidas que apresentam doenças ou que acabaram morrendo durante ou depois desta prática. No entanto, elas asseguram que estas possíveis complicações dependem do azar e dos cuidados que tenham durante e após do procedimento o que mostra uma baixa percepção do risco por parte da população, como assegura Espitia e Peralta (2013, p. 290, grifo da autora): “Pues uno escucha de las muertes, que de esto y lo otro, **pues yo digo que es suerte, la que se va a morir se muere** y, pues, normal» (Sara, comunicación personal, 2012). ”

Com relação às fases do processo, primeiro se faz o contato com a pessoa que vai realizá-lo e se estabelece o custo dos procedimentos. Geralmente a pessoa encarregada de realizar o procedimento é outra mulher trans, que não tem os conhecimentos profissionais para desenvolver esta prática, mas tem aprendido de maneira empírica (ESPITIA; PERALTA, 2013). Em segundo lugar, compram os materiais requeridos para esta técnica que são anestesia, seringas, bandagens, algodão, álcool, *super bonder*,⁸⁷ e, geralmente silicone líquido.

Nesta prática é considerado importante o uso de bandagens durante e depois do procedimento, para elaboração de torniquetes os quais diminuem a possibilidade que o silicone se mova do lugar onde inicialmente foi injetado. Em seguida se aplica

⁸⁷ Permite fechar os orifícios da pele, no momento de retirar a agulha.

a anestesia para diminuir a dor, logo se colocam as agulhas e injeta-se o silicone na zona desejada, comumente este momento é denominado “bombear o silicone” e para isto, a pessoa encarregada de realizar o procedimento exerce bastante pressão e molda simultaneamente o corpo, para conseguir uma figura simétrica (ESPITIA; PERALTA, 2013). A quantidade de biopolímero no corpo depende do tamanho que se deseja alcançar, existem casos onde foram injetados mais de três litros, no entanto, se a pessoa começa a apresentar complicações no procedimento como dificuldade respiratória ou ficar inconsciente, se suspende a aplicação.

Por último, retiram-se as agulhas e selam-se os orifícios com *super bonder* para evitar que o líquido vaze pela pressão que se estava exercendo. Na maioria dos casos, todo esse processo se realiza na residência onde a pessoa habita, a qual, obviamente, não tem os mínimos requisitos de salubridade. Finalizado o processo, a pessoa encarregada realiza uma série de recomendações para evitar complicações, como o uso de bandagens por no mínimo quinze dias, descanso apropriado, não usar sapato de salto e evitar lesões, contrariamente algumas não seguem estas sugestões.

No entanto, é frequente que apareçam consequências originadas por esta prática, entre elas, dores musculares, câimbras, necroses, abscessos, fungos, problemas nas articulações, deformações, amputação e até mortes, acontecimentos que afetam a autoestima e gera depressão, como informa Espitia e Peralta (2012, p. 76):

Me da depresión de saber que puedo llegar a perder las piernas, que no pueda volver a caminar, por mi vanidad cometí el error, debí haber esperado porque hoy en día es que uno piensa en eso, (...) yo tengo una amiga que ya ha perdido sus piernas, otras que no caminan, que pierden los glúteos, que le raspan el músculo. Hay momentos en los que uno se deprime mucho y sobre todo cuando uno se enferma, cuando empiezan esos dolores en el cuerpo que uno no puede pararse de la cama, a mí me da una depresión terrible, me deprimó y duro uno o dos días en mi casa encerrado, no quiero salir, me duelen mucho mis piernas y veo como yo mismo me estoy matando, y como yo mismo destruí mi cuerpo (Alejandra, Julio de 2012).

Esta prática também gera como consequência, além das doenças mencionadas, várias mortes, como indica Espitia e Peralta (2012, p. 134) no seguinte relato: “Es un problema porque está afectando la salud de una población,

(...) cuántas no se han muerto, niñas de dieciséis, diecisiete, dieciocho años que llegan acá, y con una sola inyección hay quedan (Alexandra, Julio de 2012)”.

Estes procedimentos se caracterizam por ser de risco, levando em consideração que são realizados sem assessoria médica, orientados geralmente por outras pessoas trans, sem qualificação médica, em espaços pouco salubres, e tendo como consequência efeitos que afetam tantos aspectos físicos, psicológicos e sociais na saúde destas pessoas, ocasionando inclusive a morte. Apesar de ser esta uma prática frequente – não só nesta população – não existem dados qualitativos específicos que registrem a frequência de uso, tipos de doenças que tem gerado, assim como dados concretos sobre as mortes que tem causado.

Estes procedimentos são realizados frequentemente por mulheres transgênero para conseguir o corpo desejado, normalmente caracterizado pela voluptuosidade, o que indica que esta prática é uma forma de dar continuidade ao modelo hegemônico que estabelece estereótipos de beleza que representam necessidades artificiais baseadas no consumo. A repetição dos estereótipos representa a incorporação inconsciente da norma, *habitus*, que influencia a corporificação do gênero de pessoas trans.

Primeiro pelas pressões da sociedade em geral e da própria população trans, que assimilando os estereótipos dos modelos hegemônicos de beleza, pressionam-se umas/uns as/aos outra/os para se enquadrarem nesses padrões; segundo pelas pressões heteronormativas binárias, assimiladas pelo próprio Sistema de Saúde, que compreende os limites das transformações corporais apenas dentro do sistema homem-masculino, mulher-feminina; e terceiro, e em decorrência deste último, as limitações patologizantes do SGSSS que impõe o limite heteronormativo binário para as transformações corporais e a necessidade do certificado de disforia de gênero como condicionantes a processos seguros de transformações corporais.

Assim, pode-se confirmar a premissa de Foucault, que indica que o corpo está imerso em relações de poder e saber aprofundadas na sociedade, as quais geram situações de dominação e submissão que fazem parte do processo de construção - subjetivação - do sujeito, como indica o autor: “o corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais” (FOUCAULT, 2011, p. 33).

Desta forma na construção do corpo estão agindo poderes implícitos na cultura, os estereótipos de beleza, as instituições, presentes nas práticas sociais e institucionais da Colômbia.

4.2.4 Transformações corporais realizadas pela Medicina Particular

A International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) é a principal organização mundial sobre cirurgias plásticas e procedimentos estéticos no mundo. Este organismo recolhe informações referentes ao tema, a cada ano, em escala global, cujos resultados são baseados nos dados obtidos através dos cirurgiões plásticos de todos os países pertencentes à ISAPS.

A pesquisa realizada em 2015 indicou que a Colômbia é o sétimo país que mais realiza estes procedimentos com um total de 548.635 casos (2,5%),⁸⁸ sendo o primeiro os Estados Unidos (18,6%), seguido do Brasil (10,7%). Os valores destes procedimentos oscilam entre R\$ 3.283,00 (três mil duzentos e oitenta e três reais) a R\$ 6.567,00 (seis mil quinhentos e sessenta e sete reais), sem contar os valores adicionais por exames, medicamentos, seguros médicos, seguros, entre outros (PAQUETESQUIRURGICOS, 2016).

Estes dados indicam que na Colômbia existe uma alta demanda de procedimentos estéticos, que não são assumidos pelo SGSSS, gerando conseqüentemente uma demanda que é atingida pela medicina particular, circunstancia que contribui a estabelecer um mercado lucrativo. No entanto, além de ser um procedimento muito solicitado, existem processos realizados por médicos não idôneos, que tem especialidade em outras áreas não correspondentes à cirurgia plástica, o que tem gerado conseqüências em virtude das sequelas de procedimentos estéticos que, além disso, são considerados tratamentos de alto custo e também não são atendidas pelo POS.

⁸⁸ Além disso, a pesquisa indica que em 2015, na Colômbia, se realizaram 314.783 procedimentos cirúrgicos, sendo os mais comuns a (1) lipoaspiração, (2) aumento de mama, (3) abdominoplastia, (4) cirurgia de pálpebra, e (5) rinoplastia. Foram realizados ainda 233.852 procedimentos não cirúrgicos, onde os mais comuns são (1) toxina botulínica, (2) ácido hialurônico, (3) depilação, (4) redução de gordura não cirúrgica e (5) microdermoabrasão. (ISAPS, 2015).

As/os profissionais idôneas/os para estes procedimentos são a/o médica/o especializada/o em cirurgia plástica⁸⁹, as/os quais estão organizadas/os na Sociedade Colombiana de Cirurgia Plástica e Estética (SCCP), que verifica o treinamento e atualização de seus integrantes (UPEGUI; MOLANO; PALACIO, 2012), No entanto, Segundo Lina Triana presidenta da SCCP, um dos principais inconvenientes que enfrenta o grêmio, são as pessoas que acessam aos procedimento estético, sem questionar a/o profissional que vai realizá-lo. Além disso, às vezes, estes recomendam processos que não respondem às necessidades reais da pessoa e sim aos estereótipos de beleza, além de não se levar em conta as possíveis consequências (BAENA, 2016). Assim, tem-se identificado vários casos de médicos esteticistas⁹⁰ que tem realizado procedimentos cirúrgicos que não correspondem à sua área de intervenção, o que fatidicamente tem gerado nas/nos suas/seus pacientes consequências, entre as quais a morte.

