



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Ciências Sociais

Instituto de Ciências Sociais

Gabriela Siracusa Nascimento


**Porque ginecologia é pra mulher né?!: a experiência de homens trans no  
atendimento ginecológico**

Rio de Janeiro

2020

Gabriela Siracusa Nascimento

**Porque ginecologia é pra mulher né?!: a experiência de homens trans no atendimento ginecológico**



Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Waleska de Araujo Aureliano

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

N244 Nascimento, Gabriela Siracusa.  
Porque ginecologia é pra mulher né?!: a experiência de homens trans no atendimento ginecológico / Gabriela Siracusa Nascimento. – 2020.  
103 f.

Orientadora: Waleska de Araujo Aureliano.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Ciências Sociais.

1. Ciências Sociais – Teses. 2. Transexualidade – Teses. 3. Ginecologia – Teses. I. Aureliano, Waleska de Araujo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Ciências Sociais. III. Título.

es CDU 364::305.5

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

---

Assinatura

---

Data

Gabriela Siracusa Nascimento

**Porque ginecologia é pra mulher né?!: a experiência de homens trans no atendimento ginecológico**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 04 de maio de 2020.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Waleska de Araujo Aureliano (Orientadora)  
Instituto de Ciências Sociais – UERJ

---

Prof. Dr. Mario Felipe de Lima Carvalho  
Instituto de Psicologia – UERJ

---

Prof. Dr. Guilherme Silva de Almeida  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

## RESUMO

NASCIMENTO, Gabriela Siracusa. **Porque ginecologia é pra mulher né?! - a experiência de homens trans no atendimento ginecológico** 2020. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

A ginecologia foi concebida, no século XIX como uma ciência da mulher, servindo de justificativa -- apoiada na natureza -- para a diferença entre os homens e mulheres que fundamentaram e legitimaram papéis sociais pré determinados. Uma ciência que nasce marcada pelo binarismo de gênero se vê, agora, confrontada com um novo público: homens trans. O presente trabalho tem como objetivo compreender a experiência de homens trans e transmasculinos no atendimento ginecológico. Para isso foram feitas entrevistas semiestruturadas com o propósito de entender suas experiências e percepções sobre este campo da medicina. Isso envolveu: o acesso e frequência as consultas ginecológicas; o comportamento dos médicos; possíveis violências e discriminações sofridas durante atendimento; possíveis problemas causados pela falta do serviço médico; estratégias alçadas para lidar com dificuldades no atendimento e/ou sua ausência e os motivos de aceitação ou recusa em buscar a ginecologia. A análise dos relatos revelou um profundo despreparo dos médicos no atendimento das demandas de homens trans com o desconhecimento da identidade trans, o que teve impacto direto nas condutas e protocolos seguidos; a recusa de prescrição de certos tratamentos, além de episódios de discriminação e desrespeito ao nome social. Em muitos casos, a prática do cuidado em saúde foi cisheteronormativa, isto é, baseada na presunção de que todos os assistidos são cisgênero e heterossexuais. Isso tem como consequência as cenas de discriminação e o afastamento das pessoas trans dos espaços institucionais de cuidado. A vivência dos homens trans com a ginecologia envolve uma persistente explicação de sua identidade de gênero, sexualidade e, até mesmo, a respeito da hormonização e seus efeitos adversos. O embate entre a ginecologia e a transmasculinidade propicia o questionamento sobre as fronteiras entre sexo e gênero e, em última análise, o binômio natureza x cultura. Além disso, esse encontro abre caminhos e possibilidades para uma reestruturação da ginecologia, incluindo as demandas e anseios dos homens trans, e da própria medicina que poderá ser menos cisheteronormativa.

Palavras-chave: Transmasculinidade. Ginecologia. Saúde Trans.

## ABSTRACT

NASCIMENTO, Gabriela Siracusa. **Because gynecology is for women, isn't it ?!** - the experience of trans men in gynecological care .2020. 103 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Gynecology was conceived in the 19th century as a science of women, serving as a justification - supported by nature - for the difference between men and women who founded and legitimized predetermined social roles. A science that is born marked by gender binarism is now confronted with a new audience: trans men. The present work aims to understand the experience of: trans men and other trans-masculines in gynecological care. For this, semi-structured interviews were carried out with the purpose of understanding their experiences and perceptions about this field of medicine. This involved: access and frequency of gynecological consultations; the behavior of doctors; possible violence and discrimination suffered during care; possible problems caused by the lack of medical service; strategies taken to deal with difficulties in attendance and / or their absence and the reasons for acceptance or refusal to seek gynecology. The analysis of the reports revealed a profound unpreparedness of doctors in meeting the demands of trans men with a lack of knowledge of trans identity, which had a direct impact on the conduct and protocols followed; the refusal to prescribe certain treatments, in addition to episodes of discrimination and disrespect to the social name. In many cases, the practice of health care was cisheteronormative, that is, based on the assumption that all those assisted are cisgender and heterosexual. This results in scenes of discrimination and the removal of transgender people from institutional care spaces. The experience of trans men with gynecology involves a persistent explanation of their gender identity, sexuality and, even, about hormonization and its adverse effects. The clash between gynecology and transmasculinity promotes questioning boundaries between sex and gender and, ultimately, the binomial nature x culture. In addition, this meeting opens paths and possibilities for a restructuring of gynecology, including the demands and desires of trans men, and medicine itself, which may be less cisheteronormative.

Key words: Transmasculinity. Gynecology. Transgender Health.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	6
1	<b>DO “TRANSEXUALISMO” A TRANSEXUALIDADE. A HISTÓRIA DE UM CONCEITO E SUAS DISPUTAS</b> .....	14
1.1	<b>Origem do “transexualismo”</b> .....	14
1.2	<b>Institucionalização da patologização</b> .....	21
1.3	<b>Disputas identitárias</b> .....	28
1.3.1	<u>Transexualidade x travestilidade</u> .....	28
1.3.2	<u>Transexualidade</u> .....	33
2	<b>SAÚDE E COMUNIDADE TRANS</b> .....	39
2.1	<b>Políticas públicas para LGBTs</b> .....	39
2.2	<b>Saúde e comunidade trans</b> .....	41
2.2.1	<u>Políticas públicas de saúde</u> .....	41
2.2.2	<u>Processo Transexualizador</u> .....	48
2.3	<b>Demandas e barreiras no acesso à saúde</b> .....	57
2.4	<b>Saúde de homens trans</b> .....	59
2.5	<b>Ginecologia</b> .....	63
2.5.1	<u>Ginecologia e Homens Trans</u> .....	65
3	<b>EXPERIÊNCIAS TRANS COM A MEDICINA CISGÊNERA: O CASO DA GINECOLOGIA</b> .....	70
3.1	<b>“Eu não estava mais suportando ter uma vida que não era minha” - Narrativas de construção de si</b> .....	73
3.2	<b>“Um nome pra te batizar”- Retificação de nome e sexo.</b> .....	80
3.3	<b>O acesso à saúde e os encontros médicos</b> .....	81
3.3.1	<u>“Primeiro eu tenho que explicar o que eu sou, ‘pra’ depois a pessoa me atender”: O despreparo médico</u> .....	83
3.3.2	<u>“Não, eu não vou te receitar porque o seu corpo não pode ter isso” - Discriminação no atendimento médico</u> .....	85
3.4	<b>“Eu vou me sentir desconfortável porque eu sou um homem indo ao ginecologista” - Experiências no atendimento ginecológico</b> .....	87
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	95
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	97
	<b>APÊNDICE – Roteiro das entrevistas</b> .....	103

## INTRODUÇÃO

A partir da abertura democrática no final dos anos 1980, a sociedade brasileira observou o aumento de discussões sobre temas antes marginalizados ou abordados de forma discriminatória. Questões relativas à gênero, sexualidade e racismo, por exemplo, afloraram e se tornaram alvo de debates cotidianos, adentrando de forma expressiva a publicidade e o campo do entretenimento. Essa mudança é fruto de ações dos grupos minoritários que agora conseguem ocupar novos espaços, trazendo suas demandas para a arena pública e provocando algumas alterações no modo como a sociedade os trata.

A transexualidade é um desses temas que ganha visibilidade e que passa a ser pensada de outra forma. Além das áreas de entretenimento e publicidade, sua expansão ocorreu também na literatura, sobretudo com autobiografias, e no campo acadêmico (MOIRA et al., 2017; LESSA, 2014; NERY, 2011; TEIXEIRA, 2009; LANZ, 2014). A partir de 2010 houve um crescimento no número de teses e dissertações realizadas no país sobre a temática, demonstrando a conexão entre os acontecimentos sociais e a produção de conhecimento (AMARAL et al., 2014)

Apesar desses avanços, verifica-se um recrudescimento do conservadorismo e do fundamentalismo religioso, revelando uma ampliação da esfera religiosa no âmbito político que, com relação ao gênero e a sexualidade, se expressa na criação de um pânico moral (COHEN, 1972) e da “ideologia de gênero” (MISKOLCI; CAMPANA, 2017). Um dos grupos minoritários mais afetados nesse cenário são transexuais e travestis, dado seu nível de exclusão no mercado de trabalho e nos sistemas de ensino, bem como o alto índice de homicídio de pessoas desse grupo.

Para autores como Richard Miskolci e Maximiliano Campana (2017), este recrudescimento, através da “ideologia de gênero”, é uma resposta da Igreja Católica às reivindicações feministas e aos avanços conquistados no âmbito de direitos sexuais e reprodutivos, incompatíveis com as bases desta tradição religiosa: definição rígida e hierarquizada dos papéis sexuais e controle da sexualidade visando apenas a reprodução.

Os movimentos feministas e pelos direitos sexuais questionam a ordem sexual por ser patriarcal, cristalizando as mulheres como mães, e, ao mesmo tempo, heteronormativa por classificar como pecaminoso o ato sexual entre parceiros do mesmo sexo, características que reduzem a sexualidade à reprodução. Assim, esses movimentos buscam um alargamento da sexualidade a partir das discussões sobre aborto, masturbação e métodos contraceptivos. A



reprodução ganha independência frente à sexualidade e esta passa a se respaldar em outros aspectos como autonomia, prazer, diversidade, liberdade etc. (VAGGIONE, 2012)

Outro ponto que gera essa ofensiva da Igreja Católica contra as questões de gênero e sexualidade é a crítica à interferência de preceitos religiosos no Estado. Ao exigirem o direito ao aborto seguro, à educação sexual, a métodos contraceptivos, o reconhecimento a identidade de gênero e do casamento entre pessoas do mesmo sexo, os movimentos feministas e pelos direitos sexuais e reprodutivos evidenciam a forte influência da Igreja na elaboração de leis e políticas públicas sobre as questões de gênero e, em última análise, a fragilidade do Estado laico. (VAGGIONE, 2012)

As origens da “ideologia de gênero” remontam, segundo os autores, a meados da década de 1990, período de uma série de conferências internacionais sobre os direitos das mulheres como, por exemplo, a Conferência Mundial de Beijing sobre a Mulher. A inovação desta foi tratar as questões das mulheres, como a desigualdade e seu papel na sociedade, em termos de gênero. Além disso, tinha como objetivo alçar a sexualidade ao patamar de direitos humanos. Foi contra essa desessencialização da natureza que a Igreja Católica se rebelou.

A partir de então, a contraofensiva católica (e posteriormente de todo o conservadorismo religioso) seria o combate a essa “perspectiva de gênero”. Para isso, começou a atacar, afirmando que na verdade não era mais do que uma ferramenta ideológica de dominação e, assim, a desarticular, desconfigurar e reprovar as ideias e mensagens feministas. Esses setores começaram a definir a “ideologia de gênero” como “um sistema de pensamento fechado” a defender que as diferenças entre o homem e a mulher não correspondem a uma natureza fixa, senão que são construções culturais e convencionais, feitas segundo os papéis e estereótipos que cada sociedade designa aos sexos (Scala, 2010). E como ideologia, as equipara aos diversos totalitarismos, incluindo o nazismo e o comunismo (MISKOLCI; CAMPANA, 2017, p.727).

Ao mesmo tempo, com a redemocratização, a Igreja Católica se afastou de setores mais progressistas da sociedade e se aproximou dos mais conservadores, nomeando para os altos cargos da instituição aqueles que assumissem tal perspectiva (MISKOLCI; CAMPANA, 2017).

Atualmente, além da Igreja Católica, outros grupos participam da investida contra a “ideologia de gênero” como organizações pró-vida<sup>1</sup> e evangélicos. No Brasil, tal ofensiva se intensifica a partir da década de 2010 quando se inicia o reconhecimento de alguns direitos civis à população LGBT como, por exemplo, a união entre pessoas do mesmo sexo (MISKOLCI; CAMPANA, 2017).

---

<sup>1</sup> Grupos conservadores organizados em torno da defesa da vida desde sua concepção. Apresentam-se ora como instituições religiosas ora como seculares, embora não se desvinculem da moral religiosa. Cf. Morán Faúndes, 2011.

[...] Se nos anos 60, 70 o apelo aos fiéis comprometidos com a realidade teve o peso ideológico de os mobilizar contra a pobreza, nas últimas duas décadas os documentos convocam a resistir de várias maneiras aos direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando a legalização do direito ao aborto e do reconhecimento de direitos a casais do mesmo sexo (VAGGIONE, 2012, p 68, tradução nossa)

Consoante a isto, Manuel Rondón (2017) afirma que a concepção de “ideologia de gênero” é empregada para retratar aquilo que ameaça uma “ordem natural” porque, segundo representantes da Igreja Católica, usar a categoria de gênero, como algo construído, implica atribuir muita autonomia aos indivíduos em autodeterminar-se, destituindo deus da competência de criar a natureza humana.

Juan Marco Vaggione (2012), analisando documentos da Congregação para a Doutrina da Fé e do Pontifício Conselho para a Família, observa esse mesmo discurso de ataque à natureza, no uso do termo “ideologia de gênero”. Este simboliza uma inversão de valores, já que prima pelo cultural e não pelo natural, e uma ameaça à família.

Manuel Rondón (2017) também reforça a estratégia da Igreja Católica em associar gênero e ideologia. Para tanto, cita uma entrevista do Papa Francisco na qual o mesmo argumenta que os ideólogos de gênero fazem uma “colonização ideológica”, tal qual a propaganda nazista em meados do século passado. Neste sentido, a “ideologia de gênero” é caracterizada como um risco para a religião e a família e, conseqüentemente, para projetos de nação e cidadania.

Ao analisar o contexto colombiano, Manuel Rondón (2017) salienta que a “ideologia de gênero” também foi acionada após conquistas de direitos por mulheres e LGBTs como, por exemplo, a descriminalização parcial do aborto e a legitimidade do casamento entre pessoas do mesmo sexo.

Essa atuação da Igreja Católica representa uma inovação com relação ao padrão de intervenção política da Igreja. Não se trata apenas de uma contestação de ordem moral, mas também uma reivindicação de participação social como ator da sociedade civil, tendo seus posicionamentos legitimados como qualquer outro agente, inclusive os seculares. Nesse sentido, ela reforçou o uso de uma tática que consiste em validar seus argumentos por uma aproximação com o secular e não somente com o religioso, recorrendo, principalmente, a pesquisas científicas. Esse processo ficou conhecido como secularismo estratégico (VAGGIONE, 2012)

Manuel Rondón (2017) sinaliza que os avanços conquistados no âmbito do gênero e da sexualidade provocaram uma junção de ativismos conservadores, seculares e religiosos, católicos e evangélicos. Esta articulação também se traduz na criação de um pânico moral.

Richard Miskolci (2007) demonstra como esse medo coletivo atua como uma forma de controle social, restando as mudanças sociais. Concomitantemente, conforma os grupos afetados e sua atuação política.

Cohen *apud* Miskolci (2007) define pânico moral como reações da sociedade frente a desvios da norma, que são considerados perigosos para à mesma. Igualmente à “ideologia de gênero”, o pânico moral também opera a partir da lógica da ameaça a um ordenamento social estabelecido. Esta ameaça produz um controle social maior sobre os indivíduos e/ou suas práticas entendidas como desviantes.

Richard Miskolci (2007) aponta que os pânicos morais não são novos, mas que têm uma maior incidência na contemporaneidade visto que, atualmente, a moral não se circunscreve apenas ao campo religioso e seus limites estão em constante redefinição. Outra explicação para essa maior incidência diz respeito às frequentes mudanças e às reações provocadas por elas: retorno e/ou enaltecimento de valores antigos e não alteração nas instituições tradicionais.

A mídia desempenha um papel importante na ampliação de pânicos morais uma vez que ela “[...] amplia uma preocupação de forma a transformá-la em um assunto de interesse amplo e, muitas vezes, exagerado.” (MISKOLCI, 2007, p.116)

Essa dissertação se insere nesse contexto de recrudescimento do conservadorismo religioso, atrelado às mudanças sociais e políticas pelas quais o país vem passando nos últimos anos nos quais avanços na conquista de direitos para população LGBT são confrontados com a emergência combativa do discurso da “ideologia de gênero”. Meu foco, nesse cenário, foi o universo das pessoas trans, tendo em vista que esse grupo é um dos quais mais frontalmente atinge a retórica essencialista do gênero operada por esse ativismo conservador.

Dentro desse universo da pessoa trans, investiguei a transexualidade em sua relação com uma especialidade médica, a ginecologia. A intenção foi compreender a experiência de homens trans e transmasculinos no atendimento ginecológico, uma vez que este ramo da medicina foi construído como uma ciência feminina (ROHDEN, 2001), da mulher cisgênero<sup>2</sup>, e refletir sobre as consequências de uma saúde generificada e binária para os homens trans e transmasculinos. Além disso, a pesquisa também analisou, através dos relatos de experiência, como é feito o atendimento médico de homens trans e transmasculinos. A princípio, apenas a cidade do Rio de Janeiro seria considerada, mas foi necessário a expansão para outras cidades, diante da dificuldade em conseguir inicialmente participantes para pesquisa no Rio de Janeiro, situação que detalho mais abaixo nessa introdução. Busquei identificar que questões de saúde são

---

<sup>2</sup> Pessoas que se identificam com a genitália e o gênero que lhes foi atribuído ao nascimento. (MOIRA et al., 2017; BONASSI, 2017)

relevantes para essa população e como as questões envolvendo o binarismo de gênero se apresentam na vida de homens trans e transmasculinos na sua procura ou recusa pela ginecologia.

A produção científica sobre a transexualidade no Brasil se concentra em três grandes temas: saúde, direito e identidade. As pesquisas na área da saúde estão muito vinculadas à epidemia de HIV/Aids, ao processo transexualizador e ao movimento de despatologização da transexualidade (LIONÇO, 2009; BORBA, 2014; BENTO; PELÚCIO, 2012; ALMEIDA; MURTA, 2013). No campo jurídico, os trabalhos tematizam a questão da requalificação civil e do direito a dignidade da pessoa (VENTURA, 2010; FREIRE, 2014; ZAMBRANO, 2003). Os estudos sobre identidade abordam não só a construção da identidade social, mas a produção de uma identidade política e sua articulação com movimentos reivindicatórios de direitos (SILVA, 2015; ATHAIDE, 2013; CARVALHO, 2011). Além disso, a produção está centralizada nas experiências femininas, das mulheres trans e travestis (ÁVILA; GROSSI, 2010). Assim, revela-se uma lacuna no que se refere aos homens trans e transmasculinos e seu atendimento em saúde, especialmente o ginecológico se considerarmos que apesar de todas as transformações corporais, muitos homens trans e transmasculinos não fazem a histerectomia e, nos últimos anos, são vários os casos de homens trans e transmasculinos que reclamam o direito à paternidade biológica, gerando seus próprios filhos<sup>3</sup>.

A construção da questão de pesquisa, entretanto, transcorreu não apenas em função de um diálogo com a produção acadêmica, guiado pela observação das lacunas teóricas e pelo intuito de contribuir com a produção de conhecimento no âmbito dos estudos de gênero, mas também a partir das provocações de meus interlocutores. Ao participar do curso de extensão intitulado “Políticas públicas e direitos humanos de pessoas trans no Brasil”, oferecido pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos (NEPP-DH/ UFRJ), tive contato com pesquisadores da temática de diversas áreas e com pessoas trans que compartilhavam suas experiências acerca de um dos eixos propostos pelo curso como organização política e ativismo, políticas públicas, saúde, questões jurídicas, trabalho, educação, entre outros. Na seção sobre saúde trans, acompanhei um relato de um militante trans sobre a impossibilidade de marcações

---

<sup>3</sup> Para exemplos desses casos ver entre outros: <<https://nlucon.com/2016/07/07/homem-trans-mostra-ao-mundo-que-e-gay-deu-a-luz-dois-filhos-e-amamenta/>>. Acesso em 31.jul.2018. <<https://universa.uol.com.br/noticias/redacao/2018/03/23/gravidez-de-homem-trans-e-contada-em-filme-nao-pensem-que-me-curei.htm>>. Acesso em 31.jul.2018. <<https://igay.ig.com.br/2017-06-26/homem-trans-gravido.html>>. Acesso em 31.jul.2018.

de consultas ginecológicas no Sistema Nacional de Regulação (SISREG)<sup>4</sup> para aqueles que já tinham alterado o sexo nos documentos, uma vez que esse sistema só permitia a marcação para pessoas do sexo feminino. Além disso, ele também explicitou haver uma questão moral nos atendimentos médicos e advogou em prol de uma saúde não binária. Esta fala foi fundamental no processo de delimitação do problema de pesquisa.

Acompanhei também um seminário no Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP-UFF) denominado “I Seminário de Saúde Coletiva sobre a inclusão do tema da saúde das pessoas transgênero e travesti na formação médica”, o qual confirmou a necessidade de minha investigação e me permitiu elaborar algumas impressões iniciais a respeito das percepções de homens trans sobre o atendimento ginecológico. Palestraram no seminário ativistas trans, pesquisadores/as, médicos/as e representantes de outras carreiras na área da saúde, cis e trans. A tônica da exposição foram as ausências de preparo à humanização no atendimento. Um médico da Universidade admitiu que a formação médica é reducionista voltada apenas para o aspecto biológico, não discutindo questões como a construção da sexualidade de pacientes, mesmo em especialidades médicas que versam sobre esse assunto. Apesar desta fala, infere-se que o atendimento médico a pessoas trans extrapola o aspecto biológico e está permeado por questões de gênero, visto que se o serviço estivesse centrado apenas no biológico, não haveria entraves nas consultas ginecológicas a homens trans.

Ainda neste seminário, uma mulher trans afirmou que as consultas médicas são determinadas pela expressão de gênero de cada indivíduo e que a população trans não deseja uma política especializada, ao contrário, reclamam as condições básicas no acesso à saúde. Outra fez uma ponderação sobre a hormonização, seus efeitos e a falta de protocolos nesse procedimento. Ela chamou atenção para as possíveis consequências no uso de remédios que são produzidos, majoritariamente, a partir de corpos europeus e cisgêneros.

Com relação a ginecologia, uma pesquisadora comentou ter ouvido de um homem trans a seguinte frase: “morro de câncer, mas não vou ao ginecologista”. Isso pode ser interpretado tanto como um reflexo da construção generificada da saúde, mas também como uma rejeição ao universo feminino, performado por essa especialidade médica. Outro ponto que merece destaque foi a fala de um médico trans que trabalha, entre outras atividades, atendendo homens trans. Além de narrar sua trajetória, teceu críticas ao processo transexualizador e demais aspectos da saúde trans.

---

<sup>4</sup> Sistema do Ministério da Saúde de controle e regulação dos serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais. É através dele que são agendadas as consultas médicas, em diversas especialidades, no serviço público de saúde brasileiro.

O fato de a audiência do seminário não ser constituída apenas por acadêmicos, contando também com médicos e estudantes de medicina, e principalmente, do evento ser realizado em um hospital, sinaliza um caminho positivo rumo a um atendimento mais humanizado, com menos despreparo e violências. As dificuldades no atendimento médico relatadas por pessoas trans podem ser compreendidas não apenas a partir de uma formação médica deficitária e de uma transfobia institucionalizada, mas também pela própria construção das especialidades médicas, como ficará demonstrado ao longo dessa dissertação.

### **Notas metodológicas: das recusas aos encontros**

Para analisar a relação entre a transexualidade masculina e a ginecologia, minha intenção inicial era coletar, através de entrevistas semiestruturadas, relatos de homens trans e transmasculinos a respeito de seus contatos com a ginecologia, tanto antes como depois de suas transições, com o objetivo de conhecer suas experiências e percepções sobre este campo da medicina. De forma mais detalhada almejava saber informações sobre o acesso às consultas ginecológicas e sua frequência, a importância atribuída pelos homens trans e transmasculinos a esta experiência; se houve alteração no comportamento dos médicos após a transição; possíveis violências e discriminações sofridas durante atendimento; possíveis problemas causados pela falta do serviço médico; estratégias alçadas para lidar com dificuldades no atendimento e/ou sua ausência e os motivos de aceitação ou recusa em buscar a ginecologia. A intenção era analisar, através das narrativas dos sujeitos, diferentes períodos de suas vidas com o propósito não somente de acompanhar as nuances temporais, mas, sobretudo, de comparar as experiências e percepções antes e depois da transição.

No entanto, o acesso aos interlocutores não se mostrou tão simples quanto parecia. As primeiras tentativas de contato foram mal sucedidas, nas quais duas situações eram recorrentes: ou não recebia retorno, nos contatos por email e rede sociais, ou muitos questionamentos eram feitos, a fim de entender as intenções do trabalho, criando barreiras para o mesmo. Um dos homens trans consultados se disponibilizou a fazer uma interlocução entre mim e possíveis entrevistados, isso depois de uma série de indagações, mas sem cogitar uma participação na pesquisa. Tal acontecimento indica o receio de grupos minoritários em falar de si, ainda mais para uma pesquisadora cis, num período no qual esse formato de pesquisa vem sendo problematizado e há uma forte movimentação para inserção de pessoas trans no universo acadêmico, inclusive com trabalhos sobre transexualidade.

