

Daniela Calvó Barrera

**Integralidade e Cissexismo:
Uma revisão de artigos sobre atenção à saúde das pessoas Trans**

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido à Universidade Federal
de Santa Catarina como requisito
parcial necessário para a obtenção
do Grau de Bacharel em Ciências
Sociais.

Orientadora: Dra. Márcia Grisotti

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Calvó Barrera, Daniela

Integralidade e Cissexismo : Uma revisão de artigos
sobre atenção à saúde das pessoas Trans / Daniela Calvó
Barrera ; orientadora, Márcia Grisotti - Florianópolis,
SC, 2014.
196 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Filosofia e Ciências Humanas. Graduação em Ciências Sociais.

Inclui referências

1. Ciências Sociais. 2. Gênero. 3. Saúde. 4. Pessoas
Trans. 5. Integralidade e Cissexismo. I. Grisotti, Márcia
. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Ciências Sociais. III. Título.

Daniela Calvó Barrera

**Integralidade e Cissexismo:
Uma revisão de artigos sobre atenção à saúde das pessoas Trans.**

Este trabalho de Conclusão de Curso submetido à Universidade Federal de Santa Catarina foi julgado adequado para a obtenção do Título de Bacharel em Ciências Sociais.

Prof. Dr. Jeremy Paul Jean Loup Deturche - Coordenador do Curso

Prof^a Dr^a Márcia Grisotti - Orientadora

Prof^a Dr^a Miriam Grossi – Membro

Msc. Ana Maria Mújica Rodriguez – Membro

Florianópolis, 12 de Agosto de 2014

AGRADECIMENTOS

Levo em minha pele inscritas as palavras “Mujeres Fuertes”, e de modo geral, estes agradecimentos giram em torno delas.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à força das mulheres da minha Família, tanto paterna quanto materna. Duas avós Ana que saíram de seus países de origem e vieram construir suas vidas no Brasil, e com seu amor e dedicação agregam toda a família ao seu entorno. Tias guerreiras, prontas para saírem em defesa de suas crias. Minhas primas, que me acolhem e estimulam, demonstrando que por mais distante meu caminho me leve, sempre terei um ninho pra onde voltar. Um salve especial para minha irmã Rafaella e sua filha Manu, a mais nova guerreirinha da família.

E ainda em relação à família, por último e mais importante, minha mãe, Lolita. Obrigada por me dar a vida e ensinar a vivê-la. Tudo que eu construí de bom em mim veio de você mãezinha, a honestidade, a dedicação aos amigos, a noção de que “o feito é melhor que o perfeito”, que impulsiona a responsabilidade de terminar aquilo que comecei - por mais tempo que isso possa levar.

Agradeço também à minha orientadora Márcia Grisotti que aceitou me orientar e me incentivou quando decidi mudar o tema do trabalho.

Especial também foi a atuação da professora Miriam Grossi, que sempre mostrou confiar nas minhas potencialidades, insistindo nos últimos tempos para que eu botasse um ponto final nesta (longa) trajetória de graduação.

Agradeço algumas amigas da adolescência como Ana Carolina Magalhães, Andrea Dominguez, Gabriela Naccache, Naomi Mundy e Marcella Leme por estarem presentes nos primeiros momentos em que pude perceber possibilidades de ruptura entre “ser mulher – vestir-se/portar-se de maneira feminina – sentir-se atraída por homens”, ou seja, ruptura na linearidade “sexo-gênero-desejo”.

Ainda dos tempos pré-universidade, mas que vem me acompanhando nestes quase sete anos, faço menção especial a Susana Gonçalves, que desde a minha primeira manifestação a respeito da mudança para Florianópolis me deu força e estímulo para seguir meus sonhos.

Se fizeram muito importantes durante todo o processo na Universidade as “meninas do bosque”, Barbara Harris, Luiza Vieira, Natália Lima, Ramos Flã e Thania Cristina, que nunca deixaram a chama se apagar.

Agradeço também xs Seips-SapaTrans-LésBixas: Kess Mx, Sophia Caroline, Geni Nuñez, Lin Wall, Éris Sônica, Laura Carvalho, Kérol Lólis, Sami RachaMacho, Julia Godinho, Mila Dutra, Natasha de Holanda, Diego Pontes (oficialmente nomeado para não me deixar desistir), Fernando Teixeira, Bruno Cordeiro entre outrxs com quem venho “(des)fazendo gênero” nos últimos tempos.

Vale por fim agradecer também aos homens da família, pai, tios, primos e irmão. Todos de alguma forma me fazem ser quem sou. Fica o abraço a alguns amigos como os da “rapaziada do bosque”, que estavam lá na chuva ou no sol; o agradecimento a César Hack, com quem partilhei as angústias do processo universitário “sem fim”; e também

agradeço ao Rafael Dias simplesmente por ser o melhor amigo que eu já tive.

Por fim, fica o agradecimento pela paciência (quase) sem limites do meu companheiro Felipe Neis, que esteve comigo nos últimos quatro anos, mostrando sempre que eu posso muito mais.

RESUMO

Buscou-se com a realização deste trabalho verificar como a temática da atenção à saúde das pessoas Trans tem sido abordada tanto em artigos acadêmicos quanto por militantes do movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis, transexuais e Intersexo – LGBTT, trazendo a discussão a respeito do atrelamento do atendimento às necessidades trans-específicas ao diagnóstico de “transtorno de identidade de gênero”. Com este fim foram realizadas duas entrevistas em profundidade com pessoas Trans militantes, além de uma revisão da bibliografia produzida no Brasil sobre o tema da transexualidade e saúde. Assim, neste trabalho são abordados temas como: o questionamento ao laudo psiquiátrico como condição de acesso aos serviços de saúde e a proposta da despatologização das identidades; o processo transexualizador e as legislações que o regulamentam; e a integralidade do atendimento às pessoas trans nos serviços públicos de saúde. Nas considerações finais é relatado que a luta pela despatologização das identidades Trans deve apoiar-se na definição da Política de Saúde Integral com base nos princípios do SUS, que permite um alargamento na noção de Saúde que não mais é limitada a uma condição de ausência de doença. Ao a noção de Integralidade levar em conta as especificidades de cada sujeito, pode-se perceber que nem todos demandam os mesmos cuidados, e assim é possível refletir que pautar o atendimento das pessoas que transitam entre os gêneros na noção de “transexual verdadeiro” e na realização da Cirurgia de Redesignação Sexual seria fixar rigidamente as vivências de feminilidade e masculinidade às normas binárias de gênero que tem sua inteligibilidade alicerçada nos corpos sexuados.

Palavras-chave: Transgênero; Gênero; Saúde; Integralidade; Despatologização.

ABSTRACT

The aim of the present writing was to verify how the topic of health care for Trans people has been addressed both in academic papers and by militants of the Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual, Transgender and Intersex movement (LGBTT) , including the discussion about conditioning the meeting of trans-specific needs to the diagnosis of "gender identity disorder". To this end, I performed two in-depth interviews with Trans activists and a review of the literature produced in Brazil on the subject of transsexuality and health, aiming to establish an overview. This work presents topics such as: the challenging of the psychiatric assessment as a condition for accessing health care and the proposal of depathologizing the identities; the transsexualizing process and the laws that regulate it; and the Comprehensiveness of the care for trans people in public health services. In the conclusion it can be perceived that the fight for depathologization of the Trans identities should be based on the definition of the Policy of Comprehensive Health Care based on the principles of the public unified health system (Sistema Único de Saúde – SUS), which allows an extension of the notion of health, no longer limited to a condition of absence of disease. The fact that the notion of Comprehensiveness take into account the specificities of each subject, allows us to realize that different people require different care, and so it is possible to understand that to orient the care of people who move between genders on the notion of "true transsexual" and the performance of the Sex Reassignment Surgery would be to fix rigidly the experiences of femininity and masculinity to binary gender norms which have their intelligibility rooted in sexed bodies.

Key-Words: Transgender; Gender; Health; Comprehensive Care; Depathologization.

SUMÁRIO

Agradecimentos, **v**

Apresentação, **xvii**

Capítulo 1 – Revisão dos Artigos Encontrados no SciELO, **35**

- 1.1 Despatologização, **35**
- 1.2 Processo Transexualizador, **54**
- 1.3 Saúde Pública & Saúde Coletiva, **80**
- 1.4 Direitos Sexuais e Reprodutivos, **95**
- 1.5 Outras Questões de Saúde, **105**

Capítulo 2 – Transexualidade: Categoria Social de Gênero ou Categoria Diagnóstica?, **109**

- 2.1 Contextualização Patologizada da Visão Biomédica, **109**
- 2.2 A Assistência Pública às Pessoas Transexuais nos Serviços de Saúde Brasileiros: Entre a Patologização e As Novas Possibilidades, **115**
 - 2.2.1 Resolução Nº 1.482/97 do Conselho Federal de Medicina, **116**
 - 2.2.2 Resolução Nº 1652/02 do Conselho Federal de Medicina, **118**
 - 2.2.3 Portaria Nº 1.707/08 Ministério da Saúde, **118**
 - 2.2.4 Processo-Consulta CFM Nº 8.883/09 – Parecer CFM Nº 20/10, **120**
 - 2.2.5 Resolução Nº 1.955/10 do Conselho Federal de Medicina, **122**
 - 2.2.6 Portaria Nº 2.836/11 do Ministério da Saúde, **123**
 - 2.2.7 Portaria Nº 859/13 do Ministério da Saúde, **124**
 - 2.2.8 Portaria Nº 1.579/2013 do Ministério da Saúde, **126**
 - 2.2.9 Portaria Nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde, **128**

2.2.10 Integralidade, **129**

2.3 Contextualização da Visão Crítica, Despatologizada, **138**

2.3.1 Estudos Queer, **140**

2.3.2 Autonomia, **146**

2.3.3 Campanha Pare a Patologização! – STP 2012, **148**

2.3.3.1 Stp - Processo De Revisão Do CID, **150**

2.3.3.2 Stp - Processo De Revisão Do DSM, **153**

2.3.4 Atendimento Psicológico, **156**

2.3.5 Questionamentos A Respeito Da Obrigatoriedade Do Laudo, **160**

Capítulo 3 – Despatologização Sem Perda De Direitos De Saúde: Um Outro Modelo É Possível?, 163

3.1 O Debate Entre Patologização e a Despatologização: Perda ou Garantia de Direitos de Saúde?, **163**

3.2 Um Outro Modelo é Possível?, **165**

3.3 Menção Despatologizada no CID, **167**

Considerações Finais, 171

Referências Bibliográficas, 175

Glossário, 191

LISTA DE TABELAS

Tabela 1, xxx

APRESENTAÇÃO

A pessoa que assume uma vivência de gênero que não está alinhada ao sexo que lhe foi atribuído ao nascimento baseado na presença de certo órgão genital, tem sido retratada de diferentes maneiras, dependendo da linha teórica com a qual está sendo pensada. No Brasil, os saberes reconhecidos como científicos legitimados para dar explicações a respeito desta falta de linearidade entre o sexo e o gênero têm sido as ciências médica e psi (psiquiatria, psicologia, psicanálise), que percebem o sexo como sendo um dado natural e o gênero como sendo seu reflexo, assim como tudo que é constitutivo dos sujeitos. Ou seja, quando se diz “tem pênis, é homem” está se dizendo ao mesmo tempo, “é masculino, se atrai por mulheres”.

A medicina retrata a transexualidade como uma entidade nosológica, denominada “Disforia de gênero” pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5*)¹ da Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA); ou “Transtornos da identidade sexual” segundo o Código Internacional de Doenças (CID), elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS); ou ainda, denominada “transexualismo” pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), sendo que a principal característica presente em todas as definições seria um intenso sofrimento devido ao antagonismo entre sexo e gênero, que por sua vez não estaria relacionado a “anomalia sexual ou distúrbio de base orgânica, como as espécies de hermafroditismo”. (VENTURA, SCHRAMM, 2009:66). Esses documentos médicos que visam orientar o manejo das pessoas que apresentam um desacordo entre o sexo e o gênero são pautados tanto pela norma binária de gênero, que considera que só existem OU corpos homens OU corpos mulheres, pelo dimorfismo, que é noção que propõe que os corpos feminino e

¹ Em dezembro de 2012, a Associação Americana de Psiquiatria (APA), principal difusora da expressão “transtorno de identidade de gênero” em revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) e por força da crescente campanha do ativismo trans internacional expresso na campanha “Stop Trans pathologization”, deixou de classificar a transexualidade como “transtorno de identidade de gênero”, substituindo o termo por “disforia de gênero”. Trata-se de uma solução intermediária destinada a não mais considerar os/as transexuais como portadores de uma doença mental. O termo “disforia”, embora goze de maior legitimação por parte dos/as próprios/as transexuais, não despatologiza completamente a questão, como é o desejo dos proponentes da campanha. Para maiores informações sobre o conteúdo da campanha, conferir a página eletrônica <http://www.stp2012.info/old/pt>.

masculino são radicalmente diferentes (BENTO, 2008) e que tem a heterossexualidade como complemento natural desses corpos, e assim, percebem os trânsitos entre sexo e gênero como uma impossibilidade lógica, algo que deve ser “diagnosticado” e então, “corrigido”, buscando através das intervenções corporais, consideradas como o “tratamento” para os casos de “transexualismo”, restabelecer a linearidade entre o sexo e o gênero. Para ter acesso as intervenções corporais, o indivíduo precisa cumprir com o que é proposto pelo CFM, que considerando que o paciente transexual é “portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio” (CFM, 2010) autoriza as cirurgias de alteração do fenótipo masculino para feminino e vice versa, contanto que se obedeçam aos critérios mínimos, que são:

- 1) Desconforto com o sexo anatômico natural;
- 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
- 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- 4) Ausência de transtornos mentais. (CFM, 2010).

Aparentemente os saberes biomédicos estabeleceram critérios muito específicos para determinar aqueles que seriam “verdadeiros transexuais”, autorizando somente a esse restrito segmento, a realização de alterações tanto jurídicas quanto cirúrgicas, deixando desassistida uma ampla gama de pessoas cujas identidades, expressões ou comportamentos de gênero são diferentes daquilo que foi tipicamente associado ao o sexo com que foram assignadas ao nascimento, denominadas neste trabalho como pessoas Trans².

² O termo “Trans”, ou ainda “Trans*” como aparecerá em algumas citações, é utilizado como um *umbrella term*, ou seja, como um “conceito guarda-chuva”, que agruparia debaixo dele qualquer pessoa cuja identidade, expressão ou comportamento de gênero seria diferente daquilo que é tipicamente associado com o sexo que foi determinado ao nascimento, como por exemplo, transexuais, travestis, *drag* *Queens/Kings*, *crossdressers*, andrógenos, a-gênero/*gender queer*. Retirado do texto *Transgender Terminology* publicado online pelo *Center for Transgender Equality*, disponível em: <http://transequality.org/Resources/NCTE_TransTerminology.pdf > Acesso em: 06 maio 2013.

Porém, há também toda uma série de saberes que consideram que as vivências tanto dos indivíduos que transitam entre os gêneros quanto dos que reivindicam social e legalmente a passagem de um para outro, não estão relacionadas à problemas sexuais, como os saberes biomédicos o fazem, mas sim relacionadas ao gênero, ou seja, associadas à experiências identitárias de construção de si e, como propõe Bento (2008), que estão atreladas à capacidade de os diferentes sujeitos “construírem novos sentidos para os masculinos e os femininos” (BENTO, 2008:23). Os pesquisadores que se alinham com essa percepção mais ampla das vivências Trans, quando tratam especificamente da transexualidade, podem retratá-la de múltiplas formas, como por exemplo, como o faz Pierre–Henri Castel, para quem a transexualidade “Caracteriza-se pelo sentimento intenso de não-pertença ao sexo anatômico, sem por isso manifestar distúrbios delirantes (...), e sem bases orgânicas”. (CASTEL, 2001). Ou então como “um fenômeno cuja principal característica é o desejo de viver e ser identificado como pessoa do sexo oposto ao seu sexo biológico, e de ter seu corpo modificado para o sexo/gênero com o qual se identifica” (VENTURA, SCHRAMM, 2009:66), definição de autores que dão ênfase à importância da realização de modificações corporais para as vivências de sujeitos transexuais; Ou ainda pode ser definida como o faz a pesquisadora Berenice Bento, para quem “a transexualidade é uma experiência identitária caracterizada pelo conflito com as normas de gênero”. (BENTO, 2008) e que percebe como “homens trans as pessoas que nascem mulheres e que demandam o reconhecimento social ao gênero masculino e como mulheres trans as pessoas que nascem homens e que reivindicam o reconhecimento social ao gênero feminino”, e para quem “A cirurgia de transgenitalização (...) não se configura como um marcador nesta definição”. (BENTO, 2012b). Murta em sua dissertação de mestrado coloca que ainda que a “condição transexual” seria “um fenômeno complexo no qual o indivíduo se apresenta a partir da descrição de um sentimento de não pertencimento ao sexo anatômico, sem que isto implique em uma negação da sua anatomia sexual. (MURTA, 2007:10). Por sua vez Guilherme Almeida afirma que transexualidade seria a experiência de indivíduos “que transcendem os limites do binarismo fundado no processo de atribuição sexual pela aparência dos órgãos genitais que acompanha (e, algumas vezes, precede) o nascimento.” (ALMEIDA, 2012:514). E trazendo ainda uma

visão despatologizada da transexualidade, os autores Arán, Murta e Zhaidaft observam que apesar de a transexualidade se caracterizar “por uma condição de intenso sofrimento”, consideram que este sofrimento “se dá não apenas por uma percepção de não pertencimento ao sexo dito biológico, mas, sobretudo, pela precariedade social proveniente da não aceitação desta condição por parte da normatividade cultural vigente”. (ARAN, ZHAIDAF, MURTA, 2008:70).

Além destas definições dadas por estudiosos da transexualidade, das áreas das Ciências Sociais, Serviço Social, Saúde Coletiva e Psicologia, é interessante trazer também aqui diferentes noções de transexualidade que vêm sendo utilizadas por militantes Trans, por exemplo, pelo Coletivo Nacional de Transexuais, que propõe uma noção de “homens e mulheres que vivenciam a transexualidade” enfatizando que a transexualidade não seria uma identidade pelo fato das pessoas se definirem e se reconhecerem como “homens” e “mulheres” e não como “transexuais”³ (ARÁN, MURTA, 2009:33-34). Outros grupos por sua vez, incorporam a noção de “transexualidade como definição de si” (ARÁN, MURTA, 2009:33-34), preferindo o uso da definição “Homens Transexuais” e “Mulheres Transexuais”. Há ainda a noção de “transgênero”, preferida por um grupo minoritário, que seria a noção de que busca expressar a possibilidade de um cruzamento de gêneros. Por fim, cabe mencionar que, ainda que no meio médico a distinção entre transexuais e travestis seja normalmente enfatizada, há várias pessoas que transitam entre estas duas identidades.

O que todas estas definições apresentam em comum é a tentativa de romper com a noção biomédica que percebe os trânsitos identitários como um transtorno mental que atrela o diagnóstico de “transexualismo” ao acesso a determinados cuidados de saúde, como será explicitado ao longo do trabalho.

Busquei com a realização deste trabalho de conclusão de curso

³ O Coletivo Nacional de Transexuais vem propondo a terminologia mulheres/homens que vivenciam a transexualidade, enfatizando a necessidade de desessencializar a identidade transexual, compreendida como categoria médica. Reivindicam sua identificação às categorias mulher ou homem, afirmando que suas diferenças biológicas em relação a outras mulheres e homens não devem comprometer o reconhecimento social no gênero que expressa sua realidade subjetiva. Essa nova terminologia vem sendo incorporada a documentos governamentais, tais como na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e no Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids, ambos do Ministério da Saúde. (LIONÇO, 2009 nota 7)

verificar como a temática da atenção à saúde das pessoas Trans tem sido abordada tanto em artigos acadêmicos quanto por militantes do movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestis, transexuais e Intersexo - LGBTTI⁴. Procurando compreender o atrelamento do atendimento integral às necessidades trans-específicas ao diagnóstico de “transtorno de identidade de gênero” ou de “disforia de gênero”. Para isso realizei duas entrevistas em profundidade com pessoas Trans militantes no estado de São Paulo, além de uma revisão da bibliografia produzida no Brasil sobre o tema da transexualidade e saúde, levantada a partir de busca no indexador SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) que visou estabelecer um panorama da produção acadêmica que tem tratado das especificidades que envolvem a atenção à saúde de pessoas trans. Assim, ao longo deste trabalho são abordados temas como: o questionamento ao laudo psiquiátrico como condição de acesso aos serviços de saúde e a proposta da despatologização das identidades; o processo transexualizador e as legislações que o regulamentam; e a integralidade do atendimento às pessoas trans nos serviços públicos de saúde. A partir da reflexão sobre estas questões, pude então pensar como os acadêmicos vêm trabalhando as questões de saúde das pessoas Trans no Brasil e que periódicos vêm divulgando os saberes produzidos neste contexto.

Acredito que com a articulação entre estes diferentes saberes há a possibilidade de contribuição para a elaboração e efetivação de soluções para problemas como o da violação de direitos das pessoas Trans (desde direito mais básicos como ir ao banheiro, quanto o direito à autonomia decisória sobre o próprio corpo), mitigando os agravos decorrentes da não aceitação das identidades que desviam da norma

⁴ Gostaria de ressaltar ter escolhido a sigla LGBTTI como tentativa de agregar indivíduos que se identificam por papéis de gênero considerados desviantes ou minoritários, mesmo sabendo que outras siglas são utilizadas com mais frequência como GLS, GLBT, LGBT, LGBTT, LGBTTT, ou ainda, LGBTTIQ, que agregaria além dos intersexuais, os que se definem como ‘questioning’, ou seja, os que questionam os papéis de gênero, como os que se sentem como *Gender Queer*, aqueles que sentem angústia ou desconforto ao colocar-se no lado feminino, bem como o lado masculino, ou que sentem que pertencem a ambos os lados, ou mais de um lado do que o outro e ainda os ‘genderless’, pessoas que se identificam como ‘sem gênero’. (MADDOX, 2013). Em um dos capítulos de *Sopa de Letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90* Regina Facchini discorre sobre a proliferação de siglas – chamada por ela de “sopa de letrinhas”- e a decorrente multiplicação de categorias destinadas a nomear o sujeito político do movimento homossexual (FACCHINI, 2005:16). Apenas me referirei de maneira diferente quando citando outros autores ou fontes.

binária de gênero⁵.

O trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro é feita a revisão dos artigos selecionados no SciELO segundo critérios explicitados mais adiante no percurso metodológico, subdivididos em cinco categorias, agrupados conforme seu conteúdo. Estas categorias são: despatologização, Processo Transexualizador, saúde pública & saúde coletiva, direitos reprodutivos e outras questões de saúde. Já no segundo capítulo são traçadas construções genealógicas das descrições sobre transexualidade no século XIX, apresentando primeiramente traços gerais do processo de construção do conceito de transexualidade fundamentado como uma patologia, percebendo que essa construção genealógica do diagnóstico de “transexualismo” ou “transtorno de identidade de gênero” ou ainda “disforia de gênero”, pode auxiliar na compreensão de como a regulamentação do acesso ao processo transexualizador ficou atrelada à necessidade do diagnóstico da “condição transexual”. No terceiro capítulo, por sua vez, esse processo de construção do diagnóstico será problematizado para que, por fim, sejam trazidos elementos que proponham alternativas a ele. Na sequência, o terceiro capítulo sintetiza o debate colocado por um lado, por aqueles que defendem a despatologização, e por outro, por aqueles que defendem que não se pode despatologizar, pois acarretaria em perda de direitos. Ao fim do debate são propostas alternativas para que essa despatologização ocorra com a manutenção das conquistas já alcançadas através da garantia do atendimento Integral à saúde das pessoas Trans, assim como é indicado nos documentos oficiais, apontando como uma possibilidade de garantia de direitos mesmo após a despatologização, a criação de uma menção despatologizada no CID-11.

É explicitado ao longo do texto que apesar do acesso público aos serviços de saúde ser garantido e regulamentado pela *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* (BRASIL, 2011b)⁶, parto da premissa que existem muitas dificuldades e limitações ao acesso aos serviços de saúde por parte da população LGBTTI, uma vez que percebo que na própria introdução da

⁵ A binária de gênero seria a norma social que determina que todas as pessoas são OU homens OU mulheres, e os genitais que um indivíduo possui seria condição para definir um ou outro.

⁶ A política não cita os indivíduos Intersexuais, ou seja, os indivíduos com genitália ambígua, não enquadrada em nenhum dos dois sexos.

Política de Saúde Integral LGBT nos é apresentado que ela seria marcada pelo “reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença” (BRASIL, 2011b). Ferraz e Kraiczuk (2010), enfatizam que “a intolerância, o estigma e a exclusão social relacionadas à diversidade sexual são geradoras de sofrimento e *limitadoras do acesso da população LGBT aos cuidados de saúde.*” (2010:77, grifo meu). Porém, a leitura dos documentos oficiais que regulamentam o atendimento à população Trans e LGBTTI também possibilitou a percepção de que, pautar o atendimento à saúde das pessoas Trans na noção de Saúde Integral pode promover uma abertura para a atenção à saúde dessas pessoas, uma vez que, ao escapar da lógica de atenção que atrela a demanda por assistência à necessidade de confirmação diagnóstica, escapa também da descrição patológica de “transexualismo”. Ao perceber que tanto os sujeitos que desejam realizar algumas alterações corporais quanto os que desejam migrar legalmente de um gênero que lhes foi imposto para outro com o qual se identificam, são sujeitos autônomos e capazes decidir por estas intervenções sem uma tutela médico-legal, reconhece-se que não há nada que justifique o embasamento do protocolo de acesso à mudanças corporais em um diagnóstico de doença mental.

PERCURSO METODOLÓGICO

Vale destacar a princípio que, devido à presença de muitas categorias que estão em disputa e que podem ser compreendidas em múltiplos sentidos, elaborei um Glossário que deve ser consultado para melhor compreensão do texto, percebendo esta ferramenta como mais completa do que a explicação em notas de rodapé de cada termo que possa apresentar sentido ambíguo.

Buscou-se na elaboração deste trabalho seguir as orientações dadas por Bourdieu (2007) em *Introdução a uma Sociologia Reflexiva*, segundo capítulo de *O poder simbólico*. Ao longo do capítulo o autor desenvolve sua crítica ao “monoteísmo metodológico”, defendendo que devemos combinar diferentes técnicas de recolha de dados, sem deixar de considerar que “as opções técnicas mais <<empíricas>> são inseparáveis das opções mais <<teóricas>> de construção do objecto”. (BOURDIEU, 2007:25). Foi pensando nisto que optou-se neste trabalho de conclusão pela combinação de uma **revisão da literatura**, com dados

retirados de **entrevistas em profundidade** realizadas com pessoas transexuais, e com **relatos coletados em Blogs e páginas do facebook**.

Uma das intenções deste trabalho foi articular tanto as discussões desenvolvidas no âmbito da academia e divulgadas em periódicos científicos produzidos em sua maioria por pessoas cisgêneras, que têm privilégios⁷ de fala dentro do âmbito universitário em decorrência tanto da dificuldade de pessoas Trans chegarem à academia, quanto aos inúmeros obstáculos para a sua permanência, que podem estar relacionados à, por exemplo, o respeito ao uso do nome que as represente na chamada, em certificados, no diploma etc., ou então à simples satisfação das necessidades fisiológicas sem passar por constrangimento no banheiro (dificuldades encontradas já na escolarização primária); quanto saberes produzidos no âmbito dos movimentos sociais em prol da despatologização das identidades por pessoas Trans militantes, através de entrevistas, postagens em *blogs* e no *facebook*., percebendo estas pessoas como protagonistas da produção de grande parte dos saberes que aqui foram relatados e problematizados, visibilizando e empoderando o sujeito que fala a partir de sua própria experiência.

Para todo o processo de reflexão acerca da questão da despatologização das Identidades Trans e para todo o percurso da pesquisa e dos aprendizados dela decorrentes, foi de grande relevância a oportunidade de participar como monitora do Simpósio Temático “Feminismo Transgênero e Transfeminismo”, realizado durante o Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 – Desafios Atuais dos Feminismos (FG10, ocorrido no período de 16 a 20 de Setembro de 2013). No segundo dia do ST foi desencadeada a auto-organização um coletivo, que, orientado pela agenda transfeminista, discutiu e aprovou uma Carta Aberta denominada de “Transfeminismo Fazendo Gênero”. Esta Carta, entre outras coisas, buscou ressaltar a necessidade urgente de

valorização dos conhecimentos e modos de fazer das pessoas trans, construídos historicamente, por meio de enfrentamentos ao cotidiano de exclusão ao qual a população trans está submetida no Brasil (CARTA ABERTA, 2013).

⁷ Neste sentido privilégio implica em beneficiar-se de alguma forma da marginalização ou exploração de outra pessoa. (AMARAL, 2014)

Na sequência da Carta Aberta o coletivo convida a comunidade universitária, os participantes do evento e a organização do Seminário a uma “produção solidária de não silenciamento”, adotando uma postura de discordância de qualquer tentativa que possa

menosprezar as vozes – cada vez mais audíveis - das pessoas trans que denunciam o sexismo, o cissexismo e, em certos casos, a transfobia de quem considera que as pessoas trans devam ser apenas ouvintes ou objetos de estudo, e não sujeitos produtores de saberes. (CARTA ABERTA, 2013).

Essa discussão que vem sendo proposta pelos indivíduos militantes do transfeminismo, pode também ser observada nos textos publicados no *Blog* coletivo *Batatinha: Perspectivas trans* fora da binária*⁸, em que são postadas questões relativas às vidas de sujeitos que não se identificam nem como homens nem como mulheres, sobre o binarismo, sobre o cissexismo e sobre a transfobia. Na postagem de 29 de setembro de 2013, Juno, uma das pessoas que posta no *Blog*, expõe que o objetivo final da despatologização vai além de tirar das mãos dos homens cisgêneros os critérios de validação das identidades das pessoas Trans, sendo que a despatologização não deve significar somente que parem de considerar as pessoas Trans como doentes, apontando que através da despatologização é necessário principalmente

deixar que nos tratem como seus objetos imóveis de estudo, incapazes de dizer e produzir e falar sobre nossas próprias realidades. Porque esta visão ainda é patologizadora, e dela para a patologização a diferença é quase nenhuma. Despatologização precisa significar liberdade. (JUNO, 2013).

Apesar deste trabalho ser um esforço de sentir-me como parte de um Outro, que não sou eu, mas com o qual me identifico, não significa que eu possa saber o que é a experiência da pessoa Trans - pois nunca vou saber – e por este motivo não busco portagonizar suas lutas,

⁸ Criado e mantido por pessoas Trans da comunidade “Gêneros não-binários, genderqueers e batatinhas”. Ver mais em: <http://naobinario.wordpress.com>

percebendo como meu papel como pesquisadora cissexual, reconhecer que falo desde lugares privilegiados e assumir que não estou produzindo verdades, mas sim interpretações possíveis levando em conta este lugar de onde eu falo.

Assim, optei por escrever este trabalho em primeira pessoa, admitindo minha responsabilidade pelas colocações aqui escritas, por mais que fazendo uso de palavras de outros autores, as seleções de artigos lidos e recortes feitos não foi arbitrária, buscando os conhecimentos produzidos pelos sujeitos Trans sobre suas experiências, na luta pela despatologização das identidades, denunciando sexismos, cissexismos e transfobias.

Para a investigação a respeito dos saberes produzidos no âmbito dos movimentos sociais e da militância optei por um lado, pela realização de entrevistas, selecionando um número pequeno de relatos, porém que contivessem experiências representativas do universo coletivo dos indivíduos Trans. Conforme afirmam Pollack e Heinich “tais relatos são particularmente ricos para o cientista social porque fornecem, mais do que a memória, uma reflexão sobre a vivência (...) em um projeto mais amplo de constituição de uma memória coletiva”, ou seja, ao dar seu relato, o indivíduo passa a ser um “porta-voz do grupo do qual fez ou faz parte” (apud GREGORI, 2000)”. Portanto, através dos relatos individuais, pode-se dar visibilidade a um segmento da população e tentar compreender o universo material e simbólico no qual as experiências dos indivíduos Trans estão inseridas (GREGORI, 2000).

Pude ainda, através destes relatos significativos, refletir a respeito da questão da vinculação do atendimento integral às necessidades trans-específicas ao diagnóstico de “transtorno de identidade de gênero”/“disforia de gênero” e das conseqüências que este fator acarreta nas experiências do coletivo das pessoas Trans.

Entrevistei individualmente um homem e uma mulher Trans ativistas do Estado de São Paulo, utilizando a ferramenta de bate-papo (*chat*) do *facebook*, que por sua vez, deram grande base para as reflexões expressas neste trabalho. Devido à dinâmica da conversa através desta ferramenta, e da possibilidade de “copiar e colar” a mesma para um arquivo de texto, optei por não alterar a grafia e nem a pontuação utilizada pelos interlocutores ao longo do bate-papo na hora de transcrevê-las para este trabalho.

Antes da realização das citadas entrevistas, foi elaborado um roteiro com as questões que deveriam ser indagadas, tomando o cuidado de não elaborar perguntas que fossem arbitrárias, ambíguas, ou tendenciosas. Com a utilização de um roteiro de entrevistas que combinava perguntas fechadas, definidas previamente, e abertas, de maneira semelhante a uma conversa informal, tivemos a oportunidade de direcionar a discussão em certos momentos, colocando outros questionamentos, aclarando dúvidas ou ajudando a recompor o assunto inicial no caso de o interlocutor ter “fugido do tema”. (QUIVY, CAMPENHOUNDT, 1992) Vale à pena ressaltar que as interlocutoras foram informadas da garantia do segredo de suas confidências e de sua identidade, e que podiam em qualquer momento da pesquisa desistir de participar. (ibidem).

Considero as experiências destes sujeitos como significativas, pois permitem relacionar a busca individual por cuidados de saúde com processos coletivos extremamente dinâmicos de constituição de identidade (GREGORI, 2000) que são perpassados por modificações corporais imprescindíveis para a promoção da auto-estima, da auto-aceitação e também, aceitação por parte da sociedade que busca sempre enquadrar o indivíduo desviante na norma binária de gênero.

Já para investigação a respeito das discussões que estão sendo estabelecidas no âmbito da academia optei por fazer um mapeamento dos artigos científicos publicados em periódicos nacionais que estão indexados no *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, visando estabelecer pensar como os acadêmicos vêm trabalhando as questões de saúde das pessoas Trans no Brasil e que periódicos vêm divulgando os saberes produzidos neste contexto.

A escolha do indexador de periódicos SciELO se deu por considerá-lo uma importante ferramenta de difusão da literatura científica brasileira, levando em conta o fato de que ele cumpre não só a função de indexador, mas também de biblioteca virtual, uma vez que disponibiliza na íntegra o conteúdo dos periódicos, o que garante acessibilidade pública e fácil a eles. Outro ponto relevante na escolha desta ferramenta é o fato de que os artigos nela indexados são predominantemente inéditos e resultantes de pesquisas científicas originais, tendo seu conteúdo e relevância analisados pelo Comitê Consultivo do SciELO, que se vale de uma série de indicadores para avaliar a qualidade dos artigos a serem indexados. Sendo assim, o

ingresso na SciELO pode ser considerado um certificado da qualidade do periódico, restrito a um grupo de publicações que tiveram que cumprir com critérios específicos para que fossem aceitos para indexação.⁹ Sendo assim penso que através da consulta ao indexador tem-se a possibilidade de entrar em contato com uma pluralidade de instituições e autoras/es que estão produzindo conhecimentos a cerca da temática escolhida para esta pesquisa.

Dei início ao levantamento da selecionando inicialmente descritores para as buscas no SciELO utilizando então os termos: Transexual, Transexuais, Transexualidade, Transexualidades, Transexualismo, Transexualizador, Transexualização, Travesti, Travestis, Travestilidade, Travestilidades, Travestismo, Disforia De Gênero, Transtorno De Identidade De Gênero.

Após a realização das buscas, cheguei a uma soma de 166 publicações que se repetiam, distribuídos como apresentado na Tabela 1.

Gostaria de salientar que a escolha de utilizar os descritores “*transexualidades*” e “*travestilidades*” se deu tanto baseado nas conferências de gênero que têm apontado na direção da pluralidade (cito por exemplo o Seminário Internacional Fazendo Gênero que na sua última edição teve como tema central “oS FeminismoS”, destaque meu), quanto por perceber que as pessoas experienciam de maneiras múltiplas o ser travesti e o ser transexual, e que não existe uma “essência travesti” ou uma “essência transexual” (BENTO, 2012), assim como não existe apenas uma maneira de se expressar como mulher ou de expressar masculinidade. Nesse sentido o mecanismo de busca necessitou ampliar os descritores, colocando-os no plural que, para além de uma questão aparentemente semântica, representa as mudanças nas abordagens e conceitos que procuram interpretar as vivências de gênero.

Em um primeiro debruçar sobre estes dados encontrados, pude perceber que o descritor que continha o maior número de referências foi o “*Travestis*”, com 51 ocorrências, sendo seguido por “*transexuais*” com 34 e “*travesti*” com 22. Tanto “*transexualismo*” quanto

⁹ <http://www.scielo.org/php/level.php?lang=pt&component=56&item=2> Os critérios para avaliação, indexação e permanência de periódicos nas coleções SciELO, assim como a política e os procedimentos para a sua aplicação, foram discutidos originalmente no Seminário sobre Critérios de Avaliação e Seleção de Periódicos Científicos, realizado em abril de 1999 na FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, e aprovados para a sua adoção no Projeto SciELO.

“*transexualidade*” apresentavam 14 artigos. Uma reflexão possível de ser feita a respeito da grande quantidade de referências encontradas utilizando os descritores “*travestis*” e “*travesti*” pode estar relacionada com a grande frequência com que personagens travestis (e também de homossexuais extremamente femininos, retratados de maneira “afetada”¹⁰) aparecem em novelas¹¹ e programas “de humor”. O mesmo não pode ser verificado em relação aos Homens Trans, nem em relação a indivíduos que reivindicam identidades de gênero não binárias, que por sua vez, têm suas identidades de gênero invisibilizadas. Mesmo que de maneira estereotipada, caricata e muitas vezes ligada à prostituição e a “barracos” (como era o caso da personagem “Vera Verão” interpretada por Jorge Lafond no programa “A praça é nossa” da Rede Globo), pessoas identificadas inicialmente como “homens” assumindo identidades femininas estão presentes de maneira constante no imaginário social brasileiro. Segundo a antropóloga Gayle Rubin (1984), a cultura popular estaria permeada por percepções da variedade erótica (e assim, a variedade de identidades de gênero, uma vez que se apresenta para muitas pessoas como colada a sexualidade) como sendo “perigosa, doentia, depravada”, representando uma ameaça a tudo “desde pequenas crianças até segurança nacional” (RUBIN, 1984:152).¹² Neste sentido Cláudio Nascimento da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgêneros (ABGLT) em entrevista à publicação Carta Maior (VALENTE, 2006), aponta que “Diversos programas de humor têm reforçado preconceitos, estigmas, estereótipos e discriminação. A idéia de homossexualidade é associada à doença, desvio, pecado, à perspectiva de marginalidade e crime”. É possível estender o que é apontado para o que é vivenciado por pessoas Trans, que assim como muitas/os homossexuais, têm suas trajetórias marcadas pela injúria.

¹⁰ Por “afetação” entendo o “modo de dizer ou de fazer, que não só não é natural, mas até forçado.” “afetação”, in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [online], 2008-2013. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/afeta%C3%A7%C3%A3o> Acessado em 27 Jul. 2014.

¹¹ No *Blog* do Nilson Xavier é feito um histórico das aparições de travestis/travestidos nas novelas (XAVIER, 2012).

¹² No original: “*Popular culture is permeated with ideas that erotic variety is dangerous, unhealthy, depraved, and a menace to everything from small children to national security.*” (RUBIN, 1984:152). Neste texto, as identidades Trans são apresentadas como compoendo as camadas mais baixas da “hierarquia sexual”.

Tabela 1: descritores utilizados nas buscas e número de artigos encontrados

Descritor	artigos encontrados
Transexual	13
Transexuais	34
Transexualidade	14
Transexualidades	1
Transexualismo	14
Transexualizador	4
Transexualização	0
Travesti	22
Travestis	51
Travestilidade	3
Travestilidades	2
Travestismo	7
Disforia De Gênero	0
Transtorno De Identidade De Gênero	1
Total	166

Fonte: SciELO

Quando um indivíduo é desmerecido/ofendido por outro em decorrência de sua identidade de gênero ou orientação sexual, o que esta em julgamento é o fato deste indivíduo não ser igual àqueles que têm o *status* de “normal” em função dos padrões morais socialmente estabelecidos (LIONÇO, 2009:47). Se pensarmos a injúria como “um ato de linguagem - ou uma série repetida de atos de linguagem - pelo qual um lugar particular é atribuído no mundo àquele que dela é o destinatário” (ERIBON, 2008:29 apud LIONÇO, 2009:47), podemos perceber que o lugar que é atribuído às pessoas Trans está situado às margens da normalidade, do que deve ser respeitado e incluído. Segundo a psicóloga Tatiana Lionço (2009) se evidencia através da noção de injúria o fato de que a sexualidade e as expressões de gênero fazem parte não só da vida privada, como também da vida pública, “revelando uma dinâmica de poder hierarquizado entre aquele que pronuncia e sustenta a desvalorização, por um lado, e aquele que tem sua experiência de vida reduzida à significação de desvalor, por outro” (LIONÇO, 2009:47). Essa hierquização de valor sexual racionaliza o bem estar

daqueles que são “sexualmente privilegiados” e as adversidades enfrentadas pela “plebe sexual”¹³ (RUBIN, 1984:152). Esse sistema de valor sexual, que atribui aos comportamentos sexuais uma hierarquia, concedendo virtude aos grupos dominantes e relegando ao vício os desprivilegiados (RUBIN, 1984:153), preconiza como sexualidade “boa”, “normal” e “natural” a sexualidade heterossexual, marital, monogâmica, reprodutiva e não comercial. E por oposição, qualquer sexo que viole essas regras, é encarado como “mau”, “anormal” ou “não natural”, “doentio”, pecaminoso, e assim, a homossexualidade promíscua, o sadomasoquismo, o fetichismo, a transexualidade, o sexo por dinheiro e os com cruzamento geracional estão base da pirâmide que hierarquiza os sexos.

Essa leitura da transexualidade com integrando uma sexualidade dissidente, desviantes do “bom sexo” como é apontado por Rubin (1984), pode contribuir para a reflexão a respeito da identificação na revisão de um grande número de artigos que de relacionam a prostituição de mulheres Trans com a vulnerabilidade/prevenção/enfrentamento das DST/AIDS.

Almeida (2013) aponta que nos relatos de pessoas Trans, especialmente de travestis, são frequentes as histórias de abandono ou expulsão da família ainda na infância ou na adolescência, assim como narrativas de violência institucional no âmbito escolar. Segundo o autor, a consequência, esses cenários de exclusão, em geral é a migração para as capitais na busca por lugares onde a travestilidade seja mais tolerada “e a inserção no mercado sexual como profissionais do sexo se transforme na única opção. Nesse processo, muitas passam a viver em situação de rua e/ou experimentam exploração sexual, sofrendo novas violências”. (ALMEIDA, 2013:397). Assim, apesar de não ser tema específico deste trabalho, e de eu não ter analisado em profundidade os trabalhos que se dedicaram unicamente à esta temática, trago neste primeiro momento uma breve reflexão que dialoga com políticas de enfrentamento do HIV/AIDS, uma vez que identifiquei em nove artigos uma constante relação estabelecida pelos autores entre as questões de saúde Trans e a vulnerabilidade às DST/AIDS por parte de travestis/mulheres Trans que se prostituem.

Segundo Gayle Rubin nos anos 80 o medo da AIDS afeta a

¹³ No original: “*rationalize the well-being of the sexually privileged and the adversity of the sexual rabble*” (RUBIN, 1984:152)

ideologia sexual tornando-se um fator crucial de incitação à homofobia. Logo no momento em que os homossexuais haviam tido sucesso ao conseguirem se livrar da mácula da doença mental com a retirada da classificação do “homossexualismo” na terceira versão do DSM da APA, usando o medo da infecção como base lógica, pessoas da direita local passam a atribuir aos homossexuais (e aos outros desviantes sexuais) uma imagem de deteriorização física mortal.