Referente a cirurgias relativas aos processos de transformação corporal de pessoas trans tem-se o caso de Cristina Tejos, mulher transgênero de 44 anos, que queria realizar duas cirurgias, a primeira lipoaspiração e a segunda um retoque do lábio vaginal esquerdo porque há 20 anos tinha mudado de sexo. No entanto, na ocasião da consulta com o médico esteticista, acordaram além das cirurgias mencionadas, depilação a laser, rinoplastia, mentoplastia, mamoplastia de aumento, levantamento de sobrancelhas, desenho de sorriso, gastos pós-operatórios, gastos de enfermagem, medicamentos, e massagens, tudo por um valor que somava \$ 35 milhões COP, ou seja, R\$ 38.311.92 (trinta e oito mil e trezentos onze reais e noventa e dois centavos) BRL.

Logo após a intervenção cirúrgica, Cristina relata que alguns resultados não correspondiam à expectativa, por exemplo, o nariz ficou torto, tiraram os lábios

⁸⁹ A especialização em medicina plástica demora quatro anos, e forma profissionais que podem realizar procedimentos cirúrgicos com finalidade reconstrutivas e também estéticas, como mamoplastia de aumento ou redução, rinoplastias (modifica a forma e tamanho do nariz), lipoaspirações (extraí gordura de partes do corpo onde sobram e injeta nas partes que faltam), lipectomia (retira o excesso de gordura e pele do abdômen), gluteoplastia (aumentam glúteos injetando gordura do mesmo paciente ou através de implantes), mentoplastia (modifica a forma do queixo), entre outros.

⁹⁰ Tem-se identificado casos de especialistas em medicina estética, a qual demora três anos, e estão habilitados à práticas não cirúrgicas, que tem por objetivo prevenir, tratar, reabilitar o envelhecimento da pele e do rosto, prevenir fenômenos que afetam a figura corporal humana como celulites, flacidez cutânea, estrias, localização de tecido gorduroso, obesidade e outros procedimentos (UPEGUI; MOLANO; PALACIO, 2012). Assim os médicos esteticistas pertencem à Associação de Medicina Estética (ASOMECA), de modo que a prática de procedimentos cirúrgicos estéticos por profissionais médicos não especializados nesta área pode levar a complicações severas e inclusive a morte.

vaginais exteriores e interiores, a cavidade vaginal fechou-se e afetou a uretra, o que a prejudicou física, moral e economicamente, como indica Baena:

Cuando me miré la vagina, me la había mutilado toda, no me dejó labios inferiores ni exteriores y con esto vivo hace 7 años. La cavidad vaginal se cerró, la uretra me la movió y me la puso contra la pierna izquierda, para orinar tenía que manipularme los labios todos los días porque el hueco estaba aprisionado. La tercera cirugía fue el 19 de enero de 2010, para tratar de organizar todos los daños que hicieron, pero no pasó nada. La semana pasada un grupo de médicos me arregló la vía urinaria y voy mejor. Pero este señor me destruyó física, moral y económicamente. Todos los días siento esta impotencia. Lo que me da rabia es que este tipo es médico general y esteticista, no cirujano, y en los papeles dice que Carlos Bravo Nieto, que sí es cirujano, fue el que me operó, pero yo nunca hablé con él y yo sé que él no me hizo las cirugías. En las noches no concilio el sueño, es una pesadilla y me pregunto todos los días por qué me pasó esto (BAENA, 2016, p. 1).

Em síntese, na Colômbia existe uma alta demanda de processos com fins estéticos, dos quais tem-se registrado (nos jornais) sequelas e mortes, mas que por parte de nenhuma instituição são apresentados dados específicos. Os efeitos adversos gerados por esse tipo de procedimento não são assumidos pelo Sistema de Saúde, sob a justificativa de serem resultados de procedimentos estéticos. Isso demonstra que o marco normativo do POS limita o direito à vida e também restringe a efetivação do direito à saúde, além de justificar judicialmente que a estética não tem a ver com corpo e autoestima, ou seja, não tem relação com a saúde.

A verificação desses efeitos, também, indica a necessidade de exercer maior controle e vigilância por parte do Estado nas/nos profissionais e lugares onde são desenvolvidas estas práticas. Ainda assim, em caso de consequências, as/os pacientes podem iniciar processos judiciais contra a/o profissional que realizou a intervenção, levando em consideração que uma má conduta médica é considerada um delito na Colômbia.

No entanto, ainda que exista uma resposta judicial em relação à responsabilidade a má conduta médica, são necessárias outras medidas que exerçam maior controle e vigilância por parte do Estado, levando em consideração que esta situação tem gerado uma série de problemas que precisam ser parte da agenda governamental, o qual é considerado um processo como indica Silva (2008, p. 22-23):

Esse movimento é constituído por uma lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção da sociedade e do governo, podendo por força da pressão social assumir visibilidade e transformar-se em questão social merecedora de atenção do poder público; também, por conseguinte transformar-se em política.

Vale ressaltar o papel da mídia para visibilizar esta situação, realizando diversas reportagens sobre vítimas das cirúrgicas mal realizadas, que fizeram surgir distintas iniciativas legislativas elaboradas para regulamentar o exercício da cirurgia plástica estética e reconstrutiva na Colômbia, as quais não foram aprovadas pelo Congresso da República, principalmente pelos interesses de donos de clínicas onde são realizados este tipo de serviços. Assim, se observa que esta proposta afeta interesses das elites, as quais tem agido para deixar esta situação fora da agenda pública, tal como afirma Silva (2008, p. 24) “a não decisão sobre dada situação ocorre quando indivíduos ou grupos de influência política ou o próprio sistema político trabalham para deixar de fora das decisões e da própria agenda determinados problemas da arena política”.

Para o ano 2016, se elaborou uma proposta de lei em conjunto entre diversos atores como o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, representantes políticos, academia e sociedade científica, com a presença de pessoas que foram vítimas das práticas errôneas, a qual está em processo de aprovação por parte do Congresso (COLÔMBIA, 2016e). Pode-se observar que esta iniciativa corresponde a uma estratégia de estabelecimento de agenda a partir de ações que surgem de baixo para cima (SILVA, 2008).

O projeto proposto obrigaria às/aos especialistas a indicarem as possíveis complicações e consequências ocasionadas pela cirurgia e reportar às autoridades sanitárias sobre as mortes ou efeitos adversos derivados destes processos. Também indica os requisitos que devem cumprir às IPS: a obrigatoriedade com as informações subministradas às/aos pacientes, a exigência de apólices às IPS para que estas possam garantir os gastos que representam efeitos adversos, a publicidade sobre estes processos, e que a/o profissional habilitada/o a realizar estes processos deve contar com especialidade cirúrgica e deixar claro nos contratos cirúrgicos as sanções a que estão submetidos, caso viole as normas estabelecidas. É importante, também, que nesses contratos estejam claramente

definidos os riscos efetivos que cada pessoa corre ao se submeter a um procedimento desta natureza (COLÔMBIA, 2016e).

4.3 A abordagem do Sistema de Saúde a complicações derivadas de transformações corporais alternativas

Verifica-se que diversas práticas estéticas levam a efeitos adversos e inclusive a morte, motivo pelo qual se revisaram as normas e sentenças referentes a esta situação. No geral as pessoas que se submetem a transformações corporais alternativas e sofrem consequências adversas desse processo não tem atendimento integral garantido pelo Sistema de Saúde, que alega diversas limitações relativas a caracterização desses procedimentos, os quais são considerados estéticos e não essenciais à vida da pessoa, além das restrições do pacote do POS e limitações relacionadas a critérios econômicos, segundo o qual se a pessoa pode pagar pelo procedimento, deve pagar pelo tratamento das consequências.

Assim verifica-se que na Colômbia existem três sentenças emitidas pela Corte Constitucional referente a complicações por procedimentos estéticos relativos a pessoas trans. O primeiro caso corresponde à senhora Luz Amparo Tobón, que realizou várias intervenções como mamoplastia de aumento, *lipectomia abdominal* e *lipoinjeção glútea* e logo estes procedimentos apresentaram complicações como trombose arterial, isquemia severa e insuficiência renal, além de ficar em perigo a integridade de seus membros inferiores, um dos quais teve que ser amputado e no outro amputaram parcialmente seus dedos (COLÔMBIA, 2002).

O segundo caso diz respeito à senhora Esmaria Vasques de Aguirre, que realizou uma abdominoplastia e mamoplastia de aumento numa clínica estética, e a partir destes procedimentos apresentou complicações, por este motivo foi levada à IPS Clínica Universitária Bolivariana onde ingressou em coma à Unidade de Cuidado Intensivo (UCI) e foi diagnosticada com fasciite necrotizante⁹¹ e choque séptico⁹² (COLÔMBIA, 2007a); e por último, está o caso da Lina Maria Martinez, que se submeteu a uma série de intervenções para melhorar a forma de seus glúteos através de injeções de silicone líquido, e a partir deste procedimento apresentou

⁹¹ Infecção bacteriana que avança rapidamente e afeta a pele e tecidos subcutâneos.

⁹² Falência circulatória de causa infecciosa.

complicações como dores, eritemas⁹³ e edemas⁹⁴ no glúteo direito, e formação de abscessos,⁹⁵ motivo pelo qual acudiu a sua EPS com o objetivo de que a entidade brindara o atendimento médico necessário e realizaria o tratamento para estabilizar a sua situação de saúde (COLÔMBIA, 2008).

Em relação aos casos mencionados, os médicos responsáveis ordenaram o tratamento correspondente para restabelecer a saúde das pacientes, mas as EPS só permitiram o atendimento de urgências indicando que estas sequelas eram consequências de procedimentos estéticos e estes deveriam ser assumidos pelas/pelos pacientes e suas famílias, indicando que o POS exclui tratamentos considerados estéticos e as complicações originadas por estes:

La E. P. S. demandada negó la autorización de los tratamientos requeridos por ella, argumentando que los mismos son consecuencia de una cirugía plástica, los que están por fuera de la cobertura del P.O.S., conforme al artículo 10 del Decreto 806 de 1998, que excluye de dicho plan aquellos tratamientos que sean considerados como cosméticos o suntuarios, o sean el resultado de complicaciones de estos tratamientos o procedimientos, no siendo su obligación asumir los costos que se generen (COLÔMBIA, 2002).