A entrada no campo foi viabilizada a partir do contato com pesquisadores mais experientes bem como homens trans com maior visibilidade. Além disso, a internet facilitou a interação e proporcionou atingir homens trans de outros estados.

Assim, a produção de dados se deu a partir da análise da literatura acadêmica sobre a temática em tela, no campo das ciências sociais, da saúde coletiva e da medicina, do trabalho de campo realizado em eventos acadêmicos e/ou políticos que abordaram a saúde de homens trans e da realização de entrevistas semiestruturadas com sujeitos que foram designados ao nascimento como femininos, mas que se identificam com o masculino e que se entendem, permanente ou temporariamente, enquanto transexuais. A diversidade nas autoneomeações não foi importante no critério de seleção, desde que a pessoa se encaixasse no critério acima. A efetivação das modificações corporais também não foi determinante no processo de escolha.

Superadas as dificuldades iniciais mencionadas acima, a seleção dos interlocutores se deu a partir da técnica “snowball”, amostragem não probabilística na qual o pesquisador escolhe o primeiro entrevistado e este indica o segundo. O segundo indicará o terceiro e assim sucessivamente. Realizei sete entrevistas, observando a saturação<sup>5</sup>. Destas, apenas uma foi realizada presencialmente, as demais foram via Skype ou por vídeo chamada em redes sociais.

A dissertação está estruturada em três capítulos. No primeiro, faço uma discussão sobre os significados dos conceitos de transexualidade e homem trans, suas genealogias e as disputas científicas que perpassam a temática. O segundo capítulo versa sobre a saúde, especificamente a ginecologia e sua relação com a transexualidade e demais questões de gênero e sexualidade. Para tal, realizei uma revisão da literatura nacional e estrangeira, produzida de 1970 a 2015, a partir de artigos, dissertações, teses e livros sobre a temática nos campos das ciências sociais e da medicina. Utilizei como instrumentos de coleta desse material o Banco de Teses e Dissertações da Capes e as bases de dados SciELO, Bireme e PubMed, recorrendo as variáveis: ginecologia, transexualidade, homens trans, female-to-male e gynecology. O último capítulo foi dedicado à análise das entrevistas e materiais coletados nos eventos observados.

---

<sup>5</sup> A saturação acontece quando o acréscimo de dados e informação na pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado.

# 1 DO “TRANSEXUALISMO” A TRANSEXUALIDADE. A HISTÓRIA DE UM CONCEITO E SUAS DISPUTAS

## 1.1 Origem do “transexualismo”<sup>6</sup>

A concepção de diferença sexual, isto é, a existência de dois corpos fisiologicamente distintos correspondentes a gêneros opostos e nos quais o comportamento é baseado nesta diferença biológica, data o século XVIII. Anteriormente a matriz de interpretação predominante era o isomorfismo, que postulava a existência de um corpo único, masculino, e dois gêneros, feminino e masculino. Assim, homens e mulheres tinham o mesmo corpo já que o corpo feminino era entendido como a inversão do corpo masculino. As mulheres possuíam os mesmos órgãos sexuais dos homens, a diferença é que nos homens estes eram exteriores e nas mulheres, interiores.

Segundo esta teoria, homens e mulheres se diferenciavam pela quantidade de calor: mulheres tinham menos calor que homens e, por isso, não conseguiam exteriorizar os órgãos sexuais.

No isomorfismo o homem possui a energia necessária para gerar a vida, ou o calor vital. A mulher, por ser menos quente ou um homem imperfeito, guardaria a semente produzida pelo calor masculino. Nesse modelo, o corpo é representado por continuidade e a diferença é representada em termos de graus (mais quente/ menos quente). A genitália no isomorfismo era um fundamento inseguro para posicionar os sujeitos na ordem social. (BENTO, 2008, p. 27-28)

A partir da segunda metade do século XVIII as diferenças sexuais tornam-se significativas. Entre os séculos XVIII e XIX vários estudos são publicados com o objetivo de comprovar a relação entre corpo e comportamento. Surge, assim, a tese do dimorfismo sexual. A proposta do dimorfismo é afirmar a existência de dois corpos radicalmente diferentes, que produzem comportamentos específicos (LAQUEUR, 2001). Os corpos agora são entendidos pela ótica da diferença e a genitália transforma-se em um agente definidor de destinos. A ciência desempenha papel importante na delimitação das diferenças entre os sexos, determinando o sexo verdadeiro de cada indivíduo.

Um dos principais efeitos do dimorfismo foi impor uma associação obrigatória entre o corpo sexuado e um comportamento esperado. Em outras palavras, esta concepção teórica instituiu um vínculo imprescindível entre um corpo caracterizado pela biologia como feminino

---

<sup>6</sup> Neste capítulo será discutida a genealogia dos termos “transexualismo” e “travestismo” conforme proposto pelos médicos e representantes dos saberes psi que participaram da elaboração de tais categorias. Atualmente, entretanto, o movimento trans, bem com militantes LGBT e intelectuais, rejeitam esses termos pelo caráter patologizante que carregam. Aprofundarei esta discussão mais adiante.



e ser mulher ou possuir feminilidade; e entre um corpo identificado como masculino e ser homem ou ter masculinidade.

Nesta gramática, gêneros inteligíveis são aqueles que mantêm uma continuidade entre sexo, gênero, práticas sexuais e desejo, por intermédio dos quais a identidade é reconhecida e adquire um efeito de substância. Os espectros de descontinuidade e incoerência que se transformam numa patologia são, desta forma, apenas concebíveis em função deste sistema normativo. (ARÁN, 2006, p.50)

No contexto da sociedade disciplinar, preocupada com a normalização de sujeitos e práticas e com a classificação de experiências para um controle mais efetivo, é criado o termo “transexualismo”. Cunhado por médicos, surge em meados do século XX como uma identidade de gênero e, ao mesmo tempo, uma patologia (LEITE JÚNIOR, 2008, p.126), oriundo da psiquiatrização da homossexualidade (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009). A medicina e as ciências psi (psicologia, psiquiatria e psicanálise) foram tidas como os discursos mais indicados para tratar da temática, revelando o caráter patológico desde o surgimento do termo. (BENTO, 2008)

O primeiro a utilizar o termo “transexualismo” foi o médico e psicólogo alemão Magnus Hirschfeld em 1910. Em seu livro intitulado “Transvestites – the erotic drive to cross-dress” usa os termos “transexualismo psíquico” ou “transexualismo da alma”. Magnus Hirschfeld foi um dos pioneiros também a utilizar os termos travesti e “travestismo” e define esta categoria a partir do uso de roupas do sexo oposto por questões eróticas. O “transexualismo”, a princípio, era interpretado como uma ramificação dessa manifestação. Posteriormente as duas categorias ganham relativa independência, mas sempre se construindo uma em relação a outra.

Apesar disto, somente na segunda metade do século XX o conceito de “transexualismo” se desenvolve enquanto tal. De acordo com revisão histórica realizada por Jorge Leite Júnior (2008), em 1949 o sexólogo David Cauldwell, ao escrever um artigo se posicionando contra o trânsito de gênero, formula o conceito de ‘*psychopathia transexualis*’, origem da palavra “transexualismo”. Alguns anos depois, Harry Benjamin se apropria da terminologia de David Cauldwell e cria, a partir disso, um conceito que reflete uma nova maneira de classificar os trânsitos de gênero: o “transexualismo”.

Harry Benjamin (1953 *apud* LEITE JÚNIOR, 2008, p.141), em seu texto “Travestismos e Transexualismo”, faz a primeira separação entre travestis e transexuais. Enquanto o termo travesti fazia referência ao desejo de assumir o papel feminino, transexual, por sua vez, dizia respeito a vontade de querer ‘ser mulher’, possuindo o maior número de características femininas tanto no aspecto físico e biológico como no psicológico e comportamental. A partir disto, eram considerados transexuais os sujeitos que almejavam viver como o sexo oposto. A

categoria travesti estava vinculada às perversões sexuais. Apesar dessa distinção o autor entende os dois fenômenos como distúrbios de uma ordem de sexo e gênero.

A despeito dos anos de atuação com pessoas trans, Harry Benjamin advogava a impossibilidade de ‘mudança de sexo’, uma vez que este é determinado na concepção e jamais será alterado. As cirurgias modificam somente o sexo psicológico dado que o sexo biológico, o ‘verdadeiro’ sexo, nunca mudará. A preocupação com o ‘verdadeiro’ sexo leva Benjamin a estabelecer os critérios necessários para a definição do “verdadeiro transexual”: percepção, por parte dos sujeitos, de estar em um ‘corpo errado’, não correspondência entre o sexo biológico e o sexo psicológico, repulsa pelos órgãos genitais, necessidade de transformação corporal para adequação da percepção de gênero com o corpo e uma profunda infelicidade (LEITE JÚNIOR, 2008, p.142). Tais critérios, segundo Berenice Bento (2006), são utilizados atualmente no Brasil, no processo transexualizador do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1966, Harry Benjamin escreve seu principal livro, “O fenômeno transexual” no qual refina a distinção e as características específicas de travestis e transexuais. Também repensa as explicações para a diferença sexual. Para ele não há uma separação biológica rígida entre homens e mulheres já que ambos se originam de uma região não particularizada do feto. Defende a existência de cinco sexos: o genético, o anatômico, o psicológico, o social e o jurídico. O sexo anatômico se divide em genital e gonadal. Este se subdivide em germinal (testículos ou ovários) e endócrino. O autor também faz uma distinção entre sexo e gênero na qual o sexo está associado às atividades sexuais e o gênero seria a parte não erotizada do sexo. Apesar disso, o que marca o ‘verdadeiro’ sexo de alguém são os cromossomos. Estes definem o sexo genético que, por sua vez, estabelece o sexo e o gênero.

Ao reexaminar o “travestismo”, Harry Benjamin sustenta que esta prática só poderá ser classificada como perversão se envolver estímulos sexuais. No que diz respeito ao “transexualismo” apenas acrescenta uma característica na lista elaborada por ele anteriormente, que estipula os critérios para o reconhecimento do “verdadeiro transexual”, qual seja: orientação não homossexual. Nesta perspectiva, tanto o “transexualismo” quanto o “travestismo” eram situados no campo da patologia frente aos posicionamentos que os localizam na esfera do crime e do pecado (LEITE JÚNIOR, 2008, p. 145-146).

Para Harry Benjamin, o “transexualismo” se origina a partir de fontes genéticas e endócrinas, ainda não definidas, mais do que psicológicas. Para essa patologia não há cura nem regressão. As psicoterapias somente aliviam o sofrimento e auxiliam o indivíduo a se adaptar após as transformações.

Ainda nesse mesmo livro, Harry Benjamin desenvolve a “escala de orientação sexual” com a intenção de classificar os trânsitos de gênero<sup>7</sup>. A escala apresenta os vários perfis de categorização destes trânsitos, sem necessariamente expressar a ideia de evolução, desde se vestir esporadicamente com roupas do sexo oposto até a vontade de ‘mudar’ de sexo.

Quadro 1 - “Escala de orientação sexual”.

<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>
Tipo 1: “pseudo- travesti”	Tipo 4: “transexual não indicado para cirurgia”	Tipo 5: “transexual de intensidade moderada”
Tipo 2: “travesti fetichista”		Tipo 6: “transexual de intensidade alta”
Tipo 3: “travesti verdadeiro”		

Fonte: LETE JÚNIOR, 2008, Elaboração própria.

No grupo 1 estão reunidas as experiências do “travestismo”. O tipo 1 refere-se àqueles que se vestem ocasionalmente como o sexo oposto. O tipo 2 representa os indivíduos que se vestem como o sexo oposto por questões eróticas e o tipo 3 retrata as pessoas que querem mudar de sexo, mas não desejam realizar nenhuma alteração corporal como intervenções cirúrgicas ou hormonais. Para Harry Benjamin, a maioria dos casos de mulheres que vivem como homens está neste grupo, uma vez que seria raro a ocorrência do “transexualismo” nas pessoas que foram assignadas ao nascer com o sexo feminino

No grupo 2 encontramos as vivências intermediárias entre o “travestismo” e o “transexualismo”. Logo, os sujeitos incluídos no tipo 4 desejam mudar de sexo, fazem algumas modificações corporais, porém não almejam alterar seus genitais e nem serem mulheres de ‘verdade’.

Por fim, no Grupo 3 faz referência exclusivamente ao “transexualismo”. Os tipos 5 e 6 congregam os sujeitos que vivem como o sexo oposto e desejam realizar alterações corporais. A diferença é que enquanto o tipo 5 apresenta baixo libido, o tipo 6 não possui libido e demonstra profunda tristeza. Estes seriam os únicos tipos com indicação para a cirurgia, que só deveria acontecer se os sujeitos, após a mesma, quisessem ter relações heterossexuais.

Ao passo que transexuais são classificados em termos de intensidade, o termo travesti era pensado a partir das ideias de verdade e falsidade (“pseudo-travesti” e “travesti verdadeiro”). Esta falta de verdade presente em alguns casos de “travestismo” é a causa para sua associação ao fetichismo.

<sup>7</sup> Atualmente o termo orientação sexual diz respeito à atração afetiva-sexual dos indivíduos.

Outro autor importante para a construção do conceito de transexualidade foi o psicólogo Jonh Money. Na década de 1950, é o primeiro a usar o conceito de gênero ao abordar as diferenças sexuais propondo que o comportamento de gênero não é natural. Apesar disto, reforça os padrões de gênero da época baseados na heterossexualidade compulsória e na determinação, pelos genitais, dos papéis de gênero. Jonh Money desenvolveu um longo trabalho com crianças intersexuais<sup>8</sup>. Sua atuação consistia na definição cirúrgica de um sexo e o posterior ensinamento de normas de comportamento deste sexo. Assim formulou a tese de que a identidade sexual pode ser formada independente da genitália. Embora haja um avanço com a criação do conceito de gênero e a concepção de que o comportamento de homens e mulheres não está necessariamente ligado ao nascimento, mas pode ser aprendido ao longo da vida, Jonh Money ainda associa esses comportamentos ao corpo biológico masculino ou feminino.

Em 1966, Jonh Money criou a Clínica de Identidade de Gênero com o objetivo de tratar casos de incongruência entre o genital e o comportamento; e problemas com a manifestação correta da feminilidade e masculinidade. Nesta clínica realizou-se a primeira cirurgia de transformação corporal do sexo<sup>9</sup> dos Estados Unidos em 1965.

Um novo feito creditado a Jonh Money foi a elaboração em 1973, junto com Norman Fisk e Donald Laub: criação do conceito de disforia de gênero que, sendo o oposto de euforia, significa um mal-estar constante com o próprio gênero. Este conceito é atualmente usado no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais em sua 5ª edição (DSM-5) produzido pela Associação Americana de Psiquiatria.

No livro “Os papéis sexuais” publicado em 1975, Jonh Money e Patrícia Tucker expressam uma interpretação do “travestismo” e do “transexualismo” próxima a de Harry Benjamin. Para eles, o “travestismo” é caracterizado pela imprescindibilidade de se vestir com as roupas do sexo oposto. Tem incidência maior em homens heterossexuais com identidade sexual ambivalente, sendo incomum nas mulheres. Já o “transexualismo” define pessoas que expressam uma contradição entre identidade sexual e corpo físico. O autor reitera que as duas manifestações são problemas psicosexuais.

O psiquiatra e psicanalista Robert Stoller completa a tríade de autores mais influentes na elaboração inicial do conceito de transexualidade. Sua contribuição mais relevante foi o

---

<sup>8</sup> “[...] intersexual é um termo para designar variedades de condições congênitas em que a anatomia, em suas múltiplas camadas – genitais, gonadais, hormonais, cromossômicas e moleculares – não se conformam em uma definição padrão de masculinidade e feminilidade entendidos como típicos para homens e mulheres. É, portanto, uma categoria social que reflete variações biológicas e anatômicas das determinações sexuais hegemônicas.” (PIRES, 2015, p. 28)

<sup>9</sup> Terminologia de Bruno César Barbora (2015). O procedimento também é conhecido como cirurgia de redesignação sexual e cirurgia de transgenitalização.

fortalecimento da separação entre gênero e sexualidade com a criação do conceito de identidade de gênero em 1964. Para ele identidade de gênero é a mistura de feminilidade e masculinidade e ambos são encontrados em homens e mulheres, mas em níveis distintos. Com esta proposição, Robert Stoller não faz alusão à fisiologia ou a caracteres masculinos e femininos, mas sim ao comportamento psicológico, visto que a identidade de gênero pode ser independente do sexo anatômico. As atividades sexuais fazem parte da identidade sexual.

Em 1968 no livro “Sexo e gênero”, Robert Stoller formula o conceito de identidade de gênero nuclear que diz respeito à certeza que um indivíduo possui em relação a correta atribuição do sexo ao nascer, tanto do ponto de vista anatômico como psicológico. Propõe também a existência de um gênero nuclear que, após a consolidação na infância, é imutável e participa do desenvolvimento da masculinidade e da feminilidade. Assim, transfere-se o foco na determinação do ‘verdadeiro’ sexo para o ‘verdadeiro’ gênero.

Robert Stoller interpreta o “transexualismo”, em seu livro “A Experiência Transexual”, como uma desordem na qual seu portador expressa a vontade de ser reconhecido como membro do sexo oposto ao designado no nascimento, e requer, na maioria dos casos, uma mudança de sexo, mesmo tendo consciência do seu ‘verdadeiro’ sexo, o biológico. Embora recomende a cirurgia, o autor reconhece a impossibilidade de mudança de sexo em humanos.

O autor entende como “homem transexual” a pessoa que teve atribuído o sexo masculino ao nascer, mas que se sente, deseja viver e ser reconhecida como membro do sexo oposto.<sup>10</sup> A causa da transexualidade no “homem transexual” de Stoller é caracterizada de forma psicologizante, estando ancorada nas relações familiares: a mãe de um “homem transexual” é superprotetora e inveja o pênis, o que o impede de efetivar o Complexo de Édipo, e o pai não consegue assumir seu papel de marido e pai, tendo um casamento distante e praticamente sem relações sexuais. Para ele os “homens transexuais” nunca possuíram masculinidade porque não desenvolveram o complexo de Édipo. Sua meta enquanto psiquiatra e psicanalista é auxiliar crianças, com essas características, a desenvolver o complexo de Édipo e se aproximar da masculinidade. Assim, Robert Stoller admite a “cura” em crianças, porém não em adultos, uma vez que, nestes casos, a cirurgia de transformação corporal do sexo é o tratamento mais adequado.

As categorias utilizadas por Robert Stoller para descrever as pessoas transexuais como, por exemplo, psicopatas, invertidos, aberrações sexuais, anormalidade, entre outras,

---

<sup>10</sup> Para o movimento trans e intelectuais que estudam a temática, esta pessoa é nomeada de mulher transexual, pois o critério de definição hoje é o gênero de identificação e não mais o sexo fisiológico.

demonstram o caráter patologizante no qual as experiências trans foram representadas por esses primeiros teóricos, médicos e integrantes das ciências psi.

Ainda no livro “A Experiência Transexual”, Robert Stoller apresenta a distinção entre “transexualismo” e “travestismo” relacionada a ideia de perversão. A vivência transexual estaria marcada pela verdade, um conflito genuíno com a masculinidade ou feminilidade. Já o “travestismo” não indica este conflito, mas sim uma motivação erótica. Apesar disto, ambos são caracterizados como aberrações sexuais.

Robert Stoller compartilha a concepção de Harry Benjamin ao afirmar que não existe transexualidade em “mulheres biológicas”, apenas em casos raros. Nestes, não se trata de uma “transexualidade verdadeira”, senão de uma homossexualidade muito desenvolvida.

Todos os primeiros médicos e psicólogos que teorizaram sobre a travestilidade e a transexualidade trataram apenas, ou de forma pormenorizada, da vivência feminina (transição do masculino para o feminino) revelando, novamente, a invisibilidade da experiência masculina (transição do feminino para o masculino). Benjamin explica isto afirmando que mulheres masculinizadas são entendidas como o extremo da homossexualidade feminina e que, portanto, a transexualidade em “mulheres biológicas” é rara. Há, nos estudos sobre transexualidade, uma inversão, visto que a mulher, historicamente, foi objeto de investigação médica, o que não se verificou com o corpo masculino, vide o surgimento da ginecologia e os estudos sobre a histeria. A predileção pelo sexo masculino como caso que merece atenção médica quando há uma inconformidade entre o corpo e a identidade de gênero pode se explicar pelas estruturas de dominação masculina e patriarcado na sociedade, na qual há um controle maior dos corpos femininos e, em contrapartida, uma certa liberdade para as pessoas do sexo masculino. Assim, o trânsito de gênero para homens é permitido -- quando há o desvio, eles perdem o título de homem e são acionadas categorias de não-homem para expressar este desvio (escala de Harry Benjamin). Para as mulheres há um alargamento da feminilidade, possibilitando a existência de mulheres masculinizadas, mas que continuam sendo intituladas de mulheres. Nesse sentido, médicos e psicólogos demonstram uma preocupação, enquanto membros do grupo estabelecido, com a perda de poder provocada pelo trânsito de gênero dos “homens biológicos”, que estão se tornando outsiders e ameaçando toda uma estrutura de poder e dominação. (ELIAS, 2000). Faz-se necessário, portanto, segundo esses médicos e psicólogos, a segregação desses que desviam com a criação de termos para demarcar sua condição desviante, preservando o status do grupo estabelecido.

## 1.2 Institucionalização da patologização

Algumas décadas após essa construção patologizada da transexualidade, a experiência é incluída nos manuais e códigos de doenças. Em 1979 ela é inserida na nona revisão do Código Internacional de Doenças (CID-9), produzido pela Organização Mundial de Saúde, e em 1980 na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-III)<sup>11</sup>.

No CID-9 a transexualidade e a travestilidade estão descritas no capítulo V, de Transtornos mentais, no grupo Transtornos neuróticos, transtornos da personalidade e outros transtornos mentais não-psicóticos (300-316<sup>12</sup>), na categoria Desvios e transtornos sexuais, nas subcategorias “302.3 – Travestismo”, “302.5 – Transexualismo” e “302.6 -Transtornos da identidade psicosexual”.

### **302.3 Travestismo**

Desvio sexual em que o prazer sexual é produzido pelo fato de vestir-se com roupas do sexo oposto. Não ocorre a tentativa consequente de assumir a identidade ou comportamento do sexo oposto. Exclui: Transexualismo (302.5)

### **302.5 Transexualismo**

Desvio sexual centrado em crenças fixas de estar errado o sexo orgânico aparente. O comportamento resultante é dirigido para a mudança dos órgãos sexuais por meio de operação cirúrgica ou para a dissimulação completa do sexo corporal pela adoção de trajes e de comportamento do sexo oposto. Exclui: Travestismo (302.3)

### **302.6 Transtornos da identidade psicosexual**

Comportamento que ocorre em pré-adolescentes de psicosexualidade imatura semelhante aos desvios sexuais descritos no travestismo (302.3) e no transexualismo (302.5). O vestir-se com roupas do sexo oposto é intermitente, se bem que possa ser frequente, e a identificação com o comportamento e aparência do sexo oposto ainda não é definitiva. A forma mais comum é a feminilidade nos rapazes. Transtorno do papel-gênero Exclui: homossexualidade (302.0); transexualismo (302.5) e travestismo (302.3) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1980, p. 199, grifos do autor)

Nesta primeira indexação, as expressões “desvio” e “transtorno” se destacam e as experiências de trânsitos de gênero foram agrupadas na mesma categoria que a pedofilia e a bestialidade (relações sexuais com animais). Embora sejam caracterizadas pelo signo do “desvio sexual”, “travestismo” e “transexualismo” apresentam diferenças importantes. Enquanto o primeiro é qualificado a partir de questões eróticas e, portanto, não identitárias ou

<sup>11</sup> Nesse mesmo período a homossexualidade é retirada dos manuais e códigos de doença. Assim, alguns pesquisadores interpretam a inclusão da transexualidade nos manuais como uma forma de manter o controle sobre as dissidências de gênero, através da classificação e estigmatização dos “desvios”, e reforçar aos padrões de gênero.

<sup>12</sup> Tanto no CID, como no DSM, as patologias são associadas à numeros que as representam. Indico, ao longo do texto, essas numerações .

que revelem uma incongruência de gênero; o segundo é apresentado em termos de uma inadequação entre “mente” e “corpo” e um desejo de realizar alterações cirúrgicas.

Vigente a partir de 1993, a versão atual do Código Internacional de Doenças (CID-10) amplia significativamente o número de doenças, inclusive as relativas aos trânsitos de gênero. Nesta edição, eles continuam no capítulo V, agora intitulado Transtornos mentais e comportamentais, no grupo Transtornos de personalidade e do comportamento do adulto (F00 – F69), na categoria “Transtornos da identidade sexual (F64)”, nas subcategorias “F64.0 – Transexualismo”, “F64.1- Travestismo bivalente”, “F64.2 -Transtorno de identidade sexual na infância”. O “travestismo” aparece ainda em outra categoria do código: “Transtornos da preferência sexual (F65)”, nas subcategorias “F65.1- Travestismo fetichista” e “F65.6 – Transtornos múltiplos de preferência sexual”.