Mello et al. (2011:17) apontam que no Brasil a grande pressão feita pela sociedade civil com relação ao crescimento do número de infecções pelo HIV e dos casos de AIDS, faz com que , o governo federal passe a realizar

ações que buscavam atenuar os impactos da epidemia, que inicialmente afetou de maneira mais direta grupos sociais específicos, entre os quais “homens que fazem sexo com homens” (HSH), homossexuais, gays e bissexuais, travestis e transexuais – especialmente se profissionais do sexo. (MELLO et al., 2011:17)

E foi nesse âmbito que foram construídas as primeiras ações do governo federal direcionadas à população LGBTTI, ou seja, no âmbito das políticas de saúde associadas ao enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS.

Rubin (1984:164) coloca que as qualidades particulares da síndrome e a maneira de transmiti-la passam a ser usadas como reforço para visão que percebe a atividade sexual, a homossexualidade e a promiscuidade como atividades que levam à doença e à morte. Assim, as pessoas sexualmente dissidentes, tiveram que lidar nos anos 80 não só com o infortúnio médico de terem sido a população na qual uma doença fatal se difundiu e se tornou visível, mas também com todas as conseqüências sociais decorrentes desta síndrome e da sua forma de transmissão (RUBIN, 1984:165).

Essa conjuntura de epidemização do vírus e sua associação com às práticas sexuais dissidentes como a homossexualidade, a transexualidade/travestilidade e a prostituição, pode ser considerada como um dos fatores que explicam o grande número de artigos encontrados no processo de revisão da literatura que relatam experiências comunitárias de prevenção à transmissão do HIV em

contextos de prostituição.

Dando sequência ao trabalho de seleção dos artigos, as 166 publicações foram filtradas, eliminando as que se repetiam, chegando a um total de 88 diferentes trabalhos. Desse total, identifiquei que nove eram resenhas, um informe técnico institucional, um resumo de tese de doutorado, um editorial e uma sessão de revista denominada “livros e redes”. Tirando estes treze trabalhos, fiquei com um total de 75 artigos. Foram também excluídos os artigos que não eram em português e que não tratavam do contexto brasileiro, restando 68 artigos.

Foi então a partir da leitura crítica dos resumos desses 68 artigos que passei a identificar quais eram os artigos que tratavam de temas relacionados aos objetivos do estudo, e assim, pude selecionar quais artigos seriam analisados em profundidade. Chegando por fim, aos 19 artigos analisados cuidadosamente e apresentados no primeiro capítulo deste trabalho de conclusão de curso, Como critério para a seleção destes 19 artigos, foi escolhido o fato de eles trabalharem especificamente relacionando a temática da transexualidade com a da saúde, sendo que entraram nesta lista artigos que tratassem da temática das políticas públicas de saúde, do Processo transexualizador no SUS, artigos que tratavam de questões relativas a patologização das identidades Trans e que tratam a respeito do “diagnostico” e “tratamento” desta “condição”. Assim como entraram artigos que provocam debates a respeito da despatologização. Também estudos sobre práticas de saúde. Atendimento a transexuais na rede pública de saúde. E por fim que articulassem também questões relativas à técnicas de reprodução assistida e à autonomia reprodutiva das pessoas Trans (ou a sua falta de garantia). Excluindo por sua vez, os trabalhos que lidavam especificamente com as temáticas da prostituição, sexualidade e psicologia/psicanálise, tendo sido excluído também um texto com enfoque biomédico que retratava um estudo citogenético de cromossomos dos pacientes transexuais por trazer linguagem técnica a respeito de genética médica. Após a leitura desses artigos, os dividi em cinco categorias, agrupando-os conforme seu conteúdo, estas categorias são: despatologização, Processo Transexualizador, saúde pública & saúde coletiva, direitos reprodutivos e outras questões de saúde.

Percebi como sendo de extrema relevância para o campo uma rede de investigação composta por pesquisadores de diferentes localidades do Brasil, vinculados à variadas instituições universitárias.

Autores como Berenice Bento, professora de Ciências Sociais da UFRN, Márcia Arán, que era professora do Instituto de Medicina Social da UERJ, Tatiana Lionço que é pesquisadora professora do Centro Universitário de Brasília, Daniela Murta Amaral pesquisadora do IMS-UERJ e Guilherme Silva de Almeida professor do Serviço Social da UERJ e Larissa Pelúcio, professora de Antropologia da UNESP Bauru. Nos artigos analisados em profundidade, muitos foram escritos por estes pesquisadores supracitados, seja individualmente, seja em parceria.

Vale citar também que os periódicos que mais apareceram nestes 19 artigos selecionados para leitura aprofundada foram a revista *Physis* do IMS-UERJ; a *Revista Estudos Feministas* do Centro de Filosofia e Ciências Humanas e do Centro de Comunicação e Expressão da Universidade Federal de Santa Catarina; a revista *Sexualidad, Salud y Sociedad* do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM), também ligado ao IMS-UERJ; a revista *Saúde e Sociedade* da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; e a *Revista Ciência & Saúde Coletiva* da ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

CAPÍTULO 1 - REVISÃO DOS ARTIGOS ENCONTRADOS NO SCIELO

Trago aqui algumas contribuições específicas de cada um dos 19 textos selecionados conforme relatado no percurso metodológico.

1.1 DESPATOLOGIZAÇÃO

Os textos que foram aqui agrupados como referentes à despatologização das identidades Trans de modo geral, traçam um histórico do processo que firmou a transexualidade enquanto uma categoria diagnóstica, descrevendo os principais eventos históricos e médicos, assim como apresentando os principais teóricos que debateram o assunto, como por exemplo o endocrinologista Harry Benjamin, o psicólogo John Money e o psiquiatra e psicanalista Robert Stoller. Também analisam os principais documentos que buscam estabelecer consenso médico a respeito do manejo das “desordens de identidade de gênero, como o *Standards of Care* (“Normas de Tratamento” – SOC), o *Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Distúrbios Mentais* (DSM-5), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA); e o *Código Internacional de Doenças* (CID- 10), publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), referências para os profissionais da saúde mental ao redor do mundo, pontos que serão abordados com mais ênfase no segundo capítulo desta trabalho.

Após fazerem este levantamento das noções patologizantes da transexualidade, os autores destes textos dialogam com a percepção da transexualidade como uma, dentre várias, maneiras de construção individual de si, considerando o diagnóstico de “transexualismo” como um vetor de estigma, devido a ele se fundamentar em uma concepção normativa tanto do “sistema sexo-gênero”, quanto da “diferença sexual”, que são pautadas em uma matriz binária heterossexual. Buscando desconstruir a necessidade do rigoroso protocolo de acesso aos serviços de saúde visando a despatologização das identidades Trans, os diferentes autores refletem sobre a necessidade de garantia do acesso a atenção às especificidades sanitárias que a transexualidade demanda, caso se concretizem iniciativas que retirem a transexualidade do rol das doenças. A despatologização das identidades Trans no contexto

brasileiro se daria, por exemplo, após a revisão e retirada do “transexualismo” do CID-11, ou pelo abandono de seu uso pelos programas oficiais e pelo SUS.

Percebo então que alguns dos textos agrupados sob o título “despatologização” buscam de certa maneira responder a um temor que me deparei durante o processo de pesquisa tanto em alguns artigos, quanto na fala de algumas pessoas Trans com quem conversei, que seria o receio da perda de direitos caso ocorra a despatologização, realizando o seguinte questionamento: “Se a transexualidade não é uma doença, porque o SUS deveria então continuar obrigado a prestar atendimento específico para a redesignação sexual?”

Neste sentido Guilherme Almeida e Daniela Murta em seu trabalho de 2013 *Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil* apontam o seguinte desafio:

diante da possível retirada do “transexualismo” do CID ou o seu não uso pelo SUS, como garantir/ampliar o acesso de pessoas trans ao sistema, se todo ele opera majoritariamente pela lógica da doença e do transtorno e, conseqüentemente, da correção dos corpos ao padrão que se definiu como normal? (ALMEIDA; MURTA, 2013:400).

Uma das possíveis respostas para esta questão poderia ser elaborada através da aproximação com a questão da gravidez. Gravidez não é doença, no entanto, requer diversos cuidados específicos, que incluem consultas mensais, exames e procedimentos. Assim deve-se pensar a transexualidade como sendo também uma condição de saúde que requer cuidados como a hormonioterapia e atenção à saúde mental, que por sua vez deve ser pensada

não em relação à caricatura do/a profissional sentado atrás da mesa com atitude superior a emitir laudos e a chancelar se o indivíduo está ou não preparado para o processo a partir de critérios pouco transparentes, mas sim a um modelo assistencial de qualidade capaz de oferecer o suporte técnico e ético necessário a

quem desejar enfrentar os inúmeros desafios físicos, familiares, relacionais, profissionais que são comuns àquele/àquela que afirma uma identidade de transexual. (ALMEIDA; MURTA, 2013:401)

Almeida e Murta consideram que a visão hegemônica da transexualidade como “disforia de gênero” teria aspectos positivos, inclusive para algumas pessoas que vivenciam a transexualidade (mesmo que esta visão patologizada acarrete em estigmas e prejuízos práticos na vida das pessoas Trans), sendo que o principal destes aspectos positivos seria, para estes autores, a junção entre “patologia” e “terapêutica”, que passa então a ser entendida como acesso a modificações corporais, ou seja:

Em outras palavras, isto significou a possibilidade histórica de afirmar que transexuais permanecem inscritos na esfera da psiquiatria, mas sua terapêutica passa pelo reconhecimento de problemas físicos que se tornam assim reversíveis (ALMEIDA; MURTA, 2013:384)

Segundo esta maneira de encarar a transexualidade o foco da intervenção passa a ser o corpo do paciente, e não mais a sua psique, o que veio a lançar as bases para a autorização das modificações corporais almejadas por muitas pessoas Trans.

Mesmo levando este aspecto em conta, os autores apontam que é possível a superação da patologização nos serviços de saúde, e que uma das pistas para isto e para a construção de um modelo assistencial adequado às necessidades de saúde trans-específicas seria a *necessidade de atenção multiprofissional*, retomando o que é colocado na alínea c do terceiro artigo da Portaria 457/2008 do Ministério da Saúde que regula o Processo Transexualizador (posteriormente redefinida e ampliada pela Portaria nº 2.803, de 19 de Novembro de 2013), que trata da necessidade da “constituição de equipe interdisciplinar e multiprofissional”. (BRASIL, 2008). Segundo Almeida e Murta é feita novamente alusão à atenção por diferentes profissionais, no anexo I da mesma Portaria, sendo indispensável ao processo de credenciamento/habilitação da unidade de atenção especializada, exigindo que “a atenção integral se

materialize, entre outros aspectos, numa atenção prestada pelos diferentes profissionais que compõem a equipe” (ALMEIDA; MURTA, 2013:400). Os autores percebem a presença destas menções à necessidade de equipes multiprofissionais como resultado de intensos debates ocorridos entre profissionais, ativistas e gestores dos serviços de saúde que levaram em conta

tanto a complexidade dos efeitos subjetivos e sociais das modificações corporais quanto as próprias trajetórias de vida da população trans, não só no período anterior à entrada no processo transexualizador, mas também durante a realização das modificações corporais e após a finalização das modificações desejadas (ALMEIDA; MURTA, 2013:400)

Promover a atenção multiprofissional e o acesso das/os pacientes Trans a serviços de saúde que vão além do atendimento referente à cirurgia em si, como por exemplo, atenção endocrinológica, dermatológica, as cirurgias plásticas, podem vir a oferecer serviços e procedimentos que são capazes de interferir sobre o conforto físico, mental e social da pessoa Trans, “de forma tão impregnante quanto as próprias cirurgias transgenitalizadoras” (ALMEIDA; MURTA, 2013:401), seria mais um passo rumo à concretização da Integralidade.

Almeida e Murta consideram que mesmo tendo ocorrido avanços no que diz respeito ao acesso ao processo transexualizador, ao buscar o “credenciamento de novos centros de referência e o fortalecimento dos programas existentes”, no tocante à integralidade, por sua vez, teria havido muito pouco avanço por parte do SUS, sendo ainda que no que tangeria à população Trans o SUS ainda estaria bastante distantes dela (ALMEIDA; MURTA, 2013:401).

Percebo como ponto central neste trabalho de Almeida e Murta a discussão a respeito da despatologização com a manutenção e a ampliação do acesso ao SUS, pois despatologizar sem essas condições seria “avançar em direção ao passado, reiterando a histórica exclusão deste público dos modelos de atenção em saúde disponíveis.” (ALMEIDA; MURTA, 2013:404).

Complementando a discussão proposta por Almeida e Murta (2013), no artigo de Berenice Bento e Larissa Pelúcio *Despatologização*

do Gênero: A Politização das Identidades Abjetas (2012) também aparece a questão do temor por parte das pessoas Trans de perderem direitos conquistados ao despatologizar a transexualidade, porém, estas autoras colocam que a patologização não veio a garantir direitos de fato às pessoas Trans, mas sim veio a impor um modelo que pensa a transexualidade como “experiência catalogável, curável e passível de normalização” (BENTO; PELÚCIO, 2012:574). O que ocorreu segundo estas autoras foi um processo que designou alguns saberes, tidos como científicos, como os únicos saberes aptos a lidarem com as pessoas que vivenciam gêneros divergentes das normas de gênero. Bento e Pelúcio avaliam que este processo passa a autorizar o “tutelamento dos corpos e das subjetividades” das pessoas que se percebem como Trans (BENTO; PELÚCIO, 2012:574). Ou seja, as pessoas que não se adequam ao que é estabelecido a partir do que lhes foi designado ao nascimento, teriam a necessidade de que alguém valide o que dizem sentir sobre si mesmas, dependendo sempre de médicos e profissionais psi para tornar legítimo se são ou não “de verdade” aquilo que afirmam ser.

Porém, as autoras também percebem que para alguns indivíduos que estão na luta para conseguir um diagnóstico de “transtorno de identidade de gênero”, “a ideia de que somos aquilo que nossos hormônios determinam produz certa segurança ontológica” (BENTO; PELÚCIO, 2012:575), pois retira a vivência fora das normas de gênero do âmbito da agência do sujeito. Segundo essa lógica, não se é transexual porque se quer, porque se escolheu, é uma doença, um transtorno de gênero, estando assim, “fora da agência e da capacidade do sujeito em produzir significados múltiplos para o gênero, a sexualidade e o corpo” (BENTO; PELÚCIO, 2012:575).

O texto trata de modo geral da Resistência contra a patologização através da politização do gênero. Apontando a campanha *Stop Transpathologization! - STP 2012* (Pare a Patologização! 2012) como expoente do movimento globalizado em prol da retirada da transexualidade do rol das doenças identificáveis como transtornos mentais. Segundo as autoras, o movimento STP “revela não só a capacidade de resistência de múltiplas vozes que se unem contra o poder da APA, mas também o alcance e o poder desta instituição” (BENTO; PELÚCIO, 2012:573), que oriente os diagnósticos dos “transtornos de gênero” ao redor do mundo. As mobilizações da campanha se organizam em torno de cinco pontos:

- 1) retirada do Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) do DSM-V e do CID-11;
- 2) retirada da menção de sexo dos documentos oficiais;
- 3) abolição dos tratamentos de normalização binária para pessoas intersexo;
- 4) livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem a tutela psiquiátrica); e
- 5) luta contra a transfobia, propiciando a educação e a inserção social e laboral das pessoas transexuais. (BENTO; PELÚCIO, 2012:573)

Bento e Pelúcio apontam que a diferença sexual natural dimórfica¹ (ou seja, de que o corpo com sexo feminino é radicalmente diferente do corpo com sexo masculino, sendo que só é possível ser OU macho OU fêmea) é reforçada circularmente entre o senso comum e o pensamento científico hegemônico. Reconhecendo a historicidade dos preceitos, apontam que o senso comum afirma o dimorfismo entre homens e mulheres baseando-se na observação, e apóia esta observação nas “provas indiscutíveis” dadas pelas ciências biológicas da radical diferença entre os corpos macho e fêmea. E por sua vez, o pensamento científico hegemônico vai se apropriar das recorrências que podem ser observadas nas diferentes relações entre os gêneros para endossar objetividade e cientificidade aos seus achados (BENTO; PELÚCIO, 2012:575). Segundo as autoras, nessas “verdades” científicas estariam contidos “os aspectos culturais e simbólicos que constituem nossas percepções sobre corpos, gêneros, órgãos e fluidos” (BENTO; PELÚCIO, 2012:575).

As autoras percebem que para lutar pelo fim do diagnóstico de gênero, os militantes da campanha têm que enfrentar alegações sobre identidade que se baseiam na diferença sexual dos corpos, entendida como natural - e sendo assim, imutável. Refletindo sobre isso, Bento e Pelúcio fazem em seu texto, o exercício de indicar as “fragilidades e as lacunas” da argumentação daqueles que defendem a patologização do gênero (BENTO; PELÚCIO, 2012:574), discorrendo a respeito de quatro argumentos utilizados por estes. O primeiro argumento patologizado, seria o da “diferença natural entre os gêneros”, ou seja,

¹ Pra uma reflexão aprofundada a respeito do dimorfismo, ver Bento, 2008.

que as pessoas transexuais e travestis seriam doentes porque “ou se nasce homem, ou se nasce mulher”. Já o segundo argumento que elas respondem, é o que se baseia em uma “visão suicidógena”, que argumenta que a obrigatoriedade da terapia psicológica e do protocolo de acesso às modificações corporais não podem ser flexibilizados ou retirados pois “há relatos de pessoas transexuais que se suicidaram” por terem se arrependido após realizar modificações corporais, sendo que “essas cirurgias são irreversíveis”. O terceiro argumento seria o das “concessões estratégicas”, ou seja, o que defende a patologização pois se a transexualidade e a travestilidade não forem mais consideradas como doenças, o Estado estaria desobrigado de custear as despesas com os processos de modificação corporal, então aceita-se o diagnóstico como uma estratégia de acessar as modificações desejadas. Por fim, o quarto argumento que as autoras contestam, seria o da “autoridade científica” concedida aos manuais diagnósticos como o CID, o DSM e o SOC.

Sustentando a tese de que o “gênero tem menos a ver com natureza do que com relações de poder” (BENTO; PELÚCIO, 2012:575), as autoras afirmam que o que guiaria os médicos e membros das equipes responsáveis pelo processo transexualizador seriam as verdades que são estabelecidas socialmente para os gêneros, e assim, não existiria “um só átomo de neutralidade nesses códigos”. Para as autoras, “Estamos diante de um poderoso discurso que tem como finalidade manter os gêneros e as práticas eróticas prisioneiras à diferença sexual” (BENTO; PELÚCIO, 2012:579), prisioneiras ao dimorfismo que só reconhece humanidade nos corpos macho e corpos fêmea.

A relevância deste artigo estaria em demonstrar como as mobilizações e iniciativas que estão ocorrendo ao redor do mundo na luta pela desnaturalização do gênero como a campanha Pare a Patologização! têm o papel histórico de pressionar de múltiplas formas a APA a posicionar-se sobre “os interesses que a fazem seguir operando uma categoria cultura como categoria nosológica” (BENTO; PELÚCIO, 2012:579).

Já o artigo de Judith Butler *Desdiagnosticando o gênero* está centrado na discussão a respeito do debate estabelecido entre aqueles que querem manter o diagnóstico de “Transtorno de Identidade de Gênero” (TIG) para obterem “legitimação jurídica e assistência financeira”, ou seja, pois a permanência do diagnóstico “os ajuda a

alcançar seus objetivos e, desse modo, exercer sua autonomia”, e aqueles que lutam pelo fim da patologização, visando a vivência no mundo sem que sejam considerados e tratados como enfermos, e assim, ampliando sua autonomia em aspectos relevantes. (BUTLER, 2009:98).

A autora coloca que as duas posições não são sempre antagônicas uma vez que pode-se afirmar que, ao o diagnóstico facilitar a legitimação da necessidade de tratamentos médicos e de direitos jurídicos, irá assim, contribuir efetivamente para o que Butler chama de “autonomia trans”. Porém, não se deve deixar de perceber que o diagnóstico por sua vez, se fundamenta na correção, adaptação ou normalização. Nas palavras de Butler o diagnóstico de TIG

busca sustentar as normas de gênero tal como estão constituídas atualmente e tende a patologizar qualquer esforço para produção do gênero seguindo modos que não estejam em acordo com as normas vigentes (ou que não estejam de acordo com uma certa fantasia dominante do que as normas vigentes realmente são). (BUTLER, 2009:97).

Porém, Butler também irá colocar que a liberdade que é exercida por meio da “abordagem estratégica do diagnóstico” faz com que o indivíduo Trans se comprometa com certa “não-liberdade”, pois segundo a autora, a própria maneira de se diagnosticar o TIG “desvaloriza a capacidade de autodeterminação das pessoas que são diagnosticadas” (BUTLER, 2009:114)

Butler traz uma questão - que é muito semelhante a questão proposta por Guilherme Almeida e Daniela Murta, retratada anteriormente -, que é:

Se parte do que o diagnóstico oferece é o reconhecimento social de que terceiros, incluindo o seguro-saúde, estarão dispostos a pagar pelas mudanças médicas e tecnológicas desejadas, seria realmente possível abolir totalmente o diagnóstico? (BUTLER, 2009:121)

Assim, Butler nos chama a atenção para que nós não subestimemos os benefícios que o diagnóstico pode trazer para pessoas

Trans que têm recursos econômicos limitados, ou seja, para aquelas que dependem da assistência do seguro-saúde no caso americano, e do SUS no caso brasileiro, para atingirem seus objetivos. Porém, chama a atenção também para que não subestimemos a “força patologizante do diagnóstico”, dando atenção especial para as pessoas Trans jovens, que segundo a autora, “podem não ter os recursos críticos para resistir a essa força”, podendo assim, o diagnóstico ser “debilitante, senão assassino” (BUTLER2009:98), uma vez que ser diagnosticado com TIG é ser em muitos aspectos, considerado “doente, errado, disfuncional, anormal” sofrendo estigmatização, pois o diagnóstico

exerce, por si mesmo, pressão social, causando intenso sofrimento, estabelecendo desejos como patológicos, reforçando a regulação e o controle daqueles que os expressam em ambientes institucionais. (BUTLER2009:121)

Então, mesmo reconhecendo que o diagnóstico de certa maneira assegura os direitos e o custeamento da transição, este mesmo diagnóstico pode (e é) utilizado por médicos e profissionais psi “para estender sua influência patologizante sobre a população dos transexuais e também sobre jovens trans, lésbicas, bissexuais e jovens gays” (BUTLER2009:109), reforçando as normas socialmente estabelecidas para os gêneros.

Butler traz também em seu ensaio uma leitura do texto do DSM-IV que trata do “Transtorno de Identidade de Gênero” (TIG), discorrendo sobre a linguagem que este manual estabelece que as pessoas Trans devem articular ao buscarem as modificações corporais através do diagnóstico de TIG (as “concessões estratégicas” das quais discorrem Bento e Pelúcio em seu texto analisado a cima), uma vez que, para esta autora, a finalidade do diagnóstico não se restringe a determinar se a pessoa Trans pode se adequar às normas que regem a vida quando se passa a viver em outro gênero, podendo ser percebida também como a capacidade que o indivíduo tem de se e adequar “ao discurso psicológico que estipula quais são essas normas” (BUTLER, 2009:114. Grifo da autora). Segundo a autora, para que a pessoa Trans se torne um candidato plausível para as modificações corporais, ela deve aprender a se comportar de um modo tal que corresponda aos parâmetros de normalidade que são estabelecidos e passar nos testes,

pois para alcançar seus objetivos

É necessário que se estabeleça a existência de um conflito; é necessário que haja um sofrimento enorme; é necessário que haja uma identificação persistente com o outro gênero; é necessário passar um período de teste se travestindo no outro sexo durante todo o dia para que se avalie a adaptação; é necessário que haja sessões de terapia e cartas atestando o equilíbrio mental. Em outras palavras, é necessário que a pessoa se submeta a todo um aparato regulatório, tal como Foucault o teria chamado, para chegar ao ponto em que alguma coisa semelhante ao exercício da liberdade se torne possível. (BUTLER, 2009:112).

O ponto central deste trabalho está em apontar que, apesar de o diagnóstico ser ainda muito valorizado e defendido por tornar a transição financeiramente viável, ressalta que aqueles que militam pelo fim do diagnóstico o fazem por perceberem que a transexualidade não é um transtorno psiquiátrico e que as pessoas que vivenciam as identidades Trans estariam “engajadas em uma prática de autodeterminação, um exercício de autonomia” (BUTLER, 2009:97). Ao deixarmos de considerar a transexualidade como “doença mental” (e assim, com um vetor de estigma e discriminação), podemos entendê-la como “uma possibilidade entre outras de determinar o próprio gênero” (BUTLER, 2009:97).

Passando para o trabalho de Jorge Leite Jr intitulado *Transitar para onde?: monstruosidade, (des)patologização, (in)segurança social e identidades transgêneras*, percebo que o autor inicia seu texto apresentando a noção de sujeito “abjeto” apresentada por Judith Butler como sendo “o que, na constituição do sujeito socialmente inteligível, é colocado ‘de fora’ desse sujeito, tornando-se seu exterior constitutivo” (LEITE JR, 2012:560). Visando uma melhor compreensão da categoria, faz uma simplificação metodológica das discussões propostas por Butler em suas obras, colocando que

o abjeto é uma categoria de linguagem que denomina a falta de categorias de pensamento, ou seja, aquilo que fica de fora, expulso das

categorias de pensamento socialmente criadas, estabelecidas e culturalmente inteligíveis em determinado período histórico (LEITE JR, 2012:560).

Trazendo o conceito para a reflexão sobre sexo, gênero e sexualidade, são abjetas aquelas pessoas que não mantêm uma “coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo”, ou seja, pessoas que não seguem a lógica pênis-homem-masculino- atração por mulheres versus vagina-mulher-feminina- atração por homens, não seguindo o que Butler propõe como “gêneros inteligíveis”, como por exemplo pessoas homossexuais, bissexuais, intersexuais, travestis, transexuais e todas aquelas de alguma maneira rompem com essa pressuposta continuidade.

Porém, Leite Jr, reflete que para considerarmos essas pessoas com sexualidades e identidades de gênero desviantes como abjetas, só é possível se o termo “abjeto” for utilizado como sinônimo de “desprezível, repulsivo, vil, horrível, incompreensível”. Na percepção deste autor, “a maneira violenta e inferiorizante, com tonalidades de nojo, zombaria e medo com que essas pessoas são ainda cotidianamente tratadas”, demonstra que estas pessoas não estão fora das categorias inteligíveis, podendo-se considerar então, que essas pessoas ocupam a categoria de “monstros”. (LEITE JR, 2012:561). Para o autor, “antes de tudo, o monstro representa uma categoria de pensamento, uma tentativa inteligível de classificar e orientar condutas em relação àqueles seres e pessoas que a princípio escapam da inteligibilidade cultural do período” (LEITE JR, 2012:562), e assim, o monstro não seria o abjeto, uma vez que a categoria “monstro”

opera no limite das categorias, no extremo entre as categorias, entre inclusive, talvez, a categorização e a não categorização. Mas, ainda assim, é uma categoria de reconhecimento social; ela é inteligível socialmente. Operando através dessa categoria, a violência, o sarcasmo, o nojo, o medo e a desqualificação não são simples reações ao desconhecido ou ao receio de perder uma pressuposta estabilidade ou ordem psicológica/individual ou social/coletiva, são atitudes cultural e historicamente legitimadas

para se relacionar com quem não é compreendido como humano (no pior dos casos) ou é compreendido como sub-humano ou quase humano (no melhor dos casos). (LEITE JR, 2012:562)

O autor aponta que além da associação da monstrosidade com o mal, há também a sua associação com o universo erótico/sexual, sendo que, quando passa a ser formulada a ciência sexual no século XIX, todas aquelas pessoas que não se encaixavam no padrão de uma vida sexual “heterossexual, monogâmica e com fins procriativos” e pessoas que “confundem, misturam ou transitam entre os sexos e os gêneros,” e que eram vistos como potencialmente monstruosos, passam a serem patologizados “através do discurso científico racionalizado e pretensamente universal” (LEITE JR, 2012:563).

Leite Jr. propõe que as pessoas transexuais, travestis e intersexuais têm sua humanidade questionada ao serem consideradas como parafilicas, perversas, transtornadas, psicóticas ou possuidoras de distúrbios e anomalias, “pois todas essas classificações já pressupõem um ‘desvio’ de algo sadio e ‘normal’ – o humano –, restando como meio habitável e inteligível para elas a categoria dos monstros” (LEITE JR, 2012:566). Para este autor, “a própria patologização dos sexos/gêneros pode ser compreendida como uma forma ‘humanizada’ de punição por algum tipo de transgressão criminosa”. (LEITE JR, 2012:566).

É então que o autor irá indicar que, para as travestis transexuais e intersexuais serem reconhecidas socialmente, é necessário que se crie um “novo campo de inteligibilidade” que “escape do estigma crime/doença” (LEITE JR, 2012:566). Portanto, mais do que lutar para que se conquistem direitos civis através de políticas públicas, deve-se lutar para que essas pessoas deixem de habitar as margens relegadas aos monstros, ocupando assim, a categoria “humanos”. Para isso, é de fundamental importância que se despatologize a travestilidade, a transexualidade, a intersexualidade tantas outras possibilidades de “cruzamentos entre sexos e gêneros”. (LEITE JR, 2012:566).

Em um momento histórico em que os fundamentalismos religiosos vêm tomando força, Leite Jr. nos convida a refletir: “se essas pessoas estão categorizadas no campo dos monstros sexuais, e esses só são inteligíveis ora como criminosos, ora como doentes, como torná-las inteligíveis fora desses limites?” (LEITE JR, 2012:567).

Além de ponderar a respeito da despatologização das identidades, Leite Jr. manifesta a necessidade de incorporarmos as pessoas Trans à categoria de humanos, propondo um alargamento dos limites desta categoria, dando fim à lógica da agressão e da violência que são legítimas em relação àqueles que são considerados “monstros”. Este trabalho é importante então, na medida em que nos faz pensar a respeito do lugar que a patologização vem atribuindo às pessoas Trans, ou seja, sobre a marginalidade que a elas é imposta, e também por nos fazer refletir sobre por onde estas pessoas podem transitar ao abandonarem as categorias excludentes de abjeção e monstrosidade.

Pensando a refletir a respeito do artigo publicado por Márcia Arán, Daniela Murta e Tatiana Lionço, intitulado *Transexualidade e saúde pública no Brasil*, pode-se perceber que ele também representa um esforço em problematizar o diagnóstico de TIG como condição de acesso ao cuidado na rede pública no de saúde, trazendo pontos para a compreensão da forma como se construiu historicamente a patologização da transexualidade. Tomando como base trabalhos das áreas da saúde coletiva e das ciências sociais que tecem críticas à patologização da transexualidade, as autoras buscam com este artigo “destacar a importância de compreendermos a diversidade de formas de subjetivação na transexualidade (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009:1142), salientando que, para aqueles que vivenciam a transexualidade, a importância do acesso aos serviços de saúde vai além do cuidado dos processos de saúde-doença, correspondendo primordialmente a uma “estratégia de construção de si”. (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009:1142)

É apontado pelas autoras que, na maioria das vezes, a prática clínica se orienta pela psiquiatrização da transexualidade. Segundo elas, o saber psiquiátrico do séc. XIX e conseqüentemente a “psiquiatrização do prazer perverso” assim como a “problematização da sexualidade” seriam o ápice atingido pela norma heterossexual e reprodutiva no discurso científico sobre sexo. Ao a transexualidade contrariar a heteronorma, que pressupõe uma “coerência essencial entre sexo biológico e gênero”, uma vez que não se encaixa em nenhum dos modelos propostos de identidade sexual – masculina ou feminina – concebíveis pelas práticas discursivas do século XIX, apenas lhe resta “ocupar o espaço que foi aberto pela psiquiatrização da homossexualidade: o de uma patologia da identidade sexual”. (ARÁN;

MURTA; LIONÇO, 2009:1143)

Esses saberes heteronormativos permeiam a prática clínica que, uma vez que também fundamentam as normas prescritas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que considera a transexualidade como uma doença, e impõe o diagnóstico de “transtorno de identidade de gênero” como condição de acesso à assistência médica e jurídica demandada pelas pessoas Trans. E assim o diagnóstico que por um lado, representa em muitos dos casos, o próprio exercício da cidadania das pessoas transexuais, uma vez que possibilita as transformações corporais e do nome de registro, por outro “pode ser considerado um vetor de patologização e de estigma, pois atribui uma patologia ao paciente sem questionar as questões históricas, políticas e subjetivas dessa psiquiatrização” (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009:1142)

Após uma análise a respeito da consolidação da transexualidade como uma condição de saúde, trazendo os principais pontos defendidos pelos profissionais que contribuíram para essa consolidação, como o endocrinologista Harry Benjamin, o psicanalista e psiquiatra Robert Stoller e o psicólogo John Money, as autoras passam a analisar as políticas de saúde públicas voltadas às pessoas transexuais no Brasil, retratando desde o processo de legalização da cirurgia de transgenitalização no país, as resoluções do CFM e alguns dos fóruns que se mostraram fundamentais na discussão do Processo Transexualizador no SUS, que foram formados por representantes do Ministério da Saúde, por profissionais da área e por representantes do movimento social. Segundo demonstram as autoras, esses encontros entre os diversos sujeitos envolvidos no Processo Transexualizador se mostraram relevantes na medida em que evidenciaram “a necessidade de considerar a transexualidade para além da questão pré e pós-operatória, sendo a questão mais complexa e danosa a própria representação social sobre a transexualidade, que patologiza e estigmatiza este segmento populacional” (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009:1146). E assim, percebendo a discriminação como fator determinante da condição de sofrimento – que por sua vez é condicionante da saúde – das pessoas transexuais, o combate à discriminação passa a ser tido como estratégia de promoção de saúde “não sendo mais a saúde de transexuais uma questão exclusivamente médico-cirúrgica” (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009:1147). Além disso, nesses encontros, reconhecendo que existem realidades distintas, percebeu-se que existem também “necessidades

distintas quanto à característica das intervenções somáticas que seriam satisfatórias para cada indivíduo”, e assim, a cirurgia de transgenitalização que costuma ser apontada com central, foi problematizada como uma “solução não-consensual entre as diferentes pessoas transexuais” (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009:1146).

Referenciando-se em trabalhos das áreas da saúde coletiva e das ciências sociais que criticam a patologização da transexualidade, as autoras buscam discutir a questão da autonomia das pessoas transexuais e “sugerir políticas públicas que, embora sigam um protocolo de assistência, não tenham como única referência terapêutica a realização do diagnóstico e a cirurgia de transgenitalização” (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009:1142). Essa discussão é de extrema relevância na medida em que, ao propor políticas públicas que não tenham como meta a realização da cirurgia, elas podem alcançar outros indivíduos Trans (binários ou não) que ficam às margens dos serviços de saúde, uma vez que não se conformam às normas culturais que tornam os gêneros inteligíveis.

Por sua vez, no artigo de Arán, Zaidhaft e Murta intitulado *Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva* é colocado que apesar de haver diversas maneiras de abordar a questão da transexualidade, percebendo que podem ser definidas duas grandes linhas teóricas que tratam deste tema, uma endocrinológica e outra psicossocial, parece que há um aspecto consensual entre elas, que seria o fato de que na transexualidade se apresenta uma incoerência entre sexo e gênero. Porém, os autores percebem que “o que define o diagnóstico de transexualismo é uma concepção normativa seja dos sistemas de ‘sexo-gênero’, seja do dispositivo ‘diferença sexual’” (ARÁN; Zaidhaft; MURTA, 2008:72). Ou seja, apesar de reconhecerem que essas linhas teóricas têm sua importância, percebem que, ao elas se fundamentarem na matriz binária heterossexual, elas se converteriam em um sistema regulador da sexualidade e da subjetividade (Arán, 2006 apud ARÁN; Zaidhaft; MURTA, 2008:72), e assim, elas não dariam conta do que é contemporaneamente apresentado como experiência transexual.

Propondo a discussão a respeito das considerações que pressupõem que “sexo é algo definido pela natureza, fundamentado no corpo orgânico, biológico e genético, e de que o gênero é algo que se adquire através da cultura” (ARÁN; Zaidhaft; MURTA, 2008:73), os

autores apontam que essa compreensão restringe o entendimento que pode-se ter da transexualidade, e trazendo as contribuições de Michel Foucault e Judith Butler a respeito do dispositivo da sexualidade, apontam que sexo não seria um dado natural, mas sim “o resultado complexo de uma experiência histórica singular”. E apontam que

se as normas de gênero são históricas e contingentes, e não essenciais ou estruturais, a postulação de um “verdadeiro sexo” ou de uma “verdade sobre o gênero” revela antes uma ficção reguladora. – uma forma de organização do social. Além disso, se para que esta ficção permaneça é necessário uma repetição reiterativa, podemos pensar que a aproximação de um ideal de gênero - masculino ou feminino - nunca é de fato completa, e que os corpos nunca obedecem totalmente às normas pelas quais sua materialização é fabricada. (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008:73).

Propondo que seria justamente pelo fato de as normas gênero serem instáveis e necessitarem esta “repetição reiterativa” que há a possibilidade de a lei reguladora ser reaproveitada numa repetição diferencial, ou seja, apoiando-se nas percepções de Butler, apontam que “se o gênero é uma norma, ele também pode ser fonte de resistência”. Assim, mesmo percebendo que “uma concepção normativa de gênero pode desconstruir a subjetividade de uma pessoa, destruindo gradativamente a capacidade de ela persistir em uma vida considerada viável ou até vivível”, a desconstrução de uma restrição normativa “pode também inaugurar uma nova construção de si, permitindo uma mudança, um alargamento de fronteiras e novos modos de vida”. (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008:73).

E partindo dessa possibilidade de novas construções de si, os autores justificam a importância de estudos empíricos e teóricos que visem o deslocamento da transexualidade do território de patologização, apresentando a sua pesquisa realizada com entrevistas feitas com mulheres transexuais atendidas no do Programa Interdisciplinar de Assistência a Pacientes Transexuais e Cirurgia de Transgenitalização do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da UFRJ, que teria como objetivo “a compreensão do dispositivo da transexualidade

nas práticas de saúde, assim como um estudo sobre a diversidade das narrativas transexuais”.

Neste trecho, percebi que apesar de os autores colocarem quando se referem as entrevistas colocarem que “(a)s pacientes, denominadas aqui no feminino por ser esta sua apresentação e seu desejo” (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008:74), e apontarem que as pacientes entrevistadas “adotaram e se apresentam com um nome feminino”, fazem referência a elas como “transexuais masculinos” para descrever aqueles que buscam a transição “de homem para mulher” (e nesta lógica, “transexual feminino” aqueles que transitam “de mulher para homem”), ou seja, tendo como referência o corpo biológico. Porém, se buscamos respeitar a identidade declarada pelos sujeitos, devemos nos referir de maneira contrária a essa afirmação feita pelos autores, sendo, portanto uma “transexual feminina” - ou uma mulher trans - aquela que, apesar de ter sido identificada ao nascimento como possuindo órgãos sexuais masculinos, assume ao longo de seu desenvolvimento papéis de gênero femininos. Segundo o mesmo raciocínio, devemos chamar de “transexuais masculinos” - Homens Trans ou trans homens - aqueles indivíduos cujas genitálias foram associadas ao nascimento como sendo femininas, mas que ao longo de seu desenvolvimento construíram identidades de gênero masculinas. A cirurgia de transgenitalização, portanto, não se configura como um marcador nesta definição.

Como coloca uma interlocutora de pesquisa em uma de suas publicações na sua página pessoal do *facebook*:

Eu não nasci homem, nem mulher, nasci com determinado genital, nua e sem saber o que era o mundo e quais regras o mundo iria exigir que eu seguisse. Tudo depois disso foi construção, foi cópia e repetição de muitas pessoas que contribuíram para definir a pessoa que sou hoje: única. Eu me construí como mulher, até conseguir me identificar com esse gênero.

E levando esse processo de autoidentificação em conta, devemos respeitar a construção pessoal do gênero dos indivíduos ao nos referirmos a sua vivência na transexualidade.

Essa parte do texto de Arán, Zaidhaft e Murta relativa às

entrevistas realizadas é de grande relevância, uma vez que dá voz aos sujeitos transexuais, que relatam seus anseios e inseguranças diante o Processo Transexualizador. Os autores dividem os resultados obtidos com as entrevistas em sub-itens, sendo que no primeiro apresentado, intitulado *Demanda pela Cirurgia de Transgenitalização*, nos é trazido um ponto importante ao considerar que “não necessariamente “todas” as transexuais desejam a extirpação do pênis e a construção do canal vaginal para a realização do sexo genital ‘normal’”, uma vez que várias das pacientes por eles entrevistadas já estabeleceriam relações sexuais e afetivas satisfatórias (o que nega o pressuposto da inexistência de sexualidade nas pessoas transexuais, que será discutido mais a diante com o texto de 2012 de Berenice Bento), “sendo a cirurgia apenas um entre outros atributos para a construção do gênero”. Ou seja, é importante a percepção de que apesar de para algumas pessoas transexuais a cirurgia ser imprescindível, “outras ‘podem esperar’ e ainda outras ‘podem desistir’ da cirurgia sem ‘deixarem de ser transexuais’” (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008:74). Neste sentido, os autores apontam a importância do estabelecimento de um tempo para “o esclarecimento sobre esta demanda de realização da cirurgia e as suas conseqüências”, porém, sem enfatizar a necessidade de um diagnóstico que diga pela paciente se ela estaria apta ou não a realizar a cirurgia.

Já no sub-item *Relato de Intenso Sofrimento Psíquico* a contribuição estaria no fato de que, mesmo reconhecendo que muitas pacientes apresentam “uma condição de intenso sofrimento psíquico, que aparece sob a forma de tentativas de suicídio, depressão, transtornos alimentares e angústia das mais diversas formas” (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008:74), os autores destacam que esse sofrimento não seria provocado apenas pelo conflito interno de não pertencimento ao sexo biológico, mas também “pelas inúmeras conseqüências sociais intrínsecas a esta condição”. Assim, colocam que mesmo a psiquiatria descrevendo geralmente estas experiências como “co-morbidades”, é de extrema relevância que se considere também o contexto em que estes sintomas aparecem, uma vez que “na transexualidade o risco de patologização de um problema social está sempre presente”. (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008:74).

Outra contribuição importante pode ser localizada no sub-item *Sexualidades* quando os autores colocam que nos atendimentos psicológicos referentes ao Processo Transexualizador muitas vezes as

questões relativas à sexualidade ficam em segundo plano, sendo que muitas vezes as pessoas transexuais se apropriam do discurso médico “acionando diferentes fronteiras identitárias somente para satisfazer a confirmação do diagnóstico”, deixando de mencionar por exemplo suas orientações sexuais por saberem que é esperado delas a adaptação à norma heterossexual (o que também será visto na discussão a respeito do artigo de 2012 de Bento). Assim, os autores propõem que “não devemos querer encaixar a transexualidade numa matriz heterossexual, devemos sempre considerar a possibilidade da diversidade do desejo” (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008:75).

É apontada também a grande dificuldade de inserção no mercado de trabalho formal, devido a problemas de documentação. E assim, no sub-item *Mudança da identidade civil* o processo de mudança de nome é colocado como sendo “fundamental na construção e redefinição do gênero”, não fazendo sentido “o reconhecimento do tratamento cirúrgico e das modificações corporais se estas não forem acompanhadas pela mudança do registro civil” (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008:76). Os autores tomando como base o que coloca Zambrano (2003 apud ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008:76), apontam também que se fosse dada a permissão para a troca de nome e sexo no registro civil de maneira independente à realização da cirurgia, muitos dos problemas mais agudos que ferem o exercício da cidadania que vivenciados cotidianamente pelas pessoas transexuais (e Trans de modo geral) seriam resolvidos.