Levando em consideração o argumento anterior, as/os pacientes recorreram a ação da tutela judicial solicitando em primeiro lugar que a EPS ministrasse os serviços de atenção médica necessários para recuperação da sua saúde incluindo o diagnóstico, exames e os procedimentos para superar as sequelas segundo o critério médico (COLÔMBIA, 2002), (COLÔMBIA, 2007a), (COLÔMBIA, 2008). Solicitaram, ainda, que não fosse realizada a cobrança pelo atendimento de urgência, que no caso de Luz Amparo superou 200 milhões de pesos, sem contar com o atendimento que ainda precisaria no futuro (COLÔMBIA, 2002), e no caso da senhora Esmaria, a clínica solicitou um aporte de seis milhões de pesos (COLÔMBIA, 2007a). Nos casos mencionados, as pacientes manifestaram não terem condições para pagar os custos médicos gerados pelo atendimento e asseguravam que não sabiam que as consequências destes procedimentos não estavam incluídas no POS (COLÔMBIA, 2007a), (COLÔMBIA, 2008).

Como resposta a ação de tutela interposta pelas pacientes, as EPS argumentaram que ministraram o atendimento requerido segundo as normas do

⁹³ Coloração avermelhada da pele.

⁹⁴ Acumulação anormal de líquido numa parte do corpo.

⁹⁵ Infecção e inflamação do tecido, caracterizado pela inchação e acumulação de pus.

SGSSS, baseado na superação da urgência. Além disso, as entidades manifestaram que não estavam obrigadas em assumir procedimentos que são resultados de complicações de cirurgias estéticas, praticadas sem autorização de uma/um medica/o pertencente à EPS, consequências que deveriam ser assumidas com o patrimônio das/os pacientes (COLÔMBIA, 2002), (COLÔMBIA, 2007a).

No mesmo sentido, as EPS indicaram que o conteúdo do POS não pode ser ilimitado, pois não existiria a possibilidade de garanti-lo a todas/os as/os habitantes e levaria ao esgotamento dos recursos estatais, motivo pelo qual existem restrições (COLÔMBIA, 2002). Uma das exclusões do POS são as cirurgias de caráter estético e suas complicações, como indica o Ministério de saúde: “Tecnologías en salud consideradas como cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones, salvo la atención inicial de urgências” (COLÔMBIA, 2013d). Isto ocorre, segundo justifica as EPS, para evitar que o dinheiro do Sistema seja usado para atender necessidades particulares consideradas de luxo (COLÔMBIA, 2002), como se observa no trecho a seguir:

la entidad no está obligada a cubrirle los servicios que requiere en razón de las complicaciones surgidas de la cirugía estética que se practicó sin la autorización de la EPS, toda vez que, con apoyo de varias sentencias de la Corte Constitucional cuyos apartes cita, en su parecer, lo que está por fuera del marco de las obligaciones, excede los límites de responsabilidad de las empresas y por tanto el usuario debe asumir tales costos, máxime cuando los recursos del Sistema no son ilimitados y debe garantizarse el principio de equidad que permite a todas las personas acceder a los servicios (COLÔMBIA, 2007a).

As EPS argumentaram, também, que se a pessoa paga a totalidade de um tratamento estético, esta tem a capacidade de assumir os gastos de possíveis complicações, como se indica a continuação:

Lo anterior tiene como fin, evitar que dineros del Sistema se desvíen a atender necesidades particulares generadas en asuntos netamente suntuarios, presumiendo que si una persona costea en su totalidad un tratamiento estético, está en capacidad de asumir las posibles complicaciones que de él se deriven, por lo cual no está en la obligación legal de atender a la paciente, a quien le corresponde directamente o a su cónyuge sufragar los gastos médicos derivados de tal procedimiento (COLÔMBIA, 2002).

Por último as EPS indicaram que a solicitação da tutela correspondia mais a um assunto econômico e não à efetivação do direito à saúde, pois o atendimento foi

realizado segundo a normatividade. Assim assinalaram que a tutela não era mecanismo para resolver o assunto econômico desta situação, tendo em conta que existem outros recursos judiciais para isto (COLÔMBIA, 2002), (COLÔMBIA, 2007a).

Levando em consideração os argumentos apresentados pelas EPS e pacientes, a Corte Constitucional analisou os casos mencionados com relação à legislação do POS, para determinar se os procedimentos deviam ser aprovados e efetuados pela EPS. No caso de serem autorizados procedimentos *No-POS* através da tutela, a EPS é obrigada a realiza-los, mas o Estado deve, posteriormente, realizar o pagamento à EPS pelo gasto adicional gerado pelo procedimento não incluso no Plano de Benefícios. Ou seja, as seguradoras têm garantida as suas receitas.

A partir dessa lógica julgou-se improcedente a ação da tutela das pacientes levando em consideração vários aspectos. Assim considerou que as EPS ofereceram o atendimento requerido pelas pacientes para superar a urgência, por exemplo no caso da senhora Esmaria, afirmou que a clínica lhe ministrou os serviços necessários até a paciente ficar estável (sinais vitais estáveis, sem monitorização, e recebe comida oralmente), ou seja, superou o estado crítico inicial de urgência (COLÔMBIA, 2007a).

Por outro lado, a Corte assinalou que os procedimentos não autorizados não ameaçavam o direito à vida da paciente, como no caso de Luz Amparo, quem já tinha saído da urgência, como se observa no seguinte trecho:

Los tratamientos y procedimientos médicos requeridos por la señora Tobón como consecuencia de las complicaciones originadas en una cirugía estética y excluidos del POS, no constituyen amenaza ni vulneración efectiva a los derechos fundamentales a la vida o integridad personal de la misma, en razón a que estos se le vienen prestando y suministrando en su debida oportunidad y acorde a las prescripciones médicas por la Clínica Las Américas (COLÔMBIA, 2002).

Da mesma forma, a Corte asseverou que não existem provas no processo que as pacientes não possam assumir os custos dos tratamentos, ao qual acessaram voluntariamente, procedimentos que não foram autorizados por nenhum médico pertencente à EPS (COLÔMBIA, 2002), (COLÔMBIA, 2007a).

E por último, a Corte assinalou que a Constituição Política indica que cada pessoa tem o dever de procurar o cuidado integral da sua saúde e de sua comunidade, e deve adotar medidas para prevenção da doença e evitar situações de risco (COLÔMBIA, 1991). Assim, ninguém pode indicar culpa da situação que está vivenciando para que o Estado assuma os gastos da sua situação médica, uma situação que a própria pessoa se colocou por sua imprudência (COLÔMBIA, 2002), (COLÔMBIA, 2007a). Neste caso não se pode exigir que o Estado assuma os gastos originados em ações feitas voluntariamente, como se observa no seguinte em um trecho da Sentença T676/2002:

Nadie puede invocar su propia culpa para beneficiarse y menos aún para pretender que el Estado asuma los gastos por concepto de atención médica requerida por la situación de riesgo en que la misma persona se ha colocado por imprudencia, pues debió prever las consecuencias que traería el sometimiento a este tipo de cirugías (COLÔMBIA, 2002).

Levando em consideração as deliberações do Estado, se observa a desregulamentação de medidas protecionistas do direito à saúde para referendar uma normatividade que garante o desenvolvimento do setor privado e protege seus interesses (UGA, 2004). Essa medida começou a se fortalecer a partir da própria Constituição Política, a qual aborda a saúde como um serviço público e permite a livre participação do setor privado nessa área. A posição da Corte Constitucional, que deveria ser de um organismo que tem por objetivo proteger os direitos fundamentais das/dos cidadãos/os, acaba por reforçar essa lógica, já que esta se guia pela normativa vigente, na qual estão presentes interesses contraditórios, correspondentes à população e às seguradoras privadas, o que demonstra que o Poder Judicial tem seus limites.

Por outro lado, o atendimento à saúde nestes casos ficou limitado ao diagnóstico ou à superação da urgência ocasionada pelo procedimento de transformação corporal, mas excluiu tratamentos e medicamentos solicitados pelos médicos pertencentes à EPS, indispensáveis para superar as sequelas geradas por essas intervenções, procedimentos que contribuiriam para o equilíbrio e bem-estar da pessoa, mas não autorizados por serem procedimentos excluídos no POS. Com esta situação se observa também que o critério médico fica restringido aos interesses privados e o direito à saúde ao pacote de serviços definido no POS.

Nesse contexto verifica-se, também, que a saúde deixa de ser um direito universal e fica condicionada à capacidade de pagamento das pessoas. Desse modo, a Corte tem reforçado o argumento da EPS de que a se a pessoa teve as condições para pagar um procedimento estético, tem as condições de pagar o tratamento e superar as suas consequências.

Da mesma forma, a Corte Constitucional utiliza o autocuidado como argumento legal contemplado na Constituição Política para indicar que a pessoa está na obrigação de cuidar a saúde própria e da sua comunidade, e não pode solicitar ao Estado assumir custos do atendimento médico quando a mesma pessoa se colocou nessa situação por imprudente. Esta afirmação reflete a perspectiva comportamental de abordagem da saúde, a qual considera que esta é uma responsabilidade individual, o que é contraditório, levando em consideração que as decisões relacionadas aos hábitos saudáveis estão condicionadas pelo contexto onde o Estado também tem a obrigação de garantir a efetivação deste direito.