#### **F64 Transtornos da identidade sexual**

##### **F64.0 Transexualismo**

Trata-se de um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanha em geral de um sentimento de mal estar ou de inadaptação por referência a seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a uma intervenção cirúrgica ou a um tratamento hormonal a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado.

##### **F64.1 Travestismo bivalente**

Este termo designa o fato de usar vestimentas do sexo oposto durante uma parte de sua existência, de modo a satisfazer a experiência temporária de pertencer ao sexo oposto, mas sem desejo de alteração sexual mais permanente ou de uma transformação cirúrgica; a mudança de vestimenta não se acompanha de excitação sexual. Transtorno de identidade sexual no adulto ou adolescente, tipo não-transexual  
Exclui: travestismo fetichista (F65.1)

##### **F64.2 Transtorno de identidade sexual na infância**

Transtorno que usualmente primeiro se manifesta no início da infância (e sempre bem antes da puberdade), caracterizado por um persistente e intenso sofrimento com relação a pertencer a um dado sexo, junto com o desejo de ser (ou a insistência de que se é) do outro sexo. Há uma preocupação persistente com a roupa e as atividades do sexo oposto e repúdio do próprio sexo. O diagnóstico requer uma profunda perturbação de identidade sexual normal; não é suficiente que uma menina seja levada ou traquinas ou que o menino tenha uma atitude afeminada. Os transtornos da identidade sexual nos indivíduos púberes ou pré-púberes não devem ser classificados aqui mas sob a rubrica F66.Exclui: orientação sexual egodistônica (F66.1); transtorno da maturação sexual (F66.0)

#### **F65 Transtornos da preferência sexual**

Inclui: parafilias

##### **F65.1 Travestismo fetichista**

Vestir roupas do sexo oposto, principalmente com o objetivo de obter excitação sexual e de criar a aparência de pessoa do sexo oposto. O travestismo fetichista se distingue do travestismo transexual pela sua associação clara com uma excitação sexual e pela necessidade de se remover as roupas uma vez que o orgasmo ocorra e haja declínio da excitação sexual. Pode ocorrer como fase preliminar no desenvolvimento do transexualismo. Fetichismo com travestismo

##### **F65.6 Transtornos múltiplos da preferência sexual**



Por vezes uma pessoa apresenta mais de uma anomalia da preferência sexual sem que nenhuma delas esteja em primeiro plano. A associação mais frequente agrupa o fetichismo, o travestismo e o sadomasoquismo.<sup>13</sup> (grifos do autor)

Apesar da diversificação da tipologia classificatória, a lógica de distinção entre “travestismo” e “transexualismo” se mantem: um termo ligado ao campo erótico e da perversão e outro à ideia de sofrimento e desconformidade entre sexo e gênero. O “travestismo” está em uma categoria que inclui as parafilias e a pedofilia, além de ser associado ao fetichismo e ao sadomasoquismo. A necessidade de alterações corporais também permanece como ponto de afastamento entre travestis e transexuais.

Em 2018, a Organização Mundial da Saúde lançou uma nova revisão do CID que deverá entrar em vigor em 2022. O CID-11 exclui os termos “transexualismo”, “travestismo”, “transtorno de identidade sexual” e “transtornos da preferência sexual”. O capítulo Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento não mais discorre sobre as questões de gênero e sexualidade. Assim, a transexualidade a travestilidade deixam de ser descritas como transtornos mentais, sendo incluídas na categoria Incongruência de gênero, no novo capítulo intitulado Condições relativas à saúde sexual.

Este capítulo está dividido em quatro grupos: Disfunções sexuais, Distúrbios da dor sexual, Considerações etiológicas nas disfunções sexuais e distúrbios da dor sexual e Incongruência de gênero. Exclui-se os distúrbios parafilicos, associado nas edições anteriores à travestilidade, as infecções transmitidas sexualmente e as alterações na anatomia genital masculina e feminina.

O grupo “Incongruência de gênero” é composto pelas categorias “HA60 – Incongruência de gênero na adolescência ou idade adulta”, “HA61 – Incongruência de gênero na infância” e “HA6Z – Incongruência de gênero não especificada”.

#### **Incongruência de gênero**

A Incongruência de gênero é caracterizada por uma evidente e persistente incongruência entre o gênero experimentado pelo indivíduo e o sexo atribuído. Comportamento e preferências de gênero variantes, por si só, não são uma base para definição de diagnóstico nesse grupo.

#### **HA60 – Incongruência de gênero na adolescência ou idade adulta**

A incongruência de gênero na adolescência e na idade adulta é caracterizada por uma evidente e persistente incongruência entre o gênero experimentado pelo indivíduo e o sexo atribuído, que geralmente leva a um desejo de “transição”, com o objetivo de viver e ser aceito como uma pessoa pertencente ao gênero experimentado. A transição é feita através de tratamento hormonal, cirurgia ou outros serviços de saúde para alinhar, tanto quanto possível e desejado, o corpo do indivíduo com o gênero experimentado. O diagnóstico não pode ser definido antes do início da puberdade. Comportamento e preferências de gênero variantes, por si só, não são uma base para definição de diagnóstico.

<sup>13</sup> Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 14.jan.2020

#### **HA61 – Incongruência de gênero na infância**

A incongruência de gênero na infância é caracterizada por uma evidente incongruência entre o gênero experimentado/expreso pelo indivíduo e o sexo atribuído em crianças pré-púberes. Inclui um forte desejo para pertencer a um gênero diferente do sexo atribuído; uma forte antipatia da criança em relação a sua anatomia sexual ou as características sexuais secundárias antecipadas e/ou um forte desejo pelas características sexuais primárias ou secundárias previstas que correspondam ao gênero experimentado; e faz de contas ou brincadeiras fantasiosas, brinquedos, jogos ou atividades e companhias de brincadeira que são típicas do gênero experimentado, ao invés do sexo atribuído. A incongruência deve, obrigatoriamente, persistir por cerca de 2 anos. Comportamento e preferências de gênero variantes, por si só, não são uma base para definição de diagnóstico. (Tradução nossa, grifo do autor)<sup>14</sup>

Essa nova abordagem representa um avanço e uma etapa importante no processo de despatologização. Contudo, o movimento trans faz algumas ressalvas. No documento “Declaração Conjunta sobre o Processo da CID-11 para as Identidades Trans e de Gênero Diverso”, assinado por nove organizações internacionais que representam pessoas trans, aponta-se que as modificações não expressam a despatologização e que o novo CID só é válido se percebido enquanto uma versão de transição rumo a despatologização completa.

A Declaração afirma também que o termo “Incongruência de gênero” não é consensual, alguns ativistas sinalizam seu caráter estigmatizante, e propõe a substituição do mesmo. A categoria “Incongruência de gênero na infância” foi rejeitada por alguns militantes que participaram do processo de revisão do CID. Assim, as organizações que assinam o texto sustentam sua retirada. Já a expressão “Incongruência de gênero na adolescência e na idade adulta” foi vista como “uma solução temporária e imperfeita”, mas foi aceita para evitar a falta de acesso a serviços de saúde solicitados por pessoas trans, como a hormonioterapia e as cirurgias de transformação corporal do sexo, em países onde, caso a transexualidade não estivesse codificada, não prestariam esses serviços.

Apesar das objeções, o movimento não defende a eliminação dos termos referentes as identidades trans do Código por concluir que tal iniciativa poderia inviabilizar a promoção de cuidados de saúde importantes para a comunidade. Entretanto, reivindicam a total despatologização das vidas trans, que envolve a extinção de: “classificações psico-médicas, tutelas legais e bioéticas, a centralidade corporativa dos cuidados e tratamentos médicos, estereótipos normativos de gênero e todas as formas de injustiça socioeconômica.”<sup>15</sup>

Outro instrumento que patologiza os trânsitos de gênero é o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria. O “travestismo”

<sup>14</sup> Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>> Acesso em: 13.jan.2020

<sup>15</sup> Disponível em: <<https://transactivists.org/processo-cid-11-trans/>>. Acesso em: 13.jan.2020

foi introduzido já na primeira versão (DSM I) em 1952 e o “transexualismo” apenas na terceira (DSM III) em 1980.

De acordo com Jane Russo e Ana Teresa Venâncio (2006), o DSM I é marcado por uma influência psicanalítica, na qual as doenças mentais são interpretadas mais pela ótica social, subjetiva. Nesta primeira versão, o “travestismo” aparece no mesmo grupo da pedofilia, da homossexualidade, do sadismo sexual e do fetichismo, reproduzindo o mesmo raciocínio do CID, catalogando esta experiência como uma perversão.

A segunda revisão do Manual, lançada em 1968, reflete uma continuidade da anterior com relação à influência da psicanálise e ao grupo de classificação do “travestismo”, que se encontra na seção Distúrbios de personalidade e outros distúrbios mentais não-psicóticos, no capítulo de Desvios sexuais. A principal diferença é o aumento no número de transtornos descritos.

Ainda segundo as autoras, o DSM III simboliza uma mudança paradigmática no campo dos saberes Psi: o fortalecimento da psiquiatria biológica e, conseqüentemente, da medicalização, frente a psicanálise, predominante até então. Prevalece nesta versão uma interpretação mais biológica e objetiva das doenças mentais. O intuito era afastar-se do suposto subjetivismo da psicanálise, construindo um guia mais objetivo e generalizável, com distinções mais específicas e mensuráveis entre as doenças. Assim, aumenta-se substancialmente a quantidade de distúrbios registrados e da medicalização.<sup>16</sup>

Nesta edição, “transexualismo” e “travestismo” estão inscritos na seção Transtornos psicosssexuais, no capítulo Transtornos da identidade de gênero, nos itens “302.5x - Transexualismo”, “302.60 - Transtorno da identidade de gênero na infância” e “302.85 - Transtorno da identidade de gênero atípico”. O “travestismo (302.30)” é enquadrado no novo capítulo das Parafilias, uma vez que o capítulo Desvios sexuais é excluído. A definição de cada uma dessas experiências é bastante detalhada contendo informações acerca das características associadas, subtipos, idade do início dos sintomas, predisposições, complicações, prevalência, padrão familiar e a incidência com relação ao gênero.

302.5x Transexualismo As características essenciais desse distúrbio heterogêneo são uma sensação persistente de desconforto e inadequação sobre o sexo anatômico de alguém e um desejo persistente de se livrar dos órgãos genitais e de viver como um membro do outro sexo. O diagnóstico é feito apenas se o distúrbio for contínuo (não limitado a períodos de estresse) por pelo menos dois anos, não for devido a outro transtorno mental, como Esquizofrenia, e não estiver associado a intersexo físico ou anormalidade genética (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008, p. 261-262, tradução nossa)

<sup>16</sup> A este respeito ver Russo e Venâncio (2006)

A definição de “transexualismo” apresentada é alicerçada na conceituação elaborada por Benjamin do “verdadeiro transexual”: alguém que deseja viver e ser reconhecido enquanto membro do sexo oposto, que demonstra ser depressivo, rejeita seu órgão sexual e requer alterações corporais mediante cirurgias e/ou tratamento hormonal. Além disso, uma das características elencadas é a não concomitância da intersexualidade. Outro atributo para o diagnóstico é o prazo mínimo de dois anos do transtorno e, apesar de não haver nenhuma explicação para este período e vários pesquisadores contemporâneos reforçarem sua total arbitrariedade, ele é utilizado no Processo Transexualizador do SUS. Se os sintomas tiverem duração inferior a este intervalo, a pessoa deve ser alocada na categoria “Transtorno da identidade de gênero atípico”.

O componente predisposição é interessante porque além de argumentar que uma tendência ao “transexualismo” seria a ampla feminilidade em meninos e a ampla masculinidade em meninas e que casos de “travestismo” podem evoluir para “transexualismo”, o Manual retrata a compreensão de Robert Stoller quanto a correlação entre problemas familiares e origem da transexualidade ao explicitar que o “transexualismo” se desenvolve em um contexto parental conturbado.

A prevalência do “transexualismo” é rara e sua incidência é maior em “homens biológicos”, novamente reforçando as teorias de Harry Benjamin, John Money e Robert Stoller.

Com relação ao “Transtorno da identidade de gênero na infância” constata-se um reforço das normas de gênero hegemônicas, uma vez que meninas com o distúrbio revelam desinteresse em atividades e brinquedos considerados femininos. Já os meninos demonstram justamente uma aproximação com este universo, preferindo brincar com bonecas e meninas. Ambos manifestam os primeiros sintomas na infância, porém a maioria das meninas biológicas tendem, na adolescência, a diminuir os traços masculinos, o que não ocorre nos meninos. Essa proposição se assemelha aos escritos de Harry Benjamin e Robert Stoller que afirmam ser rara a transexualidade em “mulheres biológicas”.

A predisposição do “Transtorno da identidade de gênero na infância” é expressa de maneira psicologizante, assim como a explicação das causas do “transexualismo” construída por Robert Stoller.

Fatores de predisposição. Extrema, excessiva e prolongada proximidade física e emocional entre o bebê e a mãe e uma relativa ausência do pai durante os primeiros anos podem contribuir para o desenvolvimento desta desordem nos homens. As mulheres que mais tarde desenvolvem esse distúrbio têm mães que aparentemente não estavam disponíveis para elas em uma idade muito precoce, seja psicológica ou fisicamente, por doença ou abandono; a menina parece fazer uma identificação compensatória com o pai, o que leva à adoção de uma identidade de gênero

masculina.(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, p.265, tradução nossa).

O “travestismo” segue sendo delimitado da mesma forma que os primeiros médicos e representantes dos saberes psi o definiram: uso de roupas do sexo oposto por homens heterossexuais com fins eróticos, não havendo incongruência de gênero nem desejo das modificações corporais. Inicia-se já na infância e seu favor de predisposição difere radicalmente do “transexualismo”. Neste a explicação é psicológica, já no “travestismo” é fundamentada apenas na fala de travestis que relatam terem desenvolvido o distúrbio após serem obrigadas, como punição, a se vestirem com roupas femininas.

Em 1987 a Associação Americana de Psiquiatria publica uma revisão do DSM III (DSM III - R) na qual exclui o termo “transexualismo” e o substitui por “Disforia de gênero”.

O DSM IV (1994) traz como principal inovação a exclusão da categoria “travestismo”. Entretanto esse termo permanece no Manual como um distúrbio, agora chamado de “fetichismo transvéstico”. Já a categoria “Disforia de gênero” é substituída por “Transtorno da identidade de gênero”. Ambos estão na nova seção intitulada Transtornos sexuais e da identidade de gênero, uma vez que a seção Transtornos psicosexuais foi extinta. O “fetichismo transvéstico” (302.3) encontra-se no capítulo Disfunções sexuais, no grupo das Parafilias, juntamente como a pedofilia, o sadismo sexual e o masoquismo sexual, enquanto o “Transtorno da identidade de gênero (302.xx)” está alocado no capítulo de mesmo nome, subdividindo-se em “302.6 – Transtornos da identidade de gênero em crianças”, “302.85 – Transtornos da identidade de gênero em adolescentes ou adultos” e “302.6 Transtornos da identidade de gênero sem outra especificação”. Apesar dessas alterações, esta versão do Manual se apresenta como uma continuidade da anterior, conservando a definição e a distinção fundamental entre travestis e transexuais.

A última revisão do DSM (DSM 5), lançada em 2013, exclui as categorias “Transtorno da identidade de gênero” e “Fetichismo transvéstico”, porém as recoloca nos termos “Disforia de gênero” e “Transtorno transvéstico”, respectivamente. O termo “Disforia de gênero” sai do capítulo Disfunções sexuais e angaria um capítulo próprio, homônimo. Este é ramificado nos itens “302.6 – Disforia de gênero em crianças”, “302.85 - Disforia de gênero em adolescentes e adultos”, “302.6 - Outra disforia de gênero não especificada” e “302.6 – Disforia de gênero não especificada”. O “Transtorno transvéstico (302.3)” está no capítulo intitulado Transtornos parafilico. Esta edição não aponta para grandes variações, com relação a caracterização da transexualidade e da travestilidade, frente a versão anterior com exceção da mudança de “transtorno da identidade de gênero” para “disforia de gênero”. Alguns pesquisadores revelam

que esta modificação expressa uma “suavização” da condição patológica, já que afasta a noção de pessoas transtornadas, mais relacionada as doenças, e descreve a experiência no âmbito do sofrimento e mal-estar.

A análise do CID e do DSM demonstra a influência substantiva dos primeiros médicos, psicólogos e psiquiatras que construíram os conceitos de transexualidade e travestilidade. Suas elaborações aparecem quase que integralmente nesses documentos. Por essa razão, esses instrumentos compartilham a mesma lógica classificatória, inclusive o DSM explicita que foi elaborado em consonância ao CID, harmonizando o próprio código identificatório das patologias.

Através da publicação de novas versões, nota-se um aumento expressivo no número de doenças catalogadas, em ambos os documentos, que pode ser interpretado pela necessidade da indústria farmacêutica em produzir constantemente novos medicamentos e, portanto, novas doenças. Jane Russo e Ana Teresa Venâncio (2006) sinalizam, ao mesmo tempo, uma banalização do diagnóstico de doenças mentais o que, por um lado, diminui o estigma historicamente atribuído a estes distúrbios, mas, por outro, provoca uma psiquiatrização da vida cotidiana.

Para alguns autores, entretanto, a patologização das experiências trans possibilita a construção de novas identidade sociais e políticas, isto é, o processo de transformar vivências dissidentes de gênero em perversões e transtornos engendrou, ao menos em nível discursivo, novos grupos identitários. (ÁVILA, 2014; RUSSO; VENÂNCIO,2006)

### 1.3 Disputas identitárias

#### 1.3.1 Transexualidade x travestilidade

Desde a conceituação das diversas experiências de trânsitos de gênero, a diferença entre transexualidade e travestilidade foi estabelecida. Os primeiros médicos e representantes dos saberes psi que se debruçaram sobre a temática estipularam uma distinção: de modo geral, o termo travesti designaria sujeitos que se vestem com roupas do sexo oposto com motivações eróticas, e transexual representaria indivíduos que almejam ser reconhecidos como membros do sexo oposto, expressando um verdadeiro conflito entre identidade e corpo.

Essa primeira diferenciação posiciona a categoria travestis na esfera da perversão e da falsidade, e o termo transexual no campo da verdade, que realmente manifesta uma incongruência entre corpo e identidade. A “escala de orientação sexual” criada por Harry

Benjamin reforça essa concepção ao classificar travestis a partir das noções de verdade e falsidade (“pseudo-travesti” e “travesti verdadeiro”) e transexuais em termos de intensidade (“transexual de intensidade moderada” e “transexual de intensidade alta”). (LEITE JÚNIOR, 2008).

Harry Benjamin acrescenta a essa distinção inicial outro elemento: as alterações corporais. Para ele, travestis não aspiram modificações corporais, nem as hormonais nem as cirúrgicas. Já transexuais teriam a necessidade de realizar tais alterações. Essa definição não só permeia o senso comum como guia os manuais e códigos que patologizam as vivências trans como o Código Internacional de Doenças e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria. Além disso, estes documentos também reforçam a visão na qual a categoria travesti é classificada pelo erotismo e falsidade enquanto o termo transexual é entendido a partir da “verdade”, quem verdadeiramente quer se identificar como membro do sexo oposto. A transexualidade sempre é caracterizada como um transtorno de identidade, utilizando as ideias de identificação, inadequação e sofrimento, e a travestilidade é descrita de forma “erotizada”, a partir de palavras como fetichista, parafilia, fantasias e impulsos sexuais.

[...] o termo travestismo torna-se restrito à associação com o fetichismo, referindo-se principalmente ao foco do prazer erótico, e diferindo dos transtornos de gênero, que têm sua especificidade no sofrimento, na disforia e no desconforto. O importante a notar é que o “travestismo” é considerado uma disfunção sexual e uma parafilia, enquanto que o “transexualismo”, cujo termo não existe mais no DSM, é classificado como um transtorno da identidade. (LEITE JÚNIOR, 2008, p. 184/185).

Os esforços para delimitar e distinguir transexuais e travestis, empreendido pela tríade de intelectuais que estabeleceram as primeiras definições sobre o tema e pelos manuais médicos que os utilizaram, revelam uma tentativa de “higienização” do “transexualismo” frente ao “travestismo”, visto que há um forte apelo moral na concepção dos termos. Tentativa essa que permanece atual com relação as categorias travesti e transexual.

Jorge Leite Júnior (2008) argumenta, entretanto, que apesar dos manuais e códigos médicos terem uma pretensão universal, cada domínio cultural possui um entendimento particular sobre as dissidências de gênero. No Brasil, a percepção popular sobre travestis, isto é, alguém que ao nascer foi designado como membro do sexo masculino, mas que se identifica com o feminino e não deseja a cirurgia de transformação corporal do sexo, em outros países é reconhecida como “transexual secundário” ou “transexual não indicado para cirurgia” ou ainda “transexual de intensidade moderada”. A categoria que se aproximaria das descrições feitas no CID sobre “travestismo fetichista” e “transtorno transvéstico” do DSM 5 seria, no Brasil,

chamada de *Crossdressers*, ou seja, alguém que se veste com roupas do sexo oposto, geralmente em algumas partes do dia, mas que não se entende, ao menos não totalmente, como pertencente ao sexo oposto. Há, ainda, outra apropriação do termo *Crossdresser* no país: Cdzinha. Para Pietra Azevedo (2020, p. 4), trata-se de um “abrasileiramento” da categoria *Crossdresser* a partir de sua abreviação (CD), expressando uma nuance entre travestis e “crossdressers tradicionais”. Para a autora, *Crossdresser* “é uma pessoa que performatiza contingencialmente o gênero oposto ao que lhe foi designado ao nascer [...]” e é considerado “tradicional” quando é empreendido por homens heterossexuais. Assim, a partir sua pesquisa, Cdzinhas “são homens gays que performatizam pontualmente o gênero feminino, através da montagem com motivações diversas.” (2020, p. 4). Apesar do esforço na construção de fronteiras entre as categorias identitárias, há uma aproximação entre as identidades travesti e *Crossdresser*. Alguns autores, inclusive, afirmam se tratar de sinônimos, mas com usos diferentes devido a distinções de classe e ao estigma associado as travestis. (GARCIA et al., 2010; KOGUT, 2006; VENCATO, 2009)

Ainda segundo Jorge Leite Júnior (2008), o termo travesti é de origem francesa e sugeria, inicialmente, a noção de disfarce, sendo comumente utilizada no âmbito teatral. É neste sentido que a palavra surge no Brasil, sem qualquer conexão com as questões de gênero e sexualidade, apenas significando o vestir-se como o sexo oposto com objetivos artísticos. Posteriormente, pela relação inicial com o teatro, a categoria é associada ao campo da prostituição, uma vez que muitas atrizes também se prostituíam no início do século XX. Outra explicação para relação entre travestis, teatro e prostituição é o fato de muitas travestis, na tentativa de se tornarem atrizes, iam para as portas dos teatros e, por não conseguirem, se prostituíam. Atualmente ainda persiste essa conexão e a categoria é mais utilizada pelas classes populares.

Já o termo transexualidade não apresenta, no Brasil, relação tão forte com a prostituição e a criminalidade, mas sim com o meio médico. Além disso, verifica-se seu uso mais frequente nas classes médias e altas da sociedade. Ele se populariza no Brasil mais tarde, na década de 1980<sup>17</sup>, a partir do caso Roberta Close<sup>18</sup>. Por pertencer a classe média e ser modelo, estava totalmente apartada da esfera da prostituição, provocando um debate público a respeito da forma de nomeação da mesma. Inicialmente a identificavam como travesti, pois a palavra transexual era praticamente desconhecida.

---

<sup>17</sup> Para Ávila (2014) isto ocorre apenas a partir de 1997, momento que o CFM autoriza a cirurgia de transformação corporal do sexo.

<sup>18</sup> Modelo trans muito famosa à época.



Essa associação da travestilidade com a prostituição gera padrões de feminilidades e de transformações corporais distintos. As travestis apresentariam uma feminilidade mais ousada, sem pudores, enquanto as transexuais desenvolveriam uma feminilidade mais delicada, tentando se distanciar da feminilidade elaborada pelas travestis. Com relação as transformações corporais, as travestis constroem corpos considerados mais exagerados, provavelmente por exigências profissionais e gosto de classe, ao passo que, as transexuais, por uma conexão maior com a medicalização, têm corpos tidos como mais “naturais”. Essas diferentes formas de produção da feminilidade é, portanto, mais um elemento que marca a distinção entre travestis e mulheres transexuais. (BENTO, 2008; CARVALHO, 2018; LEITE JÚNIOR, 2008)

Além dessa disputa em torno da construção de uma identidade social, há outra no âmbito dos movimentos sociais, envolvendo a representação política dessas pessoas que, enquanto grupo político, necessitam de certa homogeneidade. Nesse sentido, Mário Carvalho (2018) aponta que os conflitos estão centrados em dois blocos: Travesti x Mulher Transexual e Homens Trans x Não Binários. A preocupação do movimento é com uma distinção política entre esses termos.

Mário Carvalho (2018) argumenta que as categorias transexual e trans aparecem no universo dos movimentos sociais brasileiros na segunda metade da década de 1990 a partir da criação, por pacientes em contexto hospitalar, do Movimento Transexual de Campinas; do contato com militantes estrangeiras, que já usavam essas categorias; da popularização de termos médicos sobre os trânsitos de gênero e do início da oferta de alguns procedimentos para alterações corporais em pessoas trans nos serviços públicos de saúde, dada a descriminalização das cirurgias de transformação corporal do sexo pelo Conselho Federal de Medicina em 1997.