Nas conclusões do texto, os autores reafirmam a importância da constituição de serviços interdisciplinares para o atendimento da demanda de pessoas transexuais, ressaltando a importância do estabelecimento de um tempo mínimo para “para a confirmação desta decisão, como também para o esclarecimento de todas as questões implicadas” no tratamento cirúrgico. E assim, mesmo percebendo o atendimento psiquiátrico para a confirmação do diagnóstico de transexualismo como um “dispositivo de cuidado”, eles reforçam que “este mesmo diagnóstico é também um vetor de patologização e de estigma, o qual muitas vezes acaba por atribuir uma patologia ao paciente sem questionar as questões históricas, políticas e subjetivas de psiquiatrização da condição transexual” (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008:78). Colocando que “o que importa é o reconhecimento de uma situação de intenso sofrimento, a qual não necessariamente se traduz

num diagnóstico psiquiátrico” os autores reiteram que a “condição de transgênero não significa nenhuma incapacidade mental, sendo que a maioria das pessoas tem total condição de exercer a autonomia de decidir sobre o seu próprio corpo”. (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008:78).

1.2 PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

Os trabalhos agrupados sob este título são artigos que de alguma maneira trazem informações a sobre o Processo Transsexualizador no SUS, seja discorrendo a respeito da maneira como se deu a implementação deste Processo no SUS, seja a respeito dos procedimentos cirúrgicos que a ele são relativos, seja pela discussão a respeito do acompanhamento psicológico compulsório, ou então, por questionarem o protocolo de acesso ao Processo. Inclui também um texto com viés patologizado que se dedica a dar orientações a respeito da realização do correto diagnóstico de “transexualismo”.

Início as análises com o artigo *Transgenitalização masculino / feminino: experiência do Hospital Universitário da UFRJ* elaborado por profissionais que compõem o quadro do Hospital Universitário da UFRJ, e embasado nos moldes biomédicos que percebem a transexualidade como uma enfermidade que pode/deve ser tratada através das cirurgias de transgenitalização, mesmo que inclua como autores Márcia Arán e Sérgio Zaidhaft, profissionais que em outros momentos apresentam-se como questionadores do diagnóstico como acesso aos serviços de saúde².

Os autores têm como objetivo do trabalho fazer uma retrospectiva de suas experiências “com esse tipo de tratamento cirúrgico” (FRANCO et al., 2010:427), referindo-se especificamente a transgenitalização “de homem para mulher” (*Male to Female* - MTF).

Já no início do trabalho podemos perceber este viés patologizante devido ao protocolo de acesso à esse serviço do HU-UFRJ se fundamentar nas resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), sendo que a definição de transexualismo deve obedecer, no mínimo, aos seguintes critérios:

² Ver por exemplo Arán, Zaidhaft, Murta, 2008

desconforto com o sexo anatômico natural; desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos; ausência de outros transtornos mentais. (BRASIL, 2002)

Reforçando que, ao definirem como essencial a ausência de “outros transtornos mentais” consideram a transexualidade como sendo uma doença psiquiátrica.

Após descreverem os critérios de seleção das pacientes, que obedecem à avaliação de equipe multidisciplinar, passam a ser descritas com detalhes as técnicas cirúrgicas que são empregadas, apresentando, inclusive, fotos do processo cirúrgico e pós-cirúrgico.

Ao longo do texto, é possível observar que os autores oscilam entre respeitar as identidades demandadas pelas pacientes transexuais, referindo-se a elas no feminino, e em outros, utilizam expressões como “os pacientes” e “estes pacientes”, mesmo quando estão se referindo ao período pós-operatório, demonstrando sua dificuldade em aceitar a transexualidade como um processo identitário autodeterminado pelos sujeitos. Os autores do artigo por mais de uma vez utilizam o termo “mulher normal” em contraste com as mulheres que demandam o processo transexualizador, o que perpetua a ideia de um “sexo verdadeiro”, de que existe uma “mulher de verdade”. Isso fica evidente na página 432 quando os autores escrevem que as pacientes operadas devem ser

orientadas para evitar os excessos. Exagerar em traços supostamente femininos mas que, na realidade, as mulheres não usam, faz efeito contrário. A nova pessoa que surge após a transgenitalização, não precisa nem deve mostrar-se mais feminina do que mulheres normais. Alguns resquícios de masculinidade, como vestígios de barba, mãos e pés grandes e voz grossa acentuarão o contraste frente a gestos estereotipado. (FRANCO et al., 2010:432).

O que seria uma “feminilidade normal”? Quão feminina uma

“mulher normal” deve ser? E quão feminina uma mulher Trans deve se expressar para “parecer” com uma “mulher normal”? O que seria um excesso de feminilidade? Essas são questões que podem ser colocadas em relação aos diferentes padrões tanto de “normalidade” quando de “feminilidade” operados neste texto.

Neste trecho transcrito, além de os autores estereotiparem o comportamento das mulheres transexuais, também as vivências de feminilidade ditas “normais” são essencializadas e são reforçados padrões comportamentais de gênero. Além do fato de que não “surge uma nova pessoa” após a cirurgia, deve-se reconhecer que está pessoa já existia antes dela, e vinha ao longo da vida elaborando e reelaborando sua individualidade, com seus jeitos e trejeitos, a pessoas pacientes transexuais não “eram homens e viraram mulheres” após a cirurgia, mas assim como todas as mulheres se apropriam de características dos masculinos e femininos para se construírem como mulheres ao longo de suas vidas. Uma interlocutora de pesquisa, militante dos direitos Trans, em entrevista feita via *facebook*, relatando que no processo de mudança de nome, o juiz teria solicitado que seu advogado anexasse ao processo fotos “provando” que ela era feminina, coloca o seguinte questionamento:

onde será que a gente acha o termômetro que mede a feminilidade que eles querem ver?

eu até falo pras pessoas

se eu fosse a cássia eller
será que os juízes permitiriam que eu tivesse o "privilégio" de participar disso que se chama cidadania

e ter meu nome alterado pra cássia?

talvez não né, pq vai saber se o termômetro deles pra feminilidade funcionaria diante da cássia eller³

Ressaltando assim, que o que orienta o olhar dos profissionais das equipes vinculadas ao Processo Transexualizador são as verdades

³ Mantive a estrutura do texto igual a como ela foi escrita no *chat* da rede social.

pré-estabelecidas para os gêneros. Nesse sentido retomo o que Bento (2008) propõe, que no processo de avaliação das pessoas que demandam as cirurgias de transgenitalização, se operam mecanismos de poder e de normatização das condutas. Segundo esta autora, o dispositivo da transexualidade teria fixado normas rígidas a respeito da conduta desses indivíduos, que se vêm ao longo de todo o processo obrigados a provarem serem “verdadeiros transexuais”, ou seja, obrigados a demonstrar que se aproximam o máximo possível a uma mulher ou a um homem considerados “normais”, devendo corresponder aos estereótipos de gênero vigentes, assim como adequar-se à norma heterossexual.

Nos resultados, os autores Franco et al. (2010) apresentam que das dezessete pessoas que foram atendidas entre 1997 e 2004, “quinze confirmaram a condição transexual”, sendo que destas, apenas seis (na faixa de 25 a 40 anos) realizaram as operações. Relatam também que permaneceram de 2004 até 2009 sem realizarem as cirurgias devido à “prioridades assumidas pelas novas necessidades do nosso Hospital”, o que leva a reflexão a respeito de como ainda a importância destes procedimentos têm pouca legitimidade em comparação com os outros atendimentos que as unidade hospitalares fazem, e lembrando que apesar de existirem centros de atendimento e tratamento de pessoas transexuais espalhados pelo Brasil, há apenas quatro hospitais credenciados a realizar a Operação de Redesignação Sexual no Brasil, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre vinculado à UFRGS, o Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o Hospital das Clínicas vinculado à Universidade Federal de Goiás. Unidades estas que certamente não dão conta da demanda por esse processo, relegando as pessoas transexuais a longos e angustiantes anos de espera.

O texto reforça a importância do acompanhamento psicológico antes a cirurgia “para evitar transtornos, tanto emocional como funcional, no período pós-operatório” (FRANCO et al., 2010:431) e também o acompanhamento após a cirurgia para “auxiliar na adaptação das pacientes a suas novas condições”, inclusive no que diz respeito aos relacionamentos erótico-afetivos estabelecidos pelas pacientes. Além deste acompanhamento, é frisada também a importância da continuidade do acompanhamento endocrinológico, uma vez que estas mulheres em sua maioria fazem uso de hormônios femininos como o estrogênio, e

estão associados a este uso, episódios de tromboembolismo em pacientes acima de 40 anos que se submeteram à transgenitalização, e também a ocorrência de hiperprolactinemia. É recomendado também para estas pacientes a realização periódica de densitometria para controle da massa óssea devido à privação da testosterona. (FRANCO et al., 2010:433).

Percebo que além das informações técnicas para profissionais da área da saúde, o que este texto traz de contribuição é a afirmação do sucesso do procedimento cirúrgico, que segundo os autores, pôde ser concluído, sem dificuldades técnicas em todas as pacientes a ele submetidas. Segundo eles “O resultado estético foi considerado excelente por todas elas, que se mostraram muito satisfeitas não só com a ablação da genitália masculina, mas também com o aspecto estético na nova genitália” (FRANCO et al., 2010:430). É importante também a menção, ainda que discreta, à necessidade de discussão com as pacientes transexuais da perda definitiva da fertilidade, propondo o eventual armazenamento de esperma congelado antes da terapia hormonal e do tratamento cirúrgico, para que assim possa ser garantida sua autonomia reprodutiva⁴. Essa questão da autonomia será resgatada em um tópico mais a diante.

Analisando o artigo *Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios* de Tatiana Lionço, pode-se perceber que ele é publicado pouco tempo depois do lançamento da Portaria GM nº. 1.707, de 18 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008), que formaliza as diretrizes técnicas e éticas do Processo Transexualizador no SUS. Além de fornecer argumentos que ressaltam a relevância desta política, a autora sinaliza alguns desafios que ainda devem ser superados para que haja avanços nas políticas públicas relativas aos direitos sexuais. Ao longo do texto a autora irá sustentar a hipótese de que a heteronormatividade e o binarismo de gênero atuam como fatores limitadores da democratização dessa política de saúde. (LIONÇO, 2009:43).

Para Lionço a norma que regulamenta o acesso ao Processo Transexualizador no SUS representa uma importante conquista social

⁴ Minha interlocutora de pesquisa coloca que mesmo no processo de mudança de nome, o juiz também teria exigido um laudo afirmando que ela estaria “castrada quimicamente”, ou seja, que ela faria uso de medicações anti-androgênicas que inibem o desejo sexual. Esta castração química esta relacionada à exigência de “total abjeção ao órgão” pelo protocolo que define quem é “transexual verdadeiro”.

para as pessoas que estão diretamente interessadas no acesso a esses procedimentos médicos, e também para os profissionais envolvidos em seu cuidado, dando, segundo a autora, “provas do potencial contra-hegemônico do SUS” (LIONÇO, 2009:45). Porém, uma vez que com o credenciamento de centros de referência para o atendimento às pessoas Trans, todo o acesso aos serviços de saúde passa a ser via estes locais, em detrimento das Unidades Básicas de Saúde, Lionço contrapõe colocando que

por mais que a normatização desse processo tenha sido um ganho desse segmento populacional, não responde à questão da precariedade do acesso ao sistema de saúde quando se considera que a porta de entrada do mesmo deve ser prioritariamente a atenção básica, já que seria antagônico ao princípio da universalidade do SUS o estabelecimento de nichos diferenciados para a atenção a um determinado grupo social, em diferenciação ou discriminação em relação aos demais. (LIONÇO, 2009:44).

A autora aponta que a norma brasileira teria como diferencial “o estabelecimento de parâmetros éticos para a condução do processo de atenção à saúde, com ênfase na garantia da autonomia e no enfrentamento dos agravos decorrentes de processos discriminatórios” (LIONÇO, 2009:45), reconhecendo dois pontos importantes neste trecho, sendo um a relevância da autonomia dos indivíduos nos processos de cuidado e o outro o reconhecimento que a discriminação leva a agravos da saúde das pessoas com vivências Trans.

É central para a discussão que a autora faz o conceito de “justiça social”, compreendido por ela na perspectiva da equidade, ou seja, reconhecendo que a única maneira de garantir a universalidade dos direitos humanos e sociais seria levando-se em consideração as diferenças entre grupos sociais que se encontram em situação de desigualdade, sendo necessária a criação de estratégias diferenciadas para os direitos sejam garantidos nas distintas situações. Lionço dá continuidade afirmando que o SUS se estruturaria em torno de princípios relativos a esse preceito de justiça social, uma vez que “afirma a universalidade do acesso aos serviços de saúde, com

integralidade na atenção e participação social na formulação e implementação das políticas de saúde”. Segundo Lionço, apesar da equidade, não ser um princípio expresso na Constituição Federal e na Lei Orgânica da saúde, seria um “conceito-chave para a promoção dos princípios da universalidade, integralidade e participação social” (LIONÇO, 2009:46).

Outro conceito fundamental para a discussão seria o de “diversidade sexual”. Segundo Lionço, o termo “diversidade” seria um valor social expresso na Constituição, e assim, não se deve considerar a sexualidade segundo um único padrão, pois os cidadãos estabelecem laços afetivos de maneiras distintas. Lionço então propõe que:

o conceito de diversidade sexual apresenta aqui uma função central e estratégica para a proteção dos direitos sociais de pessoas que encontram na orientação sexual e na expressão de gênero fatores de violação de seus direitos, tendo como fatores de prejuízo social a heteronormatividade e a naturalização do binarismo de gênero, sócio-historicamente construídos. (LIONÇO, 2009:47)

Dando continuidade à questão da diversidade sexual, a autora faz um esclarecimento a respeito da heteronormatividade e do binarismo de gênero para explicar a matriz de inteligibilidade que dá sentido à diversidade sexual, ou seja, seria “a partir da heterossexualidade, e da bipartição estanque entre a masculinidade e a feminilidade, tomadas como parâmetro da normalidade, que toda e qualquer expressão da sexualidade e do gênero é valorada” (LIONÇO, 2009:47). Ao afirmar a diversidade sexual como um valor, faz-se “um contraponto à heteronormatividade e à dinâmica homofóbica⁵, que veicula a desqualificação do *status* social de certos indivíduos” (LIONÇO, 2009:47) em decorrência da sua sexualidade ou identidade de gênero. A discussão a respeito da heteronormatividade e do binarismo é essencial para as reflexões a respeito dos serviços de saúde uma vez que foram formalizadas em grande medida no discurso médico, “que desde o século XIX se ocupou em normatizar as condutas sexuais e as

⁵ Relembrando que o preconceito em decorrência da identidade de gênero das pessoas Trans é denominado “transfobia”. É importante nomeá-lo para dar visibilidade a este tipo de violência, assim como tratar por “lesbofobia” as violências direcionadas às lésbicas.

expressões da masculinidade e da feminilidade em parâmetros de saúde/normalidade ou de doença/anormalidade” (LIONÇO, 2009:48).

No restante do texto a autora se ocupa em explicitar o processo de Construção e formalização da norma sobre o Processo Transexualizador no SUS, apontando que duas forças influenciaram a sua viabilização, a “judicialização da demanda pela regulamentação e financiamento do procedimento de transgenitalização no SUS, e a abertura institucional do Ministério da Saúde para a participação social na formulação dessa política pública”. (LIONÇO, 2009:49). A judicialização diz respeito à Ação no Ministério Público Federal para a inclusão dos procedimentos de transgenitalização mencionados na Resolução nº 1.842/1997 do Conselho Federal de Medicina na tabela de procedimentos pagos pelo SUS. Já em relação à participação social, diz respeito à discussão em grupo “estabelecida entre movimento social, trabalhadores, pesquisadores e gestores num mesmo espaço de formulação de diretrizes para a atenção à saúde de transexuais”. (LIONÇO, 2009:50). Um exemplo dessa coletivização da discussão das questões de saúde das pessoas Trans é a instituição em 2004 do Comitê Técnico Saúde da População GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) pela Portaria GM nº 2.227 (BRASIL, 2004b). Outro seria o Comitê Técnico Saúde da População GLTB, instituído pelo Ministério da Saúde, que segundo Lionço “foi o primeiro setor governamental a reconhecer a organização social de transexuais e a abrir formalmente espaço de participação social desse segmento na formulação de políticas públicas” (LIONÇO, 2009:51). Nesse sentido, a autora aponta que a construção da norma Processo Transexualizador no SUS irá refletir a garantia de participação social por parte dos órgãos governamentais, o que segundo ela “permitiu o alargamento da perspectiva da atenção à saúde para além do viés médico-biológico e psiquiátrico, resgatando os princípios do SUS (LIONÇO, 2009:52)

Este trabalho de Lionço é um importante subsídio para a compreensão de como o SUS tem respondido à demanda do processo transexualizador, mostrando-se relevante na medida em que ao problematizar o caráter psicopatológico da transexualidade, ela destaca a heteronormatividade, o binarismo de gênero e a própria patologização como fatores de sofrimento e agravos à saúde das pessoas Trans, apontando assim, a necessidade da despatologização da transexualidade como estratégia de promoção da saúde (LIONÇO, 2009:51). A autora

traz também questionamentos a respeito da centralidade das medidas médico-cirúrgicas na atenção às pessoas Trans nos SUS, e da restrição das demandas em saúde à lógica identitária, o que segundo Lionço, acarreta na exclusão das travestis aos serviços e reforça os discursos normativos ao reiterar as categorias de “homem” e “mulher”, ao invés de romper com o binarismo de gênero e a heteronorma, que por sua vez, são contrárias à afirmação da diversidade sexual como valor social.

Já o artigo *Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual* de Miriam Ventura e Fermin Schramm, ao trazerem contribuições do Direito e da Bioética, convidam a refletir a respeito da infração aos direitos sanitários e ao livre desenvolvimento da personalidade no momento em que as normas que regulam o acesso aos serviços de saúde restringem a autonomia da pessoa Trans, “convertendo-se os direitos humanos num tipo de dever de a pessoa adequar-se à moralidade sexual dominante.” (VENTURA; SCHRAMM, 2009:65). Para estes autores, apesar das modificações corporais serem juridicamente reconhecidas, a legitimidade da necessidade da sua realização está condicionada ao diagnóstico psiquiátrico e ao cumprimento de critérios terapêuticos estabelecidos pelo CFM, e isso implicaria não só na redução da autonomia do profissional médico em decidir os melhores caminhos e abordagens para lidar com seus pacientes, quanto da pessoa Trans de decidir como, onde e quais modificações corporais deseja realizar. Em resumo Ventura e Schramm apontam: só é possível o acesso aos recursos disponíveis com a tutela da Medicina e do Direito, e não como uma escolha livre do sujeito transexual, nem como resultado de um acordo entre as partes. (VENTURA; SCHRAMM, 2009:67). Ressaltando que para estes autores, autonomia diz respeito a capacidade de um sujeito em

determinar-se de acordo com leis próprias (do grego *autós*, “si mesmo”, e *nómos*, “lei”) e tem duas dimensões: a dimensão prática ou moral, referida à ação, que implica escolha e decisão próprias; a dimensão cognitiva ou capacidade para distinguir a ação apropriada a ser adotada numa situação determinada. (VENTURA, SCHRAMM, 2009:73).

As justificativas para os rígidos protocolos de acesso às modificações corporais se fundamentam em uma noção de proteção do paciente transexual, uma vez que estes seriam portadores de uma “condição psíquica transtornada”, o que poderia vir a interferir na sua capacidade de decidir a respeito das modificações corporais, que por sua vez, são “extensas e irreversíveis”. Por isso os autores chamam a atenção que este tipo de tutela estipulada ao invés de representar um instrumento de proteção a estas pessoas, estabeleceria “um tipo de dispositivo de poder e controle (institucionalizado na Medicina e no Direito), que reduz ou anula a autonomia dos sujeitos, para atender interesses e moralidades dominantes” (VENTURA; SCHRAMM, 2009:67), uma vez que estes protocolos diagnósticos não se limitam a estabelecer quais são as maneiras mais seguras de se realizarem as modificações, mas também buscam fixar definições e preceitos de como a transexualidade deve ser vivenciada “corretamente”, de como uma pessoa deve se comportar para ser um “transexual verdadeiro” reduzindo à condição de transexual à condição heterossexual, que é prescrita como a expressão “correta” ou “normal” de se vivenciar sexualidade.

Para completar o sentido do que estão afirmando, os autores retomam um trecho de Berenice Bento que aponta que:

quando se diz “transexual” não se está descrevendo uma situação, mas produzindo um efeito sobre os conflitos do sujeito que não encontra no mundo nenhuma categoria classificatória e, a partir daí, buscará *comportar-se como “transexual”*. O saber médico, ao dizer “transexual”, está citando uma concepção muito específica do que seja um/a transexual. Esse saber médico apaga a legitimidade da pluralidade, uma vez que põe em funcionamento um conjunto de regras consubstanciado nos protocolos, que visa a encontrar o/a “verdadeiro/a transexual”. O ato de nomear o sujeito transexual implica pressuposições e suposições sobre os atos apropriados e não-apropriados que os/as transexuais devem atualizar em suas práticas. (BENTO, 2006, p. 47 apud VENTURA; SCHRAMM, 2009:71 grifo meu)

Este trecho e a frase destacada sobre passar a “comportar-se como transexual” me remete a uma parte de uma entrevista realizada no processo de pesquisa quando eu indago para minha interlocutora a respeito do processo de obtenção do laudo psiquiátrico para a realização da cirurgia de transgenitalização e ela responde:

nas minhas consultas com o psiquiatra do SUS eu tive que responder testes estilo revista capricho extremamente cisnormativos e heteronormativos

Essa maneira correta de responder aos testes psicológicos por ela relatada, me levou a indagar: “e as meninas que já fizeram os testes dão toques umas pras outras sobre as perguntas que vão encarar?? pra não dar furo?” E obtenho como resposta:

sim, claro
vc já sabe o que ele espera ouvir
vc sabe qual é o roteiro
é simplesmente ridículo eles
engessam a identidade trans

Os protocolos estabelecidos pelo saber médico têm uma concepção rígida a respeito do que é ser “homem” ou o que é “ser mulher” e como os que reivindicam o pertencimento a estes gêneros devem se comportar perante o mundo e perante seu próprio corpo. Assim, Ventura e Schramm apontam que mesmo que as novas tecnologias da medicina venham sendo empregadas não só para prevenir doenças, mas, também, para alterações que visam à superação de desconfortos em relação ao próprio corpo, sendo consideradas pela maioria das pessoas como algo positivo na medida em que amplia a liberdade individual melhora as condições gerais da vida dos indivíduos, estas intervenções estão restritas às pessoas ditas “normais”, ou seja, àquelas que não estão em conflito com as normas de gênero. E assim questionam:

condicionar o acesso às modificações corporais das pessoas transexuais a um diagnóstico psiquiátrico e admitir a prática livre no caso de cirurgias estéticas não constitui uma forma de discriminação no acesso aos recursos de saúde?

(VENTURA; SCHRAMM, 2009:68).

Discorrendo sobre a prática médica, os autores apontam que uma das teorias bioéticas que é mais difundidas e utilizadas na deliberação dos conflitos que surgem na prática biomédica seria a teoria dos quatro princípios ou princípalismo, que seriam “respeito à autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça”. (VENTURA; SCHRAMM, 2009:75).

Para esta teoria,

Na relação médico-paciente, a aplicação do princípio do respeito à autonomia (e não simplesmente o princípio da autonomia) implica que a equipe de saúde reconheça *a priori* (antes de qualquer juízo ou avaliação sobre a condição autônoma ou não do paciente) o direito de a pessoa expressar suas opiniões, fazer suas escolhas e agir, com base em valores e crenças próprias, garantindo-lhe, efetivamente, a possibilidade de seu exercício. Isso se traduz em obrigações de não-intervenção nas decisões do outro - obrigações negativas - e as de sustentar a capacidade do agente para escolher autonomamente e proporcionar as condições necessárias para isso - obrigações positivas. O consentimento informado, ou - como admitido nas normas brasileiras - *livre e esclarecido*, é o principal instrumento para garantir o exercício da autonomia, entendido como expressão concreta da vontade do agente moral nas intervenções médicas e de pesquisa. (VENTURA; SCHRAMM, 2009:75 grifos dos autores)

O que se constata através da leitura deste artigo é que o “exercício da autonomia do paciente transexual no processo transexualizador é mais limitado do que o usualmente admitido para outros processos terapêuticos” (VENTURA; SCHRAMM, 2009:81), o que traz em longo prazo, efeitos negativos para a saúde das pessoas que desejam utilizar práticas de modificações corporais, mas que não se enquadram no diagnóstico de “transexuais verdadeiros”, como por exemplo, as travestis, que são pessoas que desejam viver socialmente

como mulheres mas desejam manter a genitália masculina, ou então pessoas que se dizem transexuais mas que estabelecem relações erótico-afetivas homossexuais. Uma vez que são excluídas da assistência do sistema oficial de saúde, vão buscar recurso no mercado clandestino de medicamentos e de modificações corporais através do uso de silicone industrial (como será explicitado mais adiante com a análise do artigo de 2013 de Mello et al.).

Outra contribuição que os autores trazem com este trabalho está em apontarem através de trechos de decisões do Tribunais Superiores Brasileiros e do Supremo Tribunal Federal, que o Poder Judiciário

não garante plenamente o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, a inclusão social e os direitos de cidadania para todos, mas tão somente o direito daqueles considerados pela Medicina como “verdadeiros transexuais” e que se submeterem à cirurgia da genitália (VENTURA; SCHRAMM, 2009:84).

Ao perceber a intervenção judicial para mudança do nome como “etapa final do processo terapêutico estabelecido pela medicina”, sendo segundo estes autores

o principal critério definidor para o reconhecimento legal da nova identidade sexual é se o/a paciente já realizou a cirurgia de adequação da genitália, não sendo reconhecida a procedência dos pedidos de alteração da identidade sexual daqueles que se identificam com o gênero oposto ao do seu sexo legal, mas não modificaram a genitália, apesar das alegações de constrangimentos pessoais e sociais para o exercício de seus direitos de cidadania em razão do antagonismo entre sua identidade sexual social e a legal. (VENTURA; SCHRAMM, 2009:84).

Assim, o direito à adequação social só é garantido na medida em que as normas médicas “para correção do desvio” sejam cumpridas, não havendo, desta maneira, o reconhecimento da identidade

sexual/gênero como uma “construção social ou da subjetividade pessoal, ou ainda, como uma prerrogativa pessoal do sujeito. (VENTURA; SCHRAMM, 2009:85)

Ventura e Schramm apontam que seria uma demanda do segmento transexual, de juristas e profissionais de saúde, e do próprio Poder Executivo o estabelecimento de uma lei federal que estabeleça critérios para a alteração do prenome e do sexo legal e seus efeitos. Atualmente no meio da militância LGBTTI têm-se discutido muito sobre o PL 5002/2013 de autoria dos deputados Jean Wyllys - PSOL/RJ e Erika Kokay - PT/DF que dispõe sobre o direito à identidade de gênero. A respeito da criação de uma lei federal, Ventura e Schramm apontam que teria como vantagem, o estabelecimento de critérios universais para o acesso às alterações. Porém, os autores chamam atenção também que a desvantagem seria que uma nova lei poderia “estabelecer critérios mais restritivos do que os atualmente adotados (VENTURA; SCHRAMM, 2009:83), o que acredito não ser o caso do projeto de lei supracitado, mas ser possível no caso da criação de uma lei sem consultar o segmento Trans e pautado na patologização das identidades.

Mudando o foco da análise e passando para reflexão a respeito do artigo de Márcia Arán e Daniela Murta intitulado *Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde* percebemos que ele parte, por sua vez, da constatação de que o estabelecimento do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero teria sido uma forma de regulamentar a demanda de transexuais que ansiavam pela “mudança de sexo”, afirmando que a própria definição de transexualidade somente se tornou possível nesse contexto da medicalização do sofrimento das pessoas Trans. (ARÁN; MURTA, 2009:24).

As autoras percebem que mesmo com a atuação do movimento LGBTTI e do Coletivo Nacional de Transexuais (entre outros movimentos sociais) muitas pessoas trans chegam aos serviços de saúde sem nenhuma informação a respeito de seus direitos básicos. Para estas pessoas o setor saúde vai representar muito mais do que um serviço que oferta o “tratamento” que elas necessitam, ele “permitirá a construção de uma rede de reconhecimento e inclusão social para estas pessoas” que “encontram-se, muitas vezes, numa condição de extrema

vulnerabilidade psíquica, física e social” (ARÁN; MURTA, 2009:18)

Discorrendo a respeito das principais técnicas de cuidado ofertadas pelos serviços que prestam assistência a transexuais que procuram tratamento para a realização do processo transexualizador, as autoras apontam em relação ao tratamento endocrinológico que ele teria como objetivo, através de terapia hormonal, a indução do aparecimento de caracteres sexuais secundários que sejam compatíveis com o gênero com o qual a pessoa se identifica, como por exemplo a barba em Homens Trans (FTM) e seios em mulheres Trans (MTF). O tratamento hormonal irá acompanhar a pessoa Trans para o resto de sua vida só sendo interrompido no caso de pessoas transexuais para realização da cirurgia de transgenitalização. Devido ao alto índice de pacientes que chegam aos serviços já tendo se automedicado com hormônios (geralmente a escolha de qual medicação usar é feita através da indicação de amigas/os ou por meio de informações obtidas na internet), Arán e Murta enfatizam que “é de fundamental importância estabelecer a dose ideal do medicamento para cada pessoa, destacando-se o fato de que não há necessidade de doses elevadas de hormônios para se alcançar os efeitos desejados ou alcançá-los mais rapidamente”, indicando ainda que “a literatura especializada aponta para a necessidade de pesquisas empíricas sobre os efeitos colaterais do uso prolongado de hormônios” (ARÁN, MURTA, 2009:19).

A esse respeito é interessante retomar a fala de minha interlocutora de pesquisa em relação ao consumo de hormônios e seus efeitos colaterais. Segundo ela

raramente vc vai encontrar uma pessoa trans*
que se hormonize com atendimento médico
o efeito colateral mais comum é a trombose
conheço várias meninas que tiveram trombose
tomando 1 perlutan⁶ por semana
elas acham que quanto mais se empanturrarem de
hormônios
mais rápido vão ficar com corpo feminino
(...)
funciona assim
uma pergunta pra outra que hormônio dá peito
e todas vão tomando pq a amiga receitou

⁶ Nome comercial de um hormônio muito utilizado pelas mulheres Trans.

se a dieta tal tem dado certo pra amiga
logo vai dar certo pra mim
só que hormônios femininos
de modo geral
estão propensos a causar
trombose
avc e infarto
o sangue fica mais grosso
formam coágulos e aí...

As autoras Arán e Murta trazem também descrições detalhadas das cirurgias que compõem o Processo Transexualizador, salientando que, devido a estas cirurgias serem “procedimentos de grande porte” e “irreversíveis”, é de fundamental importância que as/os usuárias/os deste serviço sejam esclarecidos não só dos possíveis riscos cirúrgicos, como também das consequências funcionais desses procedimentos. Segundo as autoras “o contato prévio com os médicos e com outros pacientes que já passaram pelo processo Transexualizador poderá ser de grande valia para ajudar na tomada de decisão em relação à efetivação da cirurgia” (ARÁN; MURTA, 2009:20).

Outro ponto retratado neste texto e que é interessante ser aqui colocado, é a discussão a respeito de que, apesar de para muitas pessoas transexuais a cirurgia constituir etapa fundamental para a construção de si, “sendo a possibilidade de modificação corporal fundamental para o delineamento de seus projetos de vida” (ARÁN; MURTA, 2009:21), para outras, que já são socialmente reconhecidas pelo gênero que sentem pertencer, a realização da cirurgia não seria necessária caso fosse possível a alteração de nome civil sem ela. Ou seja, segundo Arán e Murta, se vivêssemos em um mundo onde a diversidade de gênero fosse possível e as pessoas Trans não fossem vulnerabilizadas por suas expressões de gênero, a cirurgia de transgenitalização não seria vital para muitas pessoas trans. Percebi em discussões feitas na internet por militantes Homens Trans que para muitos deles, a realização da mastectomia seria a principal cirurgia que desejam realizar, não dando tanta ênfase para a transgenitalização em si. Retomo outro momento de conversa com a minha interlocutora de pesquisa, em que ela coloca questões semelhantes quando propõe que:

uma solução para algumas trans

que elas gostariam
é apenas a orquiectomia
que é a remoção dos testículos
pra não mais depender do antiandrógeno
tenho uma amiga trans que participa do grupo de
transexualidade
do HC-USP
e não quer fazer a vaginoplastia
apenas a orquiectomia
porém recebeu como resposta que isso não é
possível
o detalhe é que para a cirurgia de
transgenitalização, necessariamente é feita a
orquiectomia
ou seja, não é que não haja profissional para
fazer
é que se não quer retirar o pênis
logo, vc está descartada pelo sistema público de
saúde

A exclusão a qual ela se refere se daria por a paciente não se enquadrar no diagnóstico de “transexualismo” ao não expressar completa abjeção ao seu órgão. Uma vez que os protocolos de acesso aos serviços de saúde se fundamentam na bipartição entre pênis-homem-masculino e vagina-mulher feminino, não é concebível uma mulher com pênis que não deseje adequar seu corpo a norma binária. Portanto, mesmo que reconheçamos que há um evidente benefício na existência de serviços de saúde que acolham o sofrimento das pessoas Transexuais, ainda é necessário que se problematize a exigência do diagnóstico psiquiátrico como condição de acesso aos tratamentos por esses serviços ofertados, “sendo necessário colocar em questão a noção de “transexual verdadeiro”, fortemente veiculada nos manuais diagnósticos, que acaba por conceber um comportamento fixo, rígido, adequado às normas de feminilidade ou de masculinidade”. (ARÁN, MURTA, 2009:24)

É devido às grandes diferenças entre as maneiras de constituir os corpos e as identidades, que a individualização do cuidado de saúde é de fundamental importância. Ou seja, para a elaboração de qualquer planejamento terapêutico que tenha como base a integralidade da assistência à saúde, deve-se levar sempre em consideração a diversidade e a singularidade das narrativas, uma vez que nem todas as pessoas

desejam e/ou necessitam os mesmos procedimentos de cuidado (ARÁN, MURTA, 2009:24). Ainda nas palavras das autoras “o processo de cuidado em saúde no caso da transexualidade deve suplantar qualquer perspectiva correccional e adaptativa” (ARÁN, MURTA, 2009:33).

Este texto nos faz refletir que mesmo a transexualidade atualmente ser definida como um transtorno mental e a institucionalização da assistência às pessoas Transexuais estar baseada em um modelo puramente biomédico, “o fato de se definir uma política de saúde integral tendo como referência os princípios do SUS permite uma ampliação da noção de saúde, a qual não deve ficar restrita à ausência de doença”. (ARÁN, MURTA, 2009:23). Ao pautar-se a atenção às pessoas Trans (não só das pessoas transexuais) na noção de saúde integral “há que promover uma abertura para as redescrições da experiência transexual numa articulação permanente entre os saberes biopolíticos dominantes e uma multiplicidade de saberes locais e minoritários. (ARÁN, MURTA, 2009:16) E para a implementação desta modalidade de assistência as autoras apontam que um dos principais desafios seria a capacitação profissional da equipe interdisciplinar que presta atendimento às pessoas Trans com a efetivação de medidas de humanização, que visem a garantia de um atendimento de qualidade e livre de discriminação . (ARÁN, MURTA, 2009:17).

Passo agora a analisar o artigo de Liliana Sampaio e de Maria Thereza Coelho intitulado *Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde* que reflete a respeito das demandas de intervenção sobre o corpo que algumas pessoas transexuais sentem, como por exemplo, a hormonioterapia e as cirurgias de transgenitalização. No processo de pesquisa as autoras constataram que “a fila de espera no Sistema Único de Saúde (SUS), o protocolo pré-operatório de dois anos, o custo das cirurgias nas clínicas particulares e a falta de regulamentação jurídica para a mudança de documentação” (SAMPAIO, COELHO, 2012:637) se mostram como as maiores dificuldades encontradas por seus interlocutores na busca pelo Processo Transexualizador.

Em relação ao protocolo pré-operatório aparece no artigo o questionamento da patologização da transexualidade quando, na fala de seu interlocutor de pesquisa Paulo, é relatado desagradado em saber que para poder realizar as modificações corporais que deseja “e ter um alívio quanto ao seu desconforto”, tenha que ser considerado pelos

profissionais da saúde como um “transtornado”. Nas palavras dele: “isso é desrespeitoso. Você pode não ser considerado louco, mas você está com um laudo de um transtorno mental e isso é ruim” (Paulo apud SAMPAIO; COELHO, 2011:643). Este mesmo interlocutor questiona a dependência da aprovação da equipe médica para a realização dos procedimentos de transição quando coloca:

“[...] parece que a gente só pode ser reconhecido, só pode existir a partir da decisão de um outro. Eu só posso ter o direito a ser eu, se o outro disser o que eu sou, se o outro me classificar como “transexual verdadeiro” ou não, isso pra mim é um desrespeito à inteligência das pessoas, e um desrespeito aos direitos humanos”. (Paulo, apud SAMPAIO; COELHO, 2012:644)

Esse “tutelamento” da pessoa transexual é o mesmo que apareceu anteriormente no texto de Bento e Pelúcio (2012), que apontou que as pessoas que não estão adequadas ao que lhes foi asignado ao nascimento, teriam a necessidade da validação por um “profissional” daquilo que dizem sentir sobre si mesmas, ou seja, dependendo sempre de médicos e profissionais psi para tornarem legítimas as suas afirmações a respeito de se são ou não “de verdade” aquilo que afirmam ser. E essa não possibilidade de se definir é percebida pelo interlocutor de Sampaio e Coelho como sendo um “desrespeito à inteligência dessas pessoas”.

O diagnóstico de “transexual verdadeiro” também é questionado por Flávio, outro interlocutor das autoras. Ele afirma que esse seria um problema para os outros, pois ele não teria nenhuma dúvida quanto a ser homem e afirma viver tranquilamente a sua transexualidade. As autoras apontam que Flavio “relata ainda que, antes, o que diferenciava a/o travesti e a/o transexual era o desejo da cirurgia, mas que isto ‘não é assim. Quando a pessoa não quer fazer a cirurgia, será por ela estar confusa? [...] Você faz a cirurgia se você quer. Isso não diminui em nada eu ser homem ou ser mulher’”. (SAMPAIO; COELHO, 2011:643).

Mesmo com ressalvas ao diagnóstico como condição de acesso ao Processo Transexualizador, as autoras apontam como benéfica para as pessoas Trans a realização da terapia psicológica, tanto antes da transição, como após ela, reconhecendo na fala de seus interlocutores de

pesquisa que

a transexualização (...) foi vista como um processo difícil, em que a pessoa, mesmo tendo realizado as cirurgias e a hormonioterapia, não está livre do preconceito e discriminação social. (SAMPAIO; COELHO, 2012:641)

As autoras reconhecem que muitas pessoas Trans apresentam sofrimento psíquico e outros “desconfortos gerados a partir do desencontro entre sexo biológico e psicológico”, porém apontam que este desconforto não seria a única causa do sofrimento psíquico, destacando que as “discriminação e as pressões familiares e sociais são fatores que se destacam nesse quesito” (SAMPAIO; COELHO, 2012:646). E por perceberem os conflitos psicológicos vivenciados pelas pessoas Trans (sem questionar que há muitas pessoas Trans que se sentem bem resolvidas e não sentem necessidade de fazer terapia), as autoras apontam que acreditam que a terapia pode auxiliar nas tomadas de decisão em relação às intervenções sobre o corpo, e complementam com a afirmação do seu interlocutor Flávio: “claro que não é o psiquiatra, o psicólogo que vai dizer o que eu sou, mas ele pode também te preparar pra cirurgia” (Flávio apud SAMPAIO; COELHO, 2012:645). Flávio ressalta ainda a importância do acompanhamento psicológico tanto pré quanto pós-cirúrgico. “Mesmo pelo SUS, tem que ter o posterior. É a pior parte. É uma mudança radical no teu corpo” (Flávio apud SAMPAIO; COELHO, 2012:645).

Um ponto importante pode ser discutido a partir da fala de um de seus interlocutores que aponta que, mesmo “quando um(a) transexual não se submete ou não deseja se submeter aos procedimentos de transexualização, ou a partes deste, isto não exclui a transexualidade.” (SAMPAIO; COELHO, 2012:641). Digo importante pois bota em cheque os protocolos de acesso à atenção que se fundamentam nas noções de Harry Benjamin, pra quem a cirurgia de Redesignação Sexual é vista como “etapa principal do tratamento” do “verdadeiro transexual”, que tem uma profunda “relação de abjeção” aos seus órgãos genitais. Quando entramos em contato com pessoas transexuais e damos abertura para que nos relatem suas vivências, percebemos que muitas se percebem transexuais mas não almejam a cirurgia de redesignação. Isso pode ser retomada na fala de um homem Trans interlocutor da minha

pesquisa quando ele aponta:

Pra ser trans, não precisa querer se operar, até pq , digamos assim... Eu em meu conceito espiritual, não acho legal operar... e sigo minha vida aceitando a mim, com meu corpo e sabendo que sou homem mesmo assim. Creio até que minha TRANSCENDÊNCIA seja maior até que a dos outros trans. Pensa bem... Eu fujo a regra homem e mulher (gênero) e sigo independente de normas sociais. (grifos do interlocutor)⁷

As autoras colocam que existem diversos motivos para que uma pessoa Trans não se submeta à cirurgia de redesignação sexual “envolvendo questões como: insuficiência de recursos financeiros, desvantagens de empregabilidade no mercado formal, crenças pessoais, incluindo a religião, pressões por parte dos familiares e cônjuge” (SAMPAIO; COELHO, 2012:641), e para essas ocasiões, sugerem que o acompanhamento psicoterápico pode ser “uma estratégia de enfrentamento, como alívio para o sofrimento por permanecer em tal condição, ao menos até que estas questões possam ser equacionadas”. (SAMPAIO; COELHO, 2012:641). Novamente devemos questionar que nem todas as pessoas Trans que decidem não se operar estão esperando a resolução de alguma barreira, elas simplesmente podem desejar não fazê-lo por considerarem que não são mais ou menos homens/mulheres por ter ou não pênis/vagina.

Percebendo a psicoterapia como benéfica, as autoras apontam com base no texto de Ceccarelli (2008a apud SAMPAIO; COELHO, 2012:639), orientações que deveriam ser seguidas por todos os profissionais que tenham contato com pessoas transexuais, ou seja, dando-se ênfase a escuta terapêutica, no processo de cuidado

não deve haver deduções ou generalizações, nem a intenção de convencer o sujeito a realizar ou desistir do processo transexualizador. É indispensável que se recorra aos aspectos particulares da história de vida dos sujeitos, como o seu contexto social, os aspectos

⁷ Entrevista realizada no *chat* do *facebook*, não alterada a grafia do que foi enviado pelo interlocutor.;

profissionais, afetivos e familiares, possibilitando, aos mesmos, uma reflexão sobre sua condição atual e futura (ATHAYDE, 2001 apud SAMPAIO; COELHO, 2012:639).

Vale destacar ainda sobre o artigo de Sampaio e Coelho, que em relação ao cuidado das pessoas Trans, os dados de pesquisa

mostraram ser indispensável que os profissionais que se propõem a trabalhar com as pessoas transexuais estejam capacitados, a fim de não promoverem um maior desconforto, sentimentos de exclusão e discriminação por desconhecimento ou curiosidade, o que, por vezes, pode gerar uma tentativa de promover uma cura ou convencimento da desistência das cirurgias e outras intervenções, sob o argumento da seriedade e irreversibilidade das mesmas. (SAMPAIO; COELHO, 2011:646).

Aparecendo novamente a ênfase na capacitação dos profissionais que trabalharão com a população Trans, percebendo que um profissional desqualificado pode vir a intensificar os mal-estares referentes ao sentimento de inadequação.