Os argumentos utilizados pelas EPS, e aceitos pela Corte, foram justificadas a partir da normatividade do POS que estabelece que o Sistema não assume consequências ocasionadas por transformações corporais e que estes devem ser assumidos pelas/os pacientes. As restrições do POS estão argumentadas na necessidade de manter o equilíbrio do sistema, levando em consideração que os recursos deste são limitados. Essa preocupação de limitação dos gastos, no entanto, não se aplica às EPS, visto que não existe um controle sobre as EPS, as quais lucram a partir do recurso público da saúde.

Nesta medida se observa que a saúde deixa de ser compreendida como um direito público, universal e inalienável derivado da vida, o qual deveria ser inquestionável, e passa ser uma mercadoria delimitada pelo POS e pelas EPS, esta perspectiva também é assimilada pela população como indicam as entrevistadas:

[...] hay nos enfrentamos contra el POS, **para ellos eso no es una urgencia de que la vaya a matar ya, pues como se lo pudo meter, page para sacárselo**, entonces nosotros nos lavamos las manos porque acá no hay nada que nos obligue, **así usted no pueda dormir, no pueda comer, no pueda sentarse, eso no es problema de nosotros, porque eso es estético** (RUIZ, 2016, grifo da autora).

[...] las EPS o el POS no garantizan la remoción de prótesis o de líquidos inyectados en el cuerpo entonces se entra accionar desde la parte jurídica, exigiendo que es problema de salud pública que es vital para las chicas y la

importancia de este tipo de atención pos-quirúrgica dentro de lo artesanal (ANGÉL⁹⁶, 2016).

Fotografía 10 - Katalina Angel Ortiz



Fonte: Material Audiovisual da Entrevista

Nessa perspectiva o Estado se desobriga duplamente da garantia do direito à saúde da população trans: quando nega o acesso a transformações corporais de forma descomplicada e independente do diagnóstico de disforia de gênero e, ainda, quando nega tratamento médico às pessoas que, sem saídas, acabam recorrendo a procedimentos alternativos que geram uma série de consequências para sua saúde.

Neste sentido ainda, o Estado Colombiano se proclame um estado social de direitos, caracterizado por garantir o bem-estar da população, as práticas e argumentos presentes na política social de saúde não representam os interesses da sociedade e sim de empresas privadas, o que reflete uma contradição na natureza do Estado, levando em consideração que não proporciona as condições para que isto se materialize como indica Villar (2007, p. 93):

La Constitución de 1991 lleva en sí misma una contradicción flagrante entre la proclamación del Estado social de derecho y la ampliación de los derechos sociales, de un lado, y el cuadro propicio para la formulación de un modelo económico y social neoliberal, del otro.

⁹⁶ Katalina Angel Ortiz é uma pessoa transgênero, tem 28 anos, iniciou sua construção corporal a partir dos 20 anos. Esteve presa no “Complejo Penitenciario y Carcelario la Picota” por 38 meses. Ao ficar livre, começou a trabalhar numa organização social para gerar ações de consumo moderado de substâncias psicoativas com moradores de rua, e também foi co-fundadora do projeto “Cuerpos em Prisión – Mentes em Acción” que desenvolve ações para reivindicar os direitos de pessoas pertencentes ao grupo LGBTI na “Picota”. Adicionalmente foi parte do “Consejo Consultivo” (Organismo consultor que assessora a Política Pública de Pessoas LGBTI na cidade de Bogotá) representando as identidades transgênero na cidade de Bogotá desde o 2014 até o 2016. Tem recorrido a processo de hormonização e modelantes estéticos para construir o seu copo. Na atualidade faz parte da “Red Comunitaria Tran” como coordenadora da área de comunicações da organização.

4.4 Desafios das pessoas transgêneras para garantia das transformações corporais através do SGSSS

Ao longo deste capítulo se observaram diversos desafios enfrentados pelas pessoas transgeneras no Sistema de Saúde, um destes corresponde à patologização desta população associando-a como um transtorno da identidade, desconhecendo as suas múltiplas identidades. Assim, o Estado assume uma postura excludente e patologizante, visto que só reconhece (e enquanto pessoas doentes) às identidades que respondem à ordem binária de homem ou mulher heterossexuais, negando, assim, as identidades que se distanciam destas características.

Por outro lado, o Sistema de Saúde considera que as transformações corporais são procedimentos estéticos, não relacionados ao bem-estar de uma pessoa, motivo pelo qual não são parte do POS. Ou seja, ainda que se submetam à patologização, isto não garante que o tratamento requerido seja aprovado na sua totalidade pela EPS, circunstância pela qual deve-se recorrer à tutela para exigir a garantia deste direito.

A tutela também apresenta limitações, pois nem todas as pessoas têm informações ou recursos necessários para acessar esse mecanismo judicial. Ainda que consigam, as decisões judiciais se guiam por uma normatividade que, em muitos aspectos representa interesses do setor privado. Isso resulta em contradições nos posicionamentos da Corte, por exemplo, embora esta afirme a existência na multiplicidade das identidades trans, as suas necessidades específicas e a obrigatoriedade do Estado em reconhecê-las, explicitamente, são as barreiras impostas pelo SGSSS que acabam fazendo com que a população acesse a procedimentos alternativos de risco, que gera efeitos que requerem de tratamentos específicos e que são denegados pela mesma Corte Constitucional, que ao mesmo tempo, não problematiza a responsabilidade do Estado e das EPS nesse contexto de consequências advindas desse tipo de procedimento.

A abordagem do Sistema de Saúde, portanto, reflete a influência da ideologia neoliberal, que avança progressivamente na privatização do direito fundamental da saúde, transformado em uma mercadoria e condicionado pela capacidade de pagamento da pessoa, além de ser restrito a uma série de serviços definidos pelo

sistema como POS. Esta proposta sugere diminuição do papel do Estado na efetivação de direitos sociais, mas, ao mesmo tempo, ele é necessário para fortalecer os marcos legais a favor dos interesses privados.

As pessoas transgênero geralmente enfrentam dificuldades para acessar ao Sistema de Saúde, seja pelas exigências no cadastro, seja por vivenciarem situações de discriminação e estigma associados a Doenças Sexualmente Transmissíveis e não reconhecimento das suas particularidades. Essas dificuldades refletem a ausência de Políticas Sociais de Saúde que reconheçam estas especificidades. Também falta maior regulamentação, controle e vigilância, por parte do Estado, sobre as instituições e profissionais que desenvolvem procedimentos relacionados às transformações corporais na Colômbia - não só de pessoas trans - para prevenir consequências ocasionadas por estes procedimentos.

A partir das práticas do Estado presente nas normas, instituições e políticas (principalmente), se observam diversos dispositivos de controle sobre o corpo e a sexualidade das pessoas transgênero, ou seja, ferramentas elaboradas pelo poder e o saber que produzem técnicas políticas para o controle da sexualidade (QUIJANO, 2013).

Com relação aos processos de transformação corporal, é evidente a interdependência do poder judicial a partir da normatividade que regulamenta as práticas de transformação corporal no Sistema de Saúde, com os saberes médicos e psiquiátricos que a partir do diagnóstico de disforia de gênero determinam a identidade da pessoa. A inter-relação entre saber e poder, constrói um discurso de verdade com relação aos corpos e suas identidades.

5 CONCLUSÕES

Os discursos sobre gênero têm sido abordados de formas diferentes no transcurso da história, neste sentido, se identificam várias perspectivas. Inicialmente a teoria biologista respaldava a explicação do gênero a partir das características biológicas das pessoas, e estabeleceu um binarismo correspondente às categorias homem e mulher e também a obrigatoriedade heterossexual como componentes naturais. Posteriormente aparece outro enfoque que se opõe à explicação biologistas e indica que gênero corresponde a uma construção social e cultural. A noção *queer*, por sua vez aborda o gênero como um ato performativo, ou seja, como uma série de atos repetitivos, os quais podem se desconstruir e assim dar possibilidade a existência de novas identidades.

A desconstrução do gênero abre a possibilidade a categorias além do binarismo homem ou mulher, como corresponde à população transgênero, ou seja, pessoas que não aceitam o gênero designado pelas características biológicas no momento do nascimento e se constroem de outras formas. As identidades transgênero (pessoas travestis, transexuais, transformista, drag king, drag queen, etc) são múltiplas, algumas são próximas à subjetividade *queer* e outras as identidades convencionais. Neste sentido ser trans é uma possibilidade de múltiplas possibilidades, e cada construção de identidade é particular e única, influenciada por elementos interseccionais relacionados a classe, raça, etnia, idade, etc.

Da mesma forma, observa-se que a corporificação do gênero esta influenciada por aspectos culturais, sociais, que são aprendidos através da socialização e a repetição de comportamentos e expressões. A corporificação do gênero materializa elementos do discurso da sociedade moderna relacionados a estereótipos de beleza, impostos como uma necessidade artificial e relacionados ao consumo. Estes discursos de corpo, que aparecem como uma norma social, influenciam fortemente as identidades trans, e podem gerar efeitos de hiperfeminização e hipermasculinização. Neste sentido esses discursos apresentam-se como mecanismos de controle e normatização sobre a construção do corpo e do gênero.

É nesse contexto que se compreende o gênero como resultado das relações sociais de poder e saber, dos discursos fortemente relacionados às normas, mas ao

mesmo tempo está na capacidade de gerar processo de resistência, como acontece com as pessoas transgênero, que questionam a norma social e se constroem como querem.