O surgimento e o uso dessas categorias na militância revela distinções de classe e raça dentro do movimento, uma vez que as mulheres que “importaram” os termos transexual e trans eram brancas, mais escolarizadas e de classe média, possibilitando o acesso as literaturas médicas e psicanalistas, nas quais os termos circulavam, bem como o contato com ativistas internacionais.

Em 2005 outro movimento utilizando a categoria transexual é criado: o Coletivo Nacional de Transexuais. Com o tempo, as mulheres desse coletivo e as demais que se autodenominavam transexuais começaram a se aproximar das reivindicações das mulheres cis e do movimento feminista. Tal fato gerou um desconforto no movimento, visto que as travestis acusavam as mulheres transexuais de não se comprometerem com a causa LGBT, estando centradas apenas na luta enquanto mulheres, como se a transexualidade fosse temporária.

As categorias travesti e mulher transexual também estão em espectros diferentes na interlocução com o Estado. Nas políticas e programas de Estado, referentes ao enfrentamento à epidemia HIV/Aids, a categoria travesti é associada ao universo masculino, pois é empregada em um contexto de identidades masculinas como gays e HSH como, por exemplo, nas políticas de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids. Já o termo mulher transexual é utilizado no universo feminino, figurando o Plano de Enfrentamento da Feminização da AIDs e outras DSTs.

De modo geral, a distinção mais cristalizada entre travestis e mulheres transexuais está organizada em dois eixos: perversão x doença, explorada por Harry Benjamin, Robert Stoler e Jonh Money e construída a partir do contexto europeu; diferença entre classes sociais, essa própria do contexto nacional. Assim, as travestis são lidas na chave da perversão moral e como pertencem as classes populares, já as transexuais são alocadas no campo da doença mental e oriundas das classes médias e altas da sociedade. Mário Carvalho (2018) desenvolve uma análise sobre a influência dessas rotulações na construção individual das identidades e nas trajetórias de vida.

Ser medicamento rotulado pode trazer o privilégio da desresponsabilização por sua condição, algo que diferencia o desviante “mental” do desviante moral. Nesse ponto, devo lembrar que os imorais e pervertidos são sempre julgados socialmente como responsáveis por sua condição, logo, mercedores de toda sorte de desgraças e violências que os acometa, como no caso das travestis. Por outro lado, o doente é passível de compaixão e, ao mesmo tempo que não é responsável por seu desvio, tem como obrigação se engajar na tentativa de melhora e colaborar com a ação do médico. Nesse sentido, o alívio é resultado da nomeação do sofrimento, da objetivação de uma experiência subjetiva. Consequentemente, é possível pensar que na medida em que o diagnóstico de “transexualismo” alivia o sofrimento, ele também prescreve e delimita um lugar de doente e uma determinada performance feminina à transexual; de forma semelhante, o lugar marginal e abjeto resultante da injúria à travesti delimita uma performance feminina distinta. (CARVALHO, 2018, p. 43/44)

Para setores do movimento trans, as identidades de travesti e mulher transexual são construídas a partir de dois elementos: relação entre moralidade e medicalização; relação com os órgãos genitais e a cirurgia de transformação corporal do sexo. (CARVALHO, 2018)

As classes populares, menos medicalizadas e tolerante às dissidências de gênero, tendem a classificar as experiências de trânsito de gênero como imorais, expulsando de casa quem as vivencia. Essa pessoa, sem outras possibilidades, adentra o campo da prostituição, mais liberal e menos preso aos padrões estritamente binários, que acaba moldando uma construção corpórea, permissiva ao pênis, e a identidade travesti. As classes médias e altas não analisam as dissidências de gênero pela ótica da moralidade, mas sim a partir da medicalização. Assim, a experiência de trânsito de gênero é entendida como uma doença que deve ser tratada e não como um pecado. Nesse quadro de maior medicalização as normas de gênero são mais

fixas não havendo, portanto, uma permissividade com relação ao pênis. É nesse contexto que a identidade de mulher transexual é construída.

Ainda de acordo com algumas ativistas trans, a relação com os órgãos genitais permanece como um elemento diferenciador entre travestis e mulheres transexuais, mesmo não havendo consenso dentro do movimento. Outra característica distintiva, trazida pelas militantes, é a ambiguidade que as travestis carregam. Elas não se entendem totalmente enquanto mulheres, embora se identifiquem com o feminino<sup>19</sup>. Uma das interlocutoras afirmou: “Eu brinco que a travesti é uma pororoca, é o encontro dos gêneros, aonde o gênero feminino prevalece, mas ela é criada numa identidade única, eu não sou uma mulher. [...]” (CARVALHO, 2018, p. 53)

A categoria transexual possui, portanto, maior capital linguístico que o termo travesti, justamente por seu vínculo inicial com a área médica, podendo provocar um aumento de capital social e simbólico para a pessoa que se identifica ou é reconhecida por essa categoria. (LEITE JÚNIOR, 2008). Apesar do estigma e desprestígio associado ao termo travesti, muitas pessoas estão o recuperando como uma forma de afirmação política.

### 1.3.2 Transexualidade

Em contraposição ao “transexualismo”, enquanto categoria médica que patologiza as experiências de trânsitos de gêneros, o movimento trans e alguns intelectuais reivindicam o uso do termo transexualidade para descaracterizar qualquer associação de sua existência com o campo da patologia e da anormalidade.

Para Berenice Bento (2008, p.18) a transexualidade é entendida como uma “experiência identitária caracterizada pelo conflito com as normas de gênero”. Leite Júnior partilha desta concepção ao afirmar que travestis e transexuais “ajudam a questionar, mesmo que sem intenção, as normas de gênero que regem nossos conceitos de sexo, gênero e, no limite, de humano, explicitando que estas normas também são fluidas e transitórias.” (BENTO, 2008, p. 216). Para Ávila (2014, p.24) a transexualidade “nos obriga a desconstruir binarismos rígidos presentes nas categorias de gênero tradicionais: homem/mulher, masculino/feminino, heterossexual/homossexual”.

---

<sup>19</sup> “[...] Em outra ocasião, conversando com um grupo de travestis e chamando-as no feminino, como aprendi ser isto não apenas uma reivindicação política, mas uma expressão de educação, ao dizer a Lígia que sua postura era muito feminina, ela me corrigiu de maneira seca e afirmou: “sou muito feminino. Eu não sou mulher.” (LEITE JÚNIOR, 2008, p.189)

Essa interpretação, entretanto, não é consensual. Guilherme Almeida e Daniela Murta (2013) sinalizam que este conflito com as normas de gênero não é universal. Muitas pessoas transexuais, após realizarem as transformações que as possibilitem serem reconhecidas no gênero ansiado, não desejam romper com os padrões de gênero já estabelecidos. Ao contrário, reafirmam esses padrões através das modificações corporais e algumas, como resultado, rejeitam a identidade trans, optando por se reconhecerem, findado o processo, apenas enquanto homem ou mulher. Para alguns transexuais, a cirurgia de transformação corporal do sexo é o que possibilita ser um homem ou uma mulher completo/a, mesmo que esta pessoa já possua alguns atributos do gênero almejado e já seja reconhecida como tal. Assim, a divergência está centrada mais no âmbito individual, com o gênero que foi atribuído ao nascer e o impedimento social de mudança, e menos na esfera social, com as normas de gênero, embora também ocorra.

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”). Neste sentido, as modificações corporais tendem a operar para que a necessária harmonia entre gênero e corpo seja (re)estabelecida. Em outras palavras, as relações sociais não são questionadas quanto à forma binária de constituição dos gêneros – são os indivíduos que precisam mudar. (ALMEIDA; MURTA, 2013, p. 386/ 387)

Para os autores, portanto, a transexualidade é percebida como uma expressão identitária construída historicamente, “metonímia das relações de gênero hegemônicas” (ALMEIDA; MURTA, 2013, p. 388).

Em outro momento, contudo, Guilherme Almeida (2012) constata o potencial transformador das pessoas trans: elas despertam um debate acerca das questões de gênero, bem como forçam uma alteração nos protocolos de atendimento em saúde e demais serviços públicos que são, de maneira geral, generificados e não incluem as pessoas trans.

Apesar de não haver consenso a respeito da ruptura da transexualidade com os padrões de gênero, há uma compreensão geral em pensar a transexualidade a partir de uma não conformidade entre o sexo atribuído no nascimento e o gênero com o qual a pessoa se identifica. Assim, as pessoas transexuais

são aquelas que possuem ou vivem/representam uma identidade de gênero diferente da atribuída ao nascer, incluindo aquelas que por obrigação preferencial ou livre escolha optam por apresentar-se, através da vestimenta, acessórios, cosméticos ou

modificações corporais de modo diferente das expectativas a respeito do papel de gênero atribuído ao nascer (BLAZER, 2010 *apud* ÁVILA, 2014, p.30/31).

Márcia Arán (2006) afirma que a transexualidade na atualidade está ancorada em dois eventos: o avanço da biomedicina, a partir de meados do século XX, permitindo as alterações cirúrgicas e hormonais; e o surgimento da concepção de identidade de gênero como algo construído socialmente, passível de modificações e autônomo em relação ao sexo biológico. Ela entende a transexualidade não apenas em termos de uma não conformidade entre sexo atribuído e gênero vivenciado, mas também a partir da precariedade social causada pela rejeição dessa experiência pela normatização do sistema sexo-gênero.

Há diferentes perspectivas de identificação das pessoas transexuais. A primeira, centrada no sexo biológico, classifica como transexual masculino a pessoa que nasceu no sexo masculino, mas que se reconhece como pertencente ao gênero feminino; e de transexual feminino a pessoa que nasceu no sexo feminino, mas que se reconhece como pertencente ao gênero masculino. A segunda, norteadada pelo gênero, entende por transexual masculino o sujeito que nasceu no sexo feminino, mas que se identifica como membro do gênero masculino; e por transexual feminino o sujeito que nasceu no sexo masculino, mas que se identifica como membro do gênero feminino. Há ainda as expressões MTF e FTM, associadas ao campo médico. Trata-se de abreviações, que surgiram no X Congresso da Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, das sentenças “Male to Female” (macho para fêmea) e “Female to Male (fêmea para macho), nas quais o primeiro termo representa o sexo de nascimento e o segundo o sexo após a transição.

Para se referir a experiência de indivíduos que ao nascer foram identificados com o sexo feminino, mas que se reconhecem enquanto membros do gênero masculino há uma gama de denominações como, por exemplo, transexuais masculinos, homens transexuais, homens trans, transhomem, transmasculino, FTM e homem. Não há consenso a respeito da categoria mais adequada para representá-los, tanto para intelectuais e ativistas como para os próprios sujeitos. Apesar dos coletivos, associações e demais grupos mesclarem essas nomenclaturas parece haver um predomínio no uso da categoria homens trans, como podemos ver nos nomes de algumas associações: Associação Brasileira de Homens Trans (ABHT), Associação de Homens Trans e Transmasculinidades (AHTM), Núcleo de Apoio a Homens Trans (NAHT) e Núcleo de Homens Trans da Rede Trans Brasil.

Simone Ávila (2014) adota a categoria “transhomem” orientada por questões morfológicas e semânticas. Por se tratar de um substantivo, termo que nomeia pessoas e objetos, a categoria se revela a melhor opção já que não qualifica os sujeitos, como fazem os adjetivos. Assim, os termos masculino, em transexual masculino, e homem, em homem transexual,

estariam qualificando os indivíduos e, por isso, são rejeitados pela autora. Outro argumento acionado é a fuga de binarismos, ao abandonar os termos masculino e homem.

Guilherme Almeida (2012) trata as categorias homem transexual, homem trans, transhomem, transman, FTM e transexual masculino como sinônimos, embora opte por homens trans. Ele argumenta, ao contrário de Simone Ávila (2014), que os homens trans utilizam regulamente as palavras transexual e trans como adjetivos, que qualificam o termo homem, sem associá-las à patologia. A maioria de seus interlocutores demonstrou alívio ao descobrir um termo que finalmente nomeasse suas vivências, os tirando do limbo de serem identificados como “loucas” ou “lésbicas masculinizadas”. Isto, contudo, não é suficiente para retirar o estigma da anormalidade relacionado a eles, mesmo porque as categorias ainda se encontram nos manuais médicos.

Segundo Guilherme Almeida (2012), homens trans são indivíduos identificados, ao nascer, como femininos, mas que não se percebem enquanto tal, que podem empreender modificações corporais, hormonais e/ou cirúrgicas, utilizam roupas masculinas e acessórios, e podem almejar a requalificação civil de nome e sexo. Assim, a identidade de homem trans, bem como de outras pessoas trans que expressem a mesma necessidade de modificar seus corpos, é perpassada pela medicina, na medida em que algumas pessoas requerem alterações corporais, via procedimentos médicos, como parte do processo de autoidentificação.

É claro que o fato desse sujeito necessitar redefinir seu gênero também biologicamente (através de diversos procedimentos médicos que transformem fisicamente seu corpo, adequando-o à biologia do gênero desejado) complica bastante a discussão em torno de uma afirmação identitária independente da medicina. (RUSSO; VENÂNCIO, 2006, p.473)

Apesar de admitir o atravessamento do saber médico na construção identitária de homens trans, Guilherme Almeida (2012) entende que esta decorre mais da adoção de comportamentos que compõem a masculinidade, sobretudo a hegemônica, e menos em função do diagnóstico clínico.

Alguns homens trans empregam, ao construir sua identidade, o termo trans ou transexual, de maneira ressignificada, expressando uma vivência singular e não uma patologia. Outros o rejeitam, não por considerá-lo patologizante, mas sim temporário e algo que os afastaria dos demais homens. Para estes, a transexualidade é momentânea e acabará após os processos de modificações corporais e requalificação jurídica, ela serve apenas para acessar esses os serviços. (ALMEIDA, 2012) Isto reforça a concepção, descrita anteriormente, na qual algumas pessoas trans não desejam romper com os padrões de gênero estabelecidos, mas sim se enquadrar no sistema de inteligibilidade binário de gênero.

A identidade de homens trans é comumente construída em oposição à identidade lésbica, visto que muitos assumiram, em algum momento da vida, esta identidade, possivelmente pelo desconhecimento de outro termo que tornasse sua experiência inteligível e/ou de outras pessoas com trajetórias similares, ou ainda para evitar maiores conflitos familiares. (ALMEIDA, 2012; NERY, MARANHÃO FILHO 2015).

Ainda de acordo com Guilherme Almeida (2012), homens trans têm uma maior passabilidade de gênero<sup>20</sup>, em relação as mulheres trans, pois neles os procedimentos médicos de alterações corporais, sobretudo a testosterona, constroem um corpo mais semelhante à “expectativa social” de um corpo masculino. Como consequência, eles conseguem ter uma invisibilidade social maior, situação comemorada por muitos já que concretamente pode significar menos sofrimento, discriminação e violência. Essa invisibilidade pode ter como efeito colateral o não envolvimento de homens trans na luta política, “abandonando” outros segmentos do movimento trans como as mulheres trans e as travestis.

Com relação a construção da identidade política, Mário Carvalho (2018) revela que no início a categoria homem transexual era mais utilizada. Entretanto, esta foi substituída por homem trans graças a popularização do termo trans e pelo caráter patologizante atribuído, pelos homens trans, a categoria transexual.

Apesar disso, esse processo de elaboração identitária não ocorreu de forma pacificada. Mário Carvalho (2018), a partir das discussões travadas no I Encontro Nacional de Homens Trans, analisa o perfil e as diferenças entre homens trans e não binários. O principal debate, em torno destas categorias, parece, a princípio, ter como questão motivadora um conflito geracional. Alguns jovens não se sentem representados pelo termo homem trans, já que assumir tal identidade significaria se posicionar em um dos polos do espectro de gênero, reforçando o binarismo. Além de ser complicado, para os que vieram do movimento lésbico e/ou feminista, acolher totalmente o termo homem. Ao invés disso, eles preferem a ambiguidade, se identificando enquanto não binários. O conflito aparece pois os militantes mais velhos demonstram certo desconhecimento e estranheza com tal termo. Para resolver o impasse foi proposto o uso da categoria transmasculino, que agruparia homens trans e não binários. (CARVALHO, 2018)

Parte dos ativistas segue defendendo o emprego do termo homem trans como identidade política pois acreditam que facilitaria a interlocução com o Estado por se tratar de um termo mais antigo e inteligível. Ademais, eles questionam o uso do termo não binário por este criar

---

<sup>20</sup> “[...] característica de sujeitos trans passarem por sujeitos cis, conseguindo apagar ao máximo marcas do sexo imposto ao seu nascimento e colocarem em si características sociais do sexo com o qual se identificam e desejam ser reconhecidos.” (FERREIRA, 2017, p. 2)

uma ilusória cisão entre binários e não binários, dada a impossibilidade da transexualidade ser inteiramente binária. Em contrapartida, os que permanecem se identificando como não binários acusam os primeiros de fortalecerem o binarismo de gênero e o machismo. (CARVALHO, 2018)

A disputa entre homens trans e não binários poderia ser interpretada a partir das concepções sobre as construções do gênero, resumidas na oposição fixidez x fluidez. Os primeiros estariam ancorados em uma perspectiva mais “tradicional”, fixa na construção identitária, enquanto os segundos entenderiam esta de uma forma mais frouxa e autônoma com relação as normas de gênero.

De modo geral, os não binários são jovens, brancos, das classes médias e altas e os homens trans são negros, periféricos e mais velhos. A divergência entre eles envolve, portanto, não apenas as questões geracionais, mas as trajetórias de vida e outros marcadores sociais da diferença como classe, renda, escolaridade, etc.

Atualmente, há um consenso em torno do uso da categoria homens trans, principalmente na interação com o Estado, porém o termo transmasculinos também é utilizado, juntamente com homens trans, nos materiais e documentos internos ao movimento.

Para Mário Carvalho (2018) as disputas identitárias vão além das divergências por representação, seja social e/ou política, elas são:

[...] a expressão de tensões internas que simbolizavam a dificuldade na produção de reconhecimento recíproco de marcadores de raça, geração, regionalidade e classe. Logo, expressar trânsitos de gênero não era um arco de compreensão do sistema de opressões e estigmas suficiente para garantir a unidade do grupo sem se levar em consideração a intensidade sentida ou percebida de tais trânsitos, assim como os constrangimentos aos mesmos a partir de diferentes marcadores sociais da diferença. (CARVALHO, 2018, p. 63)

Percebe-se que a construção e os usos do conceito de transexualidade, bem como a legitimidade de tratar sobre o mesmo, é permeada por uma intensa disputa na qual, de um lado, encontra-se o saber médico e das ciências psi, com uma percepção mais biológica e patologizante dos trânsitos de gênero, de outro, estão os próprios sujeitos e alguns pesquisadores das ciências sociais, do serviço social, da saúde coletiva, com uma perspectiva mais social e construtivista deste fenômeno. Além dessa disputa, há uma outra, interna, entre os próprios indivíduos transexuais. Até pouco tempo, o discurso médico e psicologizante “reinava” absoluto, quase como uma disputa desleal. Agora, graças à insistente resistência do “opponente”, é obrigado a reconhecer os outros adversários, em um cenário cuja derrota surge como franca possibilidade.



## 2 SAÚDE E COMUNIDADE TRANS

### 2.1 Políticas públicas para LGBTs

As primeiras políticas públicas em torno da diversidade sexual surgem no Brasil na década de 1980 voltadas, em sua maioria, para homossexuais masculinos. A comunidade trans, incorporada até então nas políticas para LGBT, adquire, somente em 2008, uma política específica.

Inicialmente, essas políticas se concentravam no campo da saúde versando, em particular, sobre a epidemia do HIV/Aids, seu combate e prevenção, tanto para homossexuais como para trans. A partir do final da década de 1990 outros temas são incorporados como discriminação, violência e cidadania. Apesar disso, verifica-se um predomínio da saúde na formulação de políticas públicas e uma desatenção em outras áreas como segurança, educação, habitação e emprego, por exemplo<sup>21</sup>.

As políticas para a comunidade LGBT foram criadas no âmbito do Poder Executivo, via decretos, portarias e programas. As ações do Legislativo são pontuais e se restringem aos estados e municípios. Embora existam alguns projetos de leis importantes a nível federal que tratam da criminalização da homofobia, da alteração na lei de registro civil e da proteção à identidade de gênero, não há leis que garantam direitos civis para essa comunidade. Tal fato revela a fragilidade dessas políticas públicas que podem ser extintas ou reduzidas a partir das alternâncias de governo e/ou de outras circunstâncias conjecturais. (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012)

Há também um caráter fragmentário nas políticas públicas para LGBT, isto é, na ausência de ações governamentais e de uma legislação de abrangência federal, constrói-se iniciativas localizadas e pontuais. Assim, estados e municípios respondem as demandas de maneiras distintas, instaurando um ambiente de insegurança jurídica para a comunidade. São exemplos disso a falta de uma lei nacional para a criminalização da homofobia e as inúmeras resoluções e portarias acerca do uso do nome social para pessoas trans. (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012)

---

<sup>21</sup> Nessas áreas, as iniciativas se restringem a alguns cursos e projetos isolados. Na educação e segurança, destacam-se os cursos de capacitação “Gênero e Diversidade na Escola” e “Segurança Pública sem Homofobia”. Já no âmbito do trabalho, há o predomínio de projetos promovidos por organizações LGBTs que, eventualmente, recebem apoio do Ministério do Trabalho como, por exemplo, o Projeto ASTRAL POP – Trabalho, Oportunidade e Previdência e o TransEmprego.

Uma das primeiras ações de Estado para LGBTs foi o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH I), lançado em 1996. É a primeira vez que o termo homossexualidade é relacionado a direitos em um documento do governo federal (DANILIAUSKAS, 2010). Neste momento, fala-se apenas em homossexual, não englobando todo o universo LGBT, e a questão é tratada na perspectiva da vulnerabilidade, visto que a categoria é descrita no contexto de “grupos em situação mais vulnerável”.

Apesar disso a institucionalização das políticas públicas para a população LGBT ocorre nos anos 2000 com a criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD-LGBT), do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH II), do Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e Discriminação contra GLBT e Promoção da Cidadania Homossexual e do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Esses documentos representam uma mudança na orientação das políticas públicas para esse grupo que passam a entender essas pessoas em termos de cidadania e não apenas na ótica da vulnerabilidade, violência e discriminação.

O Programa Brasil sem Homofobia foi um marco na história das políticas públicas para LGBT por ser considerado a primeira política, de fato e a nível nacional, para essa comunidade. Embora pautado com centralidade à violência e à discriminação, revela o início da transição das políticas ao falar, pela primeira vez, em cidadania homossexual. Este processo, entretanto, se intensificará a partir do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT, em 2009. (DANILIAUSKAS, 2010).

Destaca-se também o campo da saúde. É a partir deste que o Estado começa a demonstrar certa preocupação com a comunidade LGBT com a criação de políticas públicas, estruturadas nacionalmente e com recursos específicos. Ainda hoje é a área que concentra o maior número de ações governamentais para essa comunidade.

Assim como as demais políticas para LGBT, as de saúde também se limitam a planos, resoluções e comitês técnicos propostos pelo Executivo. Além disso, ainda estão muito voltadas à epidemia de HIV/Aids. Dentre todas as ações para LGBT na área da saúde, as relacionadas ao combate e a prevenção ao HIV/Aids detêm os maiores investimentos. (MELLO et al., 2011). Marcelo Perilo e Cláudio Henrique Pedrosa (2010 *apud* SANTOS, 2016) argumentam que coexistem no país dois modelos de saúde para LGBT: um centrado na prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e outro que assume a perspectiva do cuidado integral e humanizado, em direção à efetivação da cidadania.

As principais iniciativas governamentais para a saúde LGBT são: o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, HSH e Travestis e a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT<sup>22</sup>.

Apesar dos avanços e de alguns projetos maiores, a nível nacional, as políticas públicas para a comunidade LGBT são geralmente pontuais, contam com poucos recursos e estão calcadas nas ações individuais de gestores sensíveis à causa, não havendo muitas garantias institucionais para a manutenção das mesmas. Além disso, se mostram frágeis pela falta de articulação entre a união, estados e municípios e pela carência de servidores especializados que participem de sua elaboração. (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012). Há também um conservadorismo institucionalizado que impede a concretização das políticas.

Considerando a escassez – ou mesmo a ausência – de previsão orçamentária para as medidas indicadas no “Programa Brasil sem Homofobia”, no Plano Nacional LGBT e mesmo no PNDH III, as propostas de combate à homofobia e de promoção da cidadania da população LGBT, inclusive no âmbito da saúde, configuram-se até o momento como um conjunto de boas intenções, difícil, porém, de ser implementado de maneira mais substantiva a curto ou médio prazo. (MELLO et al., 2011, p. 22)

As dificuldades vivenciadas pela comunidade LGBT acerca da formulação e execução das políticas públicas construídas em seu benefício, ou de sua ausência, sobretudo na área da saúde, tornam-se mais sensíveis para as pessoas trans. Não apenas por requererem procedimentos específicos, não experimentados pelos outros segmentos da comunidade, como, por exemplo, a terapia hormonal e as cirurgias de transformação corporal do sexo, mas também por sofrerem uma discriminação sem precedentes visto que têm, muitas vezes, sua condição de humanidade questionada.

## 2.2 Saúde e comunidade trans

### 2.2.1 Políticas públicas de saúde

O diagnóstico de Disforia de gênero baliza as políticas públicas de saúde, bem como o acesso à saúde de pessoas trans no Brasil. Assim, as iniciativas governamentais para as pessoas

---

<sup>22</sup> Dentro das políticas públicas mais amplas para LGBT, há proposições relativas à saúde como, por exemplo, no Programa Brasil sem Homofobia e no Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos. Há também outras políticas que mencionam à saúde LGBT como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, que aponta a necessidade de considerar as especificidades de mulheres negras, indígenas e lésbicas na saúde, e a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que assegura um atendimento livre de discriminações e que respeite o nome social.

trans estão concentradas na área da saúde, relacionadas a esse diagnóstico e à epidemia de HIV/Aids, que se tornam a principal via de acesso de pessoas trans ao sistema de saúde. Como resultado, a maior política pública para esse grupo é o Processo Transexualizador.