Segundo Sampaio e Coelho, todas as pessoas Trans por elas entrevistadas “ressaltam o direito de decidir sobre o próprio corpo”. Sendo que seu interlocutor Flávio em certo momento indaga que, “se ele tem direito a fazer uma tatuagem e a colocar piercing onde quiser, se pode colocar 400ml de peito, por que não pode tirar 200ml do mesmo? (SAMPAIO; COELHO, 2012:644). Apoiando-se nas considerações de Arán, Murta, Lionço (2009), que apontam que ao se partir da consideração de que a transexualidade “está inserida em uma matriz binária, que regula a sexualidade e o gênero”, passa-se a perceber as expressões divergentes da norma como “algo que deve ser corrigido”. Assim Sampaio e Coelho indagam “se o diagnóstico de transexualismo e o direito às cirurgias e tratamentos solicitados pelos(as) transexuais teriam apenas como principal objetivo assegurar um direito ou seriam, também, um asseguramento da manutenção dessas normas”. (SAMPAIO; COELHO, 2012:644)

Publicado em 2001, ou seja, quatro anos depois do lançamento

Resolução do CFM nº 1.482 de 1997 o texto de Athayde denominado *Transexualismo masculino* a partir de um vies patologizado da transexualidade, sintetiza-se em um esforço de garantir o correto diagnóstico de “transexualismo”, descrito pela autora como “a forma mais extrema de distúrbio da identidade sexual”. A autora se refere ao longo do texto a “homens transexuais” e ao “transexualismo masculino”, porém, quando se referiu às medicações “anti-androgênica e estrogênica para adequação dos caracteres sexuais secundários,” pude perceber que ela se referia a essas pessoas se baseando em seu sexo biológico e ao gênero que a ele foi atribuído ao nascimento, mas como já debatido anteriormente em relação aos texto de Márcia Arán, Sergio Zaidhaft e Daniela Murta (2008) e de Franco et al. (2010), devemos nos referir não ao sexo biológico, mas ao gênero que estas pessoas sentem pertencer. Reafirmo então que a autora, para respeitar as identidades auto-declaradas pelos sujeitos, deveria referir-se a estes sujeitos como “mulheres transexuais”. Porém, para não ter que contestar cada vez que a autora se refere a uma mulher Trans com base em seu sexo biológico, chamando-a de “homem transexual”, mantereí no trecho referente ao texto desta autora, as referências como feitas por ela, acrescentando as siglas MTF de “*male to female*”(“macho para fêmea”) ou FTM “*female to male*” (fêmea para macho), mesmo sabendo que estas siglas advém do saber médico, mas numa tentativa de deixar claro para quem ler este trabalho a que sujeitos a autora ou eu estamos nos referindo.

Em uma parte do artigo a autora trata da predominância do “transtorno” entre homens em relação à mulheres (considerando sempre o sexo biológico para se referir aos casos), relatando de modo geral, como tendo maior prevalência de casos de “transexuais masculinos” (MTF), do que casos de “transexualismo feminino” (FTM). Os dados sobre a maior prevalência de casos de “homens transexuais” (MTF) me fez refletir a respeito de que a grande invisibilidade das “mulheres transexuais” (FTM) pode causar uma distorção nesses estudos. Digo isso por ter percebido nos relatos de Homens Trans (MTF), que muitos passaram boa parte da vida sendo assignados como “lésbicas muito masculinas”, aceitando ou não essa classificação em algum período de suas vidas (ALMEIDA, 2012:517), o que também pode ser percebido na fala de meu interlocutor de pesquisa quando ele coloca: “eu que me achava O TOP DE LINHA DA SAPATARIA, me descobri como homem transex” (grifos do interlocutor).

Já no trecho que busca se focar nos “principais elementos para o diagnóstico, Athayde dentre outras coisas, propõe em relação à “mulheres transexuais” (FTM) que não existiriam “mulheres travestis. Ou são ou não são transexuais” (ATHAYDE, 2001:409). Porém, me recordo da fala do pesquisador Jorge Leite Jr. em mesa redonda⁸ realizada em 2014 na UFSC, que ele tinha entrado em contato com um rapaz que afirmava não ser homem transexual, mas sim travesti. Isso me leva a refletir a respeito de casos como o da Tereza Brant que foi amplamente divulgado na mídia brasileira por ser uma pessoa que foi assignada ao nascimento como mulher, se percebe como sendo mulher, mas que faz uso de hormônios e de exercícios de musculação para ter um corpo com aparência cada vez mais próxima daquilo que se caracteriza como masculino. Em entrevista ao portal G1 Tereza coloca: “Quero ficar bem comigo mesma. Eu não quero virar homem. Quero só ter uma aparência e me sentir bem com ela”. (Tereza Brant apud G1, 2013). Nesta mesma entrevista Tereza relata que deseja fazer a cirurgia de retirada dos seios “que, segundo ela, diminuíram de tamanho por conta das injeções de hormônio masculino. ‘Ficou uma coisa meio indefinida, por isso quero fazer’” (G1, 2013). Ora, se as travestis são diferenciadas das mulheres transexuais por desejarem algumas mudanças físicas de caracteres sexuais secundários (como a colocada de próteses de silicone nas mamas), mas não buscarem a cirurgia de redesignação sexual, me pergunto se esta não seria apenas uma questão da categorização das experiências, sendo costumeiro designar pessoas assignadas como homens ao nascimento que desejam uma vivência no gênero feminino mas não desejam cirurgias de redesignação sexual, como travestis, porém, não temos o mesmo costume em relação às pessoas designadas como mulheres quando do nascimento que desejam a vivência no gênero masculino sem vontade também de realizar as citadas cirurgias. Como já dito anteriormente, essas pessoas geralmente são assignadas como “lésbicas masculinizadas”, “butchs” ou ainda “bofinhos”, muitas ocupando um “não lugar” uma vez que não são nem percebidas como mulheres, nem como homens, nem como travestis, nem como transexuais.

Ainda discorrendo a respeito do “diagnóstico” Athayde coloca

⁸ A Mesa Redonda sobre “Sexualidades, mídias e questões Trans” aconteceu dia 08/07/2014 e contou com os pesquisadores Richard Miskosci (UFSCAR), José Leite Junior (UFSCAR), Flavia Teixeira (UFU) e MH Bourcier (Université Lille III) e contou como debatedora com a professora Miriam Grossi (UFSC).

também que “As *relações heterossexuais* são praticamente inexistentes.” (ATHAYDE, 2001:409 grifos da autora). Quando menciona “relação heterossexual” Athayde estaria se referindo as relações estabelecidas entre “transexuais masculinos” (MTF) que se relacionam com mulheres. Novamente a autora se fundamenta no sexo biológico de nascimento das pessoas para fazer esta constatação, uma vez que a autora estaria se referindo a duas mulheres uma trans e a outra cis (e porque não outra mulher trans?) se relacionando erótico-afetivamente, deveria fazer referência então, a “relações homossexuais”. Quando uma mulher Trans se relaciona com um homem cis (ou indo além, com outro homem trans), aí sim é estabelecida estes uma relação heterossexual, e não o contrario como é proposto pela afirmação da autora. A afirmação da autora também pode ser contrariada a partir da convivência com pessoas transexuais, onde tem-se a oportunidade de conhecer Homens Trans (FTM) gays e mulheres Trans (MTF) lésbicas, sendo que eu cheguei inclusive entrar em contato no percurso da pesquisa com a denominação “sapatrans”, que une em uma só palavra a identidade de gênero transexual e a lesbiandade. Também é possível ser contrariada através de trabalhos como o de Berenice Bento (2008) onde dedica um capítulo denominado *os limites das identidades essenciais* à discussão justamente da demanda por visibilidade e participação nos espaços de militância gay/lésbica de pessoas Trans com orientação sexual homossexual.

A respeito da “etiologia” da transexualidade, Athayde aponta: “Sem um marcador biológico, a síndrome tem sido definida apenas por critérios clínicos” (ATHAYDE, 2001:409). Uma vez que não existe exames clínicos objetivos que determinem se a pessoa que reivindica o pertencimento ao gênero oposto ao que lhe foi assignado é um “transexual verdadeiro” os profissionais que trabalham com a população Trans se fundamentem no que foi socialmente convencionado para os gêneros. Nas palavras de Berenice Bento (2008) “o único mapa que pode orientar as instituições que são instadas a se posicionar diante da demanda de mudança de gênero são as próprias convenções sociais hegemônicas para os gêneros” (BENTO, 2008:19). Isso transparece no texto de Athayde, quando a autora aponta como “indicadores diagnósticos”, manifestações individuais como: “Eu sabia que não gostava de fazer coisas que os garotos da minha idade gostavam!” (ATHAYDE, 2001:409), sendo o parâmetro aquilo que se espera que os garotos de certa idade façam, ou gostem.

Seguindo adiante no texto Athayde coloca que

O termo *Transsexual* surgiu do uso profissional e leigo, na década de 50 para designar uma pessoa que aspirasse realmente viver no *gender role* anatomicamente contrário, independente do uso de hormônios e de mudanças cirúrgicas. Durante as décadas de 60 e 70, os clínicos começaram a usar o termo “Verdadeiro Transsexual” para designar aqueles que comprovadamente viveriam melhor após um curso terapêutico que culminaria com a cirurgia genital. (ATHAYDE, 2001:408 grifo da autora).

Mesmo sem ser sua intenção, a autora deixa transparecer uma questão anteriormente colocada por outros autores que, por sua vez, são críticos à patologização, que é o fato de que antes de haver um esforço da medicina em classificar o “verdadeiro transsexual” e medicalizar essa experiência, a transexualidade limitava-se à vivência social de “papeis de gênero” (*gender role*) contrários aos esperados dos portadores de certa anatomia. Ou seja, é o discurso produzido pelo saber médico que constitui a vivência transexual como menos legítima, como patologizada e assim, passível de cura. Pensando no que foi colocado por Athayde através dos termos propostos por Berenice Bento (2008),⁹ percebemos que anteriormente a década de 60 e 70, a vivência da transexualidade podia ser lida como uma “experiência identitária caracterizada pelo conflito com as normas de gênero” (BENTO, 2008:18), e é após a apropriação da medicina e das ciências psi como os saberes exclusivamente responsáveis por “desvendar os mistérios que levam uma pessoa de um sexo a reivindicar o reconhecimento social de outro” (BENTO, 2008:18), que se passa a qualificar a transexualidade como uma “doença mental” relacionada por sua vez, ao campo da sexualidade, e não mais ao campo do gênero.(BENTO, 2008:18)

⁹ BENTO, Berenice. O que é transexualidade. 1o. ed. São Paulo: Brasiliense - Coleção Primeiros Passos, 2008. v. 01.

1.3 SAÚDE PÚBLICA & SAÚDE COLETIVA

Os artigos aqui agrupados são artigos que tratam de questões relativas á organização dos serviços públicos de saúde, que, centralizados nos princípios éticos do SUS, propõem que o atendimento às pessoas transexuais deve ser garantido tanto em relação às ações curativas e de recuperação da saúde, quanto no âmbito da promoção de saúde. Neste trecho se encontram trabalhos que avaliam a formulação e implementação de políticas de saúde assim como apontam entraves para a sua concretização.

Tatiana Lionço inicia seu artigo intitulado *Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade* propondo que uma política pública de saúde específica para população GLBT¹⁰ iria contra o princípio da Universalidade proposto pelo SUS, uma vez que criaria nichos de atendimento, devendo as políticas criadas ter alcance para todos os cidadãos. Porém tendo em vista as desigualdades no acesso aos serviços e aos cuidados, e violações aos direitos de civis e humanos a que certas populações são mais vulneráveis, ações que promovam a equidade e que proponham a reversão de quadros de exclusão devem ser postas em pratica para a garantia da equidade entre os diferentes grupos sociais. Assim “a focalização de ações e políticas específicas é um recurso necessário, muitas vezes, para a própria efetivação da universalidade, mediante promoção da equidade entre grupos em situação desigual” (LIONÇO, 2008:12). A autora aponta então que uma política de saúde para a população GLBT deve ter como fundamento a admissão da necessidade da promoção da equidade, através da reflexão e do reconhecimento da condição de vulnerabilidade em que se encontra essa população em relação à garantia de seus direitos humanos, em especial, os direitos sexuais e reprodutivos.

Uma contribuição importante que este texto traz se situaria na ênfase que a autora dá ao fato de que

as necessidades em saúde, bem como os desafios que se colocam para a qualificação da atenção a essa população, dizem respeito não necessariamente a características intrínsecas a

¹⁰ Utilizo a sigla GLBT neste trecho para ficar em conformidade com a maneira colocada pela autora neste texto.

gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, mas tão somente às conseqüências das representações e significações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida, enquanto desviantes em relação a um suposto padrão de normalidade ou ‘saúde’ implicado na heteronormatividade moralmente vigente. (LIONÇO, 2008:13).

E assim, a atenção à saúde da população GLBT não deve ser analisada apenas do ponto de vista da epidemiologia, devendo os agravos à saúde desses segmentos populacionais (tais como sofrimento psíquico, vulnerabilidade ao uso abusivo de álcool, cigarro e outras drogas, como coloca Lionço) serem compreendidos como sendo, em grande parte, socialmente determinados em decorrência do estigma relacionado às práticas sexuais não-heterossexuais e vivências de gênero desviantes da heteronorma. Para Lionço é importante recusar a “associação das práticas sexuais não-heterossexuais, bem como das expressões subjetivas relativas à sexualidade, com concepções patologizantes como forma de justificar sua atenção no campo da saúde” (LIONÇO, 2008:13), reafirmando assim que o estigma e a patologização são determinantes das condições de sofrimento e de agravos à saúde da população GLBT.

Outra questão relevante que o texto traz diz respeito à necessidade inclusão das discussões a respeito de orientação sexual e identidade de gênero nos currículos de formação dos profissionais da área da saúde, assim como a necessidade de atualização dos profissionais que já atuam nos serviços de saúde através de processos de educação permanente¹¹.

Há de se avançar na problematização da naturalização das relações sexuais e das manifestações das sexualidades e subjetividades para que a construção do SUS efetivamente viabilize, para a população GLBT, seus direitos de cidadania concernentes ao campo da saúde integral. (LIONÇO, 2008:19)

¹¹ No segundo capítulo deste trabalho de conclusão dou ênfase a esta necessidade de inclusão das discussões de identidade de gênero nos cursos de formação de profissionais de saúde assim como nos cursos oferecidos pra profissionais que já atuam no SUS.

Por fim Lionço considera que uma política específica para a população LGBTTI se faz atualmente necessária

para informar e formar conhecimento quanto a estratégias necessárias de ação em saúde, diante da especificidade das vivências de GLBT, qualificando ações e provocando transversalmente diversas áreas técnicas, objetivando a integralidade e a equidade” (LIONÇO, 2008:19)

Porém, é necessário mais do que demandar uma política que vise especificamente a orientação sexual e a identidade de gênero, essas noções deveriam pautar as diversas políticas instituídas, uma vez que se apresentam “enquanto determinantes associados a outros determinantes na saúde das pessoas” (LIONÇO, 2008:19)

A relevância do texto de Lionço está em apontar que através da efetiva consolidação dos princípios ético-políticos que regulamentam o SUS, este sistema “pode ser uma ferramenta política e social privilegiada para o combate à homofobia e demais estratégias correlatas de violação dos direitos humanos fundamentais” (LIONÇO, 2008:15), uma vez que através da reafirmação da universalidade dos direitos humanos, dentre os quais o direito à saúde, coloca a população GLBT como sujeitos de direitos, rompendo com os processos de estigma e discriminação que vêm constantemente comprometendo o seu exercício da cidadania e acarretando em agravos à sua saúde.

Passando para a análise do texto *Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade* de Melo et al. Percebo que os autores retomam os significados do termo “políticas públicas” e apontam algumas que são voltadas para a saúde da população LGBTTI. Os autores apontam que mesmo tendo ocorrido conquistas e avanços com a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), “ainda há problemas estruturais que precisam ser superados se pretendemos assegurar universalmente serviços de saúde de qualidade para a população brasileira” (MELLO, et al., 2011:11), resgatando assim, a necessidade da materialização dos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, constitutivos do SUS.

Segundo os autores, foi em meados dos anos 1980 que o governo federal passou a construir as primeiras ações no âmbito das políticas de saúde voltadas à população LGBTTI, associadas até então ao enfrentamento da epidemia de hiv/aids. Mello et al. apontam que

[e]m decorrência da pressão da sociedade civil, com o crescimento do número de infecções pelo hiv e dos casos de aids, o governo federal passou a realizar ações que buscavam atenuar os impactos da epidemia, que inicialmente afetou de maneira mais direta grupos sociais específicos, entre os quais “homens que fazem sexo com homens” (HSH), homossexuais, gays e bissexuais, travestis e transexuais – especialmente se profissionais do sexo. (MELLO, et al., 2011:17)

Nesse contexto, muitas organizações não governamentais passaram a receber recursos públicos por meio de editais do Ministério da Saúde, tendo em vista a realização de atividades de prevenção do HIV/AIDS junto à população LGBTTI, o que segundo os autores, “viabilizou a criação e o funcionamento de dezenas de grupos no país, que passaram a contar com sedes alugadas, aquisição de equipamentos, além de remuneração e profissionalização de parte de suas lideranças” (MELLO, et al., 2011:18).

É apontado pelos autores como um marco no que diz respeito a iniciativas governamentais voltadas à promoção da cidadania da população LGBTTI e ao combate à homofobia, o ano de 2004, uma vez que foi lançado neste ano pelo governo federal o *Programa Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual (2004a)*¹². Segundo Mattos et al. o BSH prevê 53 ações, distribuídas em 11 áreas, envolvendo oito secretarias e ministérios, sendo que em relação à saúde, são propostas três ações, e os autores apontam como sendo a principal delas a

[...] formalização do Comitê Técnico Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e

¹² Este programa se apresenta como uma proposta intersetorial, que visa abranger ações em diferentes setores, como Saúde, Educação, Cultura, Trabalho e Segurança Pública.

Bissexuais, do Ministério da Saúde, com o objetivo de estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população. (MELLO, et al., 2011:14)

E sendo as outras duas relativas à “produção de conhecimentos sobre saúde da população LGBT” e “à capacitação de profissionais de saúde para o atendimento a essa população” (Brasil, 2004a).

Além do BSH, os autores apontam como importante também o lançamento em 2004 pelo governo federal o documento *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*, em que se reconhece a necessidade ao realizar-se atendimento à saúde, que se preste atenção às particularidades de diferentes segmentos de mulheres, como por exemplo, mulheres negras, indígenas e lésbicas.

Outro “documento-chave” apontado pelos autores, é o “III Programa Nacional de Direitos Humanos” (PNDH 3), que foi lançado em 2009 pelo governo federal. Neste documento o tema da atenção à saúde da população LGBTTI também é apresentado no conjunto das ações “propostas para diversos segmentos marginalizados e subalternizados”. Mattos et al. apresentam como um exemplo dessas ações a expansão e a consolidação de

serviços básicos de saúde e de atendimento domiciliar, além do reconhecimento da “orientação sexual” como especificidade a ser contemplada nos programas de atenção integral à saúde das mulheres – reivindicação antiga de mulheres lésbicas e bissexuais e já contemplada na *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, citada anteriormente. . (MELLO, et al., 2011:17)

É nesse contexto, partindo do BSH, que uma política nacional de saúde que tem em vista contemplar as especificidades de saúde das pessoas travestis, transexuais, lésbicas, gays e bissexuais começa a se materializar, que é lançada em 2008 uma versão preliminar do documento *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*, e que vem a ter sua versão final divulgada em 2010. Mello et al. Apontam como destaque entre as diretrizes que orientaram esta Política, a “inclusão de

variáveis que caracterizam a diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de políticas e programas no SUS, envolvendo: orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida e raça-etnia” (Brasil, 2011:15).

O ponto central do artigo está na constatação, através das entrevistas realizadas com gestoras governamentais e ativistas, de que

apesar da existência de vários projetos, programas e outros compromissos do governo federal relativos ao tema da saúde da população LGBT, [...] ainda existem vários obstáculos no tocante à efetividade das propostas do governo. Como destaca uma gestora entrevistada: “As políticas só se efetivam mesmo a partir da ação, né? Papel aceita tudo, aí você bota lá muitas coisas. Agora, fazer acontecer é um desafio”. (MELLO, et al., 2011:17)

Um dos pontos centrais apontados como entrave na concretização da políticas, seria segundo os autores, “a necessidade de sensibilização de profissionais da saúde para o atendimento não discriminatório da população LGBT”, que por sua vez aparece em planos, programas entre outros documentos que apresentam “diretrizes, objetivos e metas para as políticas públicas de saúde formuladas para esses segmentos” (MELLO, et al., 2011:18). Quando os autores apontam a opinião de gestoras e ativistas entrevistadas quando questionadas a respeito do

[...] alcance das ações de conscientização de agentes de saúde no que diz respeito aos danos individuais e sociais decorrentes da homofobia, contata-se que ainda há muito por fazer, já que o total de iniciativas e o público alcançado são pouco significativos. (MELLO, et al., 2011:18).

Este texto se mostrou relevante para esta revisão na medida em que aponta especificidades das dificuldades enfrentadas pelas pessoas transexuais e travestis, apontando que, no caso destas pessoas, “os problemas enfrentados [...] no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde são ainda mais dramáticos” (MELLO, et al., 2011:20). Os autores apontam que as dificuldades encontradas por essa população não se dá

[...] só por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais (alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, por exemplo), mas também pela intensidade da homofobia que costuma incidir sobre estes dois grupos identitários, especialmente quando também são discriminados a partir de outros marcadores sociais, como níveis de renda e de escolaridade, raça/cor e aparência física, entre outros. (MELLO, et al., 2011:21)

Considerando a interseccionalidade do gênero com outros marcadores sociais os autores consideram que no conjunto da população LGBT as pessoas travestis e transexuais correspondem ao grupo que mais é afetado pela insuficiência de políticas de saúde com direcionamento específico, e assim, o grupo que mais se beneficiará de tais ações caso sejam efetivadas.

Ainda em relação especificamente à saúde de pessoas transexuais, é apontada no texto como uma iniciativa importante a Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 do Ministério da Saúde, que implanta no âmbito do SUS o Processo Transexualizador, a ser realizado em serviços de referência devidamente habilitados (e que posteriormente foi redefinida e ampliada pela Portaria nº 2.803, de 19 de Novembro de 2013). Segundo os autores “trata-se da regulamentação, em âmbito nacional, de uma política que engloba cirurgia, assistência e cuidados com transexuais” (MELLO, et al., 2011:19). Mas os autores reconhecem que, mesmo sendo uma ação de extrema importância, “hoje, o atendimento capaz de contemplar todas as etapas do Processo Transexualizador só é realizado em quatro hospitais universitários, nas cidades de Goiânia, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo” (MELLO, et al., 2011:19).

Mello et al. dão destaque para a iniciativa que cria na cidade de São Paulo no ano de 2009 o Ambulatório de Saúde Integral a Travestis e Transexuais, “considerando a forte discriminação que atinge tais pessoas quando buscam serviços universais de atendimento à saúde” (MELLO, et al., 2011:19). Neste ambulatório há a atuação de

[...] uma equipe multidisciplinar, com

profissionais das áreas de urologia, coloproctologia, dermatologia e endocrinologia, especialmente dedicada à realização de um trabalho de recepção e acolhimento das demandas de saúde de travestis e transexuais. (MELLO, et al., 2011:20).

Porém, vale destacar a ressalva feita pelos autores de que as pessoas transexuais e travestis não buscam os serviços de saúde apenas quando inseridas no processo de readequação sexual ou em consequência da infecção do HIV/AIDS, e assim, em um cenário ideal de serviços públicos de saúde, seguindo o preceito da Universalidade como propõe Lionço (2008) no artigo já citado nesta revisão, todas as unidades de saúde deveriam realizar atendimento de maneira “humanizada e respeitosa” para todas as pessoas “a partir de estrutura de acolhimento construída nos termos propostos pelo SUS”. (MELLO, et al., 2011:20).

Mattos et al. apresentam diversos percalços existentes no caminho de construção da política nacional de saúde integral das pessoas LGBT, como por exemplo, a ausência de previsão orçamentária para execução das ações previstas no plano ou outras ações que visem a população LGBT; ou a homofobia institucionalizada; ou então entraves nas relações estabelecidas entre os governos federal, estadual e municipal; ou ainda os decorrentes das relações estabelecidas entre o governo e a sociedade civil. Com isso, os autores deste texto concluem que, se a construção de uma política de saúde integral para a população LGBT enfrenta por um lado, problemas semelhantes aos que as outras ações voltadas para o conjunto da população em geral também enfrentam, por outro, esta política enfrenta problemas específicos da criação de uma política pública que reconheça as especificidades das necessidades de diferentes segmentos que estão às margens sociais.

Já no mo artigo de Magnor Muller e Daniela Knauth intitulado *Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado'!* os autores tratam especificamente do atendimento de travestis no SUS. Os autores apontam que as travestis são “estigmatizadas por não corresponderem ao padrão hegemônico no qual sexo e gênero devem necessariamente coincidir” e assim, elas “constituem um grupo social que não tem garantido o exercício de sua cidadania e são entregue quase que totalmente a sua própria sorte” (MULLER; KNAUTH, 2008:2)

quando necessitam de cuidados de saúde. Tendo isto em vista, os autores através do relato de travestis a respeito de seu atendimento nos diferentes serviços públicos de saúde, pretendem com seu artigo

indicar maneiras de melhorar a assistência, diminuir vulnerabilidades, aproximar os profissionais de saúde do grupo estudado e levar ao público, através de sua publicação, os resultados encontrados. (MULLER; KNAUTH, 2008:3).

Através da leitura do texto de Muller e Knauth é possível retomar o ponto abordado anteriormente no texto de Lionço (2008) a respeito da necessidade de qualificação por parte dos profissionais que atuam na área da saúde, para que possa haver “[...] um adequado acolhimento e atendimento ao grupo de estudo, pois a marginalização das travestis traz sérias consequências para a saúde pública”. (MULLER; KNAUTH, 2008:1). Os autores propõem que seria a falta de capacitação na área da sexualidade por parte dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, que acarretaria no não cumprimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade quando do atendimento a travestis. Os autores questionam: “como esses profissionais poderão exercer seu ofício sem preconceitos se, durante sua formação, não houver uma aproximação com a diversidade dos gêneros e identidades sexuais?” (MULLER; KNAUTH, 2008:3)

Porém, ao discorrerem a respeito da maneira biologizante com que a homossexualidade é encarada nas salas de aula, percebo que os autores não fazem distinção entre identidade de gênero e sexualidade, uma vez que colocam:

[...] os profissionais de saúde que receberam orientação de uma perspectiva biológica encontram dificuldades para compreender os homossexuais e o desejo de alguns destes de transformarem o seu corpo. (MULLER; KNAUTH, 2008:3)

Nessa perspectiva, uma pessoa travesti para os autores seria “tão homossexual” que teria vontade de transformar seu corpo, não

levando em conta que a homossexualidade está relacionada ao campo da orientação sexual, e a travestilidade ao campo da identidade de gênero, sendo que uma pessoa travesti, que pode ou não se identificar como mulher, pode tanto ser homossexual, ao se relacionar com outras mulheres, quando hetero, ao se relacionar com homens. Pode ainda ser bissexual ou se considerarem assexuadas ou pansexuais¹³.

Muller e Knauth (2008) apontam em seu texto que a maioria das suas interlocutoras teriam contraído o HIV, e propõem em seu texto, que a “baixa escolaridade e [...] a condição de pobreza que caracteriza o grupo, a estigmatização social” (MULLER; KNAUTH, 2008:4) as quais estão sujeitas, potencializariam a vulnerabilidade dessas pessoas à infecção pelo HIV, segundo estes autores, as travestis teriam uma vulnerabilidade ao vírus maior que outros grupos sociais. Os autores propõem então que

A baixa instrução de grande parte das travestis é um dificultador para que compreendam questões cotidianas - como, por exemplo, o uso do preservativo, mesmo em caso de soropositividade para HIV -, a eficiência das medicações utilizadas para tratamento do HIV, as consequências da interrupção do uso dessa medicação e o uso de drogas. (MULLER; KNAUTH, 2008:4).

Os autores constataram que muitas de suas interlocutoras não fazem uso de preservativos nas suas relações sexuais tanto com os clientes, quanto com seus parceiros afetivos. Segundo eles, dessa não utilização do preservativo podem ser identificados três problemas de saúde pública:

1. a reinfecção por cepas diferenciadas do vírus HIV e a conseqüente resistência às medicações;
2. o risco de contágio do cliente, que em algumas

¹³ Uma pessoa Pansexual se atrai afetivo-sexualmente independentemente da identidade de gênero da outra pessoa. Inclui, portanto, o afeto/desejo por pessoas que não se encaixam na binária de gênero macho/fêmea.

situações chega a oferecer mais dinheiro para que não seja usada a camisinha na relação; e

3. a possível transmissão do vírus HIV ao cônjuge, pois a maioria dos clientes mantém relação conjugal estável. (MULLER; KNAUTH, 2008:4).

Ainda a respeito HIV é apontado pelos autores o abandono do tratamento por parte de muitas de suas interlocutoras, que afirmaram terem parado de tomar por conta própria as medicações antiretrovirais. Os autores apontam novamente a desinformação por parte delas a respeito das sérias conseqüências da interrupção do tratamento como um fator de risco para sua saúde. Segundo os autores “parece que, para elas, as informações sobre a resistência do vírus ao ‘coquetel’, caso o seu uso seja suspenso, não fazem sentido, mesmo que informadas desse risco”. (MULLER; KNAUTH, 2008:9). E indicam como um dos possíveis fatores que levam elas a não mais fazerem o acompanhamento médico e a utilização regular dos antiretrovirais, seria resultado “de uma má qualidade de atendimento e acolhimento em saúde; talvez, por falta de diálogo entre elas e os profissionais de saúde, somado à baixa escolaridade das participantes” (MULLER; KNAUTH, 2008:9), o que também leva, segundo os autores, ao alto índice de automedicação das travestis a partir de informações trocadas entre si.

A automedicação destas travestis também pode estar associada às situações de discriminação vivenciadas pelas travestis nos serviços de saúde, fazendo com que as travestis “só procurem assistência médica quando já não há outra alternativa” (MULLER; KNAUTH, 2008:6). Os autores apontam que há quase uma unanimidade nas falas das travestis por eles entrevistadas no relato da existência de uma resistência por parte dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em tocá-las, não realizando exames físicos. Os autores colocam que “o corpo travesti causa tanto constrangimento ao profissional de saúde, que este parece não se sentir confortável para o exame físico, requisito necessário para uma consulta clínica. (MULLER; KNAUTH, 2008:5). Apesar do constrangimento que essa resistência causa e dos possíveis prejuízos à saúde destas pessoas, as travestis apontam que a pior parte da procura por cuidados de saúde seria a recepção dos serviços, uma vez que

geralmente elas não têm seus nomes femininos respeitados, tendo sua travestilidade e seu nome de registro expostos para todos os demais pacientes presentes nas salas de espera. Neste sentido os autores destacam que a “falta de qualificação dos profissionais atendentes pode explicar essa atitude, mas não a justifica. Talvez, haja certo prazer, poder e perversão em expor as travestis diante dos outros pacientes”. (MULLER; KNAUTH, 2008:6). Como tática para evitar estes constrangimentos ao recorrerem aos serviços de saúde, os autores indicam que muitas fingem não escutar a recepcionista dos serviços quando estas as chamam pelo nome masculino de registro, porém, os autores apontam que essa estratégia nem sempre funciona, e elas acabam sendo expostas aos outros pacientes. Isto me remeteu a um relato de um homem Trans que certa vez colocou como tática levar a namorada junto nas consultas, e assim, quando seu nome feminino era chamado no corredor, ela levantava-se primeiro e ele a seguia, como se fosse o acompanhante da tal paciente chamada.

Outros dois pontos relacionados à discriminação enfrentada pelas pacientes travestis estão relacionados por um lado a associação direta com o HIV/AIDS. Segundo os autores, “parece que, para os profissionais de saúde, toda a travesti que procura por atendimento é soropositiva para HIV. De alguma forma, elas percebem e relacionam certas atitudes dos profissionais com a sua condição de portadoras do vírus HIV.” (MULLER; KNAUTH, 2008:6). E por outro lado, o outro ponto de discriminação apontado por elas seria o momento delicado da hospitalização, uma vez que “pelo modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), elas ficam hospedadas em quartos com outros pacientes do sexo masculino”. (MULLER; KNAUTH, 2008:7), não sendo colocada para elas a opção de ficarem em um quarto feminino ou junto a outras travestis, uma vez que todas seriam tratadas a partir do sexo biológico “e, portanto, vistas como homens vestidos de mulher.” (MULLER; KNAUTH, 2008:7).

As importantes análises trazidas por este artigo de Muller e Knauth vão no sentido de dar voz para a população de travestis, que vêm tendo seu direito à saúde negligenciado, relatando a falta de acolhimento e as situações de discriminação nos locais de atendimento. Segundo os autores, um dos fatores que contribui para essas barreiras no atendimento das travestis seria a falta de disponibilização para os profissionais de saúde de “ferramentas que lhes possibilitem entender o

universo travesti” (MULLER; KNAUTH, 2008:13). Para estes autores, essa falta de qualificação dos profissionais de saúde acarretaria em consequências muito sérias como, por exemplo, “o desconhecimento da reinfecção pelo HIV, a não adesão ao tratamento, a suspensão do uso da medicação e as relações sexuais sem preservativos” decorrentes da “falta de interação no relacionamento entre o profissional de saúde e o usuário”. (MULLER; KNAUTH, 2008:13).

Para sanar as desigualdades por eles identificadas neste estudo, os autores apontam a necessidade de qualificar o atendimento voltado às travestis nos serviços de saúde através da “ampliação do debate sobre as questões de gênero e diversidades sexuais entre profissionais da saúde e representantes das organizações não-governamentais”. (MULLER; KNAUTH, 2008:13). É de extrema relevância a colocação que os autores fazem a respeito da “revisão dos currículos das graduações, especialmente, nas da saúde, no sentido de capacitar esses profissionais quanto à abordagem e ao tratamento das diferentes questões vinculadas à sexualidade” (MULLER; KNAUTH, 2008:13), uma vez que travestis e transexuais têm demandas específicas de cuidados de saúde que ainda carecem de estudos específicos, como por exemplo, a respeito das dosagens hormonais que devem ser ingeridas, que como visto anteriormente no texto de ARÁN, MURTA, (2009:19) e nas falas de minha interlocutora de pesquisa, podem acarretar em efeitos colaterais.

Já Valeria Romano (2008) em seu texto *As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa* faz um relato de experiência sobre a iniciativa de acolhimento das travestis em uma unidade de saúde de atenção básica, situada no bairro da Lapa, centro do Município do Rio de Janeiro. O PSF-Lapa é parte integrante do curso de Medicina da Universidade (particular) Estácio de Sá, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Em oposição ao texto de Mello, et al., (2011) discutido anteriormente, este texto não trata da implementação de uma política pública, mas sim de uma iniciativa isolada que, ao reconhecer as especificidades da população que entornava a unidade de saúde, veio a contribuir para a melhora da qualidade de vida das travestis do bairro da Lapa.

Romano constata no início de seu artigo que o acesso das travestis aos serviços de saúde pública tem sido marcado pelo preconceito tanto por parte dos profissionais que atuam nestes serviços, quanto por parte dos demais usuários, o que vem a ferir o princípio da

equidade em que se baseia o SUS. Partindo dessas considerações, a autora busca discorrer a respeito da humanização nas relações estabelecidas entre os alunos, os profissionais de saúde e os usuários a partir da lógica do respeito à diversidade.

Ao longo do texto a autora descreve como se dá o trabalho de acolhimento das travestis em um serviço de atenção básica de um grande centro urbano, que tem como objetivo, ser a porta de entrada para todo o sistema de saúde. Em sua exposição Romano enfatiza o difícil processo de aproximação entre a equipe de saúde composta por profissionais de uma universidade privada e as travestis, referindo um estranhamento inicial tanto por parte das travestis que, como também apareceu no texto de Muller e Knauth (2008), não aderiam aos tratamentos indicados e tinham alto índice de absenteísmo nas consultas na unidade, quanto por parte dos alunos, que pela primeira vez faziam contato com essa população e com sua realidade de vida. Por esse motivo, a autora reconhece o acolhimento das travestis como um processo de conquista.

Em relação aos serviços ofertados pela equipe, a autora destaca cuidados médicos, odontológicos, de enfermagem, fisioterápicos, nutricionais e fonoaudiólogos.

Por sua vez, como principais problemas de saúde enfrentados pela população de travestis, a autora aponta as doenças dermatológicas e sexualmente transmissíveis. Relata também uma grande tendência das travestis apresentarem depressão e estados de ansiedade que, às vezes, se articulam ao uso abusivo de “medicação psicotrópica, álcool e drogas em geral, tanto lícitas quanto ilícitas.” (ROMANO, 2008:214). É citada também a grande ocorrência de problemas de saúde bucal, para qual também é ofertado tratamento no PSF. Outro ponto colocado pela autora em relação aos problemas de saúde (e que por sua vez, já apareceram anteriormente nesta revisão), está relacionado por um lado, com as mudanças corporais através da utilização de silicone líquido industrial, o que segundo Romano, “ocasiona infecções e trombozes principalmente em membros inferiores, causa de internação hospitalar” (ROMANO, 2008:214). E por outro a abusiva ingestão de hormônios “na busca de maior feminilização, a exemplo de aumento dos seios, mudanças no timbre da voz, presença de pele mais fina” (ROMANO, 2008:214), o que pode acarretar em distúrbios hepáticos. Porém, Romano destaca que o principal problema a ser enfrentado na atenção

médica das travestis seria a “descontinuidade e, principalmente, abandono de tratamentos” (ROMANO, 2008:214), sendo a desistência frequente mesmo em caso de doenças crônicas ou graves que requerem cuidados contínuos, como é o caso da AIDS.

Romano percebe que as enormes dificuldades de aceitação enfrentadas no início do contato com as travestis possa ser um “reflexo da maneira preconceituosa como geralmente são tratadas nos serviços de saúde que eventualmente freqüentam, talvez como reação à exclusão social que sofrem” (ROMANO, 2008:215). Ainda nas palavras da autora:

Inúmeros relatos magoados e indignados obtivemos em relação ao despreparo dos profissionais de saúde de Hospitais e ambulatórios no lidar com as travestis, tratando-as de maneira desrespeitosa, justificando absenteísmo, alta a revelia e interrupção ou abandono de tratamentos médicos. (ROMANO, 2008:216).

O processo de negação por parte das travestis dos serviços, exames e consultas oferecidos pela equipe do PSF, durou segundo a autora, seis meses. Porém, com insistência da equipe que continuava oferecendo os serviços, assim como distribuindo camisinhas e gel lubrificante, e através da estratégia de aproximação mediante as visitas domiciliares¹, aos poucos essa realidade passou a mudar transformando-se em uma rotina de acolhimento respeitoso que passa a ser muito valorizado pelas travestis principalmente por se constituírem em momentos de escuta.

Este trabalho de Valéria Romano se mostra de grande relevância na medida em que aponta que “estratégias diferenciadas de acolhimento devem ser implementadas no lidar com diversidades, incentivando a promoção de ações e práticas a partir do estabelecimento de uma rede de cuidados” (PINHEIRO; MATTOS, 2001 apud ROMANO, 2008:217). Ou seja, apesar de em certos casos a demanda ser por procedimentos que necessitam a ida ao ambulatório (pequenos procedimentos, controle

¹ A autora aponta que no caso das travestis, as visitas domiciliares têm sido utilizadas como estratégia de captação e acolhimento, na tentativa de promover o vínculo entre os profissionais da equipe, os alunos e as travestis, uma vez que estas não iam até o posto de saúde para procurar pelo atendimento.

da pressão arterial, do peso), a autora percebe que não era necessária “uma consulta formal com elas no ambiente ambulatorial” (ROMANO, 2008:216) realizando no casarão onde muitas delas moravam, tanto o exame físico, quanto o diagnóstico e o tratamento. Foi essa aproximação com o universo vivenciado pelas travestis que conquistou espaço para elas no sistema de saúde, que possibilitou que elas mais adiante se empoderassem e ocupassem o espaço da unidade de saúde, através da percepção que lá elas também seriam tratadas com o mesmo respeito com que vinham sendo tratadas nas visitas domiciliares.

Assim, partindo da “reafirmação do direito à saúde de todos, sem exceção” (ROMANO, 2008:217) o trabalho exercido por Romano com as travestis da Lapa cumpre com a importante tarefa de sensibilizar, tanto os futuros médicos, quanto profissionais que já atuam na área da saúde, na maneira de lidar com as especificidades de cuidados de saúde demandadas pelas travestis no processo de construção/cuidado do corpo, assim como atenção a particularidades como a rotina de trabalho noturno que por muitas é encarada, o que acarreta inclusive, em estabelecer horários diferenciados para seu atendimento. A autora reafirma com a realização deste trabalho a importância da presença das travestis não só no ambulatório em que trabalha, mas no próprio sistema de saúde em si, o que representa não só melhorias na “sua auto-estima e sua qualidade de vida”, mas a garantia do acesso, através do PSF como porta de entrada, a todo o sistema de saúde em si (ROMANO, 2008:216)

1.4 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Os textos aqui agrupados combatem as concepções patologizadas de transexualidade que percebem os corpos das pessoas transexuais como destituídos de sexualidade, contrariando esta concepção ao apontar que a sexualidade presente nestes corpos pode inclusive, ser homossexual. Também aparecem nesse trecho textos que visam destacar a importância durante o Processo Transexualizador do SUS da consideração a respeito do congelamento de esperma e óvulos das pessoas Trans para que mesmo após a redesignação sexual, sua autonomia reprodutiva seja garantida através da utilização de práticas assistidas de reprodução.

Trago aqui novamente contribuições do texto de Lionço (2008),

uma vez que ele leva à reflexão a respeito de que, mesmo com a vigência de programas como o *Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual* (Brasil, 2004a) que tem como ênfase o combate à discriminação e à homofobia como estratégias fundamentais para a promoção da cidadania, não há garantias do direito a não discriminação, bem como do direito à dignidade (que são direitos humanos fundamentais), uma vez que, segundo a autora, em outras políticas públicas de saúde como Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, do Ministério da Saúde (Brasil, 2005), é pressuposto o padrão heterossexual. Não há então garantias reprodutivas à população GLBT, uma vez que se restringe os sujeitos que serão beneficiários das práticas assistidas de reprodução (LIONÇO, 2008:16). A demanda por reprodução assistida deve ser discutida entre a população GLBT não apenas se referindo aos casais homossexuais (gays e lésbicas), mas também a travestis e transexuais, sendo que essa discussão é de extrema relevância para a população Trans, uma vez que, ao iniciarem o Processo Transexualizador, perdem sua capacidade reprodutiva, não só em decorrência da realização da cirurgia de transgenitalização em si, mas também pelo uso de hormônios (e no caso das mulheres Trans, antiandrogênicos), que levam à castração química destas pessoas. Retomando o que apareceu brevemente no texto de Franco et al. (2010), relatado anteriormente, seria necessária a garantia por exemplo, do congelamento de espermatozoides e óvulos das pessoas Trans antes do início do Processo Transexualizador. Lionço aponta então a “consideração da orientação sexual e identidade de gênero em normas e políticas para as práticas assistidas de reprodução” como um dos desafios concretos que devem ser enfrentados que vão além da superação do estigma e da homofobia, (LIONÇO, 2008:19).

A autora coloca então, que a partir das possibilidades abertas pelas novas tecnologias reprodutivas para os direitos sexuais e reprodutivos de GLBT, com especial destaque para transexuais, se faz imprescindível também a problematização da “necessidade de redimensionar a configuração familiar segundo um modelo plural, e não mais único” (Sarda, 2007 apud LIONÇO, 2008:17), demandando assim,

uma revisão das próprias definições de paternidade/maternidade diante dos paradoxos instaurados pela dicotomia entre a condição

biológica e a da identidade de gênero, sobretudo quando se reconhece legalmente a condição do sexo de acordo com a identidade subjetiva. (LIONÇO, 2008:17).

Neste sentido, considerando que a porta de entrada aos serviços de saúde ofertados pela Atenção Básica é a Estratégia de Saúde da Família, cabe ressaltar como faz a autora, a necessidade da conscientização por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e estendo essa necessidade de conscientização também para os outros membros das Equipes de Saúde da Família, da existência de “diferentes modalidades de constituição de redes familiares” que se distinguem do padrão heterossexual.