Esse processo de construção identitária se materializa no corpo a partir de múltiplas intervenções, que vão desde a indumentária (as formas de vestir e se expressar) até processo que exteriorizam a materialização da identidade, através de práticas de modificação do corpo, onde se compreendem processos seguros e não-seguros, aos quais as pessoas se submetem pela necessidade de correspondência entre o corpo e a identidade.

Assim as transformações corporais são parte da saúde da população transgênero, pois contribuem com seu bem-estar através do equilíbrio de aspectos físicos, biológicos e sociais, que compreende a perspectiva ecossistêmica da saúde e se contrapõe a ideia de saúde como mera ausência de enfermidade. É nesse sentido que se compreende o conceito de saúde como uma construção histórica, que muda segundo a época e perspectiva de onde é abordada.

A saúde também é um direito fundamental caracterizada por ser universal, inalienável, inerente à pessoa, que vai além do poder político, e que pode ser positivado, ou seja, reconhecido no contexto judicial. Assim o Estado seria responsável por sua efetivação, no entanto, as características do Sistema de Saúde da Colômbia evidenciam restrições a esse direito. Isso é resultado do avanço da ideologia neoliberal a partir da privatização do Sistema, através da diminuição do papel do Estado, e ampliação da participação do setor privado na área.

Nesse contexto ocorre a transformação da saúde de direito fundamental em mercadoria, que passa a ser abordado como um produto-serviço público, que se adapta às condições estabelecidas pelo Estado e por organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, as quais correspondem as dinâmicas do mercado.

Por conseguinte, ante as condições limitativas do Sistema, que reduz todo o direito a saúde a uma lista básica de serviços (Plano Obrigatório de Saúde) a tutela tem sido implementada como mecanismo de proteção e garantia deste direito. Nesse caso, o Poder Judiciário colombiano, seguindo as normas do Estado - também concebidas a partir de uma lógica neoliberal - decide sobre a pertinência ou não de procedimentos médicos e quem deve assumir seus custos.

Entretanto, ainda que a tutela seja o mecanismo mais utilizado para proteger o direito à saúde, em um processo frequente de judicialização da saúde, este tem restrições, pois estabelece um precedente judicial, mas não se supera os obstáculos administrativos e econômicos que deram origem à tutela; as decisões são transitórias e, nem sempre auto-executáveis, e dependem do critério do magistrado e das normas vigentes; e a tutela representa um indivíduo mas não os interesses de uma coletividade, ou seja, não representa uma norma ou política. Nessa perspectiva, considera-se que a tutela, como mecanismo de reivindicação do direito à saúde, tem limitações, por isso é necessário procurar alternativas que permitam a luta organizada como uma necessidade emancipatória e que dá resposta a um projeto social coletivo.

Essa restrição do direito da saúde da população trans verifica-se tanto na ausência de Políticas Públicas de Saúde específicas para esse público, quanto nas barreiras econômicas, burocrático-administrativas, além de exclusões e discriminações que acabam afastando essa população dos serviços públicos e saúde. Em relação às transformações corporais de pessoas transgênero, especificamente, não se desenvolvem ações preventivas ou de atendimento relacionadas a esse campo.

Primeiro porque não existem registros claros e concretos das transformações corporais na Colômbia nos diagnósticos epidemiológicos nacionais nem territoriais como se evidencia no EAPB, no ASIS Colômbia, no ASIS de populações diferenciais o qual nem tem informação referente a população transgênero, e no ASIS Bogotá. Com relação a Bogotá, as linhas bases realizadas para o Plano de Desenvolvimento Distrital, tem permitido identificar superficialmente esta situação, mas ainda não resultam em estratégias de intervenção permanente, levando em consideração que isto depende do enfoque do prefeito do momento.

Assim, o diagnóstico como ferramenta de planejamento para desenvolver programas de intervenção tem invisibilizado esta situação, e não reflete as particularidades desta população. Ou seja, nenhum diagnóstico reconhece as cirurgias plásticas como prioridade do Sistema de Saúde colombiano, ainda que exista uma alta demanda no país por cirurgias plásticas. Menos ainda as relativas as transformações corporais de pessoas trans, que em muitos casos recorrem a procedimentos alternativos que podem ter consequências fatais, também não

demonstrados nesses diagnósticos, que resultam em uma omissão do Estado, que não assume esta situação como prioridade nem como problema da saúde.

Segundo que para acessar as transformações corporais pelo Sistema de Saúde as pessoas transgênero tem que enfrentar uma série de barreiras, desde as relacionadas aos aspectos econômicos, que dizem respeito aos pagamentos exigidos pelos procedimentos, até aspectos discriminatórios e excludentes que se verificam no critério patologizante utilizado pelo Sistema para autorizar procedimentos de transformação corporal em pessoas trans ou mesmo no atendimento de médicos e funcionários.

Verificou-se, ainda, barreiras burocrático-administrativas, que dizem respeito ao cadastro no Sistema de Saúde e as informações e documentos requeridos para concretizá-lo. Assim, depois de vencidas (ou ignoradas) partes dessas barreiras as pessoas trans tem que passar por um longo processo que inicia com consulta com o médico geral, depois há o encaminhamento ao psiquiatra, que através da avaliação define se a pessoa apresenta um transtorno da identidade. Caso seja diagnosticada assim, começa o tratamento de terapia hormonal, cirurgias plásticas e acompanhamento psicossocial, no entanto, as cirurgias de maior custo, na maioria das vezes, não são facilmente aprovadas pela EPS, motivo pelo qual frequentemente se recorre à tutela.

A respeito do tema a Corte Constitucional tem se posicionado de maneira contraditória. Se, por um lado, reconhece que as identidades transgênero são múltiplas, que esta populações possui especificidades que devem ser observadas pelo Estado e que o Sistema de Saúde não deve restringir o acesso a processos de transformação corporal, posto que a partir dessas restrições a população tem recorrido a procedimentos de transformação não seguros, por outro, não responsabiliza o Estado e as EPS nos casos em que as pessoas acabam por recorrer a procedimentos alternativos, como única opção para construir as suas identidades, o que geram consequências médica sérias, assumidas integralmente por estas pessoas ainda também seja uma responsabilidade do Estado e suas instituições.

Ademais, seus posicionamentos também reforçam a postura patologizante do Estado, e a exclusão das identidades *queer* do acesso a essas transformações pelo Sistema de Saúde, já que a partir desses critérios essa população não obtém o

certificado de disforia de gênero por não cumprir com os critérios hetero-binários exigidos pela psiquiatria, o que também contradiz o reconhecimento da multiplicidade das identidades trans e as transformações corporais como parte da saúde da população.

A exigência do certificado de disforia de gênero reflete a postura patologizante do Estado, pois o diagnóstico indica que a pessoa tem um transtorno da identidade, ou seja, uma doença que deve ser tratada como indica a OMS através do CIE-10. No entanto, para algumas pessoas, a patologização é uma estratégia para acessar, de forma segura, as transformações corporais através do Sistema de Saúde. Esta decisão corresponde principalmente a pessoas que não têm condições econômicas para recorrer à medicina particular e devem submeter-se às condições do Estado.

A patologização, no entanto, não é uma estratégia para todas as pessoas, pois nem todas estão cadastradas no SGSSS, ou nem todas obtêm o certificado de disforia devido à identidade não hegemônica que vivenciam. Assim, esta estratégia não é consenso entre a população trans, existem, inclusive, aquelas que exigem que esta seja eliminada dos manuais da psiquiatria e que seu direito à transformação seja garantido independente desse requisito.

As posturas do Sistema de Saúde demonstram que o Estado não reconhece as especificidades desta população, motivo pelo qual algumas recorrem às transformações corporais alternativas, ou seja, aquelas transformações fora do SGSSS, tais como a indumentária, uso de hormônios, modelantes estéticos e à medicina particular.

Com relação ao uso de hormônios, esta técnica gera mudanças significativas, mas também mudanças emocionais relacionadas à tristeza e depressão. Geralmente se desenvolve sem assessoria médica, orientada por outras pessoas trans, onde verifica-se uma tendência a overdoses. Quanto aos resultados tem-se que não são permanentes, são graduais, seu consumo feminiza ou masculiniza o corpo mas tem seus limites relacionadas com a estrutura óssea.

Os modelantes estéticos são produtos injetáveis como óleos de cozinha, silicone, parafinas, para dar forma ao corpo. Os resultados são rápidos, permanentes e de baixo custo, no entanto, é um procedimento de risco, que apresenta doenças frequentes, como dores musculares, câimbras, necroses,

abcessos, fungos, problemas nas articulações, deformações, amputações, e algumas vezes a morte.

As transformações corporais alternativas compreendem, ainda, aquelas realizadas pela medicina particular. Processos que oscilam entre R\$ 3200,00 reais a R\$ 6500,00 reais, mas que mesmo diante da alta demanda, ainda carecem de regulamentação pelo Estado, pois tem se realizado por profissionais não habilitados, com as mais variadas consequências. Neste sentido não existe controle sobre os profissionais ou os locais onde se desenvolve esta prática e, conseqüentemente, tem se apresentado casos onde médicos não idôneos tem efetuado este processo gerando diversas consequências a saúde das pessoas que se submetem a esses procedimentos.