A interface entre saúde da comunidade trans no Brasil e o Estado começa em 1997 com a autorização, através da resolução 1.482 do Conselho Federal de Medicina (CFM), para a realização de cirurgias de transformação corporal do sexo dos tipos neocolpovulvoplastia<sup>23</sup>, neofaloplastia<sup>24</sup> e/ou procedimentos complementares<sup>25</sup>. Estas teriam caráter experimental e só poderiam ser realizadas em hospitais públicos que desenvolvessem pesquisas ou em hospitais universitários. A partir desse momento as cirurgias de transformação corporal do sexo, que sempre ocorreram, deixaram de ser consideradas crimes de lesão corporal e passaram a ser entendidas como tratamento, assim como afirmava Henry Benjamin<sup>26</sup>. O texto reforça, em dois momentos, não se tratar de crime e afirma não haver lei que impeça o procedimento. O acesso às cirurgias só seria concedido a partir do diagnóstico de “transexualismo” e de outros critérios como idade mínima, acompanhamento psiquiátrico por dois anos, entre outras exigências.

Essa primeira resolução utiliza a mesma definição de “transexualismo” dos manuais e códigos internacionais de doenças que, por sua vez, é a mesma da tríade de médicos e psicólogos considerados os “criadores” do “transexualismo”, demonstrando não apenas a força desse paradigma e do saber médico, bem como sua capacidade de influência 50 anos depois. Além disso, essa primeira versão foi empregada na formulação do Processo Transexualizador visto que já estabelece alguns critérios que aparecerão no Processo como, por exemplo, equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social; acompanhamento por dois anos e idade mínima de 21 anos.

Além disso, essa decisão do CFM foi um ponto importante na história da atenção à saúde da comunidade trans no país, pois, a partir dela e da consequente demanda pelos serviços

---

<sup>23</sup> Cirurgia para a construção de neovulva e neovagina. Neocolpoplastia diz respeito à construção do canal vaginal e neovulvoplastia é a construção da vulva.

<sup>24</sup> Cirurgia para construção de neofalo.

<sup>25</sup> Em 1979 o CFM emitiu um parecer a respeito da cirurgia de implante de próteses mamárias em mulheres trans. (ARÁN, MURTA, LIONÇO, 2009). Em 1994, o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal expediu um parecer defendendo a legalidade e a legitimidade ética da cirurgia de transformação corporal do sexo, não sendo passível de penalização pelo código de ética médico.

<sup>26</sup> As primeiras cirurgias de transformação corporal do sexo que se tem registro ocorreram na Alemanha e na Dinamarca em 1920 como “práticas de ‘adequação sexual’ e associadas ao tratamento de “pseudo-hermafroditas” e “hermafroditas verdadeiros”. (ARÁN, 2006, p. 52). No Brasil, contudo, as cirurgias, até 1997, eram consideradas crimes de lesão corporal pelo Código Penal Brasileiro, além de serem proibidas pelo conselho de ética do CFM. A primeira cirurgia realizada no país aconteceu em 1971 em uma mulher trans. O médico responsável, Roberto Farina, foi processado e condenado tanto criminalmente como no próprio CFM. (LEITE JÚNIOR, 2008). Em homens trans a primeira cirurgia data 1977 com João Nery. (ALMEIDA, 2012)

ali descritos, inicia-se o oferecimento dos procedimentos para modificação corporal<sup>27</sup>, bem como seminários e reuniões, envolvendo pesquisadores, membros do governo, profissionais de saúde e movimentos sociais, que deram uma visibilidade maior para a temática. (ARÁN, 2008)

Em 2002, a primeira deliberação é revogada e substituída pela resolução 1.652 do CFM. A principal alteração foi a retirada da neocolpovulvoplastia do caráter experimental e a possibilidade de sua realização em qualquer hospital, público ou privado, independentemente da atividade de pesquisa, desde que respeitando os critérios da Resolução. A neofaloplastia e procedimentos complementares, entretanto, permaneceram como experimentais e com a necessidade de serem empreendidos em hospitais universitários ou que realizem pesquisas. Essas decisões foram atribuídas a dificuldades ou facilidades técnicas na prática cirúrgica e aos resultados funcionais e estéticos após o procedimento. Outra modificação presente nessa segunda versão foi a inclusão de endocrinologistas na equipe multidisciplinar e que a ausência de algum componente da equipe paralisa o processo.

Em 2010, o CFM divulgou um parecer, Par. CFM nº 20/2010, sob questionamento da Promotoria de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal/Pró-Vida, sobre as cirurgias de transformação corporal do sexo em homens trans. O requerimento, assinado por 17 representantes de profissionais da saúde, advogados, pesquisadores e movimentos sociais solicitava a retirada do caráter experimental de alguns procedimentos cirúrgicos para homens trans como a histerectomia<sup>28</sup>, a mastectomia<sup>29</sup> e a ooforectomia<sup>30</sup>, alegando que estes já são usualmente realizados pelo SUS e que, portanto, do ponto de vista médico não são experimentais. O Conselho, então, se posiciona de forma favorável, mantendo apenas a

<sup>27</sup> Anteriormente, já existiam instituições que ofereciam atendimento especializado para as pessoas trans como Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. (ARÁN, 2008)

<sup>28</sup> Procedimento cirúrgico para a retirada do útero. Pode ser total ou parcial, bem como combinada com outras cirurgias como a ooforectomia e salpingectomia. Os principais documentos que normatizam as cirurgias de transformação corporal do sexo no país como as portarias do Processo Transexualizador e as resoluções do CFM não dão maiores especificações e falam apenas em histerectomia.

<sup>29</sup> O termo mastectomia é utilizado nos documentos governamentais e médicos que versam sobre saúde trans, exceto a última resolução do CFM. Alguns homens trans e médicos preferem a expressão mamoplastia masculinizadora argumentando que “Tal termo [mastectomia bilateral] significa a amputação cirúrgica da mama, que pode ser parcial ou total e é realizada em mamas masculinas ou femininas como forma de tratamento para determinadas doenças. A cirurgia plástico reconstrutiva que transforma a mama feminina em uma mama masculina deve carregar o termo Mamoplastia, pois tal termo é traduzido como plástica mamária e complementado com Masculinizadora, que é o objetivo da cirurgia, ou seja, a readequação da quantidade de todos os diferentes tecidos que compõe a mama feminina para ao final serem proporcionais em quantidade e forma aos tecidos que compõe a mama masculina” (LITTLETON, 2012 *apud* NERY, MARANHÃO FILHO, 2015)

<sup>30</sup> Cirurgia para remoção do ovário. Quando apenas um é retirado chama-se ooforectomia unilateral. No caso dos dois ovários serem extirpados nomeia-se como ooforectomia bilateral.

neofaloplastia a título experimental devido aos resultados ruins, estéticos e funcionais, do novo órgão.

Assim, no mesmo ano, o CFM atualiza sua regulação acerca da cirurgia de transformação corporal do sexo, Res. CFM 1.955/2010, inserindo o proposto pelo parecer nº 20/2010. No restante, ela representa uma continuidade das versões anteriores exceto por: excluir o requisito a hospitais universitários ou públicos que desempenham atividades de pesquisa, basta o hospital atender as exigências da Resolução, e alterar a definição de “transexualismo”. O último parâmetro desta definição era “ausência de outros transtornos mentais” que foi retificado por “ausência de transtornos mentais”. Ao não considerar o “transexualismo” um transtorno mental, o CFM se alinha com a última revisão do CID que também faz esse movimento.

Alguns anos depois, em 2013, o Conselho emite outro parecer importante, Par. CFM nº 8/13, sob solicitação da Defensoria Pública de São Paulo, que versa sobre hormonioterapia para adolescentes trans. Todas as portarias e resoluções, até este momento, determinavam a idade mínima de 21 anos para o início de qualquer serviço do Processo Transexualizador e não mencionavam crianças e adolescentes trans. Apesar disso, várias pesquisas apontam a hormonização de jovens, muitas vezes sem orientação e a partir de fontes ilícitas.

O documento reconhece que o desenvolvimento do “Transtorno de Identidade de Gênero” não é o mesmo entre crianças, adolescentes e adultos, requerendo, assim, assistências terapêuticas distintas.

Apesar de a transexualidade se manifestar também na infância, visto que crianças podem demonstrar disforia com o gênero atribuído ao nascer, há uma incidência maior após a puberdade. Pesquisas afirmam que entre as crianças trans pré-puberes apenas de 5% a 20% dos casos se mantêm na adolescência. O percentual na fase adulta varia de 6% a 23%. Já entre adolescentes o número é maior.

O texto expõe também os problemas causados aos jovens trans no começo da puberdade como depressão e ansiedade. Este período costuma ser crítico em suas vidas por acentuar a associação com o gênero atribuído ao nascer, graças ao surgimento dos caracteres sexuais secundários. Por isso, o CFM defende a anulação da puberdade do sexo de nascimento. Ela é benéfica pois diminui o sofrimento causado pelo aparecimento de outras características do sexo biológico, proporciona que as futuras cirurgias de transformação corporal do sexo sejam menos invasivas e previne os males oriundos de uma hormonização insegura, sem acompanhamento médico, realizada por muitos jovens. O Conselho adota as prescrições da Sociedade Americana de Endocrinologia que sugere um cuidado permanente na interrupção da puberdade, verificando

possíveis efeitos colaterais como parada do crescimento e da maturação óssea, ou seja, do desenvolvimento esperado dos ossos.

O Parecer cita algumas instituições estrangeiras que já realizam o procedimento de forma satisfatória, alcançando melhores resultados, físicos e psíquicos, entre jovens que suspenderam a puberdade em relação aqueles que iniciaram o tratamento hormonal depois. O CFM esclarece que nessa fase são ministrados bloqueadores da puberdade do sexo biológico, processo reversível. A hormonioterapia, isto é, a administração de hormônios sexuais do gênero de identificação, não é iniciada.

O tratamento consiste da administração de análogos LHRH para bloquear a puberdade hormonal do gênero biológico. Nenhum hormônio sexual cruzado (gênero oposto) é administrado nesta fase. Essa intervenção hormonal (análogo LHRH) não deve ser considerada como mudança de sexo per se. Seus efeitos são reversíveis. Bloqueando, retardando ou congelando a puberdade por esse meio, ganha-se tempo para definições terapêuticas futuras. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013, p. 3)

O Conselho considera que a identidade de gênero só está totalmente consolidada na fase adulta. Assim, somente a partir desse momento os sujeitos podem tomar decisões sobre procedimentos irreversíveis como a hormonioterapia, de acordo com o gênero de pertencimento, e a cirurgia de transformação corporal do sexo.

O documento recomenda que o diagnóstico do “Transtorno de Identidade de Gênero” em adolescentes seja feito por equipe multidisciplinar composta por clínicos gerais, pediatras, endocrinologistas e profissionais de saúde mental. Os membros desta devem possuir capacitação em psicologia do desenvolvimento da criança e do adolescente.

No que tange a adolescentes trans, portanto, o CFM se mostra favorável à supressão da puberdade, logo em seu início, em torno dos 12 anos, seguida de hormonioterapia para o gênero de pertencimento a partir dos 16 anos, caso a transexualidade se mantenha.

Apesar do avanço e de uma aparente sensibilidade com as pessoas trans e seus sofrimentos, o Conselho, ao explicitar o tratamento hormonal para adolescentes trans, desrespeita suas identidades de gênero pois remete ao sexo biológico na descrição das dosagens dos medicamentos.

Para os meninos, a puberdade feminina será induzida com uma dose de 05 µg/Kg/dia de 17 β estradiol oral diária, aumentada a cada 6 meses de 05 µg/Kg/dia. Aos 18 anos será dada a dose de adulto: 2 mg/dia. Para as meninas, a puberdade masculina será induzida com ester de testosterona, começando com 25 mg/m<sup>2</sup> a cada 2 semanas IM, aumentando a cada 6 meses a dose de 25 mg/m<sup>2</sup>. A partir de 18 anos, a dose de 250 mg a cada 3-4 semanas. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013, p. 8)

A última proposição do CFM para a comunidade trans foi a Resolução 2.265/2019, revogando a determinação de 2010. Ela representa uma grande evolução com relação aos

posicionamentos anteriores do Conselho pois, além de ser um documento muito mais detalhado, se revela mais respeitoso e contempla algumas das demandas do grupo.

Os termos “transexualismo” e “transgenitalismo” são substituídos por incongruência de gênero e transgênero. Não se referem mais as pessoas trans como paciente transexual, chamando apenas de transgênero. O uso pode simbolizar uma tentativa de diminuir a estigmatização e patologização, embora a comunidade trans rejeite este termo.

Há, também, uma mudança na definição da transexualidade. Em 2010, o Conselho afirmava “ser o paciente transexual portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010, p. 110). Na nova versão “compreende-se por transgênero ou incongruência de gênero a não paridade entre a identidade de gênero e o sexo ao nascimento, incluindo-se neste grupo transexuais, travestis e outras expressões identitárias relacionadas à diversidade de gênero.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020, p. 96). Essa modificação está em consonância com a última versão do CID, que também define nesses termos com a diferença de não adotar a categoria transgênero. Percebe-se uma aproximação com o discurso acadêmico e das próprias pessoas trans, em uma inclinação menos patológica. Vale destacar a inclusão das travestis, algo inédito nos documentos do CFM.

Além dessa primeira definição, o documento conceitua ainda identidade de gênero, homens transexuais, mulheres transexuais, travesti e afirmação de gênero. Ao contrário das versões anteriores, há um respeito as pessoas trans e suas identidades visto, também, na adequação da linguagem ao gênero. A caracterização das travestis seguiu com influência dos escritos de Benjamin ao afirmar que “considera-se travesti a pessoa que nasceu com um sexo, identifica-se e apresenta-se fenotipicamente no outro gênero, mas aceita sua genitália.” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020, p. 96)

O texto frisa que o atendimento deve ser livre de discriminação em todos os níveis da atenção de saúde e responder as necessidades das pessoas trans. A assistência médica é composta por: acolhimento, acompanhamento ambulatorial, procedimentos clínicos, cirúrgicos e pós-cirúrgicos; e deve ser realizada de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS), isto é, um planejamento das ações terapêuticas a serem elaboradas pela equipe multiprofissional com o sujeito do cuidado.

O PTS visa proporcionar uma atenção à saúde que assegura à integralidade, à humanização e à individualidade dos sujeitos pois considera o protagonismo deles na promoção da saúde, a importância da criação de vínculos e da família na assistência e a diversidade na vivência da identidade de gênero. O Projeto deve ter sua versão preliminar construída pela



equipe ambulatorial, após consulta com todos os membros, e a final criada em reunião entre a pessoa assistida e a equipe multidisciplinar. Com crianças e adolescentes a família deverá participar, em articulação com a escola.

Com relação a equipe multiprofissional foram incluídas novas especialidades, a saber: pediatria, para menores de 18 anos, ginecologia, urologia e cirurgia plástica. Houve a remoção do Serviço Social. Esta é a equipe mínima, mas o Conselho argumenta que outros profissionais serão disponibilizados, caso esteja no PTS.

Uma questão há tempos discutida pelo movimento trans foi abordada na Resolução: a esterilidade compulsória. O texto anuncia a obrigatoriedade do esclarecimento a respeito da possível esterilidade provocada pela hormonioterapia e cirurgias.

Pela primeira vez o CFM insere os familiares das pessoas trans em suas orientações. Recomenda-se que eles sejam acompanhados pela própria equipe multiprofissional ou por outros profissionais de saúde. Além disso, eles só poderão ter acesso ao PTS sob autorização do sujeito assistido.

Outra novidade é a incorporação de crianças e adolescentes trans. Mantém-se o posicionamento apresentado no Parecer de 2013, acrescentando novas especificações e exigências: crianças pré-púberes não podem ser submetidas a procedimentos cirúrgicos ou hormonais, sendo apenas acompanhadas pela equipe multiprofissional; a supressão da puberdade, em crianças púberes ou adolescentes, tem caráter experimental e só pode ser efetuada em hospitais universitários e/ou de referência; proibição da hormonioterapia para menores de 16 anos e das cirurgias para menores de 18 anos. Mesmo com os avanços, conserva-se como requisito, tanto para bloqueio da puberdade quanto para a hormonioterapia, o acompanhamento psiquiátrico e o “diagnóstico de incongruência de gênero”, numa clara evidência de manutenção da patologização.

Outra mudança significativa diz respeito ao tempo mínimo necessário para a realização das cirurgias. O novo prazo é 1 ano. Permanece a recomendação das cirurgias e terapia hormonal somente para as pessoas que não tenham transtornos mentais que impossibilitem os procedimentos.

Com a Resolução, o CFM abandona os termos “cirurgia de redesignação”, “cirurgia de transgenitalismo” e “cirurgia de transgenitalização”, os substituindo por “procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero”. Da mesma forma, não utiliza mais as expressões tratamento cirúrgico, terapia hormonal e tratamento hormonal. Se refere apenas a procedimentos cirúrgicos e hormonais, afastando-se da concepção que entende tais recursos como tratamento.

Ainda com relação ao protocolo cirúrgico há uma especificação maior das intervenções disponíveis. Para as mulheres trans e travestis, a inovação foi a inserção da mamoplastia de aumento. O texto não faz referência à cirurgia nas cordas vocais e no Pomo de Adão. Para homens trans é ofertado: mamoplastia bilateral, histerectomia, ooforectomia bilateral, neovaginoplastia, metoidioplastia<sup>31</sup> e neofaloplastia, único procedimento cirúrgico de toda lista, dentre homens e mulheres, que é considerado experimental.

### 2.2.2 Processo Transexualizador

O segundo e principal marco na história das iniciativas estatais na área da saúde para as pessoas trans no Brasil foi o Processo Transexualizador. Trata-se, do ponto de vista institucional, de uma política pública, instituída e organizada pelo Ministério da Saúde (MS), que estabelece diretrizes e procedimentos para o tratamento do “transexualismo”. No entanto, para as pessoas trans o Processo não é entendido pelo binômio doença-tratamento. É percebido como um serviço que possibilita transformações corporais e como um itinerário de construção de si. (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009; BORBA, 2014)

A transformação do corpo, em diversas modalidades, é parte indissociável da produção de vida trans. Um elemento bastante importante nessa produção, dadas as condições de exposição a inúmeras vulnerabilidades sociais, como a perda de laços familiares e a necessidade de sobreviver, é a recorrência ao trabalho com prostituição, o qual geralmente requer modificações corporais para conseguir clientes, garantir e aumentar os ganhos financeiros. Assim, modificar o corpo se integra à produção de vida e à criação de condições para vivê-la. (ROCON et al., 2018, p. 48)

O Processo Transexualizador foi instituído em 2008 pela portaria 1707 do MS e regulamentado pela portaria 457/08 do mesmo ministério. Com somente quatro artigos, a portaria que institui o Processo é genérica e estabelece apenas os princípios norteadores da

---

<sup>31</sup> Cirurgia para construção de um neofalo a partir do clitóris hipertrofiado devido a hormonização. “Em geral, o procedimento envolve o desprendimento dos ligamentos do clitóris, alongamento para a formação da glândula e extensão da uretra nativa através de retalhos locais vaginais e dos lábios. Isso permite a criação de um neofalo sensível (inervado) longo o suficiente para micção de pé e, em alguns casos, propiciando relação penetrativa (embora essa função não possa ser garantida).[...] A metoidioplastia é uma opção atraente para os pacientes que desejam evitar outras faloplastias mais invasivas que utilizam retalhos e enxertos de tecidos distantes que podem deixar grandes cicatrizes visíveis nos locais doadores (por exemplo, a faloplastia com retalho do radial do antebraço deixa uma grande cicatriz identificável no antebraço do paciente). A principal desvantagem da metoidioplastia é a consideração de que o comprimento e a espessura do neofalo são inadequadas, o que pode limitar ou impedir seu uso em relações com penetração.” (Tradução nossa) Disponível em: < <https://www.uptodate.com/contents/transgender-surgery-female-to-male>>. Acesso em: 5.abr.2020. Em 2019, fruto de uma decisão judicial, a intervenção foi incluída na tabela de procedimentos do SUS. Essa ainda permanece, de acordo com a Portaria MS 1370/2019, em caráter experimental, vinculada à pesquisa e deve ser realizada em hospitais universitários. Para o CFM, Par. CFM nº 25/2019, a metoidioplastia não é experimental.

política como a integralidade e a humanização. O documento afirma que o cuidado não deve estar centralizado na cirurgia de transformação corporal do sexo, postula um atendimento humanizado e não discriminatório, inclusive com a sensibilização da equipe de saúde e demais usuários do sistema, e prevê a capacitação permanente do quadro de saúde. Apesar dessas determinações, o texto não revela o modo de operacionalizar tais ações.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde lança a portaria 457 que regulamenta e estrutura o Processo. Composta por 14 artigos e 4 anexos, esta portaria fornece os meios de concretização do projeto detalhando os tipos de instituições e serviços que serão credenciados, os critérios de seleção dos pacientes e os parâmetros para o atendimento.

Essa primeira versão do Processo Transexualizador só contempla as mulheres trans ao oferecer, com base na Resolução 1.652/2002 do CFM, somente a neocolpovulvoplastia e alguns procedimentos relacionados à feminilização da voz. Homens trans e travestis são excluídos. O documento demonstra isto ao afirmar que a metoidioplastia e a construção de neofalo são consideradas experimentais e, portanto, não estão previstas. A ausência das travestis é evidenciada no estabelecimento das Diretrizes de Atenção Especializada no Processo Transexualizador que postula “[...] a necessidade de distinguir transexualismo dos demais transtornos da identidade sexual [...]” (BRASIL, 2008, p.71)

Os centros responsáveis por operacionalizar as ações do programa, intitulados Unidades de Atenção Especializada, são hospitais de ensino e pesquisa que possuam expertise na área, ligados aos SUS. Uma de suas atribuições é a formação da equipe multiprofissional composta, impreterivelmente, por cirurgião urologista, anestesista, equipe de enfermagem, endocrinologista, psiquiatra, psicólogo e assistente social. Além disso, cada hospital deve ter obrigatoriamente um médico urologista como responsável técnico pela cirurgia. Nesta primeira portaria, foram habilitados quatro hospitais para a execução da política em todo o país, são eles: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital das Clínicas - Universidade de São Paulo, Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Hospital das Clínicas de Goiás - Universidade Federal de Goiás.

A assistência é composta das seguintes etapas: acolhimento, acompanhamento terapêutico, “cirurgia de transgenitalização” e atenção continuada. A primeira fase consiste na confirmação do diagnóstico realizada por psicólogo ou outro membro da equipe. O acompanhamento terapêutico engloba o trabalho psicoterapêutico, desenvolvido por psicólogos, a avaliação psicodiagnóstica, feita por psiquiatras, o acompanhamento endócrino (hormonioterapia) e a assistência social. Segundo a portaria, a psicoterapia não tem como único objetivo a obtenção do diagnóstico e do aval para a cirurgia, sendo pensada como um locus

“[...] de elaboração de sua condição de sofrimento pessoal e social [...] resguarda ao transexual o direito as diferenças comportamentais e subjetivas.” (BRASIL, 2008, p. 71). Assim como a psicoterapia, a avaliação psicodiagnóstica não deve se limitar à permissão ou objeção ao tratamento cirúrgico. O acompanhamento terapêutico, com psicólogos e psiquiatras, acontece mensalmente durante, no mínimo, dois anos. Ao abordar a terceira etapa, o texto reforça novamente que as intervenções cirúrgicas são um dos recursos para o tratamento, não o único. A “cirurgia de transgenitalização” é formada por duas fases. A primeira, chamada de 1º tempo, compreende a retirada dos testículos, a amputação peniana e a construção da neovagina. A segunda fase ou 2º tempo envolve modificações para a feminilização da voz como “[...] alongamento das cordas vocais e tireoplastia para redução do Pomo de Adão [...]” (BRASIL, 2008, p. 69). O Processo assegura ainda a atenção continuada para acompanhar a hormonioterapia, avaliando os efeitos colaterais e o possível desenvolvimento de doenças, e o pós-cirúrgico. Para participar do programa e acessar os serviços disponíveis, inclusive a hormonioterapia, é preciso ter no mínimo 21 anos e no máximo 75.

A análise do Formulário para Acompanhamento Terapêutico de Transexuais revela algumas contradições internas ao Processo nessa primeira versão. O formulário, presente na portaria, divide a observação em aspectos emocionais e aspectos psicossociais. O primeiro envolve autoestima, autoimagem, elaboração de aspectos conflituosos da infância e adolescência, síndrome ansiógena e síndrome de angústia pós-cirúrgica. Já o segundo diz respeito à inserção no mercado, vivência social da feminilidade ou masculinidade, mudanças físicas, sociais e psicológicas após a cirurgia e vivência familiar. Na seção autoestima a equipe multiprofissional deve averiguar “se a pessoa transexual vem evoluindo, no processo de acompanhamento psicoterapêutico, no sentido de se aceitar como transexual (com vistas à possibilidade da cirurgia de transgenitalização) [...]” (BRASIL, 2008, p. 72). Parece haver uma valorização da cirurgia, reduzindo as formas de construção da transexualidade ao tratamento cirúrgico. (SOUSA; IRIART, 2018). Há uma contradição com o discurso apresentado ao longo da portaria que compreende a cirurgia como mais um recurso do Processo Transexualizador.