Ao decorrer do texto *Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova* Bento busca responder como seria possível a reflexão a respeito das relações sexuais entre pessoas que apresentam, em graus variados, conflitos com seus órgãos genitais, apoiando-se em relatos de pessoas trans, e partindo do pressuposto que os saberes médicos e psi postulam a inexistência de sexualidade em seus corpos, sendo este inclusive, um dos indicadores para produção do diagnóstico de transexualidade. Segundo Bento a base teórica que sustenta a patologização das identidades trans e a afirmação que as pessoas trans são assexuadas teria como fundamento “uma concepção que atrela e condiciona as identidades de gênero às estruturas biológicas”. (BENTO, 2012b:2656)

A autora aponta que o dispositivo da transexualidade, ou seja, “os múltiplos conhecimentos articulados para patologizar as experiências trans” (BENTO, 2012b:2660), tem diferentes considerações a respeito da “origem” da transexualidade, havendo explicações dadas pela linha endocrinológica e outras dadas pela linha das ciências psi. Porém, Bento aponta que apesar dessas diferenças, há dentro do dispositivo um ponto em que elas estão de acordo, que seria a ausência de sexualidade nos corpos de pessoas Trans. A autora apresenta que nas obras de três teóricos da transexualidade (como G. Ramsey, Robert Stoller e Harry Benjamin), a aversão ou ódio que as pessoas Trans teriam das suas genitálias seria tão grande “que a menor ideia de obtenção de prazer tocando-lhes ou permitindo que alguém lhes toque é suficiente para lhes provocar repulsa”, e sendo assim, são considerados corpos “que estão fora do registro do desejo” (BENTO, 2012b:2661).

Esse pressuposto vai nortear os profissionais responsáveis pelas equipes multidisciplinares na autorização (ou não) da realização da cirurgia transgenitalização. Isso pôde ser verificado no texto de Athayde (2001), que busca fornecer orientações para o diagnóstico do “transexual verdadeiro”, apontando que nos transexuais “A *freqüência de masturbações* é baixa, porque têm extrema antipatia pelo seu órgão genital, preferindo não tocá-lo. Se o fazem geralmente assumem atitudes e manipulações femininas”. (ATHAYDE, 2001:409 grifos da autora). E aponta que, diferentemente do que pode ser notado nas travestis, o “*Impulso sexual*: é muito baixo nos transexuais,” (ATHAYDE, 2001:409 grifos da autora). Este trecho, além de reforçar a hipersexualização a qual a travestilidade geralmente está associada, apaga as experiências das pessoas que vivenciam a transexualidade sem a “disforia”, ou seja, sem desconforto psíquico decorrente de qual genital se possui entre as pernas.

Uma vez que se admite a ausência de sexualidade na pessoa transexual cujo órgão genital estaria em desconformidade com o gênero que vivencia, as cirurgias de redesignação sexual passam a ser percebidas como “a porta de entrada para o mundo da sexualidade”. Mas Bento aponta a ressalva: que sexualidade seria essa? Este seria o segundo ponto em comum que as diferentes linhas que operacionalizam o dispositivo da transexualidade apresentam nos diferentes textos explicativos sobre “o fenômeno transexual”, onde expressa-se o argumento de que a demanda das pessoas Trans seria pela heterossexualidade (como citado anteriormente em referência ao texto de 2008 de Arán, Zaidhaft, Murta). Será então o estabelecimento de práticas sexuais heterossexuais que indicará que o processo transexualizador teve sucesso. Deve-se entender por práticas heterossexuais nesse trecho, as relações estabelecidas já após a “correção” cirúrgica da genitália, sendo assim, por exemplo, a relação estabelecida entre uma mulher trans com sua nova vagina e um homem cis com seu pênis. Esse ponto também pode ser verificado no texto de Athayde, mas esta autora se pauta sempre no sexo biológico para tecer suas explicações, assim, quando a autora aponta que “As *relações heterossexuais* são praticamente inexistentes”, faz referência à relação estabelecida, por exemplo, entre o que ela chama de “homem transexual” (MTF) com seu pênis, com uma mulher cis, com sua vagina. Porém, ao por perceber que as duas pessoas envolvidas neste

relacionamento reivindicam o pertencimento ao gênero feminino, sem que se genitalize esta relação, ou seja, sem que se fixe no genital dos indivíduos envolvidos, percebo que a maneira correta de se referir a este relacionamento, seria como homossexual, uma vez que “sua identidade sexual é determinada por sua identidade de gênero. É o gênero que marca socialmente a identidade sexual.” (BENTO, 2012b:2662).

Bento traz então diversos exemplos de pessoas transexuais por ela entrevistadas que relatam suas experiências sexuais, mostrando que, apesar de se sentirem em certos aspectos, desconfortáveis com a sua genitália, desconforto este motivador da sua busca pelo Processo Transexualizador, não as impedem de estabelecerem contatos físicos com a sua genitália, seja na masturbação, seja no sexo. Estes questionamentos também são colocados por minha interlocutora quando ela coloca:

se vc for uma mulher trans* lésbica
vc já é barrada
pois acredita-se que a mulher trans* só é mulher
se for hétero
se eu disse que me masturbei alguma vez
já era o laudo
pq tenho que ter verdadeiro horror pelo meu
genital
(...)
como se manipular o genital
significasse que a pessoa não tem qq problema
com ele

Ou como coloca Bento: “quando Marcela diz: ‘acho o pênis algo podre, horrível’, não se pode deduzir do que foi dito, “eu não o toco, eu não o masturbo”. (BENTO, 2012b:2661)

Penso que esta reflexão a respeito da existência de sexualidade nos corpos das pessoas Trans é importante na medida em que nos ajuda a refletir a respeito do fato de o dispositivo da sexualidade funcionar como um “mecanismo de controle das performances das pessoas trans no ambiente hospitalar”, que algumas vezes mentem ou mostram vergonha de falarem que se masturbam ou que encontram prazer nas relações sexuais. Bento propõe que esta negação da masturbação e do prazer genital pode ser explicada por muitas vezes as pessoas Trans que

pleiteiam as cirurgias estarem cientes das expectativas geradas para seu comportamento, especialmente nos hospitais. Se a “identidade transexual” se caracteriza pelo “horror às genitálias” (segundo inclusive, os protocolos de acesso ao Processo Transexualizador) seria então impensável, a partir deste ponto de vista, o reconhecimento que uma pessoa Trans possa obter algum tipo de prazer com seu órgão genital..

Se desde o início do processo de “diagnóstico” a sexualidade das pessoas Trans não é levada em conta, não é de se espantar que o desejo destas pessoas de se reproduzirem seja impensável, tornando-se mais fácil supor por que em nenhuma etapa do Processo Transexualizador a temática da criopreservação do material genético (espermatozóides ou óvulos) das pessoas Trans seja abordada, como será abordado no artigo de Barboza (2012).

No texto de Barboza (2012) intitulado *Proteção da autonomia reprodutiva dos transexuais*, na sua primeira parte, é apresentado pela autora os dispositivos constitucionais e legais que garantem o direito a livre decisão do planejamento familiar baseando-se nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, compreendendo a “autonomia reprodutiva” e os direitos tanto de não ser privado ou limitado pelo Estado de escolher procriar ou não (que seria o conteúdo negativo do direito à procriação), quanto no direito de desenvolver concretamente a função de genitor (conteúdo positivo do direito à procriação). (BARBOZA, 2012:553). Segundo a autora a legislação brasileira visa à proteção da cidadania e da saúde individual, reconhecendo a denominada “autonomia reprodutiva” na “garantia de acesso às informações e aos meios para sua efetivação, devendo o Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”. (BARBOZA, 2012:551). Barboza expõe que a Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 define planejamento familiar como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996), sendo que esta lei declara expressamente em seu artigo 1º o planejamento familiar como direito de *todo cidadão* (BRASIL, 1996 grifo meu) e no artigo 2º, proíbe a utilização dessas ações para qualquer tipo de controle demográfico. (BRASIL, 1996). A partir desta lei o planejamento familiar passa a integrar as ações de atendimento global e integral à saúde, sendo que o

Sistema Único de Saúde passa a ser obrigado a garantir, em todos os níveis de assistência, programas que incluam “a assistência à concepção e contracepção” e que ofereçam com vistas o exercício do planejamento familiar, “todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção” (artigos 3º, parágrafo único, I e 9º). (BRASIL, 1996).

Assim, segundo Barboza, a partir destas legislações citadas e também da Portaria n. 426/GM baixada pelo Ministro da Saúde em 22 de março de 2005, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, aumentou-se o debate sobre o direito à procriação, como direito reprodutivo positivo relacionado à possibilidade de uma “reprodução sem sexualidade”, compreendidos na autonomia reprodutiva, torna-se possível a análise na segunda parte do texto, da situação das pessoas transexuais, que ao se submeterem ao Processo Transexualizador podem ter sua capacidade de reprodução irreversivelmente comprometida, visando à garantia de seus direitos reprodutivos.

A autora reconhece que

A transexualidade é uma forma de expressão da identidade pessoal que é multifacetada e dinâmica, na medida em que pode ser alterada ao longo da vida, em função das vivências individuais. Sob essa ótica, transexual é o indivíduo que, de modo contínuo, sente e afirma ser do sexo contrário ao que lhe foi atribuído ao nascer, vive o gênero correspondente a esse sexo e deseja obter o reconhecimento dessa identidade, independentemente de modificação de sua genitália e da orientação sexual que adota. (BARBOZA, 2012:554)

A partir desta consideração, percebe que a cirurgia não seria a única opção possível para a resolução dos conflitos entre corpo, sexualidade e identidade de gênero, e assim, seria necessária a desconstrução do “transexual universal e homogêneo”, percebendo que a pluralidade e a diversidade de pessoas que vivenciam a experiência transexual não estão representadas nos documentos oficiais. Mesmo

salientando que esse entendimento da pluralidade de vivências transexuais não deve silenciar a importância da cirurgia para outros indivíduos que a percebem como ponto crucial na construção de si, a autora aponta que essa essencialização do “verdadeiro transexual” com “abjeção aos órgãos genitais” e o excessivo apego ao físico/biológico, acarreta muitas vezes, na exigência da retirada do útero e/ou de ovários para que haja apenas a alteração judicial do prenome. Já para a modificação do sexo no registro civil, a autora aponta que é exigida a transgenitalização, ou “vale dizer, a extirpação dos órgãos genitais de nascimento” (BARBOZA, 2012:555). Assim, a esterilização das pessoas Trans passa a ser pressuposto para que haja a possibilidade da mudança do sexo no registro (que pode inclusive não ser alcançada, havendo casos de rejeição de pedidos mesmo após o procedimento cirúrgico), sem haver nenhuma garantia de seus direitos reprodutivos.

A autora propõe que a controvérsia em torno da utilização das técnicas de reprodução assistida por transexuais estaria relacionada à “restrita percepção jurídica dos sujeitos de direito no que respeita às diversas dimensões da sexualidade”. (BARBOZA, 2012:553). Ainda nas palavras da autora:

Cada pessoa tem um *status* jurídico a partir do qual são atribuídos direitos e deveres específicos, como ocorre com as mulheres. Uma das bases para a construção do *status* é o sexo do indivíduo, que, para o direito, é um fato natural (biológico) e imutável. O reconhecimento do sexo é feito na hora do nascimento com base na genitália externa, e esse dado constará do registro civil do recém-nato, acompanhando-o por toda a vida. Em função do seu sexo biológico, espera-se que a pessoa tenha determinado comportamento social (papel de gênero) e sexual (heterossexual) considerados “normais”. (BARBOZA, 2012:553).

Segundo Barboza, seria, portanto, o rompimento com a “coerência sexo–gênero–comportamento sexual” o que provocaria na prática, a restrição dos direitos das pessoas transexuais, uma vez que “os indivíduos que não apresentam o ‘comportamento considerado normal ou inteligível’ afrontam as regras sociais jurídicas” (BARBOZA,

2012:553). A autora aponta que muitos dos problemas jurídicos enfrentados também pelos homossexuais na busca da garantia dos mesmos direitos reprodutivos, são resultados da “ininteligibilidade de sua situação sexual pelo direito”. (BARBOZA, 2012:553). Novamente com as palavras da autora

Ter um corpo que não condiz com o estado civil existente acarreta a retirada de vários dos seus direitos, pois [...] o sexo de nascimento e a adoção do gênero para ele esperado são uma das bases para a atribuição de direitos e deveres. (BARBOZA, 2012:555).

Pode-se perceber com base no texto de Barboza que, mesmo que a transexualidade seja reconhecida pelo CFM e os cuidados que ela demanda garantidos através de documentos como a Portaria n. 1.707 de 18 de agosto de 2008, do Ministério da Saúde, que instituiu no âmbito do SUS o Processo Transexualizador (posteriormente redefinida e ampliada pela Portaria nº 2.803, de 19 de Novembro de 2013) e que determina de maneira expressa que a integralidade da atenção não *restringa* nem *centralize* a meta terapêutica no procedimento cirúrgico de transgenitalização e de demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes (BRASIL, 2013), em nenhum momento dá indicações quanto à possibilidade de preservação de gametas das pessoas que se submetem à hormonioterapia e/ou cirurgias de redesignação sexual, procedimento que segundo Barboza, é geralmente adotado em outros tratamentos esterilizantes, como os de radioterapia em caso de câncer. Nas palavras de Barboza “parece que não foi cogitada a hipótese de os transexuais terem filhos através das técnicas de reprodução assistida, utilizando seu próprio material genético”. (BARBOZA, 2012:555). Essas considerações de Barboza são relevantes na medida em que nos atentam para o fato de a preservação de gametas para utilização futura já ser um procedimento adotado em outros casos de tratamentos que geram esterilidade, sendo inclusive admitido pelo direito brasileiro a chamada

inseminação *post mortem*”, que seria “a fertilização da mulher [e porque não da pessoa?] com sêmen do marido [ou cônjuge] já falecido, procedimento considerado ético pelo CFM, desde

que haja autorização prévia específica do/a falecido/a para o uso do material biológico criopreservado. (BARBOZA, 2012:556).

Proponho com os comentários adicionados a citação de Barboza, refletir a respeito de que com a autorização pela justiça e medicina da realização de procedimentos que já foram garantidos à casais cis e heterossexuais, pode-se, com a autorização da pessoa transexual, criopreservar o material biológico antes da realização da cirurgia de transgenitalização ou hormonioterapia para proteção de seu direito à reprodução futura. E os mesmos procedimentos de reprodução assistida devem ser garantidos para todas as outras pessoas Trans (binárias ou não) que desejem se reproduzir, uma vez que na Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996 está expressamente declarado que o planejamento familiar é direito de *todo cidadão*. (BRASIL, 1996).

As considerações de Barboza a respeito dos dispositivos constitucionais e legais que tratam do direito ao planejamento familiar deixam claro a necessidade de reconhecimento dos direitos reprodutivos dos transexuais, apontando que

não deveria haver razão para qualquer questionamento, especialmente por ser objetivo do processo transexualizador a “criação” de uma mulher ou de um homem, segundo os padrões sexo-gênero, o que inclui a conformação da genitália “adequada” (Barboza, 2012:556)

Porém, ela aponta que as barreiras encontradas pelas pessoas transexuais na sua “requalificação civil”, após terem realizado o Processo Transexualizador pelo SUS, e também a não consideração pelas portarias da possibilidade destes indivíduos se valerem da reprodução assistida após um tratamento que conduz à esterilidade, dá pistas da dificuldade de aceitação e da garantia da autonomia reprodutiva das pessoas Trans.

Retomando o artigo de Liliana Sampaio e de Maria Thereza Coelho² que já foi apresentado em outro tópico, penso que ele também

² SAMPAIO, Liliana Lopes Pedral; COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. Interface (Botucatu), Set 2012, vol.16, no.42, p.637-649. ISSN 1414-3283

se mostrou relevante no âmbito das discussões a respeito da garantia dos direitos reprodutivos das pessoas transexuais, apontando a questão da gestação por um homem transexual, ponto este que não vi em nenhum dos outros textos selecionados para esta revisão. O único contato que eu havia tido com esta discussão tinha sido na mídia após a divulgação do caso de Thomas Beatie, conhecido como “o homem grávido”, também citado no trabalho de Sampaio e Coelho. O ponto principal nos casos de Homens Trans que engravidam é que “A gestação por um homem transexual desconstrói a relação supostamente necessária deste processo com a feminilidade” (SAMPAIO; COELHO, 2012:645). Sampaio e Coelho reproduzem importante fala se seu interlocutor de pesquisa Flávio: “eu não deixo de ser homem por ter uma filha. Esse direito tem que ser respeitado... Eu tive uma filha porque minha mulher queria. Ela não podia ter e eu fiz isso por amor. Existem pessoas que querem sentir essa questão da maternidade” (FLAVIO apud SAMPAIO; COELHO, 2012:645). Ressaltando então que o direito ao próprio corpo está ligado não apenas às diversas possibilidades de intervenção sobre ele, mas também dos usos que se pode fazer dele. Na busca por garantia deste direito de dispor sobre o próprio corpo e de não restrição da gestação como um acontecimento intrinsecamente feminino, “Flávio propõe que a gestação não fique restrita às mulheres, mas que também possam ser experienciadas pelos homens transexuais que desejam e podem vivenciá-la. (SAMPAIO; COELHO, 2012:644).

1.5 OUTRAS QUESTÕES DE SAÚDE

O trabalho de Mello et al. (2013) denominado *Complicações locais após a injeção de silicone líquido industrial: série de casos* não se enquadra em nenhuma outra categoria que eu criei para agrupar os artigos analisados, porém, trago suas contribuições na medida em que seus autores abordam (mesmo que do ponto de vista da biomedicina) uma questão de saúde importante relativa às mulheres Trans, que é a aplicação de injeções de silicone líquido industrial para modificação estética do contorno corporal. Dentro do meio Trans, este ato é conhecido como “se bombar” e quem realiza a aplicação é conhecida geralmente como “bombadeira”..

Os autores deste trabalho, todos médicos que atuam no Serviço

de Cirurgia Plástica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP), relatam ao longo do artigo as complicações, o tratamento e a evolução de doze de pacientes submetidos à injeção de silicone líquido industrial que foram por eles tratados no referido Serviço. Segundo estes profissionais, as complicações locais ocorridas em decorrência de injeções de silicone líquido industrial, “vão desde alterações na coloração e consistência da pele com a formação de nódulos e granulomas a intenso processo inflamatório, com necrose e ulcerações, formação de abscessos e fístulas, eliminação do material injetado, retrações e deformidades cicatriciais” (MELLO et al., 2013)

Os autores concluem com base no estudo que realizaram e considerando que a remoção completa do silicone líquido injetado seria “difícil ou até mesmo impossível”, não havendo assim nenhum tratamento específico para estes casos, que o uso do silicone líquido industrial seria “uma prática que deve ser totalmente contraindicada para finalidades estéticas, visto que as complicações podem ser graves e de difícil tratamento” (MELLO et al., 2013).

O artigo, fundamentado pelo saber bio-médico, pautando-se no sexo de nascimento do paciente – e não na identidade de gênero - para descrever o perfil daqueles que por eles foram atendidos. Sendo assim, apresentam no texto que foram atendidos quatro pacientes do “sexo feminino e oito do sexo masculino, destes, sete eram transexuais”. Para respeitar a autonomia do indivíduo em se auto-identificar como pertencente a um gênero e não a outro, os autores deveriam ter colocado que treze mulheres foram atendidas, e caso fosse necessário explicitar, poderiam acrescentar que dentre estas mulheres, sete se tratavam de mulheres Trans.

Pensando a partir do grande número de mulheres trans que foram atendidas, podemos refletir a respeito do fato de que o alto custo dos tratamentos cirúrgicos e a urgência em obter alterações corporais levam muitas destas mulheres a recorrerem às bombadeiras (e também muitas vezes ao uso abusivo de hormônios), o que vem acarretando muitas vezes em agravos à saúde desta população. Nesse sentido, cabe trazer as colocações feitas por minha interlocutora de pesquisa que em certo momento da conversa a respeito de hormônios e transformações corporais diz:

há 3 meses uma travesti morreu por conta disso
silicone industrial + permutan toda semana

e o sus vai encarar como estético
travesti querer próteses
então, sem recurso financeiro
já que a maioria é pobre
e precisando se prostituir
pq a maioria não estudou e foi expulsa de casa
devido à pressão do mercado da prostituição
pelas travestis com os corpos mais femininos
possíveis
não resta saída que não apelar pra bombadeira

Refletindo a respeito deste artigo e comando as outras leituras realizados no âmbito deste trabalho de conclusão de curso, penso que a não conformação do corpo com a identidade de gênero acarreta em mal estar psicológico para as pessoas Trans, devendo isso ser considerado como fator decisivo para a garantia de modificações corporais pelo SUS, ultrapassando questões meramente estéticas, sendo também necessidades de saúde se a considerarmos pelo viés da Integralidade.

CAPÍTULO 2 - TRANSEXUALIDADE: CATEGORIA SOCIAL DE GÊNERO OU CATEGORIA DIAGNÓSTICA?

Partindo dos textos lidos para a revisão da literatura, somados a outras leituras que foram surgindo no percurso de pesquisa, como por exemplo, através da consulta da bibliografia citada pelos autores analisados na revisão, além de ter feito leitura de outras publicações dos autores considerados referências nos estudos sobre as identidades Trans e saúde. Traço neste capítulo construções genealógicas das descrições sobre transexualidade no século XIX. Apresentarei primeiramente traços gerais do processo de construção do conceito de transexualidade fundamentado como uma patologia, percebendo que essa construção genealógica do diagnóstico de “transexualismo” ou “transtorno de identidade de gênero” ou ainda “disforia de gênero”, pode auxiliar na compreensão de como a regulamentação do acesso ao processo transexualizador ficou atrelada à necessidade do diagnóstico da condição transexual. Na sequência esse processo de construção do diagnóstico será problematizado para que, por fim, sejam trazidos elementos que proponham alternativas a ele.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA VISÃO BIOMÉDICA, PATOLOGIZADA

Segundo Jorge Leite Jr. (2008), o termo transexualismo foi utilizado pela primeira vez por Magnus Hirschfeld em *Die Transvestiten* em 1910, fazendo referência ao “transexualismo psíquico” e posteriormente, foram desenvolvidos outros estudos para a compreensão do “fenômeno transexual”. As primeiras cirurgias de transgenitalização - considerados como práticas de “adequação sexual” - foram realizadas na Alemanha e na Dinamarca por volta da década de 1920 como parte do tratamento de “pseudo-hermafroditas” e “hermafroditas verdadeiros” (ARÁN, 2006:52), sendo que a primeira operação de que se tem notícia foi realizada em certa clandestinidade no ano de 1921 pelo cirurgião Felix Abraham, em “Rudolf”, que então passa a ser considerado o primeiro transexual redefinido. (CASTEL, 2001:85). O termo transexualismo foi retomado em 1949, quando o Dr. David O. Cauldwell publica um estudo de caso sobre uma “mulher biológica” que queria se

masculinizar, no artigo intitulado “*Psychopatia Transexuallis*” (LEITE JR., 2008).

Porém, é somente com a intervenção praticada na transição de George Jorgensen para Christine Jorgensen, realizada pelo endocrinologista Christian Hamburger na Dinamarca em 1952, que este procedimento veio a público, sendo considerada então como o marco do “nascimento do fenômeno da transexualidade na nossa era” (ARÁN, ZAIHAF, MURTA, 2008:71), despertando o interesse da medicina sobre a transexualidade até sua efetiva apropriação como um transtorno psiquiátrico. (MURTA, 2007:24). Esta cirurgia deu visibilidade a uma série de acontecimentos que mudaram completamente o modo como se compreendia a relação entre sexo e gênero no âmbito científico (CASTEL, 2011:87), pois a notoriedade mundial que o caso veio a ter passou a estimular novas formas de interpretação do “fenômeno da transexualidade”, o que então provocou grande interesse na pesquisa e no “tratamento do transexualismo” por parte de sexologistas, endocrinologistas, urologistas e psiquiatras (ARÁN, 2006:53), além de estimular a reflexão por parte de sociólogos sobre as questões da identidade sexual e da relatividade das categorias do gênero (CASTEL, 2011:88; ARÁN, MURTA, 2009:25).

E então, a partir dos primeiros esboços a respeito das especificidades da transexualidade e das primeiras delineações de novas teorizações médicas e sociológicas, como os estudos realizados pelos pesquisadores Harry Benjamin, John Money e Robert Stoller, somados à possibilidade técnica de modificação corporal, a experiência sexual tem seu lugar deslocado de uma situação marginal, vivenciada na individualidade para um “problema médico-legal reconhecido” e assim, passível de tratamento. (ARÁN, MURTA, 2009:25).

O endocrinologista alemão Harry Benjamin, considerado até hoje uma das principais referências na teorização sobre o transexualismo, após ter conhecimento da intervenção de Christian Hamburger em Jorgensen, utiliza o conceito de “transexualismo” para teorizar e descrever o “fenômeno transexual” (ARÁN, 2006:53). Fundamentando-se nos avanços que os estudos biológicos tiveram no século XX, principalmente os estudos genéticos, Benjamin propõe que não haveria uma divisão absoluta entre “masculino” e “feminino” e, portanto, seria inadequada a determinação do sexo dos indivíduos baseando-se unicamente nas diferenças anatômicas. Para este

endocrinologista, o sexo seria composto por diversos componentes, de modo que a causa do “transexualismo” e do desejo de “mudar de sexo” ultrapassariam os aspectos psicológicos, estando por sua vez, associadas a uma causa biológica, seja ela genética ou endócrina (ARÁN, MURTA, LIONÇO, 2009:1143).

O livro *O fenômeno transexual* de Benjamin publicado em 1966, vem fornecendo desde então, as bases para que, a partir de alguns critérios - tomados por ele como científicos -, se diagnostique se as pessoas que chegam às clínicas ou aos hospitais com a demanda da cirurgia de readequação sexual são de fato “transexuais verdadeiros”, sendo que o critério básico para definir o “transexual de verdade” seria a “relação de abjeção, de longa duração, com suas genitálias” e por este motivo, as cirurgias de readequação deveriam ser realizadas de maneira a evitar que os indivíduos com esse sentimento viessem a cometer suicídio (BENTO, PELÚCIO, 2012:571). Para Benjamin, a cirurgia de transgenitalização seria a única alternativa terapêutica nesses casos. Esta posição defendida por Benjamin contrapunha-se à defendida pelos profissionais psi (psicólogos, psiquiatras e psicanalistas), que se mostravam reticentes às intervenções corporais como alternativa terapêutica, muitos as percebendo como mutilação. Benjamin, por sua vez, afirmava que, no caso de “transexuais verdadeiros”, as psicoterapias eram inúteis, sendo que para aqueles que apresentam “abjeção ao corpo” a cirurgia representaria sua única opção. (BENTO, 2008:96)

Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012) apontam a ocorrência de uma intensificação na tendência cirúrgica nas décadas de 1960 e 1970 (BENTO, PELÚCIO, 2012:571), e que Harry Benjamin motivado por essa tendência, teria dado continuidade a seus estudos criando a Escala de Orientação Sexual (*Sex Orientation Scale - SOS*), um guia diagnóstico através do qual seria possível avaliar a discordância entre os sexos, principalmente a incompatibilidade entre os componentes psicossociais e biomorfológicos, tornando-se um marco por esquematizar a diferença entre transexuais, travestis e homossexuais. (ARÁN, ZHAIDAFT, MURTA, 2008:71). E com o intuito de inserir as redesignações sexuais em processos terapêuticos formais e normatizados e da criação de centros de transgenitalização com protocolos de atendimento baseados nas definições de Harry Benjamin, Norman Fisk, em 1973, fundamenta uma nosografia psiquiátrica para o

transexualismo, ancorada fundamentalmente no autodiagnóstico. (ARÁN, MURTA, 2009:26).

Márcia Arán aponta que a contribuição de John Money possibilitou um maior aprimoramento da maneira de pensar a sexualidade proposta por Benjamin, uma vez que passa a preconizar “uma separação entre o ‘sexo real’ - ancorado na biologia e na ‘natureza’ - e o registro subjetivo do gênero, estabelecido por meio da educação e das influências culturais”. (ARÁN, 2006:53). Money, utilizando-se do conceito de gênero para “designar certa plasticidade da sexualidade, passível, na sua concepção, de ser moldada pela tecnologia” (MONEY, 1969 apud ARÁN, MURTA, 2009:31), demonstrou com o auxílio de estudos realizados com crianças intersexuais que a identidade de gênero seria radicalmente independente do sexo biológico, indicando que o “transexualismo” se caracterizaria justamente pela não adequação entre um e outro. (ARÁN, 2006:53). Deste modo, o gênero das pessoas seria construído socialmente, moldado pela educação, sendo que o gênero teria prevalência em relação ao sexo (MONEY, 1969 apud ARÁN, MURTA, 2009:31). Segundo Money a “identidade sexual” seria construída ao longo dos primeiros anos de vida dos sujeitos e só alcançaria sua completa expressão com a maturidade sexual tendo caráter irreversível. (MONEY, 1969 apud ARÁN, MURTA, LIONÇO, 2009:1144)

Neste contexto, realizou-se, em Londres em 1969, o primeiro congresso da Associação Harry Benjamin, que após John Money, ter cunhado o termo “disforia de gênero” em 1973, passa a se chamar Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. A HBGIDA foi legitimada como uma das associações responsáveis pela normatização do “tratamento” para pessoas transexuais em todo o mundo, publicando e revisando regularmente as “Normas de Tratamento” (*Standards of Care – SOC*), que visam orientar os profissionais a respeito da assistência que podem oferecer às pessoas transexuais que vão às clínicas requerendo realizar a transição; as Normas de Tratamento buscam também estabelecer um consenso profissional internacional a respeito das opções psiquiátricas, psicológicas, médicas e cirúrgicas relativas à “Desordens da Identidade de Gênero”. (BENTO, PELÚCIO, 2012:571).

Outra menção importante para a definição de transexualismo são as teses do psiquiatra e psicanalista Robert Stoller (1982),

considerado a maior referência americana no assunto por Márcia Arán (2009). Stoller ao propor a noção de “núcleo de identidade de gênero” como sendo o “operador central da compreensão da experiência transexual”, passa a descrever o “transexualismo” a partir de uma relação de simbiose do indivíduo com a mãe. Porém, Arán ressalta que ao Stoller considerar que a capacidade de integração social das pessoas transexuais permanece intacta, ele afirmaria que essa relação originária não pode ser considerada como psicotizante. Para Stoller, a definição de “transexualismo” se fundamentaria então em três aspectos principais:

- (a) um sentimento de identidade permanente, uma crença (no caso do transexualismo masculino) numa essência feminina sem ambigüidades, (diferentemente do transvestismo, por exemplo);
- (b) uma relação com o pênis vivida “como horror”, não existindo nenhuma forma de investimento libidinal;
- (c) uma especificidade na relação com a mãe que o autor chama de simbiose. (ARÁN, ZHAIDAFT, MURTA, 2009:71)

Segundo Jorge Leite Jr., Stoller considerava a cirurgia de transgenitalização “como uma solução viável” e não via “nenhum distúrbio psíquico grave na transexualidade em si” (LEITE JR, 2008:55).

Além do já citado SOC, outros dois documentos são reconhecidos como oficiais na orientação diagnóstica da transexualidade: o *Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Distúrbios Mentais* (DSM-5), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA); e o *Código Internacional de Doenças* (CID- 10), publicado pela Organização Mundial de Saúde. Segundo Berenice Bento (2008) a inclusão da transexualidade no CID em 1980 teria sido um “marco na definição da transexualidade enquanto doença” (BENTO, 2008:98). Bento (2008) aponta ainda que nesses documentos– DSM, CID, SOC –, há o pressuposto de que a transexualidade, por se tratar de uma doença, teria em todas as partes do mundo os mesmo sintomas, ou seja, esses guias as constroem os/as transexuais como pessoas que apresentam uma série de indicadores em comum que as posiciona como transtornadas, e

que, portanto, deveriam receber o mesmo tipo de cuidado, não sendo considerados os fatores sociais, culturais e econômicos que compõem as vivências dos sujeitos. Segundo a autora “a patologização caminha de mãos dadas com a universalização” (BENTO, 2008:97).

O livro de 2008 Berenice Bento é uma fonte muito importante para quem deseja fazer uma leitura crítica destes guias diagnósticos, e aponta algumas diferenças entre os documentos, sendo que, no o SOC a realização da cirurgia de transgenitalização.é apresentada como a única alternativa terapêutica para os “transexuais verdadeiros” curarem seus “transtornos” ou “disforias”. Por sua vez, no DSM (IV- 5) a questão da cirurgia não é fundamental, e apresenta ao longo do texto as diferentes manifestações do “transtorno de identidade de gênero” no DSM-IV, e da “disforia de gênero” no DSM-5. Já no CID-10, que não é um manual de orientação ou de indicadores diagnósticos, sendo percebido mais uma convenção médica, busca apresentar de maneira objetiva as características das doenças gerais, dentre as quais, o “transexualismo”, assim como o código que deverá ser atribuído a este diagnóstico em todos os atendimentos, códigos estes, utilizados e aceitos internacionalmente por médicos/as e outros/as operadores/as da saúde, sendo F64.0 o código correspondente ao Transexualismo. .

É no ano de 1977 que a condição transexual é incorporada à categoria psiquiátrica de “Disforia de Gênero”, que por sua vez, ainda abarcava outras “enfermidades” associadas à identidade de gênero. Era apontada única possibilidade de tratamento para aqueles indivíduos que apresentavam uma insatisfação em decorrência da discordância entre o sexo biológico e a identidade sexual, a realização da cirurgia de conversão sexual e a utilização de hormônios (MURTA, 2007). Por sua vez, a inclusão no *Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais* se deu na sua terceira edição (DSM III), publicada no ano 1980, e no ano de 1994, o termo “transexualismo” foi substituído por “Transtorno de Identidade de Gênero” (TIG) com a publicação do DSM-IV. (ARÁN, MURTA, 2009:26). E substituído por “Disforia de Gênero” com a publicação do DSM-5.

Com o levantamento das construções genealógicas das descrições sobre transexualidade no século XIX, podemos ressaltar que

o efetivo reconhecimento da experiência transexual como condição médica se fez em um contexto específico de progresso científico e

expressivas transformações sociais. Nesse sentido, alguns autores, como Bernice Hausman, argumentam que só é possível compreender o fenômeno da transexualidade a partir do desenvolvimento da tecnologia médica e do pacto realizado entre médicos e transexuais para possibilitar a mudança de sexo. Outros, como Joanne Meyerowitz, argumentam que a noção de transexualidade é uma consequência da revolução dos costumes propiciada pela problematização do caráter imutável do sexo e posteriormente pelo surgimento da categoria de gênero. (ARÁN, MURTA, 2009:26).

Todas as diferentes descrições se mostraram importantes para a compreensão da “gênese” do conceito de Transtorno de Identidade de Gênero que, somada às inovações tecnológicas ocorridas na Medicina a partir do século XX, quando se desenvolvem tanto medicações quanto técnicas de intervenção cirúrgica, possibilitou a “definição da conversão sexual como uma modalidade de tratamento para pacientes transexuais”. (MURTA, 2007:11)

2.2 A ASSISTÊNCIA PÚBLICA ÀS PESSOAS TRANSEXUAIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS: ENTRE A PATOLOGIZAÇÃO E AS NOVAS POSSIBILIDADES

No Brasil, primeira mulher transexual a ser operada foi Jacqueline, em 1969, no Marrocos, sendo que a primeira cirurgia de transgenitalização ocorreu no Brasil dois anos depois, realizada pelo médico Roberto Farina na cidade de São Paulo. O Conselho Federal de Medicina (CFM) interpretou o ato médico de Farina como “lesão corporal”, o que por sua vez motivou uma ação judicial, da qual Farina foi posteriormente absolvido. (ALMEIDA, MURTA, 2013:389). Porém, foi nos anos 80 que a temática da transição entre os gêneros passa a ser discutida pelos meios de comunicação de massas sem que estivesse associada a criminalidade ou com a prostituição a partir do que ficou conhecido como o “fenômeno Roberta Close” (LEITE JR, 2011:205).

A constituição do cuidado e da assistência às pessoas Trans no contexto brasileiro requer a análise das diversas resoluções, portarias e

demais documentos políticos oficiais que ao longo do tempo delinearão posturas e políticas públicas, que pautadas nos saberes biomédicos que interpretam as identidades Trans como enfermidades passíveis de cura, se mostraram tentativas muitas vezes equivocadas e/ou contraditórias, de amparar esses grupos sociais. Porém, através da ênfase no princípio da Integralidade que é um dos eixos de sustentação do Sistema único de Saúde, percebe-se que com vontade política e capacitação dos funcionários do SUS há possibilidade de um atendimento digno à todas as necessidades sanitárias das pessoas Trans, sem restringi-las às demandas por modificações corporais, por mais importantes que estas sejam nas trajetórias destas pessoas.

2.2.1 Resolução nº 1.482/97 do Conselho Federal de Medicina

Podemos considerar a publicação da Resolução 1.482/97 do Conselho Federal de Medicina - CFM em 1997, como um marco que traz as cirurgias de redesignação no Brasil à legalidade, aprovando - em caráter experimental - a realização de cirurgias de “mudanças de sexo”¹ nos hospitais públicos universitários do país. Esta resolução revê a posição que o CFM mantinha até aquele momento em relação a tais procedimentos, que os considerava como “crimes de mutilação”, uma vez que agora o procedimento passa a ser considerado como tendo um “propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico”.

É então em 1998 na cidade de Campinas que ocorre legalmente a primeira cirurgia no Brasil (ALMEIDA, MURTA, 2013:389). Foi em decorrência da publicação da Resolução do CFM que as práticas médicas foram regulamentadas e que os serviços que prestam assistência a transexuais foram organizados, fortemente motivados pela demanda de transexuais que procuraram o atendimento público após a divulgação desta resolução pela mídia. (ARÁN, ZHAIDAFT, MURTA, 2008:70). Considerado um atendimento de alta complexidade, a maioria destes serviços encontra-se em hospitais públicos universitários. (ARÁN,

¹ Almeida e Murta (2013) colocam que, a respeito da expressão “mudança de sexo”, o cirurgião coordenador do processo transexualizador do HUPE/UERJ, prof. Eloísio Alexsandro, costuma responder que não muda o sexo de ninguém, apenas “conforma os órgãos genitais ao sexo que já é afirmado pelo/a usuário/a”. A diferenciação da expressão não seria apenas semântica, uma vez que se trata de um tema recorrente que tange a transexualidade, que é a autonomia dos sujeitos na autodesignação de seu gênero.

MURTA, 2009:16)

Esta Resolução considera que o paciente transexual é “portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à auto mutilação e ou auto-extermínio” (CFM, 1997) e por isso, passa a autorizar, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como “tratamento dos casos de transexualismo”, sendo que a transformação da genitália seria a etapa mais importante deste tratamento. Mesmo considerando que os critérios de seleção devem ser aprimorados, a Resolução define critérios mínimos para se definir o “transexualismo” que são:

- desconforto com o sexo anatômico natural;
- desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;
- permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;
- ausência de outros transtornos mentais. (CFM, 1997).

Segundo a Resolução, a seleção dos pacientes para “cirurgia de transgenitalismo” deve obedecer a avaliação de equipe multidisciplinar formada por: médico-psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social, e após dois anos de acompanhamento conjunto deve ainda obedecer aos seguintes critérios:

- diagnóstico médico de transexualismo;
- maior de 21 (vinte e um) anos;
- ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia. (CFM, 1997).

Segundo esta Portaria, a realização destes procedimentos estava restrita a hospitais universitários ou hospitais públicos adequados à pesquisa, após a assinatura de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução CNS nº 196/96;

2.2.2 Resolução nº 1652/02 do Conselho Federal de Medicina

Em 2002, a Resolução 1.482/97 é revogada, entrando então em vigor a Resolução 1652/02 do CFM . Esta resolução se diferencia da anterior por em seu Artigo 6º autorizar que “as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino poderão ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independente da atividade de pesquisa. Por sua vez, o Artigo 5º determina que a cirurgia do tipo neofaloplastia e/ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários para adequação do fenótipo feminino para masculino continuam restritas a realização em hospitais universitários ou hospitais públicos que estejam adequados para a pesquisa. Ou seja, a norma, embora reconheça e valide procedimentos como adenomastectomia, histerectomia, gonadectomias, etc., no artigo subsequente considera os mesmos procedimentos como experimentais, por considerar que ainda há “dificuldades técnicas” para a obtenção de “bom resultado tanto no aspecto estético como funcional das neofaloplastias”, mesmo para aqueles casos que apresentavam boa indicação de transformação do fenótipo feminino para masculino. (CMF, 2002)

2.2.3 Portaria nº 1.707/08 Ministério da Saúde

A Portaria nº 1.707 de 18 de Agosto de 2008 do Ministro da Saúde Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Esta Portaria considera o “transexualismo” como um “desejo de viver e ser aceito na condição de pessoa do sexo oposto que, em geral, vem acompanhado de um mal-estar ou de um sentimento de inadaptação ao próprio sexo anatômico” (BRASIL, 2008a). Com a publicação dessa portaria, o Ministério da Saúde estaria reconhecendo que tanto a orientação sexual, quanto a identidade de gênero são determinantes e condicionantes da situação de saúde dos indivíduos

não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor a população GLBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais,

Travestis e Transexuais) a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão que violam seus direitos humanos, dentre os quais os direitos à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento da personalidade; (BRASIL, 2008a).

E assim, o mal-estar e o sentimento de inadaptação em relação ao sexo anatômico dos usuários transexuais também devem ser acolhidos e tratados pelo SUS, seguindo os preceitos da universalidade, integralidade e da equidade da atenção. (ARÁN, MURTA, 2009:18). Tal deliberação baseava-se no que já era garantido pela Carta dos Direitos dos/as Usuários/as da Saúde (2006), que menciona, explicitamente, o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero para todos/as os/as usuários/as do SUS. (ALMEIDA, MURTA, 2013:391). No primeiro artigo da Portaria é instituído que o processo transexualizador deva ser empreendido em serviços de referência devidamente habilitados à atenção integral à saúde para os indivíduos que dele necessitem, ressaltando que devem ser observadas as condições previamente estabelecidas pela Resolução nº 1.652, do CFM de 2002 (posteriormente revogado pela Resolução CFM nº 1.955, de 3 de setembro de 2010). Já no segundo artigo, é determinado que as ações que compõem o processo transexualizador devem ser organizadas e implantadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Ainda no segundo artigo, é explícita a preocupação com a integralidade da atenção prestada às pessoas transexuais, considerando que tal atenção não deve ser restrita ou agir de forma a centralizar “a meta terapêutica apenas no procedimento cirúrgico de transgenitalização e nas demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes” (BRASIL, 2008a). Além disso, aponta que a atenção deve ser humanizada, buscando promover “um atendimento livre de discriminação, inclusive pela sensibilização dos trabalhadores e dos demais usuários do estabelecimento de saúde” contribuindo assim para o respeito às diferenças e à dignidade humana. (BRASIL, 2008a). No terceiro artigo, determina que a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - SAS/MS adote as “providências necessárias à plena estruturação e implantação do

Processo Transexualizador no SUS, definindo os critérios mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços”. Assim, em 19 de agosto de 2008 Secretaria de Atenção à Saúde regulamenta formalmente o Processo Transexualizador através da Portaria SAS/MS nº 457/08 (BRASIL, 2008b).²

2.2.4 Processo-Consulta CFM nº 8.883/09 – Parecer CFM Nº 20/10³

A permanência do caráter experimental da realização dos procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários para adequação do fenótipo feminino para masculino levou um promotor de Justiça do MPDFT/Pró-Vida a encaminhar ao presidente do CFM um documento assinado por 17 diferentes representações, envolvendo profissionais de saúde, integrantes de Centros de Referência, profissionais de Ambulatórios especializadas, pesquisadores acadêmicos, representantes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Direitos Humanos, advogados, representantes do movimento social, entre outros (ARÁN, 2010). O documento reconhece os avanços obtidos com a publicação das Portarias do Ministério da Saúde que institui o Processo Transexualizador no SUS (BRASIL, 2008a), porém, aponta que os homens transexuais (FtM) estavam sendo excluídos da assistência frente aos argumentos da limitação técnica da cirurgia de neofaloplastia (que segundo os autores do processo consulta deveria continuar como experimental devido as limitações funcionais do órgão construído cirurgicamente), embora pudessem se beneficiar diretamente da normatização do Processo Transexualizador, uma vez fosse reconhecido que o caráter experimental não se sustenta para a

² Para considerações críticas a respeito dos “avanços, impasses e desafios” na instituição dessa política pública de saúde, e discussão da “ambivalência no processo de construção da norma técnica”, consultar o artigo de 2009 de Tatiana Lionço.