Caso se apresentem consequências por estes processos alternativos de transformação corporal, estes não são assumidas pelo Sistema de Saúde, sob o argumento de que não estão inclusos no POS e por serem resultado de procedimentos estéticos. O estudo das sentenças relativas a esses casos identificou que a EPS se limita ao atendimento para superar a urgência, mas não a recuperação da pessoa; da mesma forma, a EPS argumenta que se a pessoa tem a capacidade de pagar um tratamento estético, tem a capacidade de assumir o seu tratamento, ainda que exista uma diferença substancial entre estes; também se argumenta que é obrigação da pessoa procurar o seu autocuidado, como fato constitucional, e não se pode indicar a própria culpa para exigir do Estado que este assuma os gastos de uma situação onde a pessoa mesma se colocou, por imprudência. Nestes argumentos é patente a desresponsabilização do Estado neste processo, pois se omite no que se refere a regulamentação da imperícia dos médicos, ou por desconsiderar que também deu causa a esses procedimentos quando impôs uma série de barreiras a efetivação integral das transformações corporais de pessoas trans por meio do Sistema de Saúde.

As práticas do Estado, seja através da Política Social de Saúde na Colômbia, ou propriamente, pela forma como se organiza o SGSSS, estão marcadas pela patologização que pretende normalizar as identidades transgênero nos padrões heterobinários e também pela ideologia neoliberal onde o Estado se desresponsabiliza de seu papel de garante deste direito, atua para fortalecer os interesses dos privados permitindo desta maneira a mercantilização da saúde.

A saúde pública tem por objetivo garantir a saúde da população através do conjunto de políticas, no entanto, no entanto, evidenciou-se que o discurso do Estado, manifesta na Política Social de Saúde da Colômbia e mesmo na forma em que se estrutura e funcionamento do SGSSS, está marcado pela patologização, que pretende normalizar as identidades transgênero nos padrões heterobinário, e também pela ideologia neoliberal onde o Estado se desresponsabiliza de seu papel de garantir direitos e atua para fortalecer os interesses privados, permitindo, desta maneira, a mercantilização da saúde.

Nesses termos o processo de transformações corporais de pessoas trans deixam de ser um direito e torna-se uma mercadoria, pela qual a maioria da população não pode pagar, senão com a destruição de seus sonhos, seus corpos e sua vida.

REFERÊNCIAS

ALEJANDRA, Uso de modelantes estéticos, como proceso de la transformación corporal de mujeres transgeneristas, Bogotá, 2013. **Tabularasa**, Bogotá, v. 19, p. 281-300, jul.-dic. 2013. Entrevista concedida a Natalia Espitia & Karen Peralta. Disponível em: <<http://www.revistatabularasa.org/numero-19/13peralta-espitia.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

ALMODOVAR, PEDRO. **Monologo de la Agrado**. Fragmento de la película Todo Sobre Mi Madre. Canal You Tube: Eldeseopc. Publicado en 29 de enero de 2013. (2:30 min.). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=s11D4G7WyTc>>. Acesso em: 4 jan. 2017.

ANGÉL, Katalina. Katalina: depoimento [jan. 2016]. Entrevistadora: Natalia Espitia Pachón. Bogotá: Barrio Bosa casa de Katalina, 2016. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a autora.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5**, 5a edição, Porto Alegre, 2014.

ANZALDÚA, Glória apud LIMA COSTA, Claudia; ÁVILA, Eliana. A consciência a consciência mestiça e o “feminismo da diferença”. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 13, p. 691-703, set.-dez. 2005.

APERTURA Económica. **Revista Semana**, Bogotá, 18 feb. 1991. Disponível em <<http://www.semana.com/especiales/articulo/apertura-economica/14572-3>>. Acesso em: 05 out. 2016.

ARRETCHE, Marta. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. **Revista BIB**, Rio de Janeiro, n. 39, setembro, 1995.

BAENA, Maria Paulina. **Las mujeres que se atrevieron a mostrar sus cicatrices por cirugías plásticas mal hechas**. Reportaje presentado por el periódico ELESPECTADOR, 31 de julio de 2016. Disponível em: <<http://www.elespectador.com/noticias/salud/mujeres-se-atrevieron-mostrar-sus-cicatrices-cirugias-p-articulo-641162>>. Acesso em: 07 setembro. 2016.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud indicadores del desarrollo mundial**. Washintong DC, 1993.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FERREIRA, Angélica; D'ANDREA, Ana Maria (org.). **O Território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BEAUVOIR, Simone. **O segundo Sexo: Fatos e Mitos**. 4ª edição, São Paulo; Difusão Européia do Livro, 1970.

BENTO, Berenice; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio-agosto. 2012.

BOGOTÁ. Secretaría Distrital de Planeación. **Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C.** Bogotá, 2008.

_____. Concejo de Bogotá, Distrito Capital. Acuerdo 371, de 1 de abril de 2009. Por medio del cual se establecen lineamientos de política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas-LGBT- y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital y se dictan otras disposiciones. **Diario Distrital**, n. 4182, Bogotá, 2 abr. 2009. Disponible em: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=35794>>. Acceso em: 21 jun. 2016.

_____. Secretaría de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Grupo ASIS. **Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital**, Bogotá, 2014.

_____. Secretaría Distrital de Planeación. **Medición de la línea de base de la política pública para la garantía plena de derechos de las personas de los sectores LGBT.** Bogotá, 2015.

BONI, Valdete; JUREMA, Sílvia. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Tese Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina, v. 2, n. 1, jan.-jul. 2005. Disponible em: <<http://www.emtese.ufsc.br/>>. Acceso em: 01 jun. 2016.

BOURDIEU, Pierre. Meditaciones Pascalianas. In: _____ (Org.) **El Conocimiento por el Cuerpo**. Barcelona: Anagrama. 1998.

BRAGA, Fernando. Conservadorismo, liberalismo e socialdemocracia: um estudo de direito político. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 34 n. 133 p. 183-190, jan./mar. 1997.

BUSTAMANTE, Wilson. El delito de acceso carnal homosexual en Colombia: Entre la homofobia de la medicina psiquiátrica y el orden patriarcal legal. **Revista Coherencia**, Bogotá, v. 5, n. 9 p. 113-141, 2008.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, Guacira (Org.) **O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

_____. **El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad**. España: Paidós, 2007.

_____. **Lenguaje, poder e identidad**. Madrid: Síntesis, 2009.

CAMPOS, Claudinei. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol.57, n.5, Sept./Oct. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500019>. Acesso em: 01 jun. 2016.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: Análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out.-dez. 2006.

CEPEDA, Carol; LEÓN, Alejandra. Análisis de una política pública que busca la igualdad, equidad y efectividad de los derechos del sector LGBTI en Bogotá durante los gobiernos de Samuel Moreno y Gustavo Petro. 2014. 112 f. Monografía (Profesional en Relaciones Internacionales y Estudios Políticos) - Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, 2014.

COLOMBIA. **Constitución** (1991). Bogotá: Asamblea Nacional Constituyente, 1991a.

_____. Decreto 2591, de 19 de noviembre de 1991b. Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política. **Diario Oficial**, n. 40165, Bogotá, 19 nov. 1991. Disponível em: <<http://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/DECRETO%202591.php>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

_____. Congreso de la República de Colombia. Ley 100, de 23 de diciembre de 1993a. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. **Diario Oficial**, n. 41148, Bogotá, 23 dic. 1993. Disponível em: <<http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

_____. Corte Constitucional. **Sentencia T-594**, de 15 de diciembre de 1993b. Fundamento Jurídico cambio de nombre. El ciudadano Carlos Montaña Díaz interpuso, ante el Juzgado Primero Civil Municipal de Cali. Acción de tutela contra el señor Notario Tercero del Círculo. [Magistrado Ponente: Dr. Vladimiro Naranjo Mesa]. Disponível em: <<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/t-594-93.htm>>. Acesso em: 21 jun. 2016

_____. Corte Constitucional. **Sentencia T- 477**, de 23 de octubre de 1995. Derecho a la identidad sexual, principio de dignidad humana en la identidad sexual, readecuación del sexo del menor. Acción de tutela contra el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. [Magistrado Ponente: Alejandro Martínez Caballero]. Disponível em: <<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/t-477-95.htm>>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Corte Constitucional. **Sentencia T-676**, de 21 de agosto de 2002. Solicita que la EPS COOMEVA autorice y suministre los tratamientos de

Hemodiálisis y Recuperación vascular que ordena el médico y preste la atención médica integral que pueda requerir la paciente con ocasión de los procedimientos e intervenciones que sean necesarias para que se recupere y se restablezca en su integridad física. [Magistrado Ponente: Jaime Araujo Renteria]. Disponible em: <<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-676-02.htm>>. Acceso em: 15 out. 2016.

_____. Corte Constitucional. **Sentencia T-005**, de 18 de enero de 2007a. Solicita que ordenar a Coomeva EPS autorizar la atención inicial de urgencias que incluya cirugía, unidad de cuidados intensivos, hospitalización, medicamentos no POS y la continuidad del tratamiento integral que requiera Esmaria de Jesús. [Magistrado Ponente: Nilson Pinilla Pinilla]. Disponible em: <<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-005-07.htm>>. Acceso em: 15 out. 2016.

_____. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122, de 09 de enero de 2007b. por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. **Diario Oficial**, n. 46506, Bogotá, 9 ene. 2007. Disponible em: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>>. Acceso em: 15 out. 2016.

_____. Corte Constitucional. **Sentencia T-076**, de 31 de enero de 2008. Solicita prestar la atención médica necesaria a la paciente así como los exámenes de diagnóstico y el tratamiento que requiera pese a que la afección es consecuencia de una cirugía estética en los glúteos. [Magistrado Ponente: Rodrigo Escobar Gil]. Disponible em: <<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-076-08.htm>>. Acceso em: 15 out. 2016.