Outro traço de contradição aparece na descrição dos objetivos da psicoterapia. A sustentação do documento a respeito do atendimento psicológico, como um espaço de elaboração do sofrimento, que respeita a subjetividade de cada indivíduo e não se configura como um instrumento para confirmação de diagnóstico e permissão para cirurgia, não se verifica na prática. Ao contrário, as pessoas trans relatam uma encenação sistemática afim de obterem autorização para realizarem as transformações corporais desejadas. (BENTO, 2006; BORBA, 2014).

No ano de 2013 foram publicadas três portarias relativas ao Processo Transexualizador. A primeira foi a portaria do MS 859 que apresenta uma grande reformulação da determinação vigente. Um dia depois, o MS lança a portaria 1.579, revogando a portaria 859, por considerar o parecer nº 8/2013 do CFM e a necessidade de criação de protocolos clínicos de atendimento. Nesse sentido, o MS se propôs a consultar os profissionais de saúde que executam a política e especialistas para redefinir os critérios de avaliação dos indivíduos, os protocolos de acompanhamento das pessoas trans e de seus familiares e discutir, no caso de menores de idade, a autorização dos responsáveis para participação no programa. No final daquele ano é anunciada a última edição do Processo Transexualizador, PTR MS 2803/2013.

Esta atualização foi motivada, entre outras razões, por processos judiciais exigindo que o SUS disponibilizasse todos os serviços necessários para a realização das cirurgias de transformação corporal do sexo. A principal alteração foi a inclusão de homens trans e travestis e a redução da idade mínima para a hormonioterapia. O documento mantém como princípios organizativos a integralidade, a humanização, um cuidado não discriminatório e a não centralidade da cirurgia de transformação corporal do sexo.

Na primeira versão da portaria, o MS se refere as pessoas trans como pacientes ou “indivíduos com indicação para o Processo Transexualizador”. Na edição em vigor há a substituição por “usuário com demanda para realização do Processo Transexualizador”. Uma abordagem menos patologizante, embora ainda haja menção ao diagnóstico.

A assistência é formada pela atenção básica, responsável pelo acolhimento, encaminhamento ao serviço especializado, atenção continuada e pela coordenação de todo o percurso terapêutico; e pela atenção especializada, composta pela modalidade ambulatorial e pela hospitalar. A ambulatorial é encarregada do acompanhamento clínico, pré e pós-cirúrgico, além da hormonioterapia. Na fase hospitalar são empreendidas as intervenções de alta complexidade como as cirurgias de transformação corporal do sexo, procedimentos complementares, o pré e pós-operatório.

Permanece o período de dois anos de acompanhamento clínico mensal pré-operatório e por, no máximo, 1 ano após as cirurgias. Entretanto, reduziu-se, para 18 anos, a idade mínima para hormonioterapia e acompanhamento clínico. A idade limítrofe para todos os serviços continua inalterada, bem como a exigida para as cirurgias<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Embora o governo brasileiro não tenha aderido nacionalmente à posição do CFM (Par. CFM nº 8/13), o Ambulatório de Transtorno de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Hospital das Clínicas da USP atende crianças e adolescentes trans, inclusive com supressão da puberdade e hormonioterapia. Ver a esse respeito Saadeh, Cordeiro e Caetano (2015).

No tocante as intervenções cirúrgicas destacam-se a inclusão, para mulheres trans, de implantes de próteses mamárias de silicone, reivindicação antiga. Para homens trans oferecem: mastectomia bilateral, histerectomia com anexectomia<sup>33</sup> bilateral e colpectomia<sup>34</sup>. Será ofertado também a vaginectomia, neofaloplastia, clitoroplastia<sup>35</sup> e cirurgia nas cordas vocais. Os últimos quatro procedimentos são experimentais e devem ser executados em hospitais de ensino.

Houve uma pequena alteração da equipe multiprofissional mínima com a inserção de cirurgião plástico, ginecologista e clínico geral. Apesar de designar “equipe mínima”, não há a exigência da atuação de todos esses profissionais. Na modalidade ambulatorial requerem 1 psiquiatra ou 1 psicólogo, 1 endocrinologista ou 1 clínico geral, 1 enfermeiro e 1 assistente social. Na modalidade hospitalar solicitam 1 urologista ou 1 ginecologista ou 1 cirurgião plástico, equipe de enfermagem, 1 psiquiatra ou 1 psicólogo, 1 endocrinologista e 1 assistente social<sup>36</sup>.

Desde o lançamento da segunda versão do Processo, sete novas unidades foram habilitadas no MS, a saber: Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Pernambuco, Hospital das Clínicas de Uberlândia – Universidade Federal de Uberlândia, Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione - RJ, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - SP, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Regional de Especialidades Metropolitano – PR e Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga – PB. Destes, apenas o primeiro está habilitado na modalidade hospitalar.

Além do Processo Transexualizador, há comitês e grupos de trabalhos dentro dos Ministérios, principalmente no MS, para discutir a questão trans. Há também alguns ambulatorios e outras unidades de saúde, não vinculadas ao Processo, que são voltadas para as

<sup>33</sup> Procedimento cirúrgico para remoção dos anexos uterinos, isto é, ovários e trompas. Pode ser unilateral, quando é retirado o ovário e a trompa de um dos lados do útero, ou bilateral para ablação completa.

<sup>34</sup> Cirurgia para “remoção do epitélio vaginal e obliteração da cavidade vaginal”. (Tradução nossa) Pode ser parcial ou total, dependendo da porção do epitélio vaginal retirado. Quando é total é chamado de colpocleise completa, colpectomia ou vaginectomia. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/transgender-surgery-female-to-male>>. Acesso em: 5.abr.2020.

<sup>35</sup> Técnica cirúrgica que consiste na “transposição do clitóris sob o falo ou, em alguns casos, deixar exposto”. (Tradução nossa). Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/transgender-surgery-female-to-male>>. Acesso em: 5.abr.2020.

<sup>36</sup> Há, em algumas unidades habilitadas no Processo Transexualizador, a inclusão de outras especialidades médicas nas equipes multiprofissionais. No Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais da Paraíba (Ambulatório TT/PB) do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga incorpora-se nutricionistas e fonoaudiólogas. No Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás acrescenta-se geneticista, fonoaudióloga e otorrinolaringologista. Estas duas últimas especialidades também estão presentes no Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS – SP. (GIANNA, 2015; SOUSA, VIANA, VALE, 2015; SILVEIRA, MENEZES, 2015)

pessoas trans como, por exemplo, o Ambulatório de Dermatologia e Diversidade de Gênero da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, ambulatórios na Fiocruz e ligados a universidades privadas, também no Rio de Janeiro.

Apesar do avanço e das possibilidades abertas por essa política, há uma série de problematizações feitas pelas pessoas trans, pelos movimentos sociais e por intelectuais a respeito não apenas do processo em si, mas pelo fato do acesso à saúde está condicionado a uma patologia e também por ser a praticamente a única iniciativa estatal para o grupo, que não pode ser entendido nesse viés.

A exigência do acompanhamento psicológico e psiquiátrico por período mínimo de dois anos é alvo de críticas pela comunidade trans e por pesquisadores. A discordância está estruturada em dois pontos: a psicoterapia está vinculada ao diagnóstico e a permissão para as cirurgias de transformação corporal do sexo, quando deve, caso desejada, ser um espaço de entendimento de si e elaboração de sofrimentos; e a vivência, longa e anterior ao Processo, das pessoas trans no gênero de identificação.

Em alguns momentos, a portaria 457/2008 do MS respeita a identidade de gênero das mulheres trans ao assegurar, por exemplo, a internação na enfermaria de acordo com o gênero de pertencimento. Porém, ainda persiste à associação das mulheres trans com o masculino. Nas tabelas de serviço/classificação dos Sistemas de Informações Ambulatorial e Hospitalar do SUS, na indicação do sexo, consta ‘masculino’, isto é, o sexo biológico. Isso demonstra a centralidade deste e revela, novamente, a influência do pensamento de Benjamin, Money e Stoler na formulação de políticas para a comunidade trans no Brasil. Tal conduta conserva-se na segunda versão do Processo em 2013 e se estende ao homens trans quando, na mesma seção do documento, se referem a eles como usuárias, fixando “feminino” no item para informação do sexo.

A sustentação de alguns procedimentos cirúrgicos para homens trans como experimentais, tanto na última resolução do CFM como no Processo Transexualizador vigente, está vinculado menos com o desenvolvimento de técnicas médicas e mais com as estruturas de poder. Certamente, o patriarcado não se resume ao falo. Entretanto, não se pode desconsiderar sua potência enquanto símbolo da masculinidade hegemônica e da dominação masculina. Neste sentido, manter as neofaloplastias como experimentais configura, mesmo que em nível discursivo, uma tentativa de evitar fissuras e a possível desestabilização do patriarcado.

Com a análise das portarias que instituíram o Processo Transexualizador, verifica-se que o projeto está em consonância com as diretrizes estruturantes do SUS. Entretanto, isto não se aplica à realidade da política. Na prática, ela tem como objetivo a definição de um

diagnóstico, condicionando o atendimento a um estado de doença. Além disso, está pautada no binarismo de gênero e na cisheteronormatividade que impede a diversidade de subjetivações. Essa lógica diverge dos princípios formadores do SUS que não entende a saúde como ausência de doenças e está baseado na integralidade dos sujeitos<sup>37</sup>.

Berenice Bento (2008) tece críticas nessa direção ao afirmar que o diagnóstico é formulado a partir de estereótipos de gênero, baseados em uma concepção binária e na heterossexualidade compulsória. Desse modo, o Processo Transexualizador procura, mediante critérios para atendimento, o “transexual verdadeiro”, isto é, quem assume, no corpo e nas práticas, os parâmetros basilares do diagnóstico. Aqueles que não se enquadram são privados de acessar os serviços de transformação corporal do SUS. Figura entre eles os indivíduos que não têm ojeriza aos seus órgãos genitais, não se mutilam e que queiram modificar seus corpos livremente “[...] sem ter nenhum tipo de problema entre sua identidade de gênero e sua fisiologia, buscando construir um outro corpo para tornarem a si mesmos um “homem com vagina” ou uma “mulher com pênis”, totalmente alheios ao discurso patologizante sobre tais desejos” (LEITE JÚNIOR, 2008, p.194).

Nesse sentido, Márcia Arán, Daniela Murta e Tatiana Lionço (2009) apontam a psiquiatrização da transexualidade no Processo uma vez que ele se pauta no diagnóstico, o que reforça o sistema sexo-gênero e impõe uma forma de entendimento do gênero na transexualidade. Assim, não há espaço para as diversas maneiras de construção da mesma.

A partir do relato de experiências assistenciais, alguns autores destacam que a certeza quanto ao pertencimento ao gênero oposto, a qual às vezes se expressa pela crença numa identidade fixa, se repete no cotidiano do atendimento a pacientes transexuais. Porém, afirmam que a transexualidade não necessariamente fixa uma posição subjetiva e destacam a importância de deslocar a manifestação social da transexualidade da necessidade de traduzi-la imediatamente numa patologia, numa estrutura ou num modo de funcionamento específico, o que nos permitiria escapar da sua psiquiatrização. A experiência transexual, neste sentido, comportaria várias formas singulares de subjetivação. Além disso, discute-se também que não existe um processo específico de construção das identidades de gênero nos transexuais e desta forma não se deve esperar de transexuais um comportamento fixo, rígido, adequado às normas de feminilidade ou de masculinidade. (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009, p.1145).

Para as autoras, a psiquiatrização tem duas implicações. Uma, obviamente, é o estigma e as violências vivenciadas pelas pessoas trans. A outra é a legitimação da demanda pelas cirurgias e o acesso à saúde. Assim, há, por um lado, uma defesa do uso estratégico do

---

<sup>37</sup> Guilherme Almeida e Daniela Murta (2013) apontam alguns entraves para a materialização do SUS conforme seus princípios fundantes como, por exemplo, a concepção de saúde como ausência de doença e a influência de interesses mercadológicos na saúde pública. A doença tem destaque no planejamento, investimento e no desenvolvimento de tecnologias em saúde. Desse modo, na prática, o SUS não se afasta da lógica operante no Processo Transexualizador visto que também está centrado no diagnóstico.



diagnóstico pois o mesmo garante uma validação social para as transformações corporais empreendidas no sistema de saúde público, sobretudo. Por outro, ao utilizar este recurso, instaura-se a possibilidade da incorporação dos constructos elaborados em torno da noção de doente psiquiátrico e limita-se a autonomia das pessoas em se autoafirmarem porque passam a depender de um aval externo para exercer o direito de subjetivação e de dispor livremente de seu próprio corpo (NERY; MARANHÃO FILHO, 2015). A patologização também restringe os itinerários de produção do gênero.

Ao refletir sobre o Processo Transexualizador, Rodrigo Borba (2014) também aponta a homogeneização da transexualidade e a consequente limitação da livre produção de subjetividades, tendo como foco a relação entre as categorias médicas e os sujeitos por elas atingidos. Para tanto, recorre a Ian Hacking que analisa o impacto das classificações científicas nas pessoas que as recebem e como este altera a própria classificação.

Segundo Ian Hacking (1995 *apud* BORBA, 2014) as classificações científicas têm um efeito prospectivo e retroativo. É prospectivo pois ao categorizar não se está apenas descrevendo, em uma linguagem pretensamente imparcial e universal, mas prescrevendo normas de comportamento, impedindo outras formas de subjetivação. Ao mesmo tempo, esse empreendimento provoca uma reconstrução da história de vida e das memórias dos sujeitos nos parâmetros da própria classificação. Isso é observado quando as pessoas trans, em consultas com psicólogos e psiquiatras no Processo, constroem discursos sobre si consonantes com as representações dos manuais e códigos de doenças. Nesse sentido, experiências próprias da infância como se vestir com a roupa dos pais ou brincar com elementos considerados do gênero oposto, por exemplo, são recuperadas para “provar” a existência da transexualidade, nos termos dos manuais.

A obrigatoriedade do diagnóstico, como acesso as transformações corporais, provoca uma produção de si padronizada, conforme os estereótipos, apagando as singularidades e as regionalidades, visto que se utiliza as matrizes europeias. Isso revela a força da medicina em determinar os comportamentos. Contudo, de acordo com o Efeito Looping de Hacking, não se pode falar em passividade tendo em vista que os efeitos engendrados pelas classificações científicas são sempre duplos e cíclicos. Assim, as pessoas trans são cooptadas pelo sistema de catalogação científico e reafirmam a caracterização da transexualidade dos manuais, em um movimento circular. As instituições diagnosticadoras impõem os conceitos (movimento descendente) e os sujeitos os reproduzem (movimento ascendente) “completando” o ciclo, uma vez que as instituições obtêm a confirmação de suas normatizações.

O modelo de transexualidade exposto nos manuais é fictício. Ele é baseado em uma política narrativo-essencialista, se configurando como um padrão estático que não encontra amparo real. É preciso, portanto, desconstruir a noção de transexual universal, que não observa as diversas maneiras de se construir no gênero.

Em outras palavras, para que se tenha acesso às intervenções corporais disponibilizadas pelo Processo Transexualizador, devem se apagar quaisquer evidências que possam contradizer o que as instâncias médicas classificadoras criaram como sintomas de um transtorno psiquiátrico. A necessidade de se apresentarem como mulheres/homens “normais” diante de representantes institucionais, que têm o poder de legitimar ou não a identidade que pessoas transexuais dizem ter, constrange suas ações sociais quando defrontadas/ os com profissionais da saúde, homogeneiza essa experiência identitária e, sobretudo, impede a construção de relações intersubjetivas baseadas em confiança mútua. Como produto dessa política narrativo-essencialista, a transexualidade nos moldes do DSM não passa de uma ficção. (BORBA, 2014, p. 89-90)

Parte da literatura argumenta que as pessoas trans, durante o Processo Transexualizador, forjam suas narrativas com o objetivo de convencer a equipe de saúde responsável pela autorização dos serviços de modificação corporal. Assim, elas reforçam certas características e dissimulam outras, em um uso estratégico do diagnóstico. Rodrigo Borba (2014) afirma que essa interpretação é baseada somente no relato das pessoas trans e representa uma visão externa à política. Em contraposição, ele desenvolve uma análise interna, a partir das unidades onde o programa é operacionalizado, que inclui todos os agentes envolvidos e captura o cotidiano do Processo.

A partir de trabalho de campo em um hospital habilitado no programa, Rodrigo Borba (2014) revela que os médicos reconhecem o caráter artificial das narrativas das pessoas trans, trazendo discursos “prontos”, de acordo com as exigências dos manuais. Nesse sentido, o autor não compreende a relação entre profissionais da saúde e pessoas trans, no Processo, pelo viés da apropriação conveniente do saber médico, mas, antes, como um “acordo velado” entre as partes.

Há, segundo Rodrigo Borba (2014), nas categorizações científicas uma “política narrativa-essencialista” que credita todas as ações de um indivíduo a sua suposta essência. É a partir da ideia de essência que as pessoas com vivências dissidentes são patologizadas e homogeneizadas, apagando a diversidade de autoderterminações. Como alternativa, o autor defende a elaboração de “microrresistências narrativo-performativas”: construção de narrativas sobre si que revelem as pluralidades de experiências de gênero e sexualidade e possibilitem novos regimes identitários.

As microrresistências, pelo efeito looping, enfraqueceriam as categorias médicas, já que revelam outras formas de entender a transexualidade. Para o autor, o Processo Transexualizador só será realmente humanizado e calcado na integralidade se considerar as particularidades dos sujeitos e seus contextos locais. Nesse sentido, a partir das microrresistências, o programa poderá ser um instrumento para a despatologização.

Com essas microrresistências narrativo-performativas, mostraríamos às instâncias classificadoras que a transexualidade não passa de uma experiência identitária (como todas as outras) múltipla e fragmentada, produzida local e cumulativamente em interações com profissionais de saúde, familiares, amigos e amigas e com sistemas de conhecimento que causam fissuras nas normas de gênero. Com esse modelo performativo da transexualidade, valorizar-se-ia a plêiade de possibilidades de autodeterminação de gênero que constitui as experiências transexuais e, em consultório, vislumbrar-se-iam deslocamentos nos modelos médicos dominantes e homogeneizantes que transformam pessoas em pacientes em direção aos saberes, às experiências e aos significados locais e múltiplos dos/as usuários/as, transformando, assim, pacientes em pessoas. (BORBA, 2014, p. 92)

Há, portanto, a necessidade de se construir outras políticas de saúde para a comunidade trans visto que as portarias e resoluções editadas até o momento compreendem a transexualidade em uma perspectiva patológica, prevendo tratamentos, não respeitando as identidades de gênero e sempre questionando a capacidade das pessoas trans de se autodefinirem. É preciso desvincular a formação de políticas públicas para LGBT da noção de doença e associá-la à redução do estigma e da marginalização entendendo, no caso de políticas de saúde, as consequências dessas representações sociais no bem-estar dos sujeitos, além de concretizar os princípios do SUS.

### 2.3 Demandas e barreiras no acesso à saúde

Embora o Processo Transexualizador priorize a cirurgia de transformação corporal do sexo, esta não é a principal demanda da comunidade trans. Márcia Arán, Daniela Murta e Tatiana Lionço (2009) sinalizam que não há um modelo único de percepção da transexualidade e, conseqüentemente, a pluralidade de vivências implica em múltiplas necessidades de saúde. Assim, é preciso pensar a transexualidade para além das cirurgias, visto que não são reclamadas por todas as pessoas trans e não se configuram como elemento determinante da identidade. (NERY; MARANHÃO FILHO, 2015) Certamente, o elemento aglutinador e com grande impacto na saúde é a despatologização e a reivindicação de atendimentos mais humanizados e livres de discriminação.

Pedro Rocon e colaboradores (2018) corroboram esta noção a partir da pesquisa sobre as expectativas de pessoas trans com o SUS. As narrativas demonstram um anseio pela

capacitação de todos os trabalhadores das unidades de saúde nas questões de gênero e diversidade sexual. Elas reclamam também o respeito ao nome social e a contratação de pessoas trans para o cargo de Agente Comunitário de Saúde.

Entre as intervenções médicas para transformação corporal, a comunidade trans tem como demanda central a hormonioterapia. Posteriormente, visam as cirurgias para modificação nos caracteres sexuais secundários. Esse cenário se justifica pelo alcance de resultados satisfatórios através dos hormônios. A predileção das pessoas trans pela terapia hormonal, frente as cirurgias de transformação corporal do sexo, é mais um elemento para a desconstrução do “transexual verdadeiro”, aquele que abomina seus órgãos genitais e deseja, necessariamente, sua modificação. (ROCON et al., 2018)

A despeito das conquistas dos últimos anos, ainda há um longo caminho a percorrer em direção a um cuidado em saúde pautado nos princípios constitutivos do SUS. Os relatos das pessoas trans denunciam a permanência da discriminação transfóbica e da estigmatização nos atendimentos. Além disso, são citados também como entraves à busca por serviços de saúde o desrespeito ao nome social, a ausência de aprofundamento teórico nas questões relativas à identidade de gênero e orientação sexual, e uma assistência apoiada na heteronormatividade. (NASCIMENTO; SOUSA, BARROS, 2018)

Marcos José Duarte (2014 *apud* SANTOS, 2016) demonstra outros elementos que prejudicam ou inviabilizam a atenção à saúde: constrangimento de profissionais de saúde e pessoas trans, motivado por medo, em abordar aspectos relacionados à sexualidade; estranhamento da equipe ao lidar com corpos dissidentes, ocasionando discriminações e até negligência nos atendimentos; ridicularização e julgamentos sofridos em todos os âmbitos da unidade de saúde.

Os obstáculos enfrentados pela comunidade trans no acesso à saúde podem ser agrupados em quatro grupos, a saber: estigma associado à sua identidade de gênero, barreiras estruturais, barreiras financeiras e profissionais de saúde. Muitas pessoas trans, por já terem sido discriminadas ou constrangidas, optam por não revelar sua identidade de gênero na interlocução com espaços de cuidado, limitando a humanização e a integralidade. As barreiras estruturais dizem respeito aos empecilhos gerados pela organização social vigente, fundada no binarismo de gênero e na cisheteronormatividade, como o livre acesso a banheiros e a marcação de exames médicos. As dificuldades financeiras envolvem a compra de medicamentos, o deslocamento para a unidade de saúde e os custos com possíveis consultas e exames fora do SUS, além de outros problemas relativos aos recursos econômicos que também afetam o bem-estar como desemprego ou trabalho precarizado, questões habitacionais, entre outras. Por

último, a formação deficitária dos profissionais de saúde com relação a comunidade trans contribui para um atendimento insatisfatório ou inexistente. (ROBERTS; FANTZ, 2014 *apud* SANTOS, 2016).

A estigmatização é relevante na compreensão da inserção e permanência das pessoas trans nas instituições de saúde, bem como na qualidade dos serviços prestados. Tal processo ainda se verifica no cotidiano, sendo empreendido por todos os atores dessas instituições. Recai sobre as pessoas trans estigmas referentes a sua identidade de gênero e a epidemia de HIV/Aids mesmo que não apresentem tal patologia, além dos associados à raça e à classe social, potencializando a vulnerabilidade do grupo. Assim, a recusa ou evasão do cuidado à saúde, como também atendimentos não humanizados e integrais, podem ser explicados nessa chave.

O estigma associado à Aids é tão forte que se traduz como mais um fator de afastamento das pessoas trans das unidades de saúde pelo receio da possível confirmação do diagnóstico e pela discriminação de familiares com a descoberta.

Outro ponto importante que impede ou reduz a procura por serviços assistenciais é a discriminação praticada pela equipe de saúde, seja por experiências negativas já vivenciadas e/ou pelo medo de sua recorrência. Para reverter este quadro faz-se necessário incluir as discussões de gênero e sexualidade na formação médica e revisar os protocolos de atendimento desse grupo, ainda muito patologizantes. (SANTOS, 2016)

A falta de acesso aos serviços ofertados pelo SUS e a impossibilidade de pagar pelos mesmos tem como consequência a realização de intervenções médicas sem acompanhamento, em condições precárias e com materiais inadequados, causando graves implicações. Várias pesquisas revelam a efetivação e os impactos da hormonioterapia, de cirurgia para implante de próteses de silicone industrial e até mutilações, sem orientação. (ROCON et al., 2018)

O enfrentamento a essas barreiras, sobretudo à estigmatização e à discriminação, requerendo atendimentos mais humanizados e integrais, deve ser considerado como estratégia de promoção da saúde. (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009). É preciso romper com a cisheteronormatividade no sistema de saúde para que os profissionais deixem de atender a todos como cisgêneros e/ou heterossexuais, conformados as normas de gênero.

## 2.4 Saúde de homens trans

A maioria das questões enfrentadas pela comunidade trans, bem como suas demandas, é a mesma experienciada por homens trans, com algumas especificidades. Camilo Braz e Érica Souza (2016) investigaram a relação de homens trans com as políticas públicas de saúde e seus

itinerários terapêuticos, constatando um acesso à saúde deficitário, despreparo profissional e anseios dos sujeitos com possíveis discriminações.

A vivência em saúde dos homens trans é marcada pela administração de hormônios sem acompanhamento médico, anterior a participação no Processo Transexualizador, e pela penosa busca por atendimento especializado com profissionais preparados para recebê-los, tanto na rede pública como na privada. Embora prevaleça, entre os que procuram profissionais de saúde, o uso de plano de saúde ou de consultas particulares, as vezes devido as dificuldades de acesso na saúde pública (SOUSA; IRIART, 2018), isto não se traduz em atendimento qualificado e humanizado visto que também relatam desconhecimento médico com a comunidade trans. Em muitos casos, os médicos afirmam se tratar do primeiro trabalho com pessoas trans.