³ Segundo informações retiradas do site do CFM, os pareceres são emitidos por conselheiros e aprovados pelos plenários do Conselho Federal de Medicina e de alguns Conselhos Regionais de Medicina. “São respostas que emitem posicionamento técnico e ético sobre questões encaminhadas por diferentes setores da sociedade sobre aspectos relacionados ao exercício da Medicina. Esses pareceres não tem poder normatizador, mas ajudam no esclarecimento de certas nuances e podem subsidiar a elaboração de resoluções e outros instrumentos legais” http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_pareceres&Itemid=37

mastectomia⁴ e a histerectomia.⁵ Os subscritores do documento ressaltaram que:

a proibição de tais procedimentos condena os transexuais a se verem impedidos de manifestar livremente a expressão de sua personalidade e solicitam que o CFM retire do caráter experimental as intervenções cirúrgicas sobre gônadas e caracteres sexuais secundários em casos de FtM. (CFM, 2009)

Márcia Arán (uma das pesquisadoras que assina o Processo-Consulta) em artigo de 2010 aponta que foi considerado no Processo um dos argumentos referidos nas Portarias do Ministério da Saúde, que é de que a cirurgia de transgenitalização não deve se constituir como única meta a ser atendida pelo Processo Transsexualizador. Além disso, foi somado o fato de que

as demais cirurgias transsexualizadoras para homens transexuais (histerectomia e mastectomia) não encontram, na prática médica, essa conotação de experimental e ainda, que pesquisas demonstram que as demandas dos homens transexuais por acompanhamento endocrinológico e realização das cirurgias de mastectomia, histerectomia, no momento, são mais relevantes do que a busca pela neofaloplastia e metoidioplastia (ARÁN, 2010)⁶

E com base nestes argumentos, os propositores solicitaram ao CFM que fossem retiradas do caráter experimental os procedimentos sobre gônadas e caracteres sexuais secundários em casos de transexuais FtM. Com vistas a futuras mudanças na própria Portaria do SUS. (ARÁN, 2010).

⁴ Remoção cirúrgica das mamas.

⁵ Remoção cirúrgica do útero. Em artigo de 2003 Araújo e Aquino apontaram que esta cirurgia é a segunda mais freqüente entre mulheres em idade reprodutiva, sendo precedida apenas pelo parto cirúrgico. (ARAUJO; AQUINO, 2003)

⁶ A técnica consiste no fechamento da vagina, transformação dos grandes lábios em sacos escrotais (com implante de próteses) e na mudança da uretra para a ponta do clitóris, que é transformado em micropênis - e permite urinar de pé.

Nas conclusões o parecerista coloca um questionamento importante, que deveria ser levado em conta em todas as questões relacionadas às pessoas Trans, que é:

Se em respeito à autonomia e à autodeterminação reconhecemos o direito de o paciente negar-se a ser submetido a qualquer tipo de tratamento e também o direito de as pessoas serem submetidas a todas as formas cabíveis de mudança corporal (próteses, lipoescultura, remodelações, etc.), por que razão não se dá esse direito ao transexual? Seria porque não concordamos com a existência do transexualismo? Ou seria porque, inconscientemente, discriminamos esse tipo de atitude humana? (CFM, 2009)

E também aponta que a função do CFM seria “estabelecer qual o tipo de tratamento é experimental ou usual; qual procedimento tem bases científicas ou não” e em relação ao paciente, caberia “defender a sua capacidade decisória e o seu acesso a todas as informações necessárias”. Portanto, o parecerista afirma não ver lógica para que o “tratamento” a determinadas pessoas seja limitado, e assim, desde que os pré-requisitos para a sua execução sejam respeitados, não vê razão para, quando o CFM considerar um procedimento válido, limitar o local onde será feito (se em hospital público ou privado). O documento conclui sugerindo que a resolução deve ser reavaliada mantendo apenas a neofaloplastia como procedimento experimental.

2.2.5 Resolução nº 1.955/10 do Conselho Federal de Medicina

E então, com base no Parecer do CFM, no dia 3 de setembro de 2010, foi publicada pelo CFM uma nova resolução sobre a assistência à transexuais no Brasil, a Resolução nº 1.955/2010. A partir desta publicação, o CFM passou a considerar no caso de homens transexuais, que os procedimentos de retiradas de mamas, ovários e útero não são mais experimentais, podendo ser feitos em qualquer hospital público e/ou privado que sigam as recomendações do Conselho. Mantendo ainda a neofaloplastia em caráter experimental.

Márcia Arán (2010) chama a atenção para os efeitos imediatos que teve a divulgação desta resolução, sendo que o primeiro deles, as inúmeras reportagens que foram publicadas, que começam a dar visibilidade às narrativas dos Homens Trans no Brasil, o que segundo a autora

é fundamental para que possamos conhecer as suas histórias e as suas trajetórias de vida que podem incluir experiências de pertencimento ao gênero masculino desde a infância e/ou vivências como mulheres masculinizadas e/ou transgêneros. (ARÁN, 2010)

Já o segundo efeito, estaria relacionado à possibilidade de se refletir sobre a possibilidade da transformação corporal de caracteres sexuais secundários sem que seja necessária a realização da cirurgia de transgenitalização. Essa reflexão nos possibilita perceber a diversidade das vivências da transexualidade, que por sua vez, implica na “importância da individualização do cuidado como parte essencial da noção de integralidade em saúde” (ARÁN, 2010).

2.2.6 Portaria nº 2.836/11 do Ministério da Saúde

A Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 institui a *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b). Esta política está inserida no contexto da vigência do *Programa Brasil sem Homofobia* (Brasil, 2004a), que foi lançado em 2004 pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Segundo as pesquisadoras Ferraz e Kraiczky a Política Nacional de Saúde Integral LGBT deve ser reconhecida como um “marco importante no reconhecimento das necessidades de saúde destes segmentos para além das questões referentes à epidemia de AIDS, no sentido do reconhecimento da complexidade e diversidade dos problemas de saúde que os afetam”. (FERRAZ, KRAICZYK, 2010:77). Porém, a efetiva implementação dessas políticas dependerá da atuação de um amplo conjunto de atores, que envolve gestores, profissionais de saúde, sociedade civil organizada,

academia. Citando a pesquisadora Lilia Schraiber, afirmam tratar-se de um processo social complexo, na medida em que mobilizará diversos objetivos, interesses e valores, nos mais variados contextos regionais. (1997 apud Ferraz e Kraiczuk , 2010:78).

2.2.7 Portaria n° 859/13 do Ministério da Saúde

A divulgação do Ministério da Saúde da Portaria n° 859/SAS/MS/13, que Redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS, já havia sido polemizada mesmo antes de ser publicada em 30 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a). A portaria que apesar de manter pontos patologizantes, como a obrigatoriedade do laudo de transexualismo produzido por equipe multidisciplinar para a realização do Processo Transexualizador (uma vez que considera Resolução n° 1.955, de 3 de setembro de 2010, do CFM), passava a incluir a redesignação dos Homens Trans⁷ e, além disso, reduzia de 21 para 18 anos a idade mínima para que uma pessoa transexual pudesse fazer a Cirurgia de Redesignação Sexual na rede pública. Uma vez que a realização da cirurgia só pode ser autorizada após um período mínimo de dois anos de acompanhamento hormonal e psicológico, ela autorizaria o início do processo a partir dos 16 anos. E é exatamente essa redução que dividiu opiniões e culminou na revogação da Portaria em uma nova publicação no Diário Oficial pela Portaria n° 1.579/MS/GM, de 31 de julho de 2013 que suspende os efeitos da Portaria n° 859/SAS/MS, publicada um dia antes. (BRASIL, 2013b)

Em notícia assinado por Fernanda Bassette publicada no *site* do Estadão em 21 de abril de 2013 e com a chamada “SUS reduz de 21 para 18 anos a idade para troca de sexo”, já antecipava as polêmicas em torno da redução da idade de início do Processo Transsexualizador. Após uma descrição das mudanças da Portaria, apresenta falas favoráveis à redução da idade, como a da médica Elaine Costa, do Ambulatório de Transexualismo do Hospital das Clínicas de São Paulo: “O paciente que é trans aos 18 anos vai continuar trans aos 21. Exigir que a cirurgia só possa ser feita aos 21 vai aumentar em três anos o sofrimento dele. É

⁷ Cobrança do movimento de Trans desde a publicação da Portaria n° 1.707/08 (BRASIL, 2008a) que não contemplava os procedimentos específicos às necessidades destes indivíduos (como por exemplo a retirada de mamas, útero e ovários).

totalmente desnecessário.” (COSTA apud BASSETE, 2013). E também da pesquisadora Regina Facchini, do Núcleo de Estudos de Gênero da Unicamp, que segue a mesma linha de raciocínio

Quanto mais cedo esse paciente tiver acesso ao tratamento hormonal, melhor será para ele. A maioria se reconhece transexual muito cedo, ainda na adolescência. E, se ele não for acolhido e receber orientação e acompanhamento adequados, vai comprar hormônio clandestinamente. (FACCHINI apud BASSETE, 2013).

A fala de Leonardo Tenório, de 23 anos, presidente da Associação Brasileira de Homens Trans, também é orientada no sentido de ver o processo transexualizador como algo que contribui para melhorias na vida das pessoas Trans, ele que questiona:

“Com 18 anos, a gente vota, pode ser responsabilizado criminalmente, pode casar e dirigir. Por que não podemos fazer uma cirurgia? (...) Acho que 16 anos é até pouco. Deveria ser 14. Quanto mais cedo começarmos, mais rápido nosso corpo ficará como gostaríamos que fosse.” (TENORIO apud BASSETE, 2013).

Mas traz também falas dissonantes a respeito desta questão, como a do promotor de Justiça de Defesa dos Usuários da Saúde do Distrito Federal Diulas Ribeiro, que critica a redução da idade para início do tratamento e da cirurgia e coloca que “Juridicamente, não há problema nenhum em operar aos 18 anos, mas essa é uma via de mão única. Quanto mais tarde a cirurgia for feita, menor o risco de arrependimento”, pondera, defendendo que a intervenção só ocorra aos 25 (RIBEIRO apud BASSETE, 2013).

2.2.8 Portaria nº 1.579/13 do Ministério da Saúde

Sem ter vindo a público os motivos que de fato levaram à revogação da Portaria de 30 de Julho, o que consta no primeiro artigo da Portaria MS/GM nº 1.579, de 31/07/2013, é que ficam suspensos os efeitos da Portaria SAS/MS nº 859 de 30 de julho de 2013 até que “seja definido os protocolos clínicos e de atendimento no âmbito do processo transexualizador”. Já no segundo artigo o Ministro da Saúde coloca que

convidará representantes dos serviços de saúde que já realizam o referido processo (...) e especialistas na matéria para definir os critérios de avaliação do indivíduo, de obtenção da autorização dos pais e responsáveis, no caso de faixa etária específica, e de acompanhamento multidisciplinar ao paciente e aos seus familiares.” (BRASIL, 2013b).

Uma vez suspensos os efeitos desta portaria, voltaria a ser aplicado o que estava instituído na Portaria SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008.

O que é interessante ressaltar é que a Portaria de revogação considera o Parecer nº 8/2013 do Conselho Federal de Medicina que dispõe sobre a terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais, documento que não foi considerado para a publicação da Portaria MS/GM nº 1.579 nem para a portaria que a substituiu, a Portaria MS/GM nº 2.803 em 19/11/2013 (que Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS). Neste parecer respondendo a dúvida da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, se fundamentando em pesquisas realizadas em estudos de grupos com experiência em disforia de gênero juvenil, como por exemplo os da *University Medical Center*, em Amsterdam (Holanda), *Gent* (Bélgica), Boston, Oslo e Toronto, e apontando além de argumentos favoráveis e contrários à supressão da puberdade, considerações éticas. Ao fim, o CFM pronuncia-se de forma favorável ao “tratamento” hormonal a indivíduos de 16 anos, com “Transtorno de Identidade de Gênero”, colocando que “a supressão da puberdade seguida pelo tratamento hormonal e eventual cirurgia parece ter inegável benefício para esses jovens”, salientando ainda que:

É princípio também que ao julgar a conveniência da supressão hormonal da puberdade como uma primeira fase, embora reversível, do procedimento de mudança de gênero, não se deve ter consciência apenas das consequências da intervenção em conta, mas das consequências da não intervenção, com todos os efeitos deletérios psicossociais envolvidos (CFM, 2013).

O documento considera que para as pessoas transexuais “os primeiros sinais de puberdade são frequentemente uma fonte de angústia, causando um forte efeito negativo social, emocional e problemas na escola”(CFM, 2013). Coloca ainda que “mesmo aquelas que se sentem emocionalmente bem, podem quando adentram a puberdade apresentar comportamentos opostos – por exemplo ansiedade e depressão”, e é por este motivo que o parecerista do CFM responde ao consulente que:

- o adolescente com transtorno de identidade de gênero deve ser assistido em centro dotado de estrutura que possibilite o diagnóstico correto e a *integralidade* da atenção de excelência, que garanta segurança, habilidades técnico-científicas multiprofissionais e suporte adequado de seguimento;

- *essa assistência deve ocorrer o mais precocemente possível*, iniciando com intervenção hormonal quando dos primeiros sinais puberais, promovendo o bloqueio da puberdade do gênero de nascimento (não desejado);

- aos 16 anos, persistindo o transtorno de identidade de gênero, gradativamente deverá ser induzida a puberdade do gênero oposto. (CFM, 2013, grifos meus)

A questão que intriga é que, se o Ministério da Saúde levou em consideração o Parecer do CMF para a revogação da Portaria nº 859/SAS/MS, que é favorável ao início da hormonioterapia aos 16 anos

(e que recomenda iniciar a supressão puberal aos 12) de pacientes que já tenham cumprido com os requisitos do "diagnóstico", porque não foi mantida a redução da idade do início do Processo Transexualizado na Portaria de novembro de 2013?

2.2.9 Portaria nº 2.803/13 do Ministério da Saúde

Da portaria de 30 de julho de 2013 para a portaria de 19 de novembro de 2013, com exceção da alteração da idade para o início do processo, pouco mudou. Algumas coisas são alteradas na redação da Portarias, sendo que alguns parágrafos são transformados em artigos. Permanecem os avanços em relação ao Processo Transexualizador dos Homens Trans, com a garantia das cirurgias de retirada das mamas, do útero e dos ovários e da terapia hormonal para adequação ao fenótipo masculino cobertas pelo sistema público.

Em entrevista para Mariana Lenharo do *site* G1 Walter Koff, coordenador do Programa de Transexualidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da UFRGS, afirma que a nova Portaria representa um avanço: “Temos 32 pacientes na fila esperando essa portaria para poder retirar mamas, ovários e útero. Isso vai ser muito importante.” Porém, aponta como crítica o fato dela não autorizar a faloplastia, afirmando que “Não consideramos essa técnica como experimental, ela é feita no mundo inteiro. É uma técnica muito similar à utilizada em homens que perdem o pênis por acidente ou doença” (KOFF apud LENHARO, 2013). Ainda segundo a mesma notícia do G1, aponta que para Koff, o tratamento precoce poderia evitar sofrimentos no âmbito social e afetivo, e que o ideal para o paciente seria passar pelo tratamento o quanto antes, e afirma que vai reivindicar que se abaixe a idade mínima para a cirurgia e para o tratamento com hormônio, pois “Quanto antes, melhor. Como esse processo começa na infância, quando eles têm 16 anos, já estão no fim da puberdade e têm condições de tomar a decisão” (KOFF apud LENHARO, 2013).

Para as transexuais femininas há um novo avanço com a publicação da Portaria, uma vez que a cirurgia de implante de silicone nas mamas também passa a ser coberta pelo SUS. A portaria cita transexuais e travestis em sua redação, porém, questiono que se na discricção do procedimento na Portaria é colocado como necessário o

diagnóstico do CID F64.0, e se as travestis não se enquadram nesse CID, serão elas autorizadas a realizar este procedimento?

Além da questão da idade de início da terapia hormonal, outro ponto em relação à idade que não se manteve na nova portaria é que a Portaria de julho permitia o procedimento “03.01.13.003-5 - acompanhamento de usuário/a no Processo Transexualizador com atendimento mensal por equipe multiprofissional” a partir dos 05 anos de idade, porém com a publicação da Portaria de novembro, esse procedimento é alterado, sendo permitido somente após os 18 anos.

Segundo o sexto artigo da Portaria, a Rede de Atenção à Saúde fica responsável pela integralidade do cuidado ao transexual e travesti no SUS.

2.2.10 Integralidade

Vale destacar que as Portarias do Ministério da Saúde que institui/regulamenta/amplia o Processo Transexualizador no SUS representam um marco normativo ao colocar de maneira explícita a preocupação com a “integralidade da atenção” prestada às pessoas transexuais.

A integralidade da prática de saúde foi promulgada pela Constituição Federal de 1988, que garante em seu artigo 198, inciso II, o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988), ou seja, “as ações de promoção, prevenção e recuperação [da saúde] devem ser articuladas” (ARRUDA, 2012). Já a “Lei Orgânica da Saúde” (Lei nº 8.080/90) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, aponta que a integralidade de assistência deve ser entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos *para cada caso* em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990 grifo meu). O conceito de integralidade aparece novamente na Política Nacional de Saúde Integral LGBT de 2011 que, “com o objetivo geral de promover a saúde *integral* da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema

universal, integral e equitativo”, institui a *Política Nacional de Saúde Integral LGBT* no âmbito do SUS. (BRASIL, 2011b)

Segundo Arruda (2012) não existiria uma clareza conceitual na literatura sobre o princípio da integralidade, e aponta ainda que em muitos países não se esta conseguindo “operacionalizá-lo de forma satisfatória”. Arruda continua sua argumentação colocando que:

em nível internacional, o termo integralidade na saúde aparece na literatura anglo-saxônica como *comprehensive care* ou *comprehensiveness*, e *globalité*, na francesa, e corresponde ao provimento de serviços de saúde para as famílias, contemplando desde a prevenção até a reabilitação e assegurando a atenção contínua segundo necessidades” (ARRUDA, 2012)

No Brasil nos anos 80 foram travados debates no campo da saúde coletiva e da medicina comunitária no processo da Reforma Sanitária⁸ a respeito dos valores que deveriam ser sustentados pelos profissionais de saúde em termos de suas práticas. A integralidade passa então a ser “um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram” (ARRUDA, 2012)

Arruda aponta ainda que a integralidade seria uma característica ampla com sentidos variados, e apresenta os três grandes grupos de sentidos descritos por Mattos (2001):

o primeiro que estaria relacionado às práticas dos profissionais de saúde, independentemente se públicos ou privados, no sentido de uma visão integral por parte dos profissionais em relação às

⁸ O movimento sanitário é o resultado do engajamento de um conjunto expressivo de intelectuais e militantes, que a partir da década de setenta, no contexto da luta pela redemocratização do país, e da construção de uma sociedade mais justa, se unem no esforço da construção de uma crítica não apenas ao então denominado sistema nacional de saúde, mas também às instituições de saúde, e às práticas de saúde que eram até então hegemônicas. (MATTOS, 2001)

necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades; o segundo que se refere a elementos da organização de serviços e os processos de trabalho dos profissionais de saúde; e, por fim, o terceiro grupo que estaria relacionado às respostas governamentais aos problemas de saúde da população como política setorial, promovendo a organização do sistema de saúde. (MATTOS 2001).

O primeiro sentido exposto por Mattos (2001), que aponta a necessidade de uma “visão integral por parte dos profissionais em relação às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades” pode ser resgatado em resposta à maneira como os serviços de saúde tradicionalmente têm sido organizados em torno da atenção específica às doenças, relacionada a uma visão fragmentada da saúde por parte destes profissionais, que é refletida nas formas como os serviços são organizados. Arruda (2012) questiona “Como garantir então a integralidade da atenção à saúde se, ao abordar um determinado problema de saúde de um usuário, os profissionais limitam-se ao cuidado à doença apresentada?” (ARRUDA, 2012). É possível trazer este questionamento de Arruda para o contexto deste trabalho, fazendo a seguinte pergunta: “Como garantir então integralidade da atenção à saúde das pessoas Trans se os profissionais de saúde, ao abordar a vivência identitária de um usuário Trans, limitam-se a elaboração do laudo e a realização da cirurgia de redesignação sexual?”

Tendo em vista o princípio da integralidade proposto na Portaria do MS nº 457/08 (BRASIL, 2008b), a atenção não deve se restringir ou concentrar a “meta terapêutica apenas no procedimento cirúrgico de transgenitalização e nas demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes” (BRASIL, 2008b). Segundo Tatiana Lionço (2009:44) não se trata do “estabelecimento de diretrizes para a atenção integral no sentido estrito, mas daquelas ações necessárias à garantia do direito à saúde circunscritas à passagem para a vivência social no gênero em desacordo com o sexo de nascimento”. (LIONÇO, 2009:44).

Se considerarmos a integralidade como é apresentada na Lei Orgânica da Saúde, ou seja, como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos *para cada caso*” (BRASIL, 1990 grifo meu), devemos

considerar a individualização do cuidado como parte essencial de qualquer projeto que se oriente pela integralidade da assistência. Por isso, é de fundamental importância que os profissionais de saúde do SUS considerem o contexto em que se dá a opção pela transformação corporal de pacientes que vivenciam a transexualidade, uma vez que, como já foi escrito na revisão da litera Márcia Arán e Daniela Murta (2009) alguns homens e mulheres transexuais que já têm uma vida afetiva e sexual satisfatória, assim como já são reconhecidas pelo gênero a que dizem pertencer, podem desejar a cirurgia de transgenitalização pela “exclusiva necessidade de reconhecimento social mais amplo”, o que traz a reflexão de que talvez, “se vivêssemos num mundo onde a diversidade de gênero fosse possível” a cirurgia não necessariamente seria buscada, desde que pudessem realizar a mudança do nome civil. Há também o exemplo de muitos Homens Trans que desejam a realização de cirurgias para a modificação de caracteres sexuais secundários (como a mastectomia), mas não desejam realizar a de cirurgia de transgenitalização. Por outro lado, há pessoas para as quais a realização das modificações corporais, inclusive a cirurgia de transgenitalização, é percebida como “um evento vital para a construção de si, sendo a possibilidade de modificação corporal fundamental para o delineamento de seus projetos de vida”. (ARAN, MURTA, 2009:21). Ainda segundo o que escrevem Arán e Murta, para se manter na perspectiva da integralidade, é fundamental que se leve em consideração

a especificidade de cada encontro para a elaboração do projeto terapêutico de cada paciente de acordo com seus sofrimentos, suas expectativas, seus temores e seus desejos (MATTOS, 2004). Assim, o projeto terapêutico de modificação corporal de sexo deve levar em conta a diversidade e a singularidade das narrativas trans, nem todas as pessoas desejam e necessitam os mesmos procedimentos de cuidado. (ARAN, MURTA, 2009:24).

Concretamente, para o alcance do cuidado integral é necessário que se desconstrua o modelo de atenção à saúde hegemônico, pautado na biomedicina⁹, que descontextualiza os sujeitos assistidos, do

⁹ Que segundo Pires, Rodrigues e Nascimento (2010), pode ser caracterizado na

ambiente social no qual estão inseridos. Para essa desconstrução é preciso que os profissionais e os serviços prestados tenham incorporado na prática, as idéias de uma atenção ampliada, que considera os usuários como protagonistas do processo de cuidado. O trabalhador de saúde deve estar sempre aberto para corresponder às necessidades que venham a surgir no ato de cuidado. O desafio portanto, seria a (re)construção de um modelo de atenção à saúde que apresente “práticas inovadoras, desenvolvidas a partir da criatividade dos sujeitos e das contingências locais”. (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010:623). Ainda é importante ressaltar que

essas práticas não devem ser balizadas no saber/poder que toma o indivíduo, a família e demais grupos da comunidade como um objeto despido de seus valores, de suas relações sociais, de sua singularidade e de seus desejos e saberes, mas colocando-os como sujeitos do ato de cuidar. (PIRES, RODRIGUES; NASCIMENTO; 2010:623)

Pires, Rodrigues e Nascimento (2010) apontam que deve haver a percepção por parte dos profissionais de saúde, da inserção do usuário em um contexto social, de modo a não restringir este usuário aos momentos que ele vivencia no serviço de saúde. É necessário então que se promova uma escuta ampliada de suas carências, buscando a coparticipação dos sujeitos e sua autonomia na resolubilidade das suas questões de saúde.

Acredita-se que essa autonomia do cliente implicará a possibilidade da reconstrução dos sentidos de sua vida, e, por conseguinte, tal resignificação poderá influenciar seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades de saúde, da forma mais ampla possível. (PIRES, RODRIGUES, NASCIMENTO, 2010:626).

Portanto, se a institucionalização da assistência a pacientes “queixa-conduta, ações biologizantes e curativas” (PIRES, RODRIGUES, NASCIMENTO, 2010:623).

transexuais no Brasil esteve associada ao modelo estritamente biomédico, a noção de saúde integral teria o papel fundamental de “promover uma abertura para as redescrições da experiência transexual numa articulação permanente entre os saberes biopolíticos dominantes e uma multiplicidade de saberes locais e minoritários”, articulação esta que se dá na relação entre os profissionais de saúde e os usuários. (ARAN; MURTA, 2009).

Um dos desafios na regulação da atenção a pacientes que vivenciam a transexualidade estaria assentado na articulação entre a importância que se dá à normatização do acesso aos serviços de saúde e ao reconhecimento do sofrimento psíquico, que são atributos implícitos ao diagnóstico de transtorno de identidade de gênero; e o fato de que para atingir-se uma noção de saúde integral, se faz necessária justamente a problematização da restrição da compreensão da experiência da transexualidade a partir do diagnóstico psiquiátrico (ARÁN; MURTA, 2009:23) e o reconhecimento da autonomia individual na (re)construção dos sentidos de sua própria vida.

O fato de se referenciar uma política de saúde integral nos princípios do SUS possibilita uma ampliação da noção de saúde, a qual não deve percebida apenas como ausência de doença. Portanto, se parte-se de um “conceito positivo de saúde” que pressupõe que esta “não se define nem por uma média nem por um ideal, mas por sua plasticidade normativa” (MARTINS, 2004 apud ARÁN, MURTA, 2009:23), por mais que assistência às pessoas Trans esteja baseada em um modelo biomédico, e que ela permanece sendo definida como um transtorno mental, ainda pode-se considerar a noção de sofrimento psíquico e corporal (que é critério de acesso à saúde), sem necessariamente ter um olhar patologizado sobre ele. Para isto, basta nos fundamentar-se no que já estava escrito na Portaria nº 1.707/08 que aponta que o Ministério da Saúde reconhece que o estigma, os processos discriminatórios e de exclusão em decorrência da identidade de gênero são fatores são determinantes e condicionantes da situação de saúde, expondo estas pessoas a agravos e violando seus direitos humanos ao livre desenvolvimento da personalidade e também os direitos à saúde, à dignidade, à não discriminação e à autonomia (BRASIL, 2008a). Não é portanto, um transtorno psiquiátrico que faz com que a pessoa fique doente, são “o estigma, os processos discriminatórios e de exclusão” que operam decorrentes da norma binária e heteronormativa que determina

que só há humanidade no corpo daqueles que mantêm uma continuidade entre corpo-identidade-desejo, que vão expor estas pessoas a agravos da sua saúde física e mental.

A literatura aponta também que para que se concretize a integralidade do cuidado é necessário que ocorram mudanças na formação dos trabalhadores dos serviços de saúde, partindo das políticas de saúde integradas à política de formação de pessoal para o SUS, “em que o ensino e trabalho estejam voltados para a formação integradora, potencializando, assim, as competências para a integralidade do cuidado, focado nas necessidades de saúde do usuário/família” (PIRES, RODRIGUES, NASCIMENTO, 2010:626). Também Arán e Murta (2009) apontam que para que se possa garantir um atendimento de qualidade e livre de discriminação, além de medidas de humanização, se faz necessária “a capacitação profissional da equipe interdisciplinar” (ARÁN, MURTA, 2009:17) vinculada aos serviços que prestam assistência a transexuais.

A preocupação com a formação e capacitação das equipes de saúde também aparece nos documentos oficiais que regulamentam o SUS. Como por exemplo na Portaria nº 1.707/08, no inciso IV do Artigo 2º que permite “a capacitação, a manutenção e a educação permanente das equipes de saúde em todo o âmbito da atenção, enfocando a promoção da saúde, da primária à quaternária, e interessando os pólos de educação permanente em saúde”. Já na Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2008a), “considerando a necessidade de fomento às ações de saúde que visem à superação do preconceito e da discriminação, por meio da mudança de valores, baseada no respeito às diferenças”, resolve

Art. 2º

XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;

Art. 3º

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos

de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais; (BRASIL, 2008a)

Ainda segundo a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2008a), compete ao Ministério da Saúde aos Estados e aos Municípios “incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde” (BRASIL, 2008a).

Na revisão dos artigos do SciELO entrei em contato com autores que também ressaltaram em seus artigos a importância da capacitação dos profissionais de saúde, como por exemplo Sampaio e Coelho, que apontam que:

os dados mostraram ser indispensável que os profissionais que se propõem a trabalhar com as pessoas transexuais estejam capacitados, a fim de não promoverem um maior desconforto, sentimentos de exclusão e discriminação por desconhecimento ou curiosidade, o que, por vezes, pode gerar uma tentativa de promover uma cura ou convencimento da desistência das cirurgias e outras intervenções, sob o argumento da seriedade e irreversibilidade das mesmas.” (SAMPAIO, COELHO, 2011:04)

Ainda neste sentido, ao analisar o texto de Muller e Knauth (2008), percebi questões relevantes como quando afirmam que a falta de preparo dos profissionais de saúde acarreta em importantes prejuízos para a saúde da população Trans, sendo que as conseqüências dessa falta de qualificação por parte dos profissionais de saúde seriam bastante sérias, apontando ainda que no caso das suas interlocutoras de estudo o “desconhecimento da reinfecção pelo HIV, a não adesão ao tratamento, a suspensão do uso da medicação e as relações sexuais sem preservativos” seriam “exemplos concretos da falta de interação no relacionamento entre profissional de saúde e o usuário” (MULLER, KNAUTH, 2008:13)

Ao final de seu texto estes autores dão sugestões coerentes para

que possa haver mudanças estruturais que venham a garantir os direitos e a cidadania das pessoas Trans, como:

Ampliar o debate sobre as questões de gênero e diversidades sexuais entre profissionais da saúde e representantes das organizações não governamentais pode ser uma forma de qualificar o atendimento dispensado às travestis nos serviços de saúde. Urge também uma revisão nos currículos das graduações, especialmente, nas da saúde, no sentido de capacitar esses profissionais quanto à abordagem e ao tratamento das diferentes questões vinculadas à sexualidade (MULLER, KNAUTH, 2008:13)

Vale ressaltar a relevância desta discussão a respeito dos currículos das graduações e especializações em saúde, pois muitos dos processos de mudanças corporais desejados por algumas pessoas Trans perpassam a medicina, destacando a importância de estudos a respeito dos processos de hormonização e de suas conseqüências nos corpos, assim como aprimoramento das cirurgias de transexualização, que, no caso da cirurgia FTM (neofaloplastia ou metoidioplastia cirurgias de adequação dos órgãos sexuais femininos para a aparência de órgãos masculinos), ainda permanece em caráter experimental na Portaria não nº 2.803 de 2013. (BRASIL, 2013c).

Estas melhorias seriam fundamentais para dar conta de uma visão de cuidado integral, uma vez que para estes autores, os serviços de saúde ao invés de serem “locais de acolhimento e proteção”, se apresentam no cotidiano das pessoas Trans como “locais de manutenção das desigualdades e preconceitos da sociedade” (MULLER, KNAUTH 2008:02). Sendo as travestis (interlocutoras de seu estudo), “estigmatizadas por não corresponderem ao padrão hegemônico no qual sexo e gênero devem necessariamente coincidir (...) constituem um grupo social que não tem garantido o exercício de sua cidadania e são entregues quase que totalmente a sua própria sorte” (2008:02), o que segundo os autores, faria com que as travestis só procurem assistência médica quando já não há outra alternativa. Isso transparece na fala de uma de suas interlocutoras Caterine Mayer que desabafa:

Eu às vezes estou morrendo de dor. Aí eu já fico com medo... Eu tento... Eu tento ficar com a dor, para não ir no hospital, porque eu sei como é que vão me tratar! Aí eu já digo: eu nem vou! Para ser tratada mal; então, eu fico em casa, morrendo de dor. Eu fico... Às vezes, eu fico em casa, gritando de dor, mas... eu fico com medo de ir. Principalmente no hospital A, que é ali na esquina de casa. Aí eu digo: nem vou porque vão me tratar mal! (apud MULLER, KNAUTH, 2008:06)

Para que outras pessoas não passem por este tipo de sofrimento e violação de direitos, deve-se dar ênfase à necessidade da formação de profissionais da saúde que seja voltada para a integralidade da atenção, devendo esta, ser prestada de maneira individualizada as pessoas Trans, dando ênfase ao protagonismo dos sujeitos no processo de cuidado. Esta maneira de cuidar contribui então para o reconhecimento da autonomia dos indivíduos nas decisões sobre seu próprio corpo e sobre as modificações necessárias ou não para dar sentido a ele, e assim, percebendo a multiplicidade de vivências da transexualidade, torna-se imprescindível a construção de um serviço de atenção à saúde da população Trans que seja despatologizado.

2.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA VISÃO CRÍTICA, DESPATOLOGIZADA

Com base na bibliografia citada até agora, é possível perceber que, tanto as legislações quanto os manuais diagnósticos, que visam regulamentar o atendimento à saúde de transexuais, são fundamentadas em uma visão predominantemente patologizada da transexualidade, considerando que “o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação ou auto-extermínio” (CFM, 97; 2002; 2010). E tomando o diagnóstico como base, assume-se o caráter terapêutico da cirurgia de readequação, sendo que, segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.955/2010, “a transformação da genitália” constituiria “a etapa mais importante no tratamento de pacientes com

transexualismo”, o que se aproximaria muito das teorizações de Harry Benjamin, para quem a cirurgia de transgenitalização é colocada como sendo a única alternativa terapêutica para os/as pacientes transexuais disfóricos/as, ou seja, que apresentam relação de abjeção com o seu órgão genital (e que segundo o autor, apresentariam tendências suicidas).

A partir do século XX são os discursos produzidos por médicos e por profissionais das ciências psi (psicologia, psiquiatria e psicanálise) que, munidos de cientificidade, passam a ser os saberes apropriados e exclusivos para explicar as motivações que levam pessoas designadas ao nascimento como sendo de um determinado sexo, a reivindicarem o reconhecimento social de se identificarem com um gênero que a ele não estaria alinhado. O protagonismo destas ciências no debate sobre a transexualidade delimita uma fronteira entre o normal e o patológico no campo das identidades sexuais. (BENTO, 2008:18)

A transexualidade é um tema de debate importante no campo de estudos de Gênero, pois ele possibilita revisões teórico-conceituais do próprio campo, como as reflexões a respeito das próprias definições do que seria gênero e sexo. O estudo de Guilherme Almeida e Daniela Murta, (2013) traz contribuições acerca da construção destes conceitos, colocando que atualmente, o pressuposto que considera que o sexo e o gênero como domínios distintos, “sendo o primeiro um dado biológico/gonadal e o segundo, todo o domínio cultural que se segue a ele” (ALMEIDA, MURTA, 2013:382) ou então utilizando as palavras de Joan Scott, “uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado” (SCOTT, 1990:4 apud ALMEIDA, MURTA, 2013:382), teria sofrido desgastes, e assim estudos que tratam do tema da transexualidade no âmbito das ciências sociais e humanas passam então a “rediscutir a real existência dos conceitos de sexo e gênero”. (ALMEIDA, MURTA, 2013:382).

Berenice Bento (2012) expõe que a definição de gênero como sendo algo inventado pelas sociedades para dar significado para as diferenças dos corpos sexualizados, está fundamentada na dicotomia entre sexo (natureza) versus gênero (cultura). Segundo essa percepção, é a cultura que imprime nos corpos - sexualmente diferenciados pela natureza - as marcas culturais. Bento propõe então, que o gênero pode ser analisado como sendo “uma sofisticada tecnologia social heteronormativa, operacionalizada pelas instituições médicas,

linguísticas, domésticas, escolares e que produzem constantemente corpos-homens e corpos-mulheres”. (BENTO, 2012:2657)

2.3.1 Estudos Queer

Segundo Bento e Pelúcio (2012) os estudos *queer*¹⁰ dedicam as suas pesquisa aos discursos de saber e aos mecanismo históricos e culturais que constituem determinadas existências como mais ou menos legítimas que outras, patologizando e criminalizando comportamentos, práticas e desejos a partir da legitimação da heterossexualidade como algo natural. Invertendo o foco de análise dos indivíduos, para as estruturas sociais, avaliam os discursos que limitam a categoria de “humanidade” apenas a duas possibilidades excludentes: ou você é homem e tem pênis ou é mulher e tem vagina (BENTO, PELÚCIO, 2012:570 Nota 1; BENTO, 2012:52).

Bento coloca que os são estudos *queer* que possibilitam que as travestis, as *drag queen*, os *drag king*, as/os transexuais, as lésbicas, os gays, as/os bissexuais, ou seja – aqueles designados pela literatura médica como sujeitos transtornados, enfermos, psicóticos, desviados, perversos - possam ser percebidos como sujeitos que irão constituir suas identidades mediante os mesmos processos que os aqueles considerados “normais” (BENTO, 2012:2660).

Teóricas/os feministas *queer*, assim como Judith Butler, se dedicaram a refletir sobre as relações entre gênero e corpo, e destacam que o gênero não está “passivamente inscrito sobre o corpo como um recipiente sem vida”. É proposto que a afirmação de que existe um sexo anterior à cultura não passa também de uma construção cultural e histórica. O que se suporia como uma característica “natural” dos corpos é algo que se antecipa e que se produz mediante certos gestos corporais, naturalizados através de processos articulados para dar uma aparência a-histórica e destituída de conteúdo político. Bento aponta que não há

¹⁰ Segundo Bento “A expressão *queer* significa esquisito, ridículo, estranho, adoentado, veado, bicha louca, homossexual”, porém, os estudos *queer* invertem seu uso e passa a utilizá-la como “marca diferenciadora e denunciadora da heteronormatividade englobando gays, lésbicas, transexuais, travestis e transgêneros” (BENTO, 2012:2660). A autora aponta ainda que o insulto é “um dos dispositivos mais eficazes para a produção de seres abjetos, que devem ser postos às margens” e então “assumir o insulto enquanto um elemento identitário é falar da margem ao centro, construir uma concepção pós-identitária” (BENTO,2008:54)

desta maneira, “corpos livres, anteriores aos investimentos discursivos” (BENTO, 2012:2657). A autora coloca ainda que

A materialidade do corpo deve ser analisada como efeito de um poder e o sexo não é aquilo que alguém tem ou uma descrição estática. O sexo é uma das normas pelas quais o “alguém” se torna viável, que qualifica um corpo para a vida no interior do domínio da inteligibilidade. (BENTO, 2012).

Através das normas são estabelecidas “costuras” que ligam um corpo que apresenta um sexo a um gênero, que só poderá ser entendido, “só adquire vida”, se estiver referido a esta relação que vincula o comportamento ao sexo e o gênero à genitália, definindo assim o feminino pela presença de vagina e o masculino pela do pênis (ALMEIDA, MURTA, 2013:382). Segundo Bento (2012) O saber médico analisa as performatividades de gênero que se articulam fora dessa amarração como sendo identidades “transtornadas”, e assim as pessoas com estas vivências de gênero são postas às margens “analisadas como anormais, psicóticas, aberrações da natureza, coisas esquisitas” (BENTO 2012:2657)

Guilherme Almeida e Daniela Murta (2013) fundamentados em autores como Leite Jr (2008) e Thomas Laqueur (1987), propõem que:

o conceito de dois sexos distintos e opostos, no qual cada um possui uma psique característica e em que o comportamento está vinculado à genitália, não é uma percepção que “sempre esteve presente na sociedade”, mas fato construído socialmente para a manutenção de uma determinada ordem econômica, política e cultural (ALMEIDA, MURTA, 2013)

Para que se mantenha esta ordem, os gêneros inteligíveis devem obedecer a seguinte lógica: vagina-mulher-feminino versus pênis-homem-masculinidade, e assim os gêneros só passam a ter sentido quando são relacionados às capacidades inerentes de cada corpo, ou seja, quando relacionados à diferença sexual. A “complementaridade natural” dos órgãos genitais torna-se prova irrefutável da

heterossexualidade da humanidade. Seria a heterossexualidade o que possibilitaria a unidade às diferenças binárias entre os gêneros. Isso quer dizer que é a partir da heterossexualidade, e da bipartição estanque entre a masculinidade e a feminilidade, tomadas como parâmetro da normalidade, que toda e qualquer expressão da sexualidade e do gênero é valorada. (LIONÇO, 2009:48), não havendo nada em comum entre o feminino e o masculino, sendo que o único momento que seria possível acontecer um encontro seria no ato sexual heterossexual. (BENTO, 2008:29)

Tatiana Lionço, apoiada nos estudos de Butler, aponta que o alinhamento entre sexo-gênero-desejo é o que estrutura a heteronormatividade ou heterossexualidade compulsória, uma norma, um princípio ordenador segundo o qual a pluralidade das experiências sexuais e de gênero é significada (BUTLER, 2003 apud LIONÇO, 2009:48). Desta maneira, os corpos biologicamente sexuados ao nascerem teriam como único destino uma expressão de gênero correspondente, e que por sua vez, é o que determinará a característica da pessoa que será seu “objeto de amor ou do erotismo”, ou seja, uma pessoa do sexo oposto ao seu. (LIONÇO, 2009:48). Segundo Márcia Arán, desde o século XIX, a heteronormatividade somada ao binarismo de gênero, formalizados pelo discurso médico, se ocupam de normatizar as condutas sexuais e as expressões da masculinidade e da feminilidade através de parâmetros de saúde/normalidade ou de doença/anormalidade (ARÁN, 2006).

No regime binário da sexualidade a feminilidade e a masculinidade são essencializadas em identidades que são mutuamente excludentes, sendo que o gênero precisa estar referenciado em corpos de homens e mulheres para ser compreendido. Porém as experiências Trans nos mostram que os atributos de masculinidades e feminilidades não são propriedades de corpos específicos, sendo passíveis de variações devido a diferentes apropriações “pessoal, social, cultural e histórica do feminino e do masculino” (LIONÇO, 2009:48). A afirmação da diversidade sexual e de gênero são contrapontos à heteronormatividade e à dinâmica homofóbica, que desqualificam o *status* social de certos indivíduos em decorrência de alguma ruptura com o alinhamento sexo-gênero-desejo. Segundo Tatiana Lionço, “a heterossexualidade e a adequação aos estereótipos de gênero ganham a força da compulsoriedade”. (LIONÇO, 2009:48)

Berenice Bento (2008) aponta que até meados do século XVIII as diferenças anatômicas e fisiológicas visíveis entre os sexos não eram levadas em conta, até que diferenciar biologicamente os homens das mulheres, mediante o uso do discurso científico, passa a ser politicamente importante. Vale ressaltar que a percepção de que existem dois corpos, que são radicalmente opostos, e que fundamenta as explicações para os comportamentos dos gêneros nestes corpos, teve que derrubar a visão hegemônica até o século XVII, o *isomorfismo*,¹¹ que afirmava a existência de apenas um corpo e pelo menos dois gêneros (BENTO, 2008:24). Thomás Laqueur (2001) aponta em seu estudo que é somente a partir do século XVII que começam a aparecer textos que utilizam argumentos da biologia para tecer explicações sobre a moral, sendo que nos séculos XVII e XIX passam a ser escritos milhares de trabalhos que utilizam as diferenças sexuais para explicar diferentes comportamentos (LAQUEUR, 2001:192). Segundo Bento, os corpos passam a justificar as desigualdades e as diferenças hierarquizadas entre o masculino e o feminino, e são os “discursos da diferença sexual” que darão suporte, a partir de um discurso científico, ao julgamento das condutas. “Por essa concepção, a mulher e o homem são portadores de diferenças irrelativizáveis”. (BENTO, 2008:29)

Neste sentido, Ferraz e Kraiczuk (2010) apontam que as mais diversas culturas e sociedades quando passam a atribuir significados para a diferença sexual, categorizando e valorizando de maneira hierarquizada os atributos femininos e masculinos, “transformam a diferença sexual em desigualdades que se expressarão em todas as dimensões da existência humana, inclusive nos modos de adoecer e morrer”. (FERRAZ, KRAICZYK, 2010:71). Berenice Bento expõe que o Estado adota a concepção hegemônica e oficial das masculinidades e feminilidades na formulação e na implementação das políticas públicas para a população trans, principalmente no âmbito dos hospitais e clínicas que atendem os sujeitos que demandam intervenções. Segundo Bento, neste espaço medicalizado é possível observar a operação do conceito de gênero binário através dos olhares dos membros das equipes multidisciplinares sobre os corpos de sujeitos que demandam intervenções, buscando a identificação de seu gênero e a produção de

¹¹ Segundo Bento (2008) no isomorfismo a mulher era percebida como sendo fisiologicamente um homem invertido que carregava dentro de si tudo o que o homem trazia exposto. A vagina era vista como um pênis invertido. O útero era o escroto feminino; os ovários, os testículos; a vulva um prepúcio. (BENTO, 2008:26)

um diagnóstico. Aqui, o gênero é posto como uma categoria nosológica, medicalizável, e assim o passo seguinte será estabelecer os mecanismos adequados para curá-lo (BENTO, 2012:2656). É na condição de “doente” que os habitantes das margens serão acolhidos pelo centro, para assim, segundo Bento, o centro melhor excluí-los (BENTO, 2008:22).