_____. Departamento Nacional de Planeación. **Elementos básicos sobre el Estado Colombiano**. Bogotá, 2010.

_____. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438, de 19 de enero de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. **Diario Oficial**, n. 47957, Bogotá, 19 ene. 2011. Disponible em: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>>. Acceso em: 28 set. 2016.

_____. Corte Constitucional. **Sentencia T-876**, de 29 de octubre de 2012a. Solicitud relativa a la reasignación de sexo y procedimientos complementarios. Acción de tutela interpuesta por Julián Clavijo contra E.P.S.-S Comparta. [Magistrado Ponente: Nilson Pinilla Pinilla]. Disponible em: <<http://corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-876-12.htm>>. Acceso em: 21 jun. 2016

_____. Corte Constitucional. **Sentencia T-918**, de 08 de noviembre de 2012b. Solicitud relativa a la reasignación de sexo y procedimientos complementarios.

Acción de tutela interpuesta por Loreta contra Aliansalud E.P.S. [Magistrado Ponente: Jorge Iván Palacio Palacio]. Disponible em: <<http://corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-918-12.htm>>. Acceso em: 21 jun. 2016.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. **Análisis de Situaciones de Salud de poblaciones diferenciales**. Bogotá, 2013a.

_____. Corte Constitucional. **Sentencia T-771**, de 07 de noviembre de 2013b. Solicitud relativa a la reasignación de sexo y procedimientos complementarios. Acción de tutela interpuesta por Ana Sofía Arango Berrío contra Comfenalco Antioquia EPS, Caja de Compensación Familiar-Compensar, y el Ministerio de Salud y Protección Social. [Magistrado Ponente: María Victoria Calle Correa]. Disponible em: <<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-771-13.htm>>. Acceso em: 21 jun. 2016.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú**. Bogotá, 2013c.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. **Resolución 5521**, de 27 de diciembre de 2013d. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS) de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Bogotá, 2013. Disponible em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>>. Acceso em: 21 jun. 2016.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. **Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia**. Bogotá, 2015a.

_____. Congreso de la República de Colombia. Ley 1753, de 9 de junio de 2015b. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un nuevo país. **Diario Oficial**, n. 49538, Bogotá, 9 jun. 2015. Disponible em: <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=61933>>. Acceso em: 28 set. 2016.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. **Política de Atención Integral en Salud “un sistema de salud al servicio de la gente”**. Bogotá, 2016a.

_____. Proyecto de decreto, de 2016b. Por el cual se adopta la Política Pública Nacional para el ejercicio pleno de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI). Disponible em: <http://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/noticias/proyecto_decreto_politica_publica_lgtbi_1.pdf>. Acceso em: 29 sep. 2016.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social & Banco Interamericano de Desarrollo. **Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS**. Bogotá D.C., abr. 2016c.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. **Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)**. Bogotá, jun. 2016d.

_____. MINISTERIO DE SALUD. **Rueda de prensa sobre proyecto de ley para regular cirugías estéticas**. Video basado en el proyecto de ley para reglamentar cirugías plásticas y estéticas en Colombia, 2016e. Disponible em: <<https://www.youtube.com/watch?v=TrTn5nMilWQ>>. Acesso em: 29 de janeiro de 2017.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. **POS Pópuli**. s.d. Disponible em: <<http://pospopuli.minsalud.gov.co/paginas/home.aspx>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

CORREA, Andrea. Coqueta: depoimento [jan 2016]. Entrevistadora: Natalia Espitia Pachón. Bogotá: Barrio Santa Fé casa de Coqueta, 2016. 1 cassette sonoro. Entrevista concedida a autora.

DIAS, Maria. Um histórico da patologização da transexualidade e uma conclusão evidente: a diversidade é saudável. **Revista Gênero & Direito**, n. 2, 2014. Disponible em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ged/article/view/20049/11794>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2017.

DUEÑAS, Jairo. "Rompí el molde de ser hombre". **Revista Cromos**, Bogotá, 27 jun. 2016. Disponible em: <<http://www.cromos.com.co/personajes/actualidad/articulo-142233-brigitte-baptiste-rompi-el-molde-de-ser-hombre>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

DYE, Thomas. **Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas**. Brasília: Editora UnB, 2005.

ENGEL, Tatiana; TOLFO, Denise. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

ENGELS, F. Carta a Bloch. In: MARX, K.; ENGELS, F. **Obras escolhidas**. v. 3. São Paulo: Alfa-Ômega, 1986.

ESCOBAR, Manuel. La politización del cuerpo: Subjetividades trans en resistencia. **Nómadas**, Bogotá, n. 38, p. 133-149, abr. 2013.

ESPITIA, Natalia; PERALTA, Karen. **Cuerpos que gritan: Construcción corporal a partir de infiltración de sustancias modelantes con fines estéticos en las mujeres trans que ejercen la prostitución en la localidad de Los Mártires**. 2012. 150 f. Monografía (Pregrado en Trabajo Social) – Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Bogotá, 2012.

_____. Uso de modelantes estéticos, como proceso de la transformación corporal de mujeres transgeneristas. **Tabularasa**, Bogotá, v. 19, p. 281-300, jul.-dic. 2013.

FEMENÍAS, María Luisa. A crítica de Judith Butler a Simone De Beauvoir. **Sapere Aude**, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 310-339, 2º sem. 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a Vontade de Saber**. 17 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. No al sexo rey, Barcelona, 1994. In: _____. **Un diálogo sobre el poder**, Barcelona: Altaya, 1994. Entrevista concedida a Bernard Henry-Levy.

_____. **Vigiar e Punir: História da violência nas prisões**. 39 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

_____. **Microfísica do poder**. 25 ed. São Paulo: Graal, 2012.

GÁMEZ, Carlos. **Logros y desafíos del movimiento LGBT de Bogotá para el reconocimiento de sus derechos**. 2008. 175 f. Monografía (Pregrado en Ciencias Políticas) – Universidad Javeriana, Bogotá, 2008.

GARCIA, Andrea. Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo – género. **Feminismos y experiencias de transexuales y travestis**. **Revista Colombiana de Antropología**, Bogotá, v. 45, n. 1, p. 119-146, ene.-jun. 2009.

GARZÓN, Estefanía. Estefanía: depoimento [jan 2016]. Entrevistadora: Natalia Espitia Pachón. Bogotá: Facultad de Artes Universidad Distrital, 2016. 1 cassette sonoro. Entrevista concedida a autora.

GAVIDIA, Valentin; TALAVERA, Marta. La construcción del concepto de salud. **Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales**, Valencia, n. 26, p. 161-175, 2012.

GODOY, Juan. Psicología de la salud: delimitación conceptual. In: SIMÓN, Miguel Angel. **Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones**. Madrid: Biblioteca Nueva, 1999.

GÓMEZ, Sandra. La cuestión social y su articulación con el Trabajo Social. **Tabularasa**, Bogotá, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Vol 22, enero-junio. 2015.

GUERRA, David. El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. **Revista Facultad Nacional Salud Pública**, Medellín, v. 24, n. 2, p. 142-146, jul.-dic. 2006.

GUERRERO, Patricio. **La cultura: Estrategias conceptuales para entender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia**. Quito: Abya-Yala, 2002.

HARAWAY, Donna; KUNZRU, Hari. **Antropologia do ciborgue: As vertigens do pós-humano**. 2. ed., Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

HARVEY, David. **Breve historia del neoliberalismo**. Madrid: Akal, 2007.

HERNANDEZ, Laura Isabel. Laura: depoimento [jan 2016]. Entrevistadora: Natália Espitia Pachón. Bogotá: Biblioteca Luís Angel Arango, 2016. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a autora

INTERNATIONAL SOCIETY ON AESTHETIC PLASTIC SURGERY (ISAPS). **International Survey on Aesthetic/Cosmetic: Procedures Performed in 2014**. Hanover-NH: s.d. 18 p. Disponível em: <<https://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2015%20ISAPS%20Results.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

JAIME, Martin. **Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: demandas de la comunidad TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú**. Buenos Aires: Clacso, 2013.

LASSO, Roberto. Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por sexos-géneros. **Revista CES Psicología**, Medellín, Universidad CES, vol. 7, núm. 2, julio-diciembre, 2014.

LAURETIS, Teresa. La tecnología del género. In: _____ (Ogr.) **Technologies of Gender: Essays on Theory, Film, and Fiction**. London: Macmillan Press, 1989, p. 6-34. Disponível em: <http://wiki.medialab-prado.es/images/b/b0/La_tech_del_genero_Delauretis.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

LAURRELL, Asa Cristina. La política social en el proyecto neoliberal, In: BORGIANNI, Elisabete; MONTAÑO, Carlos. **La Política Social Hoy**. Sao Paulo, Editorial Cortez, 2. Ed, 2004.

LOURO, Guacira Lopes. Teoria Queer - Uma Política Pós-Identitária para a Educação. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 541-553, jan. 2001.

MAC DOWELL, Maria Cristina; CAVALCANTI, Jose Carlos. Integração vertical: Um painel da literatura. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, p. 183-200, 1998.

MALAGÓN, Lina. Movimiento LGBT y contra movimiento religioso en Colômbia. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, Brasília, vol. 2, n. 1, jan. p. 162-184, 2015.

MALDONADO, Daniela. In: VICE. **De nuestra serie que pretende responder a la pregunta "¿qué significa ser LGBTI en Colombia?"**. [S.l.]: 21 dez. 2016. Disponível em: <https://www.vice.com/es_co/article/vea-nuestra-serie-normal-que-significa-ser-lgbti-en-colombia>. Acesso em: 11 jan. 2017.