A terapia hormonal sem assistência médica é frequente entre os homens trans tanto pela dificuldade no agendamento de consultas nos serviços públicos, na obtenção da prescrição e impossibilidade financeira de recorrer a consultas particulares como pelo medo de discriminações e constrangimentos nos atendimentos. Assim, a compra de hormônio ilegal também é habitual e ocorre, principalmente, através de academias de musculação e de sites de fisiculturismo. (NERY; MARANHÃO FILHO, 2015)

Via instituições de saúde, os homens trans mencionam um paradoxo neste quesito: homens trans com hormonização prévia e, conseqüentemente, uma maior passibilidade, têm mais facilidade em conseguir a indicação médica para compra da medicação se comparados aos que nunca acessaram à terapia hormonal e ainda apresentam uma aparência ambígua. Isso é um contrassenso uma vez que para alcançar a condição que facilita o acesso às prescrições hormonais, os homens trans precisam dos hormônios. Ademais, alguns homens trans se valem da concepção da transexualidade enquanto doença para conseguirem as receitas médicas<sup>38</sup>. (BRAZ; SOUZA, 2016).

Existem várias formas diferentes de se usar testosterona, como: injeções, gel, pílulas, adesivos bucais, patch na pele, inalador de aerossol e implantes de microdifusão. A testosterona – ou, simplesmente, testo ou T – em forma de gel é comercializada no Brasil somente em farmácias de manipulação. É mais confortável de ser aplicada no interior das coxas (pela manhã, quando o nível da T é mais elevado), provendo um nível mais estável do hormônio (não mimetiza o ritmo circadiano da testosterona no organismo), possivelmente reduzindo os riscos de efeitos colaterais (FTM BRASIL, 2013b<sup>39</sup>). No Brasil, além do gel e do creme, são comercializadas as formas injetáveis do hormônio. (NERY; MARANHÃO FILHO, 2015, p. 27)

<sup>38</sup> Apesar da hormonioterapia está prevista no Processo Transexualizador, o SUS não disponibiliza testosterona ou outro medicamento para hormonização de homens trans, que precisam, então, arcar com a compra do hormônio. Para mulheres trans, há o fornecimento de espirolactona e acetato de ciproterona com um estrógeno bioidêntico. Em ambos os casos, o SUS garante a prescrição e a aplicação do fármaco, bem como acompanhamento da terapia hormonal

<sup>39</sup> Disponível em: < <https://sites.google.com/site/brasilftm/hormonios>>. Acesso em: 6.fev.2020.

Há também um medo constante de ser discriminado, além do despreparo dos trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, recepcionistas, seguranças) e do desrespeito ao nome social. Tais fatores provocam um distanciamento dos serviços de saúde, que só serão acionados em casos graves, ou um abandono dos tratamentos iniciados. Como alternativa, os homens trans recorrem à troca de informações e constituição de rede de apoio pela internet, onde compartilham seus processos de transição, saberes sobre medicamentos, dosagens, efeitos colaterais; e a ajuda de farmacêuticos, “[...] o que demonstra como a carência de serviços e atendimento profissional leva-os a desenvolverem formas de resistência para assegurar seus processos de transição e identificação.” (BRAZ; SOUZA, 2016, p. 12/13)

Para Diogo Sousa e Jorge Iriart (2018) as demandas de saúde dos homens trans estão estruturadas em três eixos: despatologização, transformação corporal e atendimento ambulatorial.

Nas instituições de saúde, os homens trans são compelidos à patologização para terem sua identidade reconhecida e, assim, pautarem suas necessidades de forma integral. Nesse sentido, a patologização, no modelo atual de saúde oferecido a homens trans, media toda a atenção em saúde.

Esse reconhecimento baseia-se em um esfacelamento da pessoa que passa a ser lida como manifestação de uma doença. Todas as dimensões de cuidado que lhes são ofertadas, sejam os casos de hormonização, cirurgia ou as avaliações clínico-laboratoriais perpassam a patologização. De modo falho e falso, é a patologia que orienta o destino dos homens trans nos serviços de saúde. Essa situação se assemelha ao processo de “sidanização” de travestis com aids. Nele, os cuidados e as estratégias são pensados em função de uma doença, descaracterizando os marcadores sociais e contextos culturais que dimensionam as situações de vida dessa população. (SOUSA; IRIART, 2018, p. 4)

Desse modo, o cuidado em saúde a homens trans deve passar pela despatologização da transexualidade, o que envolve: a exclusão da transexualidade dos manuais e códigos de doença, a modificação da estrutura de saúde vigente, almejando um cuidado mais individualizado e autônomo, não baseado na noção de homogeneidade de construção e vivência da transexualidade; a garantia de direitos e a redução das desigualdades oriundas da transfobia.(SOUSA; IRIART, 2018)

Outra demanda de saúde importante para homens trans é a transformação corporal. A motivação para sua realização, além da produção de uma autoimagem satisfatória, decorre do medo de violências e constrangimentos causados pela ambiguidade e pelo desejo de autopreservação. (ALMEIDA, 2012; NERY, MARANHÃO FILHO, 2015; SOUSA; IRIART, 2018). As alterações se concretizam através de vestimentas, cortes de cabelo, hormonioterapia,

cirurgias e utilização de órteses como binder, packer/play, pump e STP.<sup>40</sup> Os exames clínicos e laboratoriais também perfazem as demandas dos homens trans visto que se preocupam com os efeitos colaterais das modificações corporais.

Homens trans atribuem maior importância à hormonioterapia e à mastectomia, em comparação às neofaloplastias. João Nery e Eduardo Maranhão Filho (2015) afirmam que a terapia hormonal é a primeira modificação acionada e a retirada das mamas é a primeira, e as vezes, única, intervenção cirúrgica. Berenice Bento (2006) também apresenta tal constatação, explicando que essa preferência ocorre pois, a partir delas, se produz um corpo visualmente menos associado ao feminino. Diogo Sousa e Jorge Iriart (2018) apontam a forte representação, para homens trans, dos seios enquanto feminino, o que não ocorre com a vagina, explicando a maior realização de mastectomias em relação as outras cirurgias de transformação corporal do sexo. Além disso, as dúvidas acerca da segurança no procedimento e funcionalidade do novo órgão inibem o desejo por essas cirurgias. Segundo Maria Clara Gianna (2015) quando os homens trans optam por alguma cirurgia de transformação corporal do sexo preferem a metoidioplastia por ser menos invasiva e apresentar menor risco de complicações em comparação as outras faloplastias.

Cabe ressaltar que as demandas de saúde de homens trans variam conforme o contexto cultural. Michael van Trotsenburg (2009) mostra que na Holanda a histerectomia e a salpingo-ooforectomia<sup>41</sup> são procedimentos comuns em homens trans e que o interesse pela vaginectomia está crescendo, apesar da ausência de estudos sobre este procedimento em homens trans. No EUA, segundo Halley Crissman et al (2016) 23% dos homens trans já realizaram a histerectomia e 19% fizeram a ooforectomia. Entre os que não operaram, 80% desejam a histerectomia, 67% a ooforectomia e 20% a vaginectomia.

A utilização ininterrupta e/ou inadequada do binder é muito prejudicial à saúde de homens trans. O desejo de dissimular as mamas os leva a um uso excessivo ou a uma compressão exagerada, o que pode causar falta de ar, dor no tórax, tosse, assaduras, pneumonias, atelectasias, necroses, além de atrapalhar uma futura mastectomia, gerando cicatrizes maiores. (LITTLETON,2012; NERY, MARANHÃO FILHO, 2015; SOUSA; VIANA; VALE, 2015). Alba Viana, Eduardo Sousa e Johnatan do Vale (2015), em pesquisa

---

<sup>40</sup> “Aparelhos ou dispositivos ortopédicos, de uso provisório ou não, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou a melhorar a função das partes móveis do corpo. O binder (colete) e a faixa torácica servem para esconder as mamas; packer/play é a órtese em forma de pênis (flácido e/ou rijo); pump é a bomba para aumentar o clitóris; e STP é o dispositivo para urinar em pé.” (NERY, MARANHÃO FILHO, 2015, p. 25)

<sup>41</sup> Cirurgia para extração do ovário e da trompa. Há a unilateral, somente o ovário e a trompa de um dos lados é retirado, e a bilateral, quando os ovários e as trompas são extirpados por completo.



no Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais da Paraíba (Ambulatório TT/PB) do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, revelam que os homens trans assistidos pelo Ambulatório foram submetidos, com e sem binder, a uma espirometria, exame que avalia a função pulmonar. Constatou-se que o uso de binder e faixas torácicas diminui a capacidade pulmonar, como consequência da menor elasticidade torácica.

Apesar da importância das transformações corporais e do Processo Transexualizador, as necessidades de saúde de homens trans vão além desses marcos. Dessa forma, é primordial a construção de novas estratégias de saúde para homens trans pautadas na materialização efetiva dos princípios fundantes do SUS. Faz-se necessário também um novo olhar sobre a saúde, não resumida aos processos de adoecimento e medicalização, e sobre a medicina, revendo seus paradigmas binários e generificados. Nesse sentido é interessante pensar a ginecologia, sua concepção e os consequentes desafios daí advindos no atendimento de pessoas trans.

## 2.5 Ginecologia

A ginecologia foi criada no século XIX no contexto de profundas transformações sociais e nas relações de gênero. As mulheres começaram a entrar no mercado de trabalho, assumindo posições dominadas por homens e provocando uma mudança na ordem social<sup>42</sup>. Em uma tentativa de frear a emancipação feminina, manter o status quo e restaurar as velhas estruturas de gênero, há um esforço de médicos e cientistas para estabelecer diferenças rígidas, pautadas na natureza, entre os sexos, que fundamentariam seus respectivos papéis sociais numa clara associação entre corpo e comportamento. Neste processo de estabelecimento de diferenças, o corpo feminino adquire notoriedade, justificando o surgimento de uma ciência específica para as mulheres e não o oposto. Além disso, o interesse de estudo sobre o feminino e a diferença sexual se apoia em uma concepção teórica, bastante difundida à época, na qual a humanidade se organizaria em uma escala evolutiva. Neste modelo, o homem branco europeu simbolizaria o extremo superior da escala e as mulheres, os negros e os não europeus seriam o limite oposto. A sociedade deveria incitar não só a reprodução do grupo considerado superior, mas também o extermínio dos inferiores, como as teorias eugênicas sugeriam. Este seria mais um argumento

---

<sup>42</sup> A maior parte da literatura que retrata as transformações sociais relacionadas ao gênero no século XIX não faz uma análise interseccional, descrevendo apenas a perspectiva das mulheres brancas. Nesse sentido é importante destacar que as mulheres negras e periféricas apresentavam outras vivências, inclusive em relação ao trabalho, que foram desconsideradas.

alçado para defender a criação de um ramo científico próprio sobre a mulher e que comprovasse as diferenças intransponíveis entre homens e mulheres. (ROHDEN, 2001)

O processo de enfrentamento ao movimento de emancipação feminina do século XIX teve como consequência a formação de uma nova seção científica: a ginecologia. Esta especialidade surge com dois objetivos principais. O primeiro era estabelecer diferenças entre homens e mulheres, pautadas na natureza, e que justificariam os papéis sociais diferenciados entre os sexos, mantendo a hierarquia do masculino sobre o feminino. Desde modo, aos homens caberiam o mundo público, do trabalho e as mulheres deveriam encarregar-se do mundo privado, do cuidado e da maternidade. A vinculação da mulher à reprodução era central nesse período. O segundo objetivo era patologizar as vivências femininas e, dessa forma, desencorajar as mudanças iniciadas por elas. É neste sentido era necessário haver um campo de estudo particular sobre as mulheres, já que eram elas que encampavam as alterações e precisavam ser controladas. Cabe destacar que a obstetrícia já existia e se encarregava das questões relativas à reprodução como gravidez e parto.

A ginecologia se constituiu como uma ciência da mulher e de sua distinção fundamental com o sexo oposto, não havendo ciência corresponde para os homens. Segundo Carrara (1996 *apud* ROHDEN, 2001) a medicina começa a pensar mais detalhadamente os problemas masculinos a partir da epidemia de sífilis no início do século XX. Entretanto, a compreensão médica acerca dos distúrbios masculinos e femininos era diferente. O início da análise sobre as questões masculinas decorre da constatação de um estado de anormalidade vivido por homens e que tem como origem fontes externas. Já a ginecologia versa sobre a normalidade feminina, visto que entende a condição feminina como naturalmente patológica e, portanto, que carece de cuidados constantes. As mulheres seriam regidas por suas fisiologias e estas são patológicas. Todas as disfunções femininas teriam origem interna, em seus órgãos genitais. Além disso, a ginecologia evidencia que não basta estudar apenas as doenças femininas, como ocorre com homens, mas sim pensar o feminino em sua totalidade, forjando-se como “a ciência da mulher”. Essa interpretação da condição feminina e o modo diferenciado de conceber à saúde de homens e mulheres expressa que elas eram vistas, em última análise, como uma outra classe de seres humanos. (ROHDEN, 2001)

A origem da ginecologia demonstra sua relação com a natureza e com o binarismo de gênero, uma vez que cristaliza a conexão entre sexo e gênero. Essa relação parece resistir ao longo do tempo e prejudica e/ou impede, como um dos efeitos, o atendimento as pessoas trans.

### 2.5.1 Ginecologia e Homens Trans

A produção científica sobre ginecologia e transexualidade é escassa em todo o mundo, sobretudo no Brasil (BACHMANN; MUSSMAN; TOBIA, 2015). Os estudos que se propõem a analisar a relação entre transexualidade e saúde no país, na Ciência Sociais, na Saúde Coletiva e no Serviço Social, priorizam o Processo Transexualizador, a hormonioterapia e a epidemia de HIV/Aids. Internacionalmente, há uma pequena incidência nos trabalhos sobre sexualidade, em relação à identidade de gênero. Assim, há mais publicações sobre ginecologia e a comunidade LGB e menos sobre pessoas trans.

Existem poucas pesquisas sobre pacientes trans em contextos obstétricos e ginecológicos, principalmente fora da transição hormonal e cirúrgica. Existem poucos estudos sobre barreiras à qualidade dos serviços de saúde transgêneros, menos estudos quantitativos sobre as experiências de pacientes transgêneros em ambientes de saúde e ainda menos estudos sobre práticas culturais e interpessoais que podem ajudar a melhorar as experiências do paciente e da equipe de saúde.(BACHMANN; MUSSMAN; TOBIA, 2015, p.12, tradução nossa)

A literatura sobre ginecologia e homens trans é quase toda estrangeira e da área médica. Raras são as pesquisas brasileiras e, quando existem, também pertencem ao campo médico. Os trabalhos abordam majoritariamente o conhecimento e a atuação dos ginecologistas, as técnicas para as cirurgias de transformação corporal do sexo, os efeitos das mesmas, os protocolos de rastreamento de doenças, a preservação da fertilidade, a gravidez e a incidência de doenças ginecológicas. Eles revelaram algumas similaridades com a realidade nacional como a baixa produção acadêmica sobre a temática, a formação médica deficitária e as discriminações no atendimento. (UNGER, 2015). Apesar disso, verifica-se um avanço relativo ao conhecimento sobre a comunidade trans e de sua relação com a ginecologia, na comparação com a realidade brasileira, visto que há mais pesquisas de amplitude nacional a respeito do acesso à saúde, do atendimento a pessoas trans e da experiência e conhecimento de ginecologistas na temática. A maioria das investigações têm cunho quantitativo.

Cécile Unger (2014) alega que a marginalização e a discriminação impedem a comunidade trans de receber um cuidado de saúde adequado e ressalta que devido à hormonização e a “alguns comportamentos de alto risco”, algo extremamente questionável, há especificidades na atenção de saúde de pessoas trans.

Em pesquisa sobre o papel do ginecologista na saúde trans, a autora se ocupa dos efeitos da terapia hormonal e das cirurgias de transformação corporal do sexo, bem como expõe os

protocolos de rastreamento<sup>43</sup> de doenças para pessoas trans e fornece algumas sugestões para melhorar o atendimento ginecológico. Assim, afirma que a hormonioterapia aumenta o risco de câncer de mama e do endométrio, além de potencialmente provocar doenças hepáticas. Ela cita a falta de estudos que comprovem a eficácia dos medicamentos utilizados no processo e que as dosagens e demais orientações de uso estão baseadas nas experiências de especialistas. No que concerne os procedimentos cirúrgicos, ela esclarece as exigências para a obtenção de autorização nos EUA: para mastectomia é necessário o diagnóstico de disforia de gênero e o acompanhamento psicológico; para histerectomia acrescenta-se 1 ano de hormonização e para as cirurgias de transformação corporal do sexo, específicas nos genitais, é preciso, além das exigências anteriores, o aval de dois profissionais de saúde mental e a aprovação no teste da vida real.

Nos EUA, no início dos anos 2000, apenas 30% a 40% das pessoas trans tiveram supervisão médica regular devido a “[...] falta de plano de saúde (64%), incapacidade de pagamento (46%), insensibilidade ou hostilidade dos médicos (32%) e medo da identidade trans ser revelada (32%).” (UNGER, 2014, p. 21, tradução nossa).

Alguns planos de saúde nos EUA oferecem uma atenção de saúde calcada apenas no gênero de identificação. Isso implica na não cobertura de possíveis doenças associadas ao sexo de nascimento. Desse modo, homens trans com câncer de ovário, por exemplo, não têm acesso ao tratamento pelo plano (UNGER, 2014). Processo semelhante acontece no Brasil quando homens trans, com documentos retificados, não conseguem marcar consultas ginecológicas pelo SISREG, pois está destinado a pessoas do sexo feminino.

O rastreamento de patologias deve considerar o sexo de nascimento do sujeito, bem como seu estágio na hormonioterapia e as cirurgias realizadas. Homens trans, mesmo após a mastectomia, devem se submeter a investigação de doenças nas mamas, uma vez que o tecido mamário permanece. Caso não tenham feito histerectomia precisam passar pelo Papanicolau. A ocorrência de sangramento no útero deve ser especialmente observada visto que o uso de testosterona pode aumentar o risco de hiperplasia endometrial e carcinoma. A averiguação para câncer do endométrio não é obrigatória na ausência de sintomas. Os protocolos de rastreamento para doenças metabólicas, cardiovasculares e hepáticas são diferentes para pessoas trans em virtude da hormonização e das cirurgias de transformação corporal do sexo.

Michael van Trotsenburg (2009) apresenta discordâncias com relação aos protocolos de rastreamento. Ao propor os parâmetros para a execução de exames ginecológicos é transfóbico

---

<sup>43</sup> Parâmetros para a investigação de doenças.

ao declarar que muitos homens trans são virgens, pela inexistência de relações sexuais penetrativas, e por se referir a eles no feminino.

Até o momento, nenhuma evidência epidemiológica justifica o rastreamento citológico pré-operatório do colo do útero na ausência de sintomas suspeitos, desde que os candidatos à histerectomia não tenham sido sexualmente ativos. A maioria dos FtMs são virgens e o exame ginecológico é traumático. Somente para os FtMs que adiam ou recusam a histerectomia e com histórico de atividade sexual devem se submeter a rastreamento citológico de rotina (exame de Papanicolau) de acordo com as diretrizes da sociedade nacional de obstetrícia e ginecologia. (VAN TROTSENBURG, 2009, p. 242, tradução nossa)

Apesar disso, o autor reconhece que os exames podem ser “fisicamente e mentalmente dolorosos”. Nesse sentido, “[...] seria útil se as informações sobre a fisiopatologia dos órgãos genitais, relacionadas a hormonioterapia, fossem difundidas em termos facilmente compreensíveis para conscientizar homens trans de que os órgãos femininos detestados ainda precisam de atenção e cuidados.” (VAN TROTSENBURG, 2009, p. 244, tradução nossa)

Michael van Trotsenburg (2009) e Cécile Unger (2014) reconhecem que conhecer as demandas e as expectativas de saúde da comunidade trans engendra um cuidado melhor, com mais confiança para os assistidos. Os médicos devem explicitar durante o atendimento que os questionamentos feitos são rotineiros e se aplicam a todos, independente da orientação sexual ou identidade de gênero. Recomenda-se também o respeito ao nome social, a adequação dos pronomes e demais palavras ao gênero de pertencimento, o uso de uma linguagem neutra e a não suposição da orientação sexual dos sujeitos. Nesse sentido, fazer perguntas como “Você faz sexo com homens, mulheres ou ambos?” traz a sensação de que o médico está disposto ou habituado a atender pessoas LGBT. Há também as sugestões que envolvem o espaço da assistência. A autora orienta o emprego de banheiros sem gênero, criação de salas de espera neutras do ponto de vista do gênero, incluindo materiais de leitura e formulários. De acordo com Emily Lasota, Mark Dicorcia e Joanne Daggy (2017) 84% dos ginecologistas definem seus consultórios como espaços acolhedores para pessoas LGBT, mesmo não treinando seus funcionários ou conhecendo as políticas de atendimento para o grupo.

Em outro trabalho, Cécile Unger (2015) examina os conhecimentos de ginecologistas sobre a comunidade trans e a experiência de atendimento, a partir do relato dos próprios profissionais. Os currículos dos cursos de graduação e de residência médica não abordam as pessoas trans (FEIN et al., 2017). 80% dos ginecologistas que participaram do estudo revelaram que não receberam qualquer treinamento sobre saúde trans durante a residência e 59,1% não trabalharam o cuidado LGB. No tocante à prática médica, 92,9% se sentem confortáveis em atender a população LGB. Com relação as mulheres trans e homens trans o percentual aqui para

35,3% e 29%, respectivamente. Na pesquisa de Emily Lasota, Mark Dicorcia e Joanne Daggy (2017) 98% dos ginecologistas se sentem confortáveis em atender lésbicas e bissexuais. Porém, 30% deles crê que médicos podem recusar a assistência a partir de suas religiões. Ademais, a maioria deles julga ser mais importante o aprendizado sobre diversidade de gênero e sexualidade adquirido no cotidiano médico e no contato com a comunidade LGBT, em comparação com o ensino formal na graduação ou na residência.

A maioria dos médicos se mostrou disposto a realizar exames e procedimentos cirúrgicos em pessoas trans: 88,7% fariam Papanicolau em homens trans, 80,4% executariam exames nas mamas e 65% realizariam histerectomias. Contudo, eles não têm conhecimento teórico e prático visto que 76,1% nunca fizeram uma histerectomia em pessoas trans, 65,5% desconhecem os requisitos exigidos para as cirurgias de transformação corporal do sexo e 55,7% não sabem que as diretrizes de cuidado para o grupo são elaboradas a partir da extrapolação das orientações para as pessoas cis. (UNGER, 2015)

Os dados evidenciam a formação médica insuficiente e os problemas gerados por ela. Sinalizam também uma maior aproximação e conhecimento com o universo da sexualidade, da população LGB, em comparação com as discussões sobre identidade de gênero e a comunidade trans. Emily Lasota, Mark Dicorcia e Joanne Daggy (2017) corroboram isso ao apontar que a maioria dos ginecologistas têm o hábito de inquirir sobre a orientação sexual de seus pacientes, mas raramente preocupam-se com a identidade de gênero. A desconsideração médica a respeito dessas discussões afasta as pessoas trans dos serviços de saúde (UNGER, 2015; VAN TROTSENBURG, 2009).

A partir desse cenário, faz-se necessário aperfeiçoar os modelos de cuidados em saúde para garantir serviços inclusivos e atentos as necessidades da comunidade trans, construindo as bases para uma saúde não generificada. (BACHMANN; MUSSMAN, TOBIA, 2015).

Quanto a experiência de pessoas trans nos serviços de saúde, Gloria Bachmann, Brianna Mussman e Anthony Tobia (2015) apresentam os resultados de uma pesquisa indicando que 24% dos participantes tiveram um tratamento diferenciado em hospitais e clínicas, para 19% o atendimento foi negado, 28% foram assediados verbalmente, 2% foram fisicamente agredidos e 28% evitaram ou adiaram a procura por serviços de saúde devido a discriminação.

Segundo Lydia Fein e colaboradores (2017), em trabalho acerca da experiência e percepção de homens trans no cuidado ginecológico, 81% dos homens trans foram ao ginecologista ao menos uma vez, mas somente 38% se consultam anualmente. 23% sofreram maus tratos durante o atendimento e 59% assumiram que adiam ou evitam as consultas ginecológicas em consequência de sua identidade de gênero. Com relação aos exames para

verificação de doenças, 46% acreditam que os testes para DSTs são importantes e 27% consideram o rastreamento para câncer significativo.

As pesquisas apontam altos índices de discriminação nos atendimentos e, por conseguinte, a baixa solicitação de acompanhamento e/ou tratamento ginecológico. Mesmo considerando fundamental a realização de exames para averiguação, homens trans evitam as consultas ginecológicas, tamanha é a insegurança vivenciada, fruto da transfobia institucional que gera um ambiente hostil e discriminatório.

O único estudo nacional encontrado, intitulado “Transtornos de identidade de gênero: o que o ginecologista precisa saber sobre transexualismo”, empreendido por médicas, versa sobre análises de cérebros de pessoas trans e critérios do diagnóstico de “transexualismo”, além de comentários acerca da terapia hormonal. O cérebro de pessoas trans é descrito como diferente das pessoas cis: a quantidade de neurônios de certa área do cérebro de homens trans se assemelha a de um homem cis. O mesmo ocorre com mulheres trans. Ademais, os esteroides sexuais participariam na determinação da identidade de gênero, durante o desenvolvimento do feto<sup>44</sup>.