Bento (2008) aponta que, na perspectiva *queer*, as pessoas relegadas às margens devem manter uma relação de disputa e de “explicitação do caráter ideológico daqueles que produzem discursos que alimentam a reprodução das margens”. Autora aponta que é sempre possível intervir e criar espaços de resistência, a exemplo da própria experiência transexual, nas estruturas sócias que põem em movimento múltiplas formas de poder (BENTO, 2008:53). Podemos perceber a influencia destas criticas nos escritos de diversos/as pesquisadores/as brasileiros/as que tratam as experiências de pessoas Trans de maneira diversa da vigente até este momento. Além de Bento (2008; 2011; 2012), outras/os estudiosas/os como Pelúcio (2005; 2011), Arán, Murta e Lionço (2009), Leite Jr.(2008), entre outras/os, ao discorrerem sobre a temática das transexualidades e das travestilidades e das múltiplas maneiras de vivenciá-las, explicitando a sua fluidez e a sua transitoriedade, passam a colocar em xeque as normas de gênero que regem nossos conceitos de “sexo, gênero e, no limite, de humano”. (ALMEIDA; MURTA 2013:383)

Em seu texto de 2012 as autoras Berenice Bento e Larissa Pelúcio colocam uma serie de “perguntas impertinentes para reflexões necessárias”, apontando que o que guia o olhar do médico e dos membros das equipes que avaliam os sujeitos Trans, são as verdades estabelecidas socialmente para os gêneros e, portanto, as equipes e os códigos que regulamentam as suas ações, não seriam “neutros” na sua avaliação sobre como homens e mulheres devem ser, segundo as autoras “estamos diante de um poderoso discurso que tem como finalidade manter os gêneros e as práticas eróticas prisioneiras à diferença sexual” dimórfica. (BENTO; PELÚCIO, 2012:579)

Bento e Pelúcio (2012) defendem ainda que a inclusão da transexualidade no Código Internacional de Doenças (CID), elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1980, definindo-a como “transtorno de identidade de gênero”, foi um marco no processo de fixação da transexualidade como uma doença, sendo que foi neste

mesmo ano que a Associação de Psiquiatria Norte-Americana (APA), na aprovação da terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, passa a incluir a transexualismo no grupo dos “Transtornos de Identidade de Gênero” (BENTO, PELÚCIO, 2012:571). O DSM, publicado desde 1952 pela APA, serve de base para os diagnósticos em hospitais e seguradoras de saúde mundo a fora, apresentando também a transexualidade como sendo uma doença. Estas autoras apresentam em seu texto uma visão do DSM-IV (texto de 2012, portanto, anterior ao lançamento do DSM-5) e do CID-10 como sendo “falaciosos e produtores institucionais de identidades abjetas”, uma vez que são formulados por um “grupo fechado de especialistas orientados pelos preceitos heteronormativos”, e valendo-se de uma retórica da cientificidade de seus achados, os apresenta como universais, e assim reforçam uma visão cultural hegemônica e singular de gênero (BENTO, PELUCIO, 2012:578).

Pau Crego Walters citado por Bento e Pelúcio, discorre a respeito da “falácia de cientificidade do diagnóstico de gênero” e afirma que:

O discurso psiquiátrico parte da noção de que o diagnóstico é o resultado do conhecimento produzido através do método científico. No entanto, se o método é tão confiável, porque todos nós, pessoas transexuais, vivemos nosso gênero de maneira tão distinta? Se há uma condição congênita ou biológica para a suposta “transexualidade”, como se explica, então, que alguém decida ser trans aos 14 anos e outras pessoas aos 40 e outra aos 80? E como explicar as diferenças na maneira de viver o gênero – e os trânsitos entre todos estes – nas diferentes classes sociais? (2011 apud BENTO, PELÚCIO, 2012:578)

Segundo Daniel Murta, o fenômeno transexual traz para o debate a questão da insuficiência de nosso sistema de classificação de sexo e de gênero, tornando perceptível um sistema que delimita os espaços entre o que é normal e o que é anormal no campo da identidade sexual. A experiência da transexualidade demonstra que através da matriz binária heterossexual foi aberto espaço para a constituição de

uma nosografia psiquiátrica do transexualismo, que teve como consequência, a inauguração de um campo assistencial voltado especificamente para o tratamento desta patologia. E assim, Murta aponta que o que vai determinar os limites para a realização do diagnóstico de “transexualismo” está estreitamente vinculado ao pensamento ocidental moderno vinculado à psiquiatria e sexologia do século XIX. (MURTA, 2007:24-25)

Daniela Murta ressalta que ao se retomar historicamente as noções de sexo, gênero e identidade, é possível observar que o “modelo de dois sexos” é resultado de uma construção política e social da que ocorre com a modernidade. Porém, não podemos deixar de perceber que, além de estabelecer uma diferença ontológica entre o masculino e feminino esta matriz também serve de base para a imposição de um modelo de sexualidade. (MURTA, 2007:18).

2.3.2 Autonomia

Os avanços médico-cirúrgicos e a decorrente possibilidade de realização de modificações corporais de adequação da identidade sexual e de gênero suscitaram discussões a respeito dos limites da autonomia pessoal em relação às intervenções no próprio corpo e sobre a legitimidade do uso dessas práticas para redefinição do sexo/gênero legal como um direito de liberdade dos sujeitos (VENTURA, SCHRAMM, 2009:66)

As autoras Márcia Arán, Daniela Murta e Tatiana Lionço (2009) apresentam a argumentação crítica ao diagnóstico como baseada na percepção da transexualidade como um fenômeno que não está relacionado a nenhum tipo de alteração nas funções corporais, mas sim ligado a uma percepção de inadequação às normas de gênero estabelecidas. Segundo estas autoras, aqueles que defendem a despatologização compreendem a transexualidade “como uma entre muitas possibilidades humanas de determinação do próprio gênero”, e defendem ainda que, quando a transexualidade é associada a uma compreensão patológica, enfraquece o que Butler denomina de trans-autonomia em sua obra de *Undoing Gender* (2004 apud ARÁN, MURTA LIONÇO, 2009). Assim, a avaliação médico-psicológica é questionada como condição indispensável para o acesso aos tratamentos

de saúde.

Arán, Murta e Lionço (2009) expõem ainda, a percepção da existência de duas maneiras distintas de se abordar a questão da autonomia, manifestas na “forma como cada uma compreende a autodeterminação e a medicalização”. Indicam que há de um lado, quem defenda que “não é possível pressupor o exercício da autonomia numa população que se encontra numa situação de extrema vulnerabilidade, considerando que a mesma não é um conceito, mas uma prática socialmente condicionada”, ou seja, que existe a necessidade da criação de condições específicas para que “o exercício da autonomia plena” possa ocorrer; e por outro lado, as autoras indicam que há aqueles que propõem que “a prática da trans-autonomia seria enfraquecida, ou até mesmo comprometida, ao estar sujeita a determinado tipo de avaliação e enquadramento psiquiátrico e psicológico” (ARÁN, MURTA, LIONÇO, 2009:1148). Para estas autoras

a definição do diagnóstico reitera as interpretações normativas sobre o gênero masculino e o feminino de nossa sociedade, medicalizando as condutas desviantes a partir das supostas “verdades” de cada sexo. Além disso, parte-se do pressuposto de que existe uma identidade transexual universal, a qual é revestida de uma série de preconceitos, os quais invariavelmente afetam a vida desses indivíduos e interferem na determinação de si. (ARÁN, MURTA, LIONÇO, 2009:1148).

Com essas reflexões fica o questionamento de como podemos então construir políticas públicas que contemplem as necessidades trans-específicas, que não intervenham no exercício da auto-determinação dos indivíduos Trans, se aqueles que são responsáveis por operacionalizar as políticas públicas se fundamentam em um saber biomédico hegemônico pautado nas diferenças sexuais e permeados pela heteronormatividade. O que foi elaborado até o momento relativo a políticas públicas, colocam os indivíduos Trans sobre a tutela de uma equipe multidisciplinar, que tem como função, atestar se aqueles indivíduos que demandam cuidados específicos de saúde no processo de construção de si, podem ser considerados de fato aquilo que afirmam ser.

Ventura e Schramm (2009) apontam que quando a autonomia dos sujeitos, enquanto pacientes dos serviços de saúde, não é adequadamente preservada pelas normas vigentes, infringi-se os direitos da pessoa transexual à assistência integral à saúde, inclusive sexual, e ao livre desenvolvimento de sua personalidade; e assim, os direitos humanos se convertem num tipo de “dever de a pessoa adequar-se à moralidade sexual dominante” (VENTURA; SCHRAMM, 2009).

Pode-se ainda refletir a respeito da aproximação que a luta pelo “direito da autodeterminação e de dispor do próprio corpo” (ARÁN, MURTA, LIONÇO 2009: 1144) apresenta pontos em comum tanto com discussões de certos grupos feministas e Pró-aborto, quanto com os grupos que debatem a cerca de práticas eróticas fora dos marcos reprodutivos (por exemplo as homossexualidades), pois todos visam combater a biopolítica, buscando “autonomia de decisão sobre suas vidas e seus corpos” (BENTO, 2010).

“Vale destacar” afirmam as autoras Arán, Murta e Lionço (2009), “que, na transexualidade, a importância do acesso aos serviços de saúde consiste não apenas no cuidado do processo de saúde-doença, mas fundamentalmente numa estratégia de construção de si” (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009:1142).

2.3.3 Campanha Pare a Patologização! – STP 2012

Berenice Bento apontou a ocorrência ao redor do mundo de uma convergência na luta de mais de 100 organizações e quatro redes internacionais na África, na Ásia, na Europa e nas Américas do Norte e do Sul (BENTO, 2012a) organizações estas que estavam engajadas na luta pelos direitos sanitários das pessoas trans. Tratava-se da campanha “Pare a Patologização! – STP 2012¹² (*Stop Trans Pathologization! 2012*)”, que exerceu o papel de aglutinar em torno de si as forças que buscavam a desnaturalização do gênero. Esta campanha incluiu entre suas demandas iniciais a retirada do TIG (Transtorno de Identidade de Gênero) do DSM-5, porém, com o lançamento desta edição do manual,

¹² Quando foi lançada a primeira convocatória do “Dia Internacional de Ação pela Despatologização Trans” foi escolhido o nome STP 2012 em referência ao ano para que estava prevista a publicação do DSM-5, que posteriormente foi adiada pela APA para 2013. (STP, 2013)

apesar de não aparecer o TIG, a transexualidade continua tendo uma menção patologizada, sendo nesta versão apresentada como “Disforia de Gênero”. Além disso, a campanha buscava também a abolição dos tratamentos de normalização binária para pessoas intersex¹³; garantir o livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem a tutela psiquiátrica); oferecer cobertura pública sanitária universal ao processo de ressignificação de sexo/gênero; e retirar a menção de sexo dos documentos oficiais. A campanha defende também que a transfobia deve ser combatida, propiciando a educação e a inserção social e no mundo do trabalho das pessoas transexuais. A campanha STP 2012 propõe ainda que para facilitar a garantia do atendimento público de saúde trans-específico, deveria ser incluída uma menção não patologizante no CID-11, que apresente a transexualidade como um *processo de saúde*, e não baseado em uma doença ou transtorno mental (BENTO, 2010; STP, s.n.t).

Amet Suess¹⁴, ativista Membro na Rede Internacional pela Despatologização Trans entrevistado por Bento afirma que a campanha STP 2012 surge da convocatória das redes ativistas Trans procedentes, em sua maioria, do contexto espanhol, que se espalhou entre ativistas ao redor do mundo. Suess aponta como um dos principais traços da campanha o desenvolvimento de novos modelos de saúde trans que garantam os direitos sanitários dos indivíduos Trans, inclusive dando cobertura pública de serviços de saúde às necessidades “trans-específicas”. Mas, que seja despatologizado, mudando o modelo atual de avaliação por um enfoque baseado na decisão informada, visando o aumento da autonomia do indivíduo. (BENTO, 2010. Tradução livre minha)

Já o ativista intersexual Mauro Cabral coloca que “O problema de base é que não temos uma forma não medicalizada para falar sobre o que se passa conosco” ele aponta que os indivíduos Trans têm encarnados em si o diagnóstico, e explica esta afirmação colocando que quando os indivíduos buscam estratégias políticas, ou outras

¹³ Refere-se a realização de cirurgia para o enquadramento do indivíduo com genitália ambígua em um dos dois sexos. Quanto a esta questão, o ativista intersex Mauro Cabral coloca que é um ponto que o preocupa muito, pois é importante lutar pelo direito à intersexualidade, pela não-mutilação genital infantil intersex, lutar pela integralidade corporal, e pela autonomia decisória (CABRAL, 2012).

¹⁴ Licenciado em Sociologia e doutorando em Antropologia Social na Universidade de Granada, Suess publicou diversos artigos acadêmicos sobre gênero, sexualidade e questões de saúde (BENTO, 2012).

estratégias para obterem reconhecimento nas decisões como “operar ou não, tomar hormônios ou não, que tipo de hormônio (...) tomar, que tipo de cirurgia”, gira-se sempre em torno da medicina. (CABRAL, 2012).

2.3.3.1 STP -Processo de Revisão do CID

Em documento¹⁵ recente publicado pela equipe de coordenação da STP, é colocado que no presente momento o ativismo pela despatologização trans tem sua atenção focada no processo de revisão do CID, que tem sua 11ª versão prevista para publicação em 2015. Atualmente, o ‘Grupo de Trabalho sobre a Classificação de Transtornos Sexuais e Saúde Sexual’ (*Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health, WGSDSH*), da OMS, está revisando as categorias trans-específicas do CID. Uma vez que os rascunhos da categoria trans-específica ainda não foram publicados na internet,¹⁶ são feitas considerações críticas deste processo baseadas em dois artigos publicados por membros do Grupo de Trabalho que dão informações sobre o processo de revisão das categorias trans-específicas: “*Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11*” (Drescher, Cohen-Kettenis, Winter 2012) e “*Controversies in Gender Diagnoses*” (Drescher 2013).

No artigo de Drescher, Cohen-Kettenis e Winter os autores colocam que o Grupo de Trabalho (WGSDSH) percebe como apropriado o abandono do modelo psicopatológico de atenção às pessoas transgêneras, que seria baseado em conceitualizações de desvio sexual dos anos 1940, para a adoção de um modelo que, em primeiro lugar, se espelhe mais nas evidências científicas atuais e nas boas práticas; em segundo, que responda mais às necessidades, experiências e direitos humanos desta população vulnerável; e em terceiro, que apóie o acesso a serviços de saúde de alta qualidade¹⁷. Quanto a essa questão, a

¹⁵ Documento em espanhol, todos os trechos a ele referidos traduzidos livremente por mim.

¹⁶ Foi publicado um rascunho versão beta do CID-11 (“ICD-11 Beta Draft”, OMS 2013b), em que são introduzidos os rascunhos das categorias que já foram revisadas.

¹⁷ Tradução livre minha do seguinte trecho: “The ICD-11 Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health believes it is now appropriate to abandon the psychopathological model of transgender people based on 1940s conceptualizations of sexual deviance and to move towards a model that is (1) more reflective of current scientific evidence and best practices; (2) more responsive to the needs, experience, and human rights of this vulnerable population; and (3) more supportive of the provision of accessible and high-quality

STP vê como positiva a vontade do Grupo de Trabalho de abandonar o modelo psicopatológico relacionado às categorias trans-específicas, porém ressalta que essa vontade deve ser traduzida na retirada das categorias/blocos F64, F65.1 e F66 do CID.

Outra discussão que este documento traz debate a respeito de em qual parte do CID serão alocadas as categorias referentes às questões Trans na estrutura do CID-11, enfatizando que deve ser fora do capítulo V – “Transtornos Mentais e de Comportamento”. Os artigos dos membros do WGSDSH, citados acima, trazem as propostas da criação de uma nova seção, ou então a inclusão de uma seção específica de saúde sexual. A equipe de coordenação da STP aponta considera como positivas as duas opções, mas ressaltam a importância da que seção em si, e seus conteúdos da categoria trans-específica tenham um enfoque despatologizado. Ressaltam ainda que caso permaneça um capítulo sobre “Saúde Sexual”, não estão de acordo com a menção ao conceito de “transtorno” no título do capítulo, tal como é especificado nos dois artigos que eles analisam, onde aparece o título “*Sexual Health and Sexual Disorders*”, ou seja, ‘Saúde Sexual e Transtornos Sexuais’ (STP:2013b; Drescher, Cohen-Kettenis, Winter 2012: 574; Drescher 2014: 11). Outra proposta apresentada por Drescher, Cohen-Kettenis, Winter (2012) e por Drescher (2014) para a categoria relativa às questões Trans, seria a utilização da categoria “*Gender Incongruence*”, ou seja, “Incongruência de Gênero” (Drescher, Cohen-Kettenis, Winter 2012: 569; Drescher 2014: 11).. Esta categoria é criticada expressamente pela equipe de coordenação da STP, pois é considerado que o conceito de “Incongruência de Gênero” patologiza o momento que precede a transição e o processo de transição de gênero em si, na busca por estabelecer um estado normativo de ‘congruência’. Os coordenadores da campanha STP demonstram uma preocupação com o caráter psicológico-psiquiátrico que o termo mantém, pois, mesmo que a categoria seja retirada do capítulo V do CID, continua considerando os trânsitos nos gêneros como problemas psicológicos. A manutenção de menções patologizantes no CID estimula a continuidade da prática clínica atual, que parte da avaliação psicológico-psiquiátrica como condição de acesso aos tratamentos trans-específicos.

Neste documento (STP, 2013b) os membros da coordenação da campanha reconhecem que em determinados casos, há crianças que

healthcare services” (Drescher, Cohen-Kettenis, Winter 2012: 575).

vivenciam expressões/trajetórias/identidades de gênero que contradizem as expectativas culturais que são associadas ao gênero atribuído ao nascimento, que podem necessitar auxílio psicológico e social em decorrência dos processos de exploração do gênero, ou em decorrência de experiências de discriminação. Assim como seus pais e pessoas próximas de seu círculo social eventualmente também podem necessitar destes auxílios. Os militantes da Campanha STP apontam que para realizar estes atendimentos não seria necessária uma categoria específica no CID, porém, para facilitar a cobertura dos serviços, propõem que poderia ser incluído o conceito de “identidade de gênero” nos códigos Z, porém, que seria de maior valia para estas famílias a disponibilidade de profissionais com um enfoque despatologizado e abertos à diversidade de gênero. (STP, 2013b). Segundo este documento da STP é importante ressaltar que durante a infância, estas vivências de gênero não estão necessariamente relacionadas a uma experiência de sofrimento, doença, transtorno, ou algum estado que requeira atenção médica, especialmente quando as crianças com estas vivências estão inseridas em ambientes afirmativos. Portanto, um processo diagnóstico sem necessidade médica contribuiria com o aumento da estigmatização e discriminação destas crianças.

Em relação ao processo de inclusão da categoria que classifica a diversidade de gênero na infância, os membros da STP concluem afirmando que a categoria de “Incongruência de Gênero na Infância” poderia contrariar alguns princípios estabelecidos por convênios internacionais de Direitos Humanos¹⁸, que reafirmam

o direito das crianças a proteção contra a discriminação e contra a violência, o abuso e os maus tratos, o direito ao mais alto nível possível de saúde, o direito a proteção de seu interesse superior, o direito a liberdade de expressão e o reconhecimento de sua opinião, o direito ser escutado e a participar nas decisões sanitárias,

¹⁸ Os membros da STP apontam a Convenção sobre os Direitos da criança (ONU 1989 [1990]), os Comentários Gerais Nº 7, 12-15, 17 do Comitê sobre os Direitos da criança (ONU 2005; 2009; 2011; 2013a,b,c), resoluções recentes do Conselho de Direitos Humanos (ONU 2012, 2013d), assim como os Princípios de Yogyakarta (2007) (apud STP, 2013b)

além de reconhecer-se sua vulnerabilidade frente aos riscos. (STP, 2013b tradução livre minha)

Assim, em respeito à autonomia das crianças Trans e intersexo, ressaltam o desacordo com a proposta de inclusão desta categoria no CID11.

2.3.3.2 STP - Processo de Revisão do DSM

A coordenação da Campanha STP também aponta neste comunicado de agosto algumas reflexões a partir da leitura das categorias diagnósticas trans-específicas presentes no DSM-5 (APA 2013a), e também de algumas folhas informativas que a APA publicou na *internet* (APA 2013c, 2013d). Em primeiro lugar aponta, que foi mantida a psicopatologização dos processos de transito nos gêneros, as expressões/trajetórias/identidades trans continuam patologizadas sob as categorias diagnósticas de ‘Disforia de Gênero’ (*Gender Dysphoria*) e ‘Transtorno Transvestista’ (*Transvestic Disorder*). (APA 2013a: 451, 702).

É exposto no documento da STP que, no texto explicativo que acompanha os critérios diagnósticos de ‘Disforia de Gênero’ no DSM-5 (APA 2013a), é apresentado o diagnóstico de uma “não conformidade com os padrões de gênero” (“*[n]onconformity to gender roles*”). (APA 2013a: 458). É identificado como critério relevante para o diagnóstico, a presença de um “mal-estar clinicamente significativo ou algum impedimento em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes”¹⁹ (critério B) (APA 2013a: 453). Além desse critério, a APA publicou em uma folha informativa sobre “Disforia de Gênero” na *internet*, que a “não conformidade com o gênero” (“*gender nonconformity*”, APA 2013c: 1), não seria *per se* um transtorno mental. Por sua vez, no caso do ‘Transtorno Transvestista’, o DSM-5 (APA 2013a) enfatiza a diferença desta categoria diagnóstica de outras *práticas cross-dressing*, ressaltando a necessidade do cumprimento do critério B acima mencionado. Os membros da Campanha STP consideram estas categorias como insuficientes uma vez que ambas as

¹⁹ No original: “clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning” (APA 2013a: 702)

categorias diagnósticas mantidas no DSM-5 perpetuam a percepção e o tratamento da diversidade de gênero como um transtorno mental. A noção de “disforia de gênero” teria, segundo estes militantes, um caráter problemático por associar os processos de transição nos gêneros, a um estado de sofrimento e mal-estar. (STP, 2013b). Outro ponto seria o fato de que os critérios diagnósticos também fazem referência ao termo “incongruência”²⁰, problematizado anteriormente.

Os membros da coordenação da STP assinalam ainda haveria uma contradição no DSM dentro dos critérios diagnósticos estabelecidos de “Disforia de Gênero em Crianças” (“*Gender Dysphoria in Children*”) (APA 2013a: 452). No texto explicativo que acompanha, o diagnóstico, a APA em alguns momentos demonstra o reconhecimento de há pessoas que podem se identificar com “algum gênero alternativo diferente do gênero designado”²¹, porém, em outro momento, é exposto no DSM a pressuposição de que haveria uma “rejeição dos brinquedos, jogos e atividades considerados como ‘típicos’ do gênero designado”²², somado a uma preferência por aqueles que são usados “de forma estereotipada” pelo “outro gênero” (APA 2013a: 452)²³, o que, segundo os membros da STP, “reproduziria um imaginário binário, redutor da diversidade de gênero de crianças e reflexo da precedência de um modelo diagnóstico ocidental” (STP, 2013b). O reconhecimento da diversidade de gênero é um aspecto relevante para a construção de uma prática clínica “transafirmativa”, porém, a Campanha STP se coloca como desfavorável à inclusão de um espectro muito amplo de expressões e identidades de gênero dentro do modelo psicopatológico, como ocorre com a introdução da expressão “algum gênero alternativo diferente do gênero designado” (“*or some alternative gender*”) no DSM-5. (APA 2013a: 452; STP, 2013b). Reforça-se então que segue vigente a demanda por parte da militância pela despatologização, a retirada completa das categorias trans-específicas do DSM.

Com a leitura dos documentos que foram publicados pela STP,

²⁰ “A marked incongruence between one’s experienced/expressed gender and assigned gender” (APA, 2013a: 452).

²¹ “A strong desire to be of the other gender or an insistence that one is the other gender (or some alternative gender different from one’s assigned gender)” (APA 2013a: 452).

²² “In boys (assigned gender), a strong rejection of typically masculine toys, games, and activities and a strong avoidance of rough-and tumble play; or in girls (assigned gender), a strong rejection of typically feminine toys, games, and activities” (APA 2013a: 452).

²³ “A strong preference for the toys, games, or activities stereotypically used or engaged in by the other gender” (APA 2013a: 452).

entramos em contato com mulheres e homens que protagonizam experiências trans que tecem duras críticas às “assimetrias” e às “hierarquias de gênero”; assim como também há aqueles que criticam a própria conformação binária dos gêneros. Porém, Almeida e Murta (2013) expõem com base em narrativas de pessoas transexuais brasileiras, que não parece que isso possa ser generalizado. Expõem que para muitas delas existe um conflito, mas que, porém, não seria necessariamente um conflito com as normas de gênero, mas sim com o gênero que lhes foi imposto e em decorrência dele, a impossibilidade de trânsito identitário. Segundo estes autores

A impressão que temos é que predomina entre as pessoas transexuais, sejam as que procuram serviços de saúde para modificação corporal ou unidades de atendimento voltadas para LGBT, sejam as que se manifestam livremente na rede mundial de computadores ou em outros espaços narrando suas experiências, uma compreensão das relações de gênero que não é muito distinta daquelas que vemos e ouvimos no cotidiano das ruas ou nos meios de comunicação de massa. Elas/eles dispõem de um entendimento que quase sempre faz equivaler gênero e sexo, percebendo a expressão morfológica do corpo como o mais importante critério definidor do gênero. Assim, a forma mais comum de representação da transexualidade é a do “corpo errado” (“um homem vivendo equivocadamente num corpo feminino”, “uma mulher vivendo equivocadamente num corpo masculino”). (ALMEIDA, MURTA, 2013:386)

Para estas pessoas através das técnicas hormonais e cirúrgicas seria possível se (r)estabelecer a harmonia entre o gênero e o corpo, e nesse sentido, não haveria um questionamento das relações sociais e das forma binária de constituição dos gêneros – são os indivíduos que precisam mudar.

Muitas são as vezes que se ouve “tal pessoa nasceu no corpo errado” ou então “o fulano tem corpo de homem com alma de mulher”. Em resposta a este tipo de colocação, que reafirma a ideia de

“verdadeiro sexo” posso citar o que a interlocutora deste trabalho escreveu:

Eu sou uma mulher no meu corpo mesmo, não estou no corpo de ninguém, e tampouco estou no corpo de alguém que não reconheço ser eu. Eu sou mulher, logo, meu corpo é de mulher - e a única pessoa capaz de afirmar com muita certeza qual gênero é meu de fato, o gênero que a mim é legítimo, sou eu mesma, ninguém mais; e o que eu afirmo quanto a mim deve ser respeitado.

Refletir a respeito da rejeição ou não das normas de gênero seria significativo por possibilitar a ponderação a respeito dos diferentes significados da patologização da transexualidade, e assim, pode-se deslocar-se de uma maneira de pensar típica do senso comum, que coloca o poder médico e outras formas de poder como “manifestações autônomas de sujeitos ou instituições”, e assim, aproximar-se de uma maneira de pensar que perceba que os sujeitos que têm o poder regulador incidindo sobre seus corpos “também têm agência e tomam suas próprias posições” (ALMEIDA, MURTA, 2013:387), dando significado para as suas próprias vivências.

2.3.4 Atendimento Psicológico

Marcada pelo não-reconhecimento de sua identidade, pela injúria, pela exclusão social, somada a dificuldades provenientes de problemas familiares e de relacionamentos erótico-afetivos a vivência da transexualidade pode acarretar em intenso sofrimento psíquico, que pode se manifestar

sob a forma de tentativas de suicídio, depressão, transtornos alimentares e angústias das mais diversas formas, provocadas não apenas pelo conflito de não-pertencimento ao sexo biológico, como também pelas inúmeras consequências sociais, éticas, jurídicas e culturais intrínsecas a esta condição. (ARÁN, MURTA, 2009:22)

Mas vale ressaltar que por mais que a psiquiatria se esforce para enquadrar estas experiências como “comorbidades”, as autoras Márcia Arán e Daniela Murta (2009) reforçam que não podemos deixar de considerar os contextos cultural e social nos quais esses “sintomas” aparecem, uma vez que “na transexualidade o risco de patologização de um problema social está sempre presente” (ARÁN, MURTA, 2009:22). Porém isso não deve em nenhuma hipótese significar que todas as pessoas Trans padeçam dos mesmos sofrimentos, sendo possível constatar a partir de pesquisas empíricas com usuários/as dos serviços de saúde, que existem várias formas de subjetivação e construções de gênero na transexualidade, demonstrando como em condições adversas, homens e mulheres transexuais constroem suas vidas “de forma satisfatória e produtiva” uma vez que a subjetivação e a construções de gênero na transexualidade podem se dar de maneiras muito distintas (ARÁN; ZAIDHAFT; MURTA, 2008; ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2008; BENTO, 2008). Para complementar Arán e Murta colocam ainda que consideram que a categoria de transexualidade estaria em constante negociação e assim,

se ela pode expressar em parte a experiência de sujeitos que solicitam modificações corporais do sexo em função de um sentimento de desacordo entre sexo e gênero, no nosso ponto de vista ela não expressa um modo de funcionamento psíquico específico, nem mesmo uma estrutura clínica. (ARÁN, MURTA,2009:22)

Ressaltando que, por mais que inexista uma patologia psiquiátrica, e que a experiência transexual seja uma das diversas formas de subjetivação dos indivíduos, é importante para algumas pessoas poder contar com a assistência de um/a profissional de saúde mental que lhes auxilie na compreensão desses processos sociais e na construção de estratégias para lidar com eles.

Porém, por mais que o SUS em seus documentos oficiais relacionados às questões Trans específicas (como as Portarias do Ministério da Saúde nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 e a Portaria nº 1.579, de 31 de julho de 2013,) se proponha a oferecer um modelo assistencial que seja pautado na integralidade da atenção, ainda o que prevalece, segundo a bibliografia consultada, é a imagem “do/a

profissional sentado atrás da mesa com atitude superior a emitir laudos e a chancelar se o indivíduo está ou não preparado para o processo [transexualizador] a partir de critérios pouco transparentes” (ALMEIDA, MURTA, 2013:401). Carece ainda um modelo assistencial de qualidade, que seja capaz de “oferecer o suporte técnico e ético necessário a quem desejar enfrentar os inúmeros desafios físicos, familiares, relacionais, profissionais que são comuns àquela/e que afirma uma identidade de transexual” (ALMEIDA, MURTA, 2013:401), uma vez que o papel do psiquiatra esta restrito a “fornecer o diagnóstico de transexualismo e o laudo autorizando (ou não) a cirurgia conforme a confirmação diagnóstica e o nível de preparo do paciente.” (LARA, ABDO, ROMÃO, 2013). Como afirma Stoller (1993), “o psiquiatra serve como o guardião dos portões, que decide quais pacientes devem receber estes tratamentos”. (STOLLER, 1993 apud LEITE JR, 2008:161)

Alguns profissionais que reconhecem a transexualidade como uma das múltiplas possibilidades identitárias acreditam ser importante o acompanhamento com profissional de saúde mental por “estabelecer um tempo para a confirmação desta decisão, como também para o esclarecimento de todas as questões implicadas.” (ARÁN, ZHAIDAFT, MURTA, 2008:78), e perceberiam nesta conjuntura, que “o atendimento psiquiátrico para a confirmação do diagnóstico de transexualismo tem sido um dispositivo de cuidado para a realização da cirurgia”. Porém, tendo claro que a condição de transgênero não significa a existência de nenhuma incapacidade mental, sendo que a maioria das pessoas que vivenciam os trânsitos identitários tem total condição de exercer a autonomia de decidir sobre o seu próprio corpo, não deixando de ressaltar que “este mesmo diagnóstico é também um vetor de patologização e de estigma, o qual muitas vezes acaba por atribuir uma patologia ao paciente sem questionar as questões históricas, políticas e subjetivas de psiquiatrização da condição transexual”. (ARÁN ZHAIDAFT MURTA, 2008:78).

Almeida e Murta (2013) expõem em seu artigo que o papel da equipe de saúde mental seria fundamental em pelo menos três aspectos:

1. como suporte durante o processo de decisão pelas modificações corporais, visando oferecer às pessoas o espaço de diálogo qualificado e informado sobre os caminhos possíveis;

2. durante o processo de modificações corporais, a fim de que as pessoas possam lidar com os aspectos ansiogênicos que costumam surgir no processo de transição de gênero, especialmente nos períodos em que ocorrem maior ambiguidade física e a ausência de reconhecimento jurídico da nova condição;

3. como suporte para os indivíduos que se manifestam como “trans” ou como insatisfeitos com o sexo com que foram assignados ao nascerem, mas que, por diferentes motivos, não realizam modificações corporais a fim de terem maior capacidade de enfrentamento das possíveis situações de discriminação. (ALMEIDA, MURTA, 2013:404)

O artigo de Sampaio e Coelho traz diversos pontos em comum aos colocados por Almeida e Murta (2013), como por exemplo em relação ao terceiro aspecto apontado por Almeida e Murta, com base nas falas dos entrevistados de Sampaio e Coelho, pode-se perceber que, mesmo “quando um(a) transexual não se submete ou não deseja se submeter aos procedimentos de transexualização, ou a partes deste, isto não exclui a transexualidade.” (SAMPAIO, COELHO, 2012:641). Este último ponto colocado contradiz os protocolos de atenção que se fundamentam nas noções de Harry Benjamin, pra quem a cirurgia de Redesignação Sexual é vista como etapa principal do “tratamento” do “verdadeiro transexual”, que tem uma profunda “relação de abjeção” aos seus órgãos genitais.

Segundo Murta (2001) ao deixar de lado a lógica de atenção que prioriza a necessidade de confirmação diagnóstica “escapa-se também do reducionismo da descrição psiquiátrica de transexualismo e de seu protocolo de tratamento, viabilizando, em tese, um acolhimento singular cujo foco principal são as necessidades do/a usuário/a”. Possibilitando assim a compreensão de maneira mais ampla e contextualizada do sofrimento vivenciado por pessoas Trans, o que de acordo com Murta, vai permitir “tanto uma atenção que contemple a multiplicidade da experiência transexual quanto a inclusão de outros segmentos com necessidades semelhantes, como é o caso das travestis” (MURTA, 2011:99). Portanto, pode-se concluir que a assistência em

saúde mental, que compreende tanto a psiquiátrica, quanto a psicológica, não deve ser mais compreendida como sinônimo de emissão de laudos, que é como tem sido percebida por muitos profissionais e mesmo por muitas/os usuárias/os, devendo então ser compreendida como parte do direito à saúde daqueles que a demandam. (MURTA, 2011:99).

2.3.5 Questionamentos a respeito da obrigatoriedade do laudo

Através da bibliografia consultada pude perceber que os textos que defendem a necessidade do acompanhamento com equipe multidisciplinar e, mais ainda, do acompanhamento com psicóloga e psiquiatra para a produção do laudo que autoriza o Processo Transexualizador (exigência da portaria do CFM, 2010) o fazem por acreditar que “de vital importância é o correto diagnóstico, uma vez que o tratamento cirúrgico é irreversível e, se incorretamente indicado, pode levar até ao suicídio.” (ATHAYDE, 2001:400). Por sua vez, através da leitura de artigos produzidos por autores que se orientam pela percepção despatologizada da transexualidade, ou seja, que a compreendem como uma entre tantas possibilidades de construção identitária, pode-se perceber que por diversas vezes é colocada a problematização em torno da obrigatoriedade do acompanhamento compulsório para a obtenção do laudo médico.

Se partirmos do pressuposto de que há múltiplas possibilidades de experiências e práticas de gênero e que as pessoas que solicitam alterações corporais ou desejam migrar legalmente de um gênero imposto para outro com o qual se identifica, são sujeitos capazes de conferir sentido para estas transformações, não há justificativa para definir um protocolo fundamentado no transtorno mental. (BENTO, 2012b)

Judith Butler (2009) aponta que na elaboração do diagnóstico, os profissionais fazem várias pressuposições que comprometem a autonomia trans. Segundo esta autora, as formas de avaliação psicológica que pressupõem que a pessoa diagnosticada é afetada por

forças que ela não entende, considerando que essas pessoas “deliram” ou são “disfóricas”. O diagnóstico seria baseado na ideia de que certas normas de gênero não foram “adequadamente assimiladas” e que teria ocorrido algum “erro” ou “falha”. Butler aponta ainda que o diagnóstico

assume pressupostos sobre os pais e as mães e sobre o que seja ou o que deveria ter sido a vida familiar normal. Ele pressupõe a linguagem da correção, adaptação e normalização. Ele busca sustentar as normas de gênero tal como estão constituídas atualmente e tende a patologizar qualquer esforço para produção do gênero seguindo modos que não estejam em acordo com as normas vigentes (ou que não estejam de acordo com uma certa fantasia dominante do que as normas vigentes realmente são). (BUTLER, 2009:97)

Porém, ainda segundo esta pesquisadora, uma vez que o diagnóstico é agora o instrumento pelo qual se podem obter benefícios, seria um erro reivindicar a abolição do diagnóstico sem que, antes, sejam postas em prática estruturas que possibilitem que garantam o estatuto de legalidade da transição, garantindo que os procedimentos a ela relacionados sejam pagos. (BUTLER, 2009:103)

Relembrando que as pesquisadoras Sampaio e Coelho (2012) expõem em seu texto o desagrado que um de seus interlocutores relatou sentir em relação ao laudo, e ao fato de que para poder realizar as cirurgias e ter um alívio quanto ao seu desconforto, ele teria que ser considerado como um “transtornado; isso é desrespeitoso. Você pode não ser considerado louco, mas você está com um laudo de um transtorno mental e isso é ruim” (Paulo apud SAMPAIO, COELHO, 2012:643).

O laudo é o instrumento máximo dos guardiões das normas de gênero, que para atestar se o indivíduo é um “verdadeiro transexual”, parte do pressuposto de que existiria uma identidade transexual universal, que cumpre exatamente com os pressupostos que foram estabelecidos por pessoas que certamente, não vivenciam a transexualidade, que através do discurso médico e científico, reforçam a norma binária dos gêneros.

Cabe apontar a discussão levantada por uma de nossas interlocutoras, uma ativista dos direitos Trans. Ela afirma enfaticamente que ‘verdadeiro transexual’ é um termo transfóbico ridículo” e que “aliás, a visão científica sobre as identidades trans* de modo geral é transfóbica e cissexistas. Expressões como ‘nasceram em corpos errados’ ‘fulana é mulher biológica e a trans* não’ essa visão patologizante é aviltante”.

Ela amplia a discussão a respeito da expressão “mulher biológica” em uma postagem na sua página pessoal do facebook. Utilizada por ela como mais um instrumento de militância. Ela coloca que a biologia por si só não pode decidir quem é homem e quem é mulher, que o que ela pode é descrever a anatomia, dizer como cada parte do corpo interage entre si, “mas genital, anatomia não definem gênero de ninguém.” Ainda com as suas palavras:

Eu sou uma mulher biológica, pois todos corpos são biológicos - se eu digo que sou mulher, logo, meu corpo é de uma mulher pois, quem define a que gênero pertence meu corpo é a sociedade - a biologia não é um dado que nasce do vácuo senão pela materialização da sociedade, porém, a sociedade não tem mais competência que eu própria para dizer se sou homem ou mulher. Não há qualquer exame bioclínico que me imponha que sou homem ou mulher, pois ser homem ou mulher é uma construção que não se define assim que se nasce.

Com essa fala nossa interlocutora resgata o debate a respeito da autonomia de decisão sobre os corpos, sendo que a palavra final que define uma pessoa como homem ou mulher (ou como os dois, ou como nenhum dos dois), deve ser dada pelo próprio indivíduo. E neste trecho ao problematizar a construção do conhecimento biológico científico, também rompe com a idéia da existência de um sexo biológico, dado, não natural, objetivamente cognoscível, em oposição a um gênero social, construído, uma vez que sexo e gênero não existem antes do discurso, não existem antes da cultura.

CAPÍTULO 3 - DESPATOLOGIZAÇÃO SEM PERDA DE DIREITOS DE SAÚDE: UM OUTRO MODELO É POSSÍVEL?

Este capítulo sintetiza o debate colocado por um lado, aqueles que defendem a despatologização, e por outro, aqueles que defendem que não se pode despatologizar pois acarretaria em perda de direitos sanitários. Ao fim do debate são propostas alternativas para que essa despatologização ocorra com a manutenção das conquistas já alcançadas através da garantia do atendimento Integral à saúde das pessoas Trans, assim como é indicado nos documentos oficiais, apontando como uma possibilidade, a criação de uma menção despatologizada no CID-11.

3.1 O DEBATE ENTRE PATOLOGIZAÇÃO E A DESPATOLOGIZAÇÃO: PERDA OU GARANTIA DE DIREITOS DE SAÚDE?

Como colocado anteriormente no capítulo referente à revisão da literatura, as autoras Márcia Arán, Daniela Murta e Tatiana Lionço (2009) questionam em seu texto a avaliação médico-psicológica como condição de acesso ao tratamento, além de problematizarem as consequências inerentes à definição dessa condição como doença. As autoras destacam que a “exigência do diagnóstico como condição de acesso ao tratamento vem sendo continuamente problematizada, através das contribuições realizadas no campo da saúde coletiva, das ciências sociais e da bioética.” e que, “se por um lado o diagnóstico torna legítima a demanda por redesignação sexual e possibilita o acesso aos serviços de saúde, por outro é raiz de restrições sociais e estigma que afetam diversos níveis da vida desses indivíduos, reforçando sua condição de exclusão social”. (ARÁN, MURTA, LIONÇO, 2009:1145).

A oposição entre de um lado a patologização, e de outro a despatologização da transexualidade vem gerando nos últimos anos um intenso debate tanto entre acadêmicos das mais diversas áreas (como das ciências Psi, da saúde coletiva, do direito), quanto entre os movimentos sociais. Segundo Murta (2007) é possível observar uma tensão permanente nos debates sobre este, sendo possível demarcar três posições:

- 1- a interpretação que a transexualidade é uma doença;
- 2- a manutenção da psiquiatrização da transexualidade na resolução do Conselho Federal de Medicina por uma questão estratégica;
- 3- a problematização do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero como condição de acesso à saúde pública, (MURTA, 2007:53)

Sendo o terceiro grupo a posição daqueles que defendem a autonomia do indivíduo nas decisões sobre o próprio corpo.

O artigo *Faces da Despatologização* publicado no site do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CENTRO, 2010) aponta que enquanto há grupos argumentando em prol da despatologização da transexualidade, sob a tese de que a categoria cultural de gênero teria sido apropriada pelo discurso médico, o que a teria transformado em uma categoria diagnóstica, há outros que consideram que a cirurgia que “adequa a genitália ao sexo psíquico” só foi inserida na lista dos procedimentos cobertos pelo SUS, devido ao fato dela ser classificada como doença e, portanto, defender a despatologização poderia trazer um retrocesso aos direitos conquistados.