MARTÍNEZ, Antar. Repensar la perspectiva psicosocial sobre el género: Contribuciones y desafíos a partir de las identidades transgénero. **Psicoperspectivas**, Viña del Mar, v. 11, n. 2, p. 164-184, 2012.

MARTÍNEZ, Rubí; SOTO, Ernesto. El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. **Revista Política y Cultura**, México, D.F., n. 37, p. 35-64, 2012.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. 2.ed, São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MATTOS, Arthur. Contribuições da Arqueologia e Genealogia à Análise de Políticas de Saúde. In: MATTOS, Ruben Araujo de; BAPTISTA, Tatiana. Wargas de Faria. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1. ed., Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

MAUSS, Marcel. Las Técnicas Corporales. In: _____ (Org.) **Sociología y Antropología**. Madrid: Tecnos, 1979.

MILLER, Daniel. **Trecos, troços e coisas**: Estudos antropológicos sobre a cultura material. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

MISSÉ, Miquel; COLL-PLANAS, Gerard. La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. **Norte de salud mental**, Barcelona, v. 8, n. 38, p. 44-55, 2010a.

_____. **El género desordenado**. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. España: Egales, 2010b.

MISKOLCI, Richard. **Teoria Queer**: um aprendizado pelas diferenças,. Belo Horizonte: Autêntica/ Universidade Federal de Ouro Preto, 2012.

MOLINA, Mario. La tutela y reforma en salud: Desencanto de un juez soñador. **Vniversitas**, Bogotá, Universidad Javeriana, num. 127, julio-diciembre, 2013.

MOORE, Henrietta. **Compreendendo sexo e gênero**. [S.l: s.n.], s.d. 17 p. Disponível em: <<http://www.cppnac.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Compreendendo-sexo-e-g%C3%AAnero.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

NICOLETTI, Javier Augusto. Derecho humano a la salud: Fundamento y construcción. **Revista de Ciencias Sociales**, San José-Costa Rica, v. 2, n. 120, p. 49-57, 2008.

NOY, Shiri. Las políticas de salud del Banco Mundial. **Revista de Ciencias Sociales**, San José, Universidad de Costa Rica, vol. 4, núm. 142, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO) – 1946. Disponível em:

<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 25 jul. 2016

_____, apud MOLINA, Mario. La tutela y reforma en salud: Desencanto de un juez soñador. **Vniversitas**, Bogotá, Universidad Javeriana, num. 127, julio-diciembre, 2013.

OVALLE, Carolina. Carolina: depoimento [jan 2016]. Entrevistadora: Natalia Espitia Pachón. Bogotá: Calle del Barrio Santa Fé, 2016. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a autora.

PÁEZ, Danna. Danna: depoimento [jan 2016]. Entrevistadora: Natalia Espitia Pachón. Bogotá: Barrio Bosa Peluqueria de Danna, 2016. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a autora.

PAQUETESQUIRURGICOS. Paquetes quirúrgicos precios de cirugías plásticas estéticas. Disponível em: <http://paquetesquirurgicos.com/cirugia_plastica>. Acesso em: 17 out. 2016.

PARRA-VERA, Oscar; ELY, Alicia. **La Sentencia T-760 De 2008, su Implementación e Impacto**: retos y oportunidades para la justicia dialógica. Disponível em: <<http://www.corteidh.or.cr/tablas/r32458.pdf>>. Acesso em: 02 de fevereiro 2017.

PENHA, João. **O que é o existencialismo**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

PEREIRA, Potyara. **Política social**: temas & questões, 2 ed., São Paulo: Cortez, 2009.

PEREZ, Johanna. Johanna: depoimento [jan 2016]. Entrevistadora: Natalia Espitia Pachón. Bogotá: Biblioteca Luís Angel Arango, 2016. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a autora.

PORCHAT, Patricia. Respirar, desejar, amar e viver. **Revista CULT**, São Paulo, v. 118, out. 2007. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/respirar-desejar-amar-e-viver/>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

PRECIADO, Beatriz. **Testo Yonqui**. Madrid: Espasa, 2008.

_____. Multidões queer: notas para uma política dos "anormais". **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 11-20, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2011000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

QUIJANO, Marcela. La arqueología y genealogía de Foucault desde los dispositivos de control en el quehacer político. **Analecta Política**, Medellín, v. 4, n. 5, p. 327-347, jul.-dic. 2013.

ROSSETTI, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 6a. ed., São Paulo: Cortez, 2009.

RUIZ, Yoko. Yoko: depoimento [jan 2016]. Entrevistadora: Natalia Espitia Pachón. Bogotá: Barrio Santa Librada casa de Yoko, 2016. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a autora.

RUBIN, Gayle. El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo. In: LAMAS, Marta. **El género la construcción cultural de la diferencia sexual**. México, D.F.: PUEG, 1996, p. 35-96.

SILVA, Ana Márcia. Corpo e diversidade cultural. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 87-98, set. 2001. Disponível em: <<http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/324>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

SILVA, Ozanira. **Avaliação de políticas e programas sociais**: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA, Ozanira (coordenadora). *Pesquisa Avaliativa: aspectos teóricos metodológicos*: Veras Editora, 2008.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira; PICCIRILLO, Miguel Belinati. Direitos fundamentais: a evolução histórica dos direitos humanos, um longo caminho. **E-gov UFSC**, [online], 28 set. 2012. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/direitos-fundamentais-evolu%C3%A7%C3%A3o-hist%C3%B3rica-dos-direitos-humanos-um-longo-caminho>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

SANTOS, Lionês. O corpo na cultura e a cultura da 'reforma' do corpo. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 10, n. 30, p. 406-414, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Lion%C3%AAsArt.pdf>>. Acesso em: 08 de jan. 2017.

SCOTT, Joan. Gênero, uma categoria útil para análise histórica. **Educação e sociedade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 71-99, jul.-dez. 1990.

SOSSA, Alexis. Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. **Polis Revista latinoamericana**, [online], v. 28, p. 1-19, 2011. Disponível em: <<https://polis.revues.org/1417>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **La salud de las personas trans**: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Disponível em: <<http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>>. Acesso em: 15 agosto.

TOCANO, Fabiano. **Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais**, São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

UGA, Vivian. A categoria "pobreza" nas formulações de política social do Banco Mundial. **Revista de sociologia e política**, Curitiba, n. 23, p. 52-62, nov. 2004.

UGALDE, Antonio; HOMEDES, Nuria. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 202-209, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n3/a11v17n3.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2016.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. '**Atrapadas**' en el Santa Fe: **¿cómo se mueven las trabajadoras sexuales trans en Colombia?**. Video basado en la investigación "Ni aquí ni allá: Las geografías emocionales de las trabajadoras sexuales trans, víctimas del conflicto armado". Canal You Tube: Universidad de Los Andes. Publicado em: 19 ago. 2016. (12 min.). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=u1Y1nOwHCil>>. Acesso em: 4 jan. 2017.

UPEGUI, Juan; MOLANO, Maryj; PALACIO, Andrés. Responsabilidad, riesgos penales y civiles de la Medicina estética en Colombia. **Nuevo derecho**, Envigado, v. 8, n. 10, p. 23-28, ene.-jun. 2012.

VÁSQUEZ, Adriana. Confesiones de una esposa que aprendió a ser feliz. Bogotá, 2011. **Revista Soho**, Sección Historias, Bogotá, 12 may. 2011. Entrevista concedida a María Jimena Duzán. Disponível em: <<http://www.soho.co/historias/articulo/mi-marido-tiene-tetas/23195>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

VILLAR, Luis. Estado de derecho y Estado social de derecho, **Revista Derecho del Estado**, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, n. 20, 2007.

VELANDIA, Manuel. **Desde el cuerpo**: La construcción de la identidad particular y el redescubrimiento del propio cuerpo, como puntos de partida de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas e infección por HIV y las ETS, en menores vinculados a la prostitución. Bogotá: Fundación Apoyémonos. 1996.

VELASCO, Jhony. Jhony: depoimento [jan. 2016]. Entrevistadora: Natalia Espitia Pachón. Bogotá: Barrio Bosa casa de Jhony, 2016. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a autora.

WEINSTEIN, Laura. Laura: depoimento [jan 2016]. Entrevistadora: Natalia Espitia Pachón. Bogotá: Centro de Ciudadanía LGBTI Sebastián Romero, 2016. 1 cassete sonoro. Entrevista concedida a autora.

WOODS, Ellen, **Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico**, São Paulo: Boitempo, 2011.

WILLIAMS, James. **Pós-estruturalismo**. Petrópolis: Vozes, 2013.

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

- 1) Presentación de la entrevistada.
- 2) ¿Que opina, que representa y que tan importante es el cuerpo para una persona transexual?
- 3) ¿Cuál considera que es la situación de la población con relación a las transformaciones corporales?
- 4) ¿Qué tan importante puede ser la identidad ante ese cuerpo?
- 5) ¿Quisiera que contaras como inicio el proceso de transformación en ti?
- 6) ¿Cómo fue y como sigue siendo tu proceso de transformación corporal?
- 7) ¿Qué tipo de procedimientos te has realizado?
- 8) ¿Después de los procedimientos has tenido algún tipo de problema?
- 9) ¿Has intentado realizarte estos procedimientos a través de la EPS?
- 10) En caso que la persona realice los procesos de transformación corporal con la EPS: preguntarle: ¿Te han exigido el certificado de disforia?
- 11) ¿Cuál es tu posición frente al certificado de disforia?
- 12) ¿Actualmente como es el proceso para solicitar el certificado de disforia?
- 13) ¿Cuál es tu objetivo con los procesos de transformación corporal?