Pode-se perceber que há também aqueles que defendem a permanência do “transtorno de identidade de gênero” enquanto uma categoria diagnóstica, ainda que a realização das intervenções cirúrgicas só seja possível na medida em que os critérios pré-estabelecidos pelas resoluções do Conselho Federal de Medicina sejam cumpridos. Segundo Bento e Pelúcio (2012), é uma preocupação para as pessoas transexuais e travestis que precisam utilizar SUS para a realização de determinadas transformações corporais, a retirada do caráter de transtorno das classificações e definições referentes às vivências Trans (BENTO; PELÚCIO, 2012:577), pois há a dúvida por parte destes indivíduos de se os serviços terapêuticos para adequar a genitália ao sexo psíquico continuariam sendo disponibilizados (BUTLER, 2009:96) pelo SUS caso o “transtorno de identidade de gênero” ou a “disforia de gênero” não mais fossem considerados como patologias, e assim sendo retirados dos manuais diagnósticos. Essas pessoas portanto, defendem a manutenção da psiquiatrização da transexualidade na resolução do Conselho Federal de Medicina por uma questão estratégica (MURTA,

2007:53)

Essa ponderação a respeito da patologização x despatologização também pode ser verificada no texto de Tatiana Lionço que, fazendo referência à Leila Linhares Barsted (2008 apud LIONÇO, 2009:46), afirma que o processo de normatização do gênero, geraria por um lado, parâmetros para que sejam garantidos direitos à população transexual, mas por outro, geraria também, novas demarcações de exclusão, uma vez que no caso do SUS, estabelecem-se “nichos diferenciados para a atenção a um determinado grupo social, em diferenciação ou discriminação em relação aos demais”, o que segundo Lionço seria “antagônico ao princípio da universalidade do SUS”, sendo que a porta de entrada do SUS deveria ser a Atenção Básica (LIONÇO, 2009:44).

3.2 UM OUTRO MODELO É POSSÍVEL?

Em entrevista ao CLAM¹ a pesquisadora Márcia Arán afirma que os processos de cuidado são restringidos em decorrência da necessidade do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero como condicionante do acesso à saúde da população transexual. Segundo esta pesquisadora, seria necessário “construir uma noção mais ampliada de saúde, baseada na individualização do cuidado e na integralidade da assistência para que se possam acolher de fato as necessidades de saúde desta população”. Criando assim alternativas que mesmo reconhecendo o sofrimento psíquico em algumas pessoas, não as enquadra em uma patologia psiquiátrica.

Segundo ainda as pesquisadoras Ferraz e Kraiczuk (2010) a *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* deve ser reconhecida como um “marco importante no reconhecimento das necessidades de saúde destes segmentos para além das questões referentes à epidemia de AIDS, no sentido do reconhecimento da complexidade e diversidade dos problemas de saúde que os afetam”. (FERRAZ; KRAICZYK 2010:77). Porém, a efetiva implementação dessas políticas dependerá da atuação de um amplo conjunto de atores, que envolve gestores, profissionais de saúde, sociedade civil organizada, academia, o que, citando a

¹ Disponível em: <http://www.clam.org.br/publico/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=6254&sid=21>

pesquisadora Lilia Schraiber, deve ser percebido como um processo social complexo, na medida em que mobilizará diversos objetivos, interesses e valores, nos mais variados contextos regionais. (SCHRAIBER, 1997 apud FERRAZ E KRAICZYK , 2010:78).

Em decorrência da atuação de movimentos sociais, em meio a esse “campo de disputas” foram criados protocolos alternativos em diversos países, que não vieram porém, a adquirir a mesma legitimidade dos protocolos que são cotidianamente aplicados nos centros de saúde que atendem pessoas que vivenciam a transexualidade. Bento e Pelúcio (2012) colocam que o princípio estruturante presente nesses documentos alternativos é o reconhecimento da condição de sujeito das pessoas transexuais e travestis, conferindo, portanto, protagonismo a esses sujeitos (BENTO, PELUCIO, 2012:577), o que seria a principal diferença presente nos documentos que regulamentam a saúde dos indivíduos Trans em nosso país. Ainda segundo Bento e Pelúcio, “Concordar que o gênero continue sendo diagnosticado, em vez de questionado, é permitir que os seres construídos como abjetos devam continuar habitando as margens do Estado.” (BENTO, PELUCIO, 2012:577). Mantendo-se assim, as constantes violações dos direitos humanos, dentre os quais “os direitos à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento da personalidade” (BRASIL, 2008a), mesmo reconhecendo-se que estas violações são condicionantes da situação de saúde das pessoas Trans.

Para finalizar, tomo como base os questionamentos colocados pela pesquisadora Judith Butler que aponta que

Para entender a diferença entre essas perspectivas, temos de perguntar como o diagnóstico é vivenciado realmente. O que significa viver com esse diagnóstico? Ele ajuda algumas pessoas a viver, a alcançar uma vida que elas sintam merecer ser vivida? Ele dificulta a vida de algumas pessoas, fazendo com que se sintam estigmatizadas, e, em alguns casos, contribui para um final suicida? (BUTLER, 2009).

E ao final do processo de pesquisa, com base na bibliografia consultada, que traz importantes falas de pessoas Trans sobre suas trajetórias, somadas as falas dos interlocutores de pesquisa por mim

entrevistados, percebo que o diagnóstico tem configurado que o estigma vinculado às pessoas transexuais têm se mostrado como um fator de prejuízo no cuidado de sua saúde seja ao terem seus nomes de registro expostos nas salas de espera dos serviços; seja por não receberem um exame físico detalhado; seja pela falta de estudos voltados para as necessidades hormonais específicas que as mudanças desejadas demandam; ou ainda pela falta de priorização orçamentária para a concretização da política de saúde integral LGBT.

3.3 MENÇÃO DESPATOLOGIZADA NO CID

Em conversa informal com uma psicóloga de uma Unidade Básica de Saúde de Florianópolis, discutimos a respeito das temáticas da transexualidade, do atendimento das pessoas Trans no SUS e sobre a necessidade e possibilidades de despatologização. Argumentávamos que os possíveis sofrimentos experimentados pelas pessoas Trans e mesmo os sofrido por homossexuais não se dão em decorrência de alguma patologia, mas sim das trajetórias de vivências repetidas de exclusão social decorridas especialmente devido ao binarismo de gênero e a heteronormatividade. (ALMEIDA, MURTA, 2013:398). Em certo momento da conversa ela propõem como possibilidade de despatologização com a garantia do atendimento da população Transexual pelos serviços públicos de saúde, a manutenção da transexualidade no CID, porém, não como uma doença, mas na parte que abriga situações de saúde que requerem procedimentos médicos especiais, como a gravidez, que não é uma patologia, mas é regulada pela Organização Mundial da Saúde através da sua presença no CID. Essa proposta também é apontada pela campanha STP, e rapidamente abordada anteriormente. Situações como a da gravidez fazem parte da letra Z desta classificação. O código Z41 seria, por exemplo, os “Procedimentos Para Outros Propósitos Exceto Cuidados de Saúde”, já o código Z55 seria “Problemas Relacionados Com a Educação e Com a Alfabetização” e o Z56 utilizado para categorizar “Problemas Relacionados Com o Emprego e Com o Desemprego”. Cito estes exemplos no intuito de propor que há situações que requerem cuidados especiais por causarem dificuldades que, de alguma maneira, interferem na saúde percebida em seu conceito amplo, tal como preconizada como

direito de cidadania pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988).

Para por exemplo pessoas que sentem necessidade de realizar acompanhamento psicológico, em muitos dos casos o desconforto psíquico está ligado a “precariedade social” proveniente da não aceitação da condição transexual pelos familiares e também proveniente da estigmatização frente à normatividade cultural vigente (ARÁN, Zaidhaft, Murta, 2008:70), pode-se utilizar no atendimento o código do CID "Z64 - Problemas Relacionados Com Algumas Outras Circunstâncias Psicossociais", sem enquadrar a pessoa no CID "F64.0 - Transtornos da identidade sexual" e que responde ao temor de alguns que avaliam que, ao ser despatologizada a transexualidade, acabaria a obrigação do SUS de cobrir os gastos do processo transexualizador. Pude perceber em uma das postagens na página *Transfeminismo* do *facebook*, através do que escreveu uma das militantes que participa ativamente da página, que esta estratégia é a mesma que é proposta por algumas pessoas que militam em coletivos Trans estrangeiros, qual seja, mudar a transexualidade dos - Transtornos da identidade sexual (CID 10 - F64) para letra Z do CID e remover do DSM, pois o DSM seria um documento só de doenças mentais, e por isso, obrigatoriamente a transexualidade deveria ser excluída deste manual. Esta militante transfeminista coloca que O CID, por sua vez, seria um regulador de procedimentos médicos/de saúde mundial (uma vez que elaborado pela OMS), e assim, não haveria porque retirá-lo de tal classificação, também porque a manutenção de uma menção à transexualidade nesta classificação seria necessária para que o SUS continuasse cobrindo as despesas do processo transexualizador (no caso dos coletivos estrangeiros a manutenção seria necessária para que os convênios cubram estes custos, uma vez que nos EUA, por exemplo, não há um sistema público de saúde consolidado).

A citada postagem se referia a uma notícia da Folha de São Paulo que havia sido publicada no *site* da Folha de São Paulo em 01 de dezembro de 2013 (Collucci, 2013) e que expunha alguns pontos que estão em discussão com a revisão do CID-10 e elaboração do CID-11, previsto para ser lançado em 2015. Nesta notícia nos é apresentado que alguns comportamentos que hoje são classificados como transtornos, como são, por exemplo o sadomasoquismo e o travestismo fetichista, serão eliminados da nova versão do CID, e outros, como o transexualismo, vão mudar de categoria, passando a serem incluídos

junto de outras "condições relativas à sexualidade", que, segundo o jornalista da Folha, ainda serão definidas. Através da fala do diretor de saúde mental da OMS, Geoffrey Reed², afirma-se que nesta nova versão "A ordem é 'despatologizar' o sexo". Reed afirma que "Comportamentos sexuais que são inteiramente privados ou consensuais e que não resultem em danos às outras pessoas não devem ser considerados uma condição de saúde. Não há razão para isso". Segundo a Folha a ideia Reed seria a facilitação do acesso a terapias a quem realmente precisa delas através da redução dos preconceitos.

Esta fala que coloca o CID-11 como despatologizada se contrapõe a visão dos militantes da Campanha STP a respeito das mudanças anunciadas, que, como exposto anteriormente, não vêm avanços no que foi divulgado até agora a respeito da revisão do CID.

As pesquisadoras Berenice Bento e Larissa Pelúcio (2012) apontam que foram formulados inúmeros protocolos alternativos ao acesso patologizado aos serviços de atenção à saúde pelo movimento transexual em diversos países, mas que os mesmos não adquiriram a mesma legitimidade dos protocolos de acesso aplicados nos centros de saúde que atendem a essa população específica. O ponto estruturante destes documentos alternativos estaria na centralidade da condição de sujeito das pessoas transexuais e travestis, o que confere efetivamente protagonismo a esses sujeitos. (BENTO, PELÚCIO, 2012:577).

² Segundo a notícia da Folha de São Paulo, Reed esteve na capital paulistana num encontro onde se buscou debater sobre pesquisas e análises que serão feitas no país sobre as novas propostas. A coordenação dos trabalhos no Brasil, a está a cargo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na revisão da literatura realizada e na argumentação crítica ao diagnóstico, partilho da percepção da transexualidade como uma vivência que não está relacionada a nenhum tipo de alteração nas funções corporais, mas sim ligada a uma concepção de inadequação às normas de gênero estabelecidas. Ao me alinhar com aqueles que defendem a despatologização da transexualidade, reconheço que esta é apenas mais uma, dentre tantas outras, possibilidades de determinação do gênero. E assim, percebo que associar as vivências Trans a uma patologia seria limitar a autonomia das pessoas em autodeterminarem seu gênero e disporem de seu próprio corpo (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009). Sendo assim, a avaliação médico-psicológica deve ser questionada como condição indispensável para o acesso aos tratamentos de saúde.

Através do processo de construção deste trabalho de conclusão de curso pude perceber que de 1997 quando foi lançado a primeira Resolução do Conselho Federal de Medicina que legaliza as cirurgias de redesignação no Brasil (CFM, 1997) até 2013, período em que os dados desta pesquisa foram coletados e ano de lançamento da Portaria nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c), que redefiniu e ampliou o Processo Transexualizador no SUS, houve avanços tanto em relação aos recursos terapêuticos ofertados, quanto aos recursos legais para alteração do prenome (VENTURA, SCHRAM, 2009). Porém, os limites impostos ao exercício da autonomia decisória na autodeterminação de si, ainda podem ser percebidos como tendo efeitos negativos não só para os direitos, mas também para a saúde das pessoas Trans, principalmente dos indivíduos que não se enquadram no diagnóstico de “transexualismo”, ou seja, daquelas pessoas que não são consideradas pela normatividade vigente como “verdadeiros transexuais”. Uma vez que os protocolos de acesso aos serviços de saúde se fundamentam na bipartição entre “pênis-homem-masculino-desejo por mulheres” e “vagina-mulher-feminino-desejo por homens”, não é concebível, por exemplo, uma mulher com pênis que não deseje adequar seu corpo a norma binária. A esta mulher são negados diversos procedimentos de alteração corporal que já são ofertados na tabela do SUS, destinados apenas àqueles que se enquadram no “CID F64.0”. Também lhe é negada a alteração judicial do prenome, permitida apenas

para aquelas pessoas que realizaram a Cirurgia de Redesignação Sexual.

Assim, mesmo reconhecendo que houve avanços tecnológicos na medicina que possibilitaram não só a prevenção e recuperação de doenças, mas, também, alterações cirúrgicas que visam à superação de desconfortos em relação ao próprio corpo, o que é positivo na medida em que amplia a liberdade individual e melhora as condições gerais de vida, percebo que estas intervenções estão restritas às pessoas ditas “normais”, ou seja, àquelas que não estão em conflito com as normas de gênero. Para as pessoas que rompem com a linearidade “sexo-gênero-desejo” o acesso às modificações corporais está atrelado a um laudo diagnóstico. Pude perceber ao longo da pesquisa que esta restrição das modificações corporais exclusivamente a pacientes diagnosticados como “transexuais verdadeiros” leva as pessoas Trans a recorrerem ao mercado clandestino, seja para obtenção de hormônios, que como apontado, traz conseqüências hepáticas e vasculares, seja fazendo aplicações de silicone industrial para modificações do contorno corporal, o que foi apontado como “uma prática que deve ser totalmente contraindicada para finalidades estéticas, visto que as complicações podem ser graves e de difícil tratamento” (MELLO et al., 2013).

O laudo elaborado pela equipe multidisciplinar é o instrumento máximo dos “guardiões das normas de gênero”, que para atestar se o indivíduo é um “verdadeiro transexual”, parte do pressuposto de que existiria uma identidade transexual universal, que cumpre exatamente com os pressupostos que foram estabelecidos por pessoas que certamente, não vivenciam a transexualidade, que através do discurso médico e científico, reforçam a norma binária dos gêneros.

Portanto, mesmo que reconheçamos que há um evidente benefício na existência de serviços de saúde que acolham o sofrimento das pessoas Transexuais, ainda é necessário que se problematize a exigência do diagnóstico psiquiátrico como condição de acesso serviços de saúde, tomando-se necessário questionar a noção de “transexual verdadeiro”, que é fortemente veiculada nos manuais diagnósticos, e que “acaba por conceber um comportamento fixo, rígido, adequado às normas de feminilidade ou de masculinidade”. (ARÁN, MURTA, 2009:24).

Pude também perceber que em meio a esse “campo de disputas” e através da atuação de movimentos sociais, foram criados protocolos alternativos em diversos países que reconhecem a condição de sujeito

das pessoas Trans, e assim, conferem protagonismo a esses sujeitos (BENTO, PELUCIO, 2012:577). Porém, estes protocolos alternativos não vieram a adquirir a mesma legitimidade dos protocolos que são cotidianamente aplicados nos centros de saúde que atendem as pessoas Trans, que continuam a se orientar pelo viés patologizado das identidades, o que me fez questionar como seria então possível construir políticas públicas que contemplem as necessidades trans-específicas e que não intervenham no exercício da autodeterminação dos indivíduos Trans.

Então, através da leitura dos documentos oficiais que regulamentam o atendimento à população Trans e LGBTQI é possível perceber que a noção de Saúde Integral deve promover uma abertura para a atenção das pessoas com vivências Trans, uma vez que, ao escapar da lógica de atenção que atrela a demanda por assistência à necessidade de confirmação diagnóstica, escapa também da descrição patológica de “transexualismo”. O reconhecimento por parte dos profissionais de saúde, de que a/o usuária/o está inserido em um contexto social mais abrangente e que existem grandes diferenças entre as maneiras de constituir os corpos e as identidades, torna-se indispensável a individualização do cuidado de saúde, ponto crucial para a concretização da Integralidade. Ter como foco principal as necessidades de atenção mais amplas, não se reduzindo ao diagnóstico, ao laudo ou a cirurgia, possibilita não só uma atenção sanitária que contemple a multiplicidade das experiências transexuais, mas também a inclusão de outros segmentos que apresentam necessidades semelhantes, como as travestis ou outros indivíduos Trans. E assim, por não restringir a meta terapêutica apenas ao procedimento cirúrgico e reconhecer que existem múltiplas possibilidades de se vivenciar os gêneros, foge-se também de todo o rigoroso protocolo de acesso ao “tratamento”, percebendo que tanto os sujeitos que desejam realizar algumas alterações corporais quanto os que desejam migrar legalmente de um gênero que lhes foi imposto para outro com o qual se identificam, são sujeitos autônomos e capazes decidir por estas intervenções sem uma tutela médico-legal. Portanto, reconhece-se que não há nada que justifique o embasamento do protocolo de acesso à mudanças corporais em um diagnóstico de doença mental.

Assim, percebo que contexto brasileiro, a luta pela despatologização das identidades Trans que visa também à garantia de

atenção das necessidades de saúde Trans específicas, deve se apoiar na definição da Política de Saúde Integral com base nos princípios do SUS, que permite um alargamento na noção de Saúde que não mais é limitada a uma condição de ausência de doença. E assim, reconhecendo que existem condições de sofrimento tanto psíquico, quanto corporal, não se patologize esse sofrimento, tornando-o imprescindível para o acesso aos serviços de saúde. O princípio de integralidade, ao levar em conta as especificidades de cada sujeito, como abordado acima, reforça a premissa de que nem todos demandam os mesmos tipos de cuidado e assim, pautar o atendimento das pessoas que transitam entre os gêneros na noção de “transexual verdadeiro” e na realização da Cirurgia de Redesignação Sexual, é fixar rigidamente as vivências de feminilidade e masculinidade às normas binárias de gênero que tem sua inteligibilidade alicerçada nos corpos sexuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Guilherme. 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades?. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, vol.20, n. 2, Ago. 2012, p.513-523. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200012&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 29 jul. 2014.

_____; MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sex., Salud Soc**, Rio de Janeiro, n. 14, p.380-407, Ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872013000200017&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 jul. 2014.

AMARAL, Leda Ferreira. **Disputas acerca do conceito de “privilegio” em discussões sobre privilegio cisgênero.** Disponível em: <http://transfeminismo.com/2014/01/31/disputas-acerca-do-conceito-de-privilegio-em-discussoes-sobre-privilegio-cisgenero/> Acesso em 31 Maio 2014.

APA, American Psychiatric Association (2013a). **DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013. Disponível em: <http://dsm.psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=556§ionid=41101780> Acesso em: 04 Ago. 2014.

_____. (2013b). **American Psychiatric Association Releases DSM-5.** Publication of diagnostic manual culminates 14-year development process, May 17, 2013. Disponível em: <http://www.psychiatry.org/File%20Library/Advocacy%20and%20Newsroom/Press%20Releases/2013%20Releases/13-31-DSM-5-Publication-News-Release.pdf> Acesso em: 04 Ago. 2014.

_____. (2013c). **Gender Dysphoria, 2013.** [DSM-5 Fact Sheet]. Disponível em: <http://www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/DSM/DSM-5/DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf>

Acesso em: 04 Ago. 2014.

_____. (2013d). **Paraphilic Disorders** [DSM-5 Fact Sheet]. Disponível em: <http://www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/DSM/DSM-5/DSM-5-Paraphilic-Disorders.pdf> Acesso em: 04 Ago. 2014.

ARÁN, Márcia. A transexualidade e a gramática normativa do sistema *sexo-gênero*. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. IX n. 1, Jan/jun 2006. 49-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v9n1/a04v9n1.pdf> Acesso em: 04 Ago. 2014.

_____; Z Aidhaft, Sérgio; Murta, Daniela. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, Abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

_____; Murta, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

_____; Murta, Daniela; Lionco, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

_____. **Novos diretos e visibilidades para os Homens Trans no Brasil**. 2010. Disponível em: <http://www.clam.org.br/publique/media/Aran.pdf> Acessado em: 04 Ago. 2014.

ARAÚJO, Thália V. Barreto de, Aquino, Estela M. L. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003.

ARRUDA, Enoghalliton de Abreu. Integralidade: Realidade ou Utopia? **Omnes Humanitate** Vol. 02, nº 05, 2012. Disponível em: <http://revistadaesab.com/?p=370> Último acesso em 09/01/14.

ATHAYDE, Amanda V. Luna de. Transexualismo masculino. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 45, n. 4, Ago. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

BARBOZA, Heloisa Helena. Proteção da autonomia reprodutiva dos transexuais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20,n. 2,Ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

BASSETTE, Fernanda, SUS reduz de 21 para 18 anos idade para troca de sexo. **O Estado de S.Paulo** 21 de abril de 2013. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,sus-reduz-de-21-para-18-anos-idade-para-troca-de-sexo,1023836,0.htm> Último acesso em 10/01/14.

BENTO, Berenice. **O que é transexualidade?** São Paulo: Brasiliense, 2008. (Primeiros Passos).

_____. **Gênero**: uma categoria cultural ou diagnóstica? In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Souza; PISANESCHI, Tatiane Crenn. **Transexualidade, travestilidade e direito à saúde**. São Paulo: Oficina Editorial, 2010. p. 167-188.
Disponível em: <http://www.ccr.org.br/uploads/ciclododebates/volume_3_Transexualidade_travestilidade_e_direito_a_saude.pdf>. Acesso em: 26 Maio 2013.

_____. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 19,n. 2, Ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

026X2011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Ago. 2014.

_____. (2012a) A campanha internacional de ação pela despatologização das identidades trans: entrevista com o ativista Amets Suess. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, Ago. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200008&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 29 jul. 2014.

_____. (2012b) Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, Out. 2012 . Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001000015&script=sci_arttext . Acesso em: 29 jul. 2014.

_____; PELUCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, Ago. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200017&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 29 jul. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso em 07/01/2014.

_____. **Lei nº 8.080** de 19 de Setembro de 1990 Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 20 de Setembro de 1990. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109386/lei-8080-90#art-24> Acessado em: 04 Ago. 2014.

_____. Presidência da República. **Lei n. 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Brasília, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm . Acesso em: 10

Set. 2011.

_____. (2004a) Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia**: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília, DF:Ministério da Saúde, 2004.

_____. (2004b) Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.227/GM**, de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico Saúde para a formulação de proposta da Política Nacional de saúde da população gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 de outubro de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 426/GM, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 mar. 2005. Seção I, p. 22.

_____. (2008a) Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.707/GM**, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de agosto de 2008.

_____. (2008b) Ministério da Saúde. **Portaria nº 457/08/SAS**
Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html Acessado em: 04 Ago. 2014.

_____. (2011a). Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuario_s_Saude_site.pdf> Acesso em: 29 jul. 2014.

_____. (2011b). Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.836/11/GM**, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/39/Documentos/portaria_2836.pdf Acesso em: 29 jul. 2014.

_____. (2013a). Ministério da Saúde. **Portaria nº 859/GM**, de 30 de Julho de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <<http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/119972-859.html>> Acesso em: 29 Jul. 2014.

_____. (2013b) Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.579/GM**, de 31 de Julho de 2013. Suspende os efeitos da Portaria nº 859/SAS/MS de 30 de julho de 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1579_31_07_2013.html Acesso em; 04 Jul. 2014.

_____. (2013c) Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803/GM**, de 19 de Novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; Brasília, DF, 31 jul. 2013. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=11299&tipo=PORTARIA&orgao=Secretaria%20de%20Assist%EAncia/Aten%E7%E3o%20E0%20Sa%FAde/Minist%E9rio%20da%20Sa%FAde&numero=859&situacao=SUSPENSO%28S%29%20EFEITO%28S%29&data=30-07-2013&vide=sim> Acessado em: 04 Jun. 2014.

BOURDIEU, Pierre. Introdução a uma Sociologia Reflexiva. In: **O Poder Simbólico**. Tradução Fernando Tomaz, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. p. 17-58.

BUTLER, Judith. Desdiagnosticando o gênero. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

CABRAL, Mauro. **Questões conceituais sobre diversidade corporal e os de**

safios que o tema coloca para os direitos humanos. 20 dez 2012. Disponível em: <<http://www.transexualidade.com.br/2012/12/20/questoes-conceituais-sobre-diversidade-corporal-e-os-desafios-que-o-tema-coloca-para-os-direitos-humanos/>>.

Acesso em: 25 Maio 2013.

CARTA ABERTA Transfeminismo Fazendo Gênero. 24 de Set. 2013.

Disponível em <http://transfeminismo.com/2013/09/24/carta-aberta-transfeminismo-fazendo-genero/>

CASTEL, Pierre-Henri. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do "fenômeno transexual" (1910-1995). **Rev. bras. Hist.**, São Paulo , v. 21, n. 41, 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882001000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

CENTRO Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. **Faces da Despatologização.** 04 Nov. 2010. Disponível em: <http://www.clam.org.br/noticias-clam/conteudo.asp?cod=7445> Acesso em: 25 Maio 2013

COLLUCCI, Cláudia Transexualismo deve sair da lista de doenças mentais. Folha de São Paulo. 01 Dez. 2013. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2013/12/1378921-transexualismo-deve-sair-da-lista-de-doencas-mentais.shtml> Acesso em; 04 Ago. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Resolução 1.482**, 1997. Dispõe sobre o procedimento de transgenitalização e demais intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários. Diário Oficial da União Poder Executivo, Brasília, 19 Setembro 1997. Disponível em:

http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482_1997.htm.
Acesso em: 11 Jun. 2013

_____, **Resolução 1.652**, de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº1.482/97. Diário Oficial da União Poder Executivo, Brasília, Seção I, p.80/81 de n. 232, 2 dez 2002. Disponível em:

<

http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm>
Acesso em: 11/06/2013.

_____. **Processo-Consulta CFM Nº 8.883/09 – Parecer CFM Nº 20/10**. Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2010/20_2010.htm
Acesso em: 04/08/2014.

_____. (2010b) **Resolução nº 1955** de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº1.652/2002. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, seção I, p. 109/110, 3 de set. de 2010. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm
>. Acesso em:
05 maio 2010.

_____. **Parecer nº 8/2013** Terapia hormonal para adolescentes transtiveris e transexuais Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2013/8_2013.pdf
Acessado em: 04 Ago. 2014.

DRESCHER, J, COHEN-KETTENIS, P, WINTER, S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. **International Review of Psychiatry**, v. 24, n. 6, Dez. 2012. p.568-577. Disponível em: < http://atme-ev.de/download/psychoszuICD11_kommentiert.pdf>
Acesso em: 04 Ago. 2014.

_____. Controversies in Gender Diagnoses. **LGBT Health** v.1, n.1. 2014. p.9-13.
<http://online.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/lgbt.2013.1500>
Acessado em 04 Ago. 2014.

FRANCO, Talita et al . Transgenitalização masculino / feminino: experiência do Hospital Universitário da UFRJ. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 6, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912010000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

FACCHINI, Regina. **Sopa de letrinhas?: movimento homossexual e produção de Identidades coletivas nos anos 1990**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1232/facchini-regina.pdf?sequence=1>>. Acesso em 19/05/2013.

FERRAZ, Dulce, KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP** v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/166/215>> Acesso em: 29 jul. 2014.

G1 Minas Gerais. **Ex-patricinha escolhe visual masculino como identidade em MG**. 23/08/2013 Disponível em: <http://g1.globo.com/minas-gerais/noticia/2013/08/ex-patricinha-escolhe-visual-masculino-como-identidade-em-mg.html> Acessado em: 22 jul. 14

GREGORI, Maria Filomena. 2000. **Viração**. São Paulo: Companhia das Letras.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre Identidade de Gênero: Conceitos e Termos**. 1. ed. Goiânia: Ser-Tão - Núcleo de estudos e pesquisas em gênero e sexualidade / UFG, 2012. v. 1. 42p. Disponível em:

<http://www.sertao.ufg.br/uploads/16/original_ORIENTA%C3%87%C3%95ES_SOBRE_IDENTIDADE_DE_G%C3%8ANERO__CONCEITOS_E_TERMOS_-_2%C2%AA_Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf?1355331649> Acesso em: 11/06/2013.

JUNO. **Nota de repúdio a Eli Vieira, ou Observações sobre não-binariedade e o biopoder, ou Coisas que não gostaríamos de ter que fazer.** 29 de setembro de 2013. Disponível em: <<http://naobinario.wordpress.com/2013/09/29/nota-de-repudio-a-eli-vieira-ou-observacoes-sobre-nao-binariedade-e-o-biopoder-ou-coisas-que-nao-gostaríamos-de-ter-que-fazer/>>. Último acesso em: 30 set. 2013.

KOYAMA, Emi. **Cissexual/Cisgender: decentralizing the dominant group.** Disponível em: <http://www.eminism.org/interchange/2002/20020607-wmstl.html>, 2002. Acesso em: 29/05/2014

LARA, Lucia Alves da Silva, ABDO, Carmita Helena Najar, ROMÃO, Adriana Peterson M Salata. **Transtornos da identidade de gênero: o que o ginecologista precisa saber sobre transexualismo.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Jun 2013, vol.35, no.6, p.239-242. ISSN 0100-7203

LAQUEUR, Thomas. 2001. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 374 p.

LEITE JUNIOR, Jorge. Transitar para onde?: monstrosidade, (des)patologização, (in)segurança social e identidades transgêneras. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, Ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

_____. **Nossos corpos também mudam": sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico.** 2008 Tese (doutorado em Ciências Sociais). PUC-SP. São Paulo, 2008

LENHARO, Mariana. Nova regra para mudança de sexo no SUS contempla transexual masculino. **G1**, São Paulo **21/11/2013**. Disponível em <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/11/nova-regra-para-mudanca-de-sexo-no-sus-contempla-transexual-masculino.html>. Acesso em 15 Jan. 2014.

LIONCO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saude soc.**, São Paulo , v. 17, n. 2, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

_____. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

MATTOS, Ruben araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.39-64.
http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf

MICAH. Reader ramblings: explaining genderqueer to those who are not. 17 de abril de 2013. Disponível em: <<http://neutrois.me/2013/04/17/explaining-genderqueer-to-those-who-are-not/>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

MELLO, Daniel Francisco et al . Complicações locais após a injeção de silicone líquido industrial: série de casos. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, Fev. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912013000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

MELLO, Luiz et al . Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 9, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

MULLER, Magnor Ido; KNAUTH, Daniela Riva. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado!'. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 2, Jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512008000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

MURTA, Daniela. A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde 2007 dissertação (mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007

NATIONAL Center for Transgender Equality. Transgender Terminology. Washington, DC Maio 2009. Disponível em: <http://transequality.org/Resources/NCTE_TransTerminology.pdf > Acesso em: 29 jul. 2014.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2013a). ICD-11 Revision Timelines. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/timeline/en/index.html> Acessado em: 05 Ago. 2014.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2013b). ICD-11 Beta Draft. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en> Acessado em: 05 Ago. 2014.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2013c). Field Tests. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/fieldtests/en/index.html>

Acessado em: 05 Ago. 2014.

PELÚCIO, Larissa. Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. *Saude soc.*, Mar 2011, vol.20, no.1, p.76-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100010 Acessado em 04 Ago. 2014.

_____. Na noite nem todos os gatos são pardos: notas sobre a prostituição travesti. *Cad. Pagu*, Dez 2005, no.25, p.217-248. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332005000200009&script=sci_arttext Acessado em 04 Ago. 2014.

PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes, RODRIGUES, Vanda Palmarella, NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Sentidos da Integralidade do Cuidado na Saúde Da Família. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4):622-7.

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. Van, **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa, Gradiva, 1992. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/37937019/Quivy-e-Campenhoudt-Manual-de-Investigacao-em-Ciencias-Sociais>. Acesso em: 27 jul. 2014

ROMANO, Valéria Ferreira. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saude soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, Jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jul. 2014.

RUBIN, G. **Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality**. In: ABELOVE, H., BARALE, M., HALPERIN, D. (eds.). *The lesbian and gay studies reader*. New York: Routledge, 1984. [Tradução Pedagógica disponível em: <http://www.miriamgrossi.cfh.prof.ufsc.br/pdf/gaylerubin.pdf>].

SAMPAIO, Liliana Lopes Pedral; COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 42, Set. 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

STP, Campaha Internacional Stop Trans Pathologization. **Manifesto**. (s.n.t) Disponível em: < <http://stp2012.info/old/pt/manifesto>> Acesso em 05 Ago. 2014.

_____. **Reflexiones sobre el proceso de revisión del DSM y de la CIE desde una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos**. 2012. Disponível em: http://www.stp2012.info/STP2012_Reflexiones_CIE.pdf Acesso em: 05 Ago. 2014.

_____. (2013a) **Desarrollos recientes relacionados con el proceso de revisión del DSM y de la CIE**. 2013. Disponível em: http://www.stp2012.info/STP_Comunicado_DSM_CIE.pdf Acesso em: 05 Ago. 2014.

_____. (2013b) **Reflexiones de STP sobre el proceso de revisión de la CIE y la publicación del DSM-5**. Disponível em: <http://www.stp2012.info/Comunicado_STP_agosto2013.pdf> Acesso em: 04 Ago. 2014.

SUS oferece processo transexualizador. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idxt=34017&janela=1>. Acesso em: 03/05/13.

VALENTE, Jonas. Programas humorísticos entram na mira do Ministério Público. Carta Maior 17/03/2006 – Copyleft. Disponível em: <http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Direitos-Humanos/Programas-humoristicos-entram-na-mira-do-Ministerio-Publico/5/9255>

VENTURA, Miriam; SCHRAMM, Fermin Roland. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2014.

XAVIER, Nilson. Relembre os travestis e transexuais das novelas. 22 fev 2012. Disponível em: <http://nilsonxavier.blogosfera.uol.com.br/2012/02/22/relembre-os-travestis-e-transexuais-das-novelas/>

Fontes *Online*

<http://www.stp2012.info/old/pt>.

<http://stop2012.wordpress.com/>

<http://neutrois.me/2013/04/17/explaining-genderqueer-to-those-who-are-not/>

http://transequality.org/Resources/NCTE_TransTerminology.pdf

<http://www.scielo.org/php/level.php?lang=pt&component=56&item=2>

http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_pareceres&Itemid=37

<http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=6254&sid=21>

GLOSSÁRIO¹

Assexual/Assexuado: Pessoa que não sente atração sexual por pessoas de nenhum gênero.

Bissexual: Pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de qualquer gênero.

Binária: A binária de gênero é a norma social de que todas as pessoas são OU homens, OU mulheres; e de que isso é definido pelos genitais que possuem.

Binarismo: Binarismo é uma forma de opressão, das pessoas binárias sobre as não-binárias, onde exercem-se discursos opressivos e retira-se a sua autonomia. Binarismo também pode ser usado para se referir a noção de que todas as pessoas só podem ser ou homens, ou mulheres.

Cirurgia de Redesignação Sexual ou de transgenitalização: É o procedimento cirúrgico que altera o órgão genital de uma pessoa para criar uma neovagina ou um neofalo. É preferível ao termo “mudança de sexo

Cisgênero (cis): O prefixo “cis-” vem do latim e significa “deste lado”. Uma pessoa cisgênera - ou simplesmente “cis” - é aquela cujo gênero com o qual se identifica seria o mesmo que aquele que lhe foi designado pela autoridade médica no momento de seu nascimento. São as pessoas que não são Trans. Uma pessoa que ao nascer foi designado como mulher e que se percebe como mulher, é uma mulher cis. Segundo Emi Koyama (2002) o uso do prefixo “cis-” em oposição ao prefixo “trans-” para tratar das temáticas de gênero teria partido de pessoas ativistas Trans que buscavam “virar o jogo e definir as palavras utilizadas para descrever aqueles que não são transexuais ou transgêneros, ao invés de serem sempre definidos por eles”, numa tentativa de descentralizar o grupo dominante “expondo-o como apenas uma alternativa possível ao invés da "norma" contra o qual as pessoas trans são definidas”

¹ Esse Glossário foi elaborado majoritariamente com base no que é disponibilizado pelo *Blog Batatinhas: perspectiva trans* fora da binária* e no trabalho de Jaqueline Gomes de Jesus (2012) *Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião*, acrescentando contribuições de outras leituras.

(KOYAMA, 2002. Tradução livre minha).

Cisnormatividade: norma que determina que pênis = homem, vagina = mulher e que não existem opções para além disso, negando inteligibilidade para as vivências das pessoas Trans binárias e não-binárias e das pessoas intersexo, Trans ou cis.

Cissexismo: Cissexismo é um conjunto de noções que atribuem às pessoas trans* um *status* de menor valor do que o das pessoas cis. Essa opressão se dá normalmente de forma institucional. É permeada pelas noções de que o gênero se define pelo corpo, e de que existem apenas dois gêneros que são fixos; de que para ser uma mulher ou homem deve-se ser e agir de uma determinada forma, de que corpos trans* são abjetos.

Crossdresser: Pessoa que frequentemente se veste, usa acessórios e/ou se maquia diferentemente do que é socialmente estabelecido para o seu gênero, sem se identificar como travesti ou transexual.

Drag Queen/Drag King: (ou ainda Transformista): Artista que se veste, de maneira estereotipada, conforme o gênero masculino ou feminino, para fins artísticos ou de entretenimento. A sua personagem não tem relação com sua identidade de gênero ou orientação sexual.

Disforia de Gênero: se caracteriza por angústia e aflição atribuída à experiência subjetiva do desconforto persistente com o gênero de nascimento. Atualmente o DSM aboliu a categoria “transtorno de Identidade de gênero” e a substituiu por Disforia de Gênero.

Expressão de gênero: Forma como a pessoa se apresenta, sua aparência e seu comportamento, de acordo com expectativas sociais de aparência e comportamento de um determinado gênero. Depende da cultura em que a pessoa vive.

Gênero Classificação pessoal e social das pessoas como homens ou mulheres. Orienta papéis e expressões de gênero. Independe do sexo.

Gênero *Queer* (*gender queer*): pessoas gênero *queer* são aquelas que sentem angústia ou desconforto ao colocar-se tanto no lado feminino, quanto do lado masculino; ou pessoas que sentem que pertencem a ambos os lados;

***Genderless*:** pessoas que se identificam como ‘sem gênero’. uma pessoa cujo gênero não é normativo, típico.

Heterossexual Pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero diferente daquele com o qual se identifica.

Heteronormatividade: seria a capacidade da heterossexualidade se apresentar como norma, como uma lei que regula e determina a impossibilidade de vida fora dos seus marcos. Determina que homens-masculinos-com penis devem se atrair afetivo-sexualmente por mulheres, e que mulheres-femininas-com vaginas devem se sentir atraídas por homens.

Homem transexual: Pessoa que foi assignada ao nascimento como mulher e que reivindica o reconhecimento social e legal como homem. Considero como equivalentes as categorias “homem trans”, “transhomem”, “transman”, “FTM” (*Female-to-Male*) ou “transexual masculino”.

Homossexual: Pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica.

Identidade de gênero: Gênero com o qual uma pessoa se identifica, que pode ou não concordar com o gênero que lhe foi atribuído quando de seu nascimento. Diferente da sexualidade da pessoa. Pessoas transexuais podem ser heterossexuais, lésbicas, gays ou bissexuais, tanto quanto as pessoas cisgênero.

Intersexo: uma pessoa intersexo é uma pessoa cujo corpo não cabe nos padrões típicos do que se considera ser um corpo de homem ou mulher. São diferenças nos órgãos sexuais internos, externos, cromossomos, hormônios, localização dos órgãos genitais (testículos que não desceram, pênis demasiado pequeno ou clitóris muito grande, final da

uretra deslocado da ponta do pênis, vagina ausente), coexistência de tecidos testiculares e de ovários. A intersexualidade se refere a um conjunto amplo de variações dos corpos tidos como masculinos e femininos, que engloba, conforme a denominação médica, hermafroditas verdadeiros e pseudo-hermafroditas. Há uma movimentação mundial de pessoas Intersexo na luta pela despatologização das identidades, mobilizando-se inclusive para que não sejam submetidas, após o parto, a cirurgias ditas “reparadoras”, que as mutilam e moldam órgãos genitais que não necessariamente concordam com suas identidades de gênero ou orientações sexuais.

Mulher transexual: Pessoa que foi assignado ao nascimento como homem e que reivindica o reconhecimento social e legal como mulher. Algumas também se denominam *transmulheres* ou *Male-to-Female* (MtF).

Não-binário: uma pessoa com gênero não binário é uma pessoa que não se percebe nem como masculina, nem como feminina, não se entendendo nem como homem, nem como mulher.

Nome social Nome pelo qual as travestis e pessoas transexuais se identificam e preferem ser identificadas, enquanto o seu registro civil não é adequado à sua identidade e expressão de gênero.

Orientação sexual: Atração afetivo-sexual por alguém. Está relacionada ao campo da sexualidade. Diferente do senso pessoal de pertencer a algum gênero.

Pansexual: Uma pessoa Pansexual se atrai afetivo-sexualmente independentemente da identidade de gênero da outra pessoa. Inclui, portanto, o afeto/desejo por pessoas que não se encaixam na binária de gênero macho/fêmea.

Papel de gênero Modo de agir em determinadas situações conforme o gênero atribuído, ensinado às pessoas desde o seu nascimento. Construção de diferenças entre homens e mulheres. É cunhado socialmente, e não biologicamente.

Passabilidade cis: Na literatura internacional, o termo *passing transgender* é utilizado para referir-se a uma capacidade pessoal de ser reconhecido/a como pertencente a um gênero que não é o mesmo que foi asignado no nascimento ao sujeito. Essa capacidade pessoal envolve tanto certa manipulação de alguns cuidados físicos característicos do gênero pretendido, quanto atributos de comportamento que sejam culturalmente associados a tal gênero

Processo Transexualizador: Processo pelo qual a pessoa transgênero passa, de forma geral, para que seu corpo adquira características físicas do gênero com o qual se identifica. Pode ou não incluir tratamento hormonal, procedimentos cirúrgicos variados (como mastectomia, para homens transexuais) e cirurgia de redesignação genital/sexual ou de transgenitalização.

Sexo: Classificação biológica das pessoas como machos ou fêmeas, baseada em características orgânicas como cromossomos, níveis hormonais, órgãos reprodutivos e genitais. Também deve ser percebido como construído cultural e historicamente

Trans ou Trans*: como aparecerá em algumas citações, é utilizado como um *umbrella term*, ou seja, como um “conceito guarda-chuva”, que agruparia debaixo dele qualquer pessoa cuja identidade, expressão ou comportamento de gênero seria diferente daquilo que é tipicamente associado com o sexo que foi determinado ao nascimento, como por exemplo, transexuais, travestis, *drag Queens/Kings*, *crossdressers*, andrógenos, a-gênero, *gender queer* não-binárias e qualquer interseção entre esses termos.

Transexual: Termo genérico que caracteriza a pessoa que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído quando de seu nascimento. Deve-se evitar utilizar o termo isoladamente, pois soa ofensivo para pessoas transexuais, pelo fato de essa ser uma de suas características, entre outras, e não a única. Sempre se refira à pessoa como **mulher** transexual ou como **homem** transexual, de acordo com o gênero com o qual ela se identifica.

Transfobia: Preconceito e/ou discriminação em função da identidade de gênero de pessoas transexuais ou travestis.

Transgênero: Conceito “guarda-chuva” que abrange o grupo diversificado de pessoas que não se identificam, em graus diferentes, com comportamentos e/ou papéis esperados do gênero que lhes foi determinado quando de seu nascimento.

Travesti: Pessoa que vivencia papéis de gênero feminino, mas muitas vezes não se reconhece nem como homem nem como mulher. Há algumas que reivindicam o pertencimento a um terceiro gênero ou então de um não-gênero. Deve-se sempre referir-se a ela sempre no feminino, o artigo “a” é a forma respeitosa de tratamento.