Outros estudos evidenciam modificações microestruturais na substância branca do cérebro de transexuais mulher para homem, sugerindo que alguns fascículos não completaram o processo de masculinização durante o desenvolvimento. Estas alterações no sistema nervoso central dos transexuais reforçam a teoria de que o transexualismo está associado a modificações na diferenciação do cérebro ainda no ambiente intrauterino. (LARA; ABDO; ROMÃO, 2013, p. 240)

O último parágrafo do texto menciona os ginecologistas e se limita a afirmar que o seu papel na saúde de pessoas trans é o acompanhamento pós-cirúrgico e a assistência na terapia hormonal, com atenção para os efeitos colaterais desta e os riscos maiores de câncer.

A constituição da ginecologia enquanto área do saber centrada em um gênero, numa vinculação quase intransponível com o feminino, gera impactos variados, não apenas coletivamente, mas, sobretudo, nos indivíduos que rompem com os postulados dessa especialidade de uma correspondência, necessária e natural, entre sexo, gênero e práticas sexuais. A falta pesquisas sobre o cuidado ginecológico a homens trans, o despreparo médico, a persistência de uma saúde binária e generificada, pautada na cisheteronormatividade, a transfobia institucional e os constrangimentos e discriminações daí originados, tornam a assistência de saúde a homens trans deficitária, piorando a qualidade de vida dos mesmos.

---

<sup>44</sup> Essa concepção é extremamente essencializadora e deve ser combatida.

### 3 EXPERIÊNCIAS TRANS COM A MEDICINA CISGÊNERA: O CASO DA GINECOLOGIA

O processo de pesquisa com grupos estigmatizados e com alto grau de vulnerabilidade social impõe desafios. O medo de represálias, da exposição, um sentimento de autopreservação e questões identitárias e políticas fazem com que o grupo se feche e/ou dificulte o acesso de pessoas externas. Assim, enfrentei certa resistência para entrar no campo. Talvez por ser uma mulher cis ou pela própria questão de pesquisa, afinal, falar de ginecologia pode representar o desvelamento da intimidade ou uma conexão com o feminino. A cisgeneridade, por vezes, se constitui como um entrave a pesquisa com pessoas trans visto que algumas delas se recusam a participar de pesquisas realizadas por pessoas cis. Em um evento de homens trans, um militante se referiu a estas pesquisas como “tcc emocionado” e questionou a colaboração gratuita nesses trabalhos. Ao mesmo tempo, um dos meus interlocutores demonstrou satisfação ao notar o crescente interesse de pesquisadores pelo tema da transmasculinidade. Para ele, isso representaria uma maior visibilidade e até a elaboração futura de políticas públicas para o grupo.

A partir de minha dificuldade inicial, alterei minha abordagem com os possíveis interlocutores: evidenciei, nas interações anteriores a entrevistas, que se tratava de um trabalho sobre saúde e qualidade de vida de homens trans e transmasculinos para, em segundo momento, introduzir a ginecologia. Conte também com indicações de pesquisadores com inserção no campo.

Esse quadro justificou a utilização da técnica “snowball” que, apesar de usual e de seus bons resultados, tem como possível consequência a reunião de pessoas muito similares. Nesse sentido, trabalhei com um recorte específico da transmasculinidade formado, majoritariamente, por homens trans, brancos, jovens, com transição recente, de classe média, escolarizados e com acesso, mesmo que intermitente, a plano de saúde ou a consultas particulares, ou seja, que não dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Um dos meus interlocutores, um mês após a entrevista, retirou o consentimento para a participação na pesquisa alegando não querer se expor. Assim, seu relato foi desconsiderado.



Quadro 2 – Perfil dos interlocutores.<sup>46</sup>

	<b>Identidade</b>	<b>Cor/Raça</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Atividade ocupacional</b>	<b>Região</b>	<b>Acesso à Saúde</b>
Arthur	Homem Trans	Branco	22	Superior Completo	Estudante	Centro Oeste	Plano de saúde e SUS.
Silva	“Homem em negociação”	Não declarado	53	Pós-Graduação completo (Stricto Sensu, nível doutor)	Professor universitário	Sudeste	Plano de saúde.
Carlos	Homem Trans	Branco/Latino	28	Médio Completo	Recepcionista	Sudeste	Plano de saúde intermitente.
Pedro	Homem Trans	Branco	22	Superior Incompleto	Estudante	Sudeste	Plano de saúde intermitente e SUS.
Luiz	Homem Trans	Branco	22	Médio Completo	Desempregado	Sudeste	Plano de saúde intermitente e SUS.
Ricardo	Homem	Não declarado	26	Superior Completo	Professor, recreador e agente de turismo	Sudeste	Plano de saúde intermitente e consultas particulares.

Arthur é um jovem, de classe média, que se autodefine como homens trans branco. Ele demonstra um grande conhecimento sobre a transexualidade, expresso na apropriação de uma linguagem médica. Além disso, apresenta um discurso linear e cronológico, indicando seu pertencimento de classe. De modo geral, sua trajetória com profissionais de saúde é permeada por experiências negativas e episódios discriminatórios.

Silva se diferencia dos demais interlocutores em vários aspectos: do geracional, por ser o mais velho do grupo ao educacional, por apresentar maior escolarização. Isto se faz interessante por apontar a pluralidade da vivência da transmasculinidade e, ao mesmo tempo, indicar a homogeneidade do *corpus* utilizado neste trabalho. Dentre os interlocutores, Silva foi o que menos expressou uma apropriação do universo trans, tanto nos termos como na definição identitária. Ele se definiu como “homem em negociação” e não mostrou intimidade com categorias comumente acionadas por homens trans como, por exemplo, a testosterona, as cirurgias de transformação corporal do sexo e os acessórios corporais, bem como não compartilhou das dificuldades expressas por muitos homens trans como a retificação dos documentos e o respeito ao nome social. Sobressai em seu discurso a novidade e caráter embrionário desse processo de construção identitária em termos de transexualidade.

Carlos apresenta um perfil mais engajado politicamente com o movimento trans. O conheci em um evento de um coletivo de homens trans e o mesmo me revelou ter participado de outras pesquisas acadêmicas sobre transmasculinidades. Nesse sentido, ele tem uma

<sup>46</sup> As respostas para as indagações sobre identidade e cor/raça foram construídas por autodefinição. Os nomes foram trocados para respeitar o sigilo das informações obtidas.

narrativa que revela um saber sobre as discussões médicas e acadêmicas da transexualidade e da área de gênero e sexualidade. A luta política parece ter motivado a cooperação com o trabalho, tanto assim que ao final da entrevista o mesmo me indagou sobre minhas intenções com esta pesquisa.

Pedro é um homem trans, branco, jovem e escolarizado, que também mostra familiaridade com o universo da transmasculinidade e com os aspectos médicos envolvidos como as formas de hormonização e seus efeitos colaterais. Sua relação com a ginecologia é marcada por algumas situações discriminatórias, provocando um afastamento da especialidade.

Luiz, a despeito da diferença na escolarização, se assemelha a Pedro compartilhando com ele a mesma relação com a ginecologia: baixa frequência devido ao receio de ser discriminado, mencionando casos de erros médicos. Este medo causa a evasão dos consultórios e a conseqüente compra de receitas médicas para hormonização. Ele também demonstra conhecimento sobre as cirurgias de transformação corporal do sexo, os efeitos da hormonioterapia e termos médicos sobre transexualidade.

Ricardo destoa dos demais interlocutores por não se definir enquanto homem trans, se identificando apenas como homem. Ele também não determina sua cor, afirmando nunca ter se questionado sobre isso e declara ser “bem degradé”. Assim como alguns entrevistados, ele admite não procurar os serviços de saúde. Além dos receios vivenciados por outros homens trans, ele apresenta um sentimento muito particular de aversão a hospitais e as consultas médicas. Foi o único interlocutor que nunca acessou a ginecologia.

O perfil dos meus interlocutores pode ser demonstrado, entre outras coisas, a partir de suas narrativas. Muitos se colocaram como casos únicos, reconhecendo que a maioria dos homens trans não é assim ou tiveram outras trajetórias, seja pela boa aceitação da família ou por sofrerem pouca discriminação. Ao contarem suas histórias de vida, o fizeram de modo linear e cronológico, o que também indica suas condições de raça e classe. (POLLAK,1992)

A linguagem utilizada também é um indicativo desta condição. Nesse sentido, eles exibiram uma apropriação de uma linguagem acadêmica sobre gênero e identidade, e das categorias médicas sobre transexualidade. Assim, Carlos fala em estereótipos de gênero, internalização e cisgeneridade. Arthur e Luiz empregam o termo disforia de gênero para dizer de si. Luiz e Ricardo mencionam os efeitos da hormonioterapia. As análises feitas nesse trabalho, portanto, foram elaboradas a partir desse recorte específico das transmasculinidades.

Neste capítulo, abordarei as entrevistas analisando-as a partir de quatro eixos: i) narrativas de construção de si, que envolve o processo subjetivo de elaboração identitária, produção corporal, concepções sobre transexualidade e a invisibilidade da transmasculinidade;

ii) retificação de nome e sexo, refletindo sobre o desrespeito ao nome social e as implicações da retificação, ou não, de nome e sexo nos documentos; iii) o acesso à saúde e os encontros médicos, no qual realizo um mapeamento das condições de acesso e de procura dos interlocutores aos serviços de saúde, apontando as especialidades mais buscadas, as estratégias para marcação de consultas, as discriminações vivenciadas no cuidado em saúde e o despreparo médico; iv) ginecologia, seção sobre a experiência de homens trans com a especialidade e suas expectativas para consultas e exames.

### 3.1 “Eu não estava mais suportando ter uma vida que não era minha” - Narrativas de construção de si.

Apesar das singularidades, as histórias de homens trans a respeito da sua elaboração identitária contém interseções. A menção à infância como período de percepção de inconformidades com corpo e/ou gênero aparece em mais da metade das entrevistas. Em um caso, há o entendimento de sempre ter sido homem, em outros, apenas a referência a uma inadequação, muitas vezes, incompreendida. Assim, havia um sentimento de incompatibilidade com o papel de gênero atribuído, com roupas e características consideradas femininas e com o corpo. Dois interlocutores não citam a infância como momento importante, ressaltando que a “descoberta” ocorreu na adolescência.

É, na verdade assim, na minha infância, assim, eu já notava coisas, [...] Foi pensar como que era a minha infância, alguns processos na minha infância de que eu falei: ‘Pô, é muito nítido pra mim’, e aí eu até conversei... Quando eu fui conversar com algumas pessoas, familiares etc., eles falaram: ‘Pô, é isso!’... Assim, sabe? De eu ter meio que repulsa a batom, maquiagem, eu sempre gostar de coisas ditas masculinas, socialmente falando, personagens, assim... Eu sempre escolhi personagens masculinos, em geral, sabe? [...] Assim, eu sei que isso é desde a minha infância, não foi uma coisa que: ‘Ah! Agora surgiu e vou transicionar...’ não! É algo que eu carrego desde a infância [...] (Carlos)

Esse padrão de recuperação da infância na enunciação dos processos de construção de si demonstra como a memória é reelaborada a partir do presente, numa negociação interessada que envolve autoimagem e percepção exterior. Assim, eventos da infância, que antes não eram compreendidos ou vistos como trivialidades, são ressignificados na construção identitária, revelando a imbricação entre memória e identidade. (POLLAK,1992)

O discurso de Carlos, compartilhado por outros homens trans, aponta para um olhar da transexualidade baseado em padrões binários e heteronormativos ao repudiar signos atribuídos ao feminino, como maquiagem, e se aproximar de “personagens masculinos”. Nesse sentido, Silva afirma gostar de roupas masculinas e de “determinadas sensações que eu acho que são do

mundo masculino”. Essas sensações masculinas podem indicar um desejo de performar um controle, dominação ou posse arraigados nos homens nas sociedades patriarcais, reforçando o modelo binário de gênero. Apesar disso, ele argumenta que existem várias formas de ser homem e mulher.

Ao mesmo tempo e em uma perspectiva de desconstrução destes padrões, Carlos declara que homens trans precisam do feminismo pois sofrem machismo. Arthur, que se define como homem trans, revela ter períodos de aproximação com a não binaridade visto que não se encaixa totalmente no papel de gênero masculino, mesmo sendo esta a identidade que mais o representa. Atualmente, ele entende que a categoria “não binário” “atrapalha mais do que ajuda”. Ricardo apresenta uma discordância com esta identidade por não querer ser tratado no feminino. As falas de Arthur e Ricardo reforçam a literatura, que sinaliza que a discussão e apropriação do termo ocorre mais frequentemente entre os jovens. Além disso, revelam a multiplicidade de caminhos para a elaboração da transexualidade.

A autoidentificação enquanto homem trans ocorre em mais da metade dos casos, confirmando a expressividade do termo, seu potencial aglutinador e que a transexualidade não é interpretada como algo temporário, mas sim como constitutivo. Um dos interlocutores se define como homem e outro como “homem em negociação”. Embora na maioria dos casos aqui analisados haja a identificação com o masculino, através de vestimentas e da exigência do tratamento no masculino, por exemplo, nem sempre a construção identitária é linear ou sem conflitos. Silva, ao se caracterizar como homem em negociação, evidencia isto. Ele se refere a si mesmo ora no feminino ora no masculino, não se incomoda se o tratarem no feminino e não pretende retificar o nome e nem adotar um nome social, ao invés disso utiliza seu sobrenome. Ademais, ele é o único que não se hormoniza e questiona a necessidade de realização de alterações corporais: “se eu fui homem esse tempo todo, porque será que eu preciso mexer?”.

O processo de produção de si de Silva é interessante porque se distancia dos demais interlocutores, talvez pela diferença geracional. Ele demonstra que se entender e se afirmar externamente como uma pessoa trans ainda é um processo e não está totalmente pacificado, “fechado”. Trata-se de “uma grande reflexão, talvez por causa da minha idade, quando você, não que eu esteja velha, mas quando você se dá conta de que você viveu uma vida inteira...”. Há uma ambiguidade em seu discurso pois ao mesmo tempo que afirma ser lido como homem e que, portanto, não precisaria fazer nenhuma modificação, ele, em alguns momentos, não se reconhece ou se afasta da noção de homem. Ao comentar sobre a relação entre homens e cuidados de saúde ele declara: “Você tem uma quantidade de câncer de próstata porque os homens são burros e ignorantes e preconceituosos.” Esse afastamento pode ser uma vontade de

demarcar uma cisão com um certo tipo de masculinidade e/ou ser oriundo da socialização feminina. Novamente, ele se diferencia pois é o único que evocou a socialização enquanto mulher como algo que traz benefícios como, por exemplo, um cuidado maior com a saúde. Os outros interlocutores, bem como muitos homens trans, evitam falar do período que eram considerados mulheres.

Um das coisas que, curiosamente, eu falei para um menino que também tava fazendo a transição é o seguinte: pô cara, os homens são mais burros, vê se você não vai emburrecer (risos). Então tem coisas do mundo masculino que eu não gosto. Eu acho que eu tenho que aproveitar o que eu tenho do mundo feminino que eu vivi muito tempo e que eu trago de bom pra esse novo momento da minha vida para não ser um cara escroto porque é, não adianta nada. (Silva)

Outro dado que poderia explicar a constante negociação é um certo receio a respeito da recepção da “nova” identidade na sociedade e entre seu círculo de amigos. Ele também expressa preocupação em se definir trans na terceira idade.

Por isso que essa é uma discussão que eu tô tendo muito devagarzinho, sem muita preocupação se isso vai se resolver, se fechar numa questão, porque acho que já foi tão complexo caminhar até aqui, pelas gerações que eu passei sendo uma mulher lésbica, imagina ser um homem trans na terceira idade. Então será que é necessário fechar uma questão, será que é necessário bater martelo para determinadas coisas ou no meu *roll* de amigos, nas relações que eu tiver, vão me satisfazer? E socialmente, será o que Deus quiser, tanto faz como tanto fez? Não sei. Não sei te dizer. (Silva)

A narrativa de Silva revela o quão complexo é a construção identitária e os muitos elementos simbólicos que estão em jogo ao se definir como homem na nossa sociedade. Os conflitos expressos por ele e por outros interlocutores demonstram como a construção identitária é influenciada por questões políticas. A categoria homem trans, enquanto grupo identitário, ganha maior visibilidade a partir da década de 2010, período da popularização, no Brasil, da teoria Queer, que propõe, entre outras coisas, a implosão das identidades enquanto elementos fixos e determinantes dos sujeitos. Isto teve grande impacto na produção de si de homens trans e transmasculinos, podendo explicar as múltiplas formas de identificação adotadas.

A identificação pregressa enquanto lésbica, citada por Silva, é recorrente e perpassa gerações. Além dele, mais dois homens trans compartilham a mesma vivência. Entre os outros entrevistados, dois não mencionam isto nas suas narrativas e um salienta que sempre se interessou por homens sendo, inclusive, o único a se definir como homem trans gay. Enquanto Silva descreve uma boa aceitação da identidade lésbica, tendo se reconhecido assim na maior parte da vida, Ricardo e Pedro afirmam um pertencimento transitório por haver uma sensação de incompletude.

Ao relatarem os processos de construção identitária, enquanto lésbicas e homens trans, meus interlocutores acionaram categorias distintas. No primeiro caso, o termo mais usado foi “identificar” ou “assumir”. Já no segundo, mobilizaram frequentemente a categoria “descobrir”. Os vocábulos “assumir” e “identificar” indicam, neste caso, se tratar de algo já conhecido e familiar. Ao contrário, “descobrir” apresenta um elemento inaugural, uma surpresa. Essa diferença, bem como a identificação pregressa enquanto lésbica, pode estar relacionada ao desconhecimento da existência da transexualidade, comprovando à invisibilidade que recai sobre o grupo.

Esta discussão perpassa a maioria das entrevistas, nas quais anunciam-se um desconhecimento sobre a transexualidade, sobretudo, a masculina. Ricardo e Pedro se definiam como lésbicas, porém havia uma insatisfação. No intuito de encontrar uma solução, Pedro pesquisou sobre transexualidade. Já para Ricardo, o momento de mudança de perspectiva aconteceu a partir de uma conversa com um amigo trans. Arthur e Silva declararam só ter conhecimento sobre a transexualidade feminina. Mesmo não se percebendo como mulher, Arthur não via outra alternativa até “descobrir” a transexualidade masculina, através da internet e aulas de sociologia. Ainda assim, teve certa dificuldade em compreender o que sentia visto que só tinha acesso as experiências de homens trans héteros, como se fosse a única viável, mas ele se interessava por homens. A existência de homens trans gays desconstrói as concepções presentes no senso comum de que homens trans têm problemas para se relacionar com outros homens e que todo homem trans era uma lésbica masculinizada.

Quando eu me imaginava, quando eu me imagino, no geral, eu nunca me imagino mulher, essas coisas do seio, das curvas, de ser enquanto uma mulher, sempre foi um pouco desconfortável e foi algo quando eu ‘tava’ crescendo, adolescente assim, eu achava que eu tinha que engolir, porque não tinha outra alternativa. Sei lá, quando eu comecei a entender que ser trans era uma coisa que existia...porque assim, eu achava que só podiam existir mulheres trans, travesti, eu não sabia que homens trans podiam existir. Então quando eu descobri isso foi algo bem libertador, realmente. (Arthur)

Silva se identificava como lésbica, sem demonstrar o desencaixe citado pelos demais. Apesar de, em algumas relações afetivas, não se sentir confortável com tal identidade, essa parecia também, há 40 anos, ser a única possibilidade. Em algum nível, ele sentia uma lacuna que era preenchida com a imaginação e, para ele, isso era ser lésbica. Ele aponta ainda que a realização desse imaginário só pode ocorrer atualmente, talvez pelo cenário mais receptivo e menos discriminatório para as pessoas LGBT.

Os homens trans manifestam surpresa e alívio ao saberem da possibilidade da existência da transexualidade e ao conseguirem “viver o que eu quero, sem precisar morrer e nascer de novo” (Ricardo). Em muitas narrativas, isso é acessado através de outro homem trans,

indicando a importância do contato na construção identitária e na formação de redes de apoio. Luiz explicita que uma das primeiras ações após anunciar sua transição foi modificar suas redes sociais, colocando fotos masculinas. Além disso, os interlocutores usam essa interação para obterem informações sobre cuidados de saúde, hormonização e seus efeitos adversos. Um dos entrevistados conheceu o cirurgião que fará sua mastectomia através do perfil, numa rede social, de uma loja especializada em órteses para homens trans. Neste sentido, a internet se transforma num canal de troca de vivências e saberes, sobretudo num contexto de discriminação e despreparo médico. A esse respeito, um interlocutor afirma: “Tenho contato com poucos, não são muitos, mas sem dúvida você conhecer um homem trans que faz toda a sua transição te dá uma sensação de que é possível e ao mesmo tempo se é isso que você quer.” (Silva).

A trajetória de homens trans é marcada por uma inadequação/ estranhamento que não se sabe nomear, nem é compreensível, ao menos durante o processo de elaboração identitária. Em alguns casos, a angústia provocada por essa inadequação ou pelo medo da reação da família gera doenças nas pessoas trans. Ricardo vivenciou isto no período que se entendia com lésbica e anunciou a familiares. Essa experiência e o desejo de não mais adoecer, o fez contar mais rapidamente sobre sua transição.

Antes de eu me assumir, eu fiquei sem respiração, fiquei doente mesmo, cair de cama, eu não estava mais suportando ter uma vida que não era minha... Aí minha mãe sempre soube, né? E aí quando ela falou: O que é que está acontecendo? E eu contei, voltei a respirar... Minha vida... Eu emagreci de felicidade! Saiu um peso das minhas costas! Eu realmente emagreci, passei a ter a minha vida mais normal, sem aquele peso de ser quem eu não era. (Ricardo)

Os primeiros sinais de inadequação estão ligados ao corpo e as representações de gênero. A adolescência, período de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, se destaca como o momento de intensificação dos conflitos com o corpo. A menstruação é citada como um marco nesse processo, talvez por significar uma conexão, indesejada, com o feminino.

Arthur assegura que sua “disforia” teve início aos 10 anos, com sua primeira menstruação quando “parecia que o meu corpo ‘tava’ meio se rebelando contra mim”. Além disso, ele sinaliza o desejo de ter outra genitália, mas explica que não pode modificar esse fato, que não há cirurgia que possa fazer e, portanto, usa órteses nas relações sexuais. Novamente, aciona o termo “disforia genital” para descrever seu desconforto.

Para Silva o incômodo com o corpo não tem origem interna, nem se manifestou na juventude, tampouco aparece nos encontros médicos. Ele ocorre no contato com o outro, nas relações afetivo-sexuais. Silva acredita na diversidade de masculinidades e feminilidades e afirma que nem todo homem trans se sente frustrado com seu corpo, pelo menos, não todo o

tempo. Assim, ele não apresenta insatisfação com o seu, porém aponta que seria bom, no encontro físico com uma parceira, ter um corpo masculino, sublinhando que não se trata de pênis e, novamente, citando a imaginação como um recurso. Na sua narrativa, o corpo ganha centralidade na definição de homem, numa perspectiva binária e essencializadora. Em uma pergunta sobre o desejo da paternidade, ele diz: “Olha, eu acho que se fosse muito forte eu pensaria na possibilidade de adotar. Seria um desejo se eu fosse efetivamente, tivesse nascido num corpo masculino e fosse um homem.” Em outros momentos, ele declara já ser visto como um homem e questiona a necessidade de realizar modificações corporais: “será que eu preciso mexer por fora pra ser o que eu já sou por dentro”. Há, nos discursos de Arthur e Silva, uma resignação com o corpo, uma sensação de descompasso irremediável entre identidade de gênero e aparência, demonstrando que embora as modificações corporais sejam desejadas por muitos homens trans, trata-se de um processo complexo que envolve um projeto, as vezes penoso, de desessencialização de si. Assim, alguns homens trans não conseguem ou não querem realizar certas transformações corporais.

ok, eu sou um cara que vivo nesse corpo e não me importo e vou viver e isso vai ser uma coisa travada entre os mais próximos e eu vou ser feliz e também não vou ficar frustrado. Não é uma grande questão pra mim, eu não tô preocupado com o que é por fora e nem como será. Ah se você pudesse nascer de novo? Mas eu não posso nascer de novo. Então o que eu tenho hoje e o que eu posso fazer por mim. Então assim, emagrecer, botar o corpo assim, beleza. Isso é uma coisa que eu tô fazendo. Eu sinto nesse desejo de mexer no meu corpo onde a nutrição pode me ajudar e depois eu vou pensar pra onde que eu vou. Ah, por exemplo, eu fiz mais uma tatuagem, quero fazer uma outra tatuagem, tudo isso é o que eu imagino, que eu sinto que eu preciso fazer por mim pra me sentir num outro corpo, construindo um outro caminho. (Silva)

O desejo de ter outro corpo, “nascer de novo” e, as vezes, a sensação de impossibilidade de transformação, relatado por Arthur e Silva, é traduzido na alegoria do “corpo errado”. Muitos homens trans argumentam que nasceram em um corpo estranho, o qual eles não entendem, não se encaixam e buscam mudar. Carlos se posiciona contrário a esta preposição por defender que esta postura individualiza o problema e destitui a responsabilidade dos profissionais de saúde, por exemplo, de um atendimento livre de discriminação e humanizado, considerando as demandas da comunidade trans. Carlos se vale dessa alegoria, mas entende que a sociedade cria padrões de gênero e que a dissidência não é atribuição da pessoa trans.

A partir do estranhamento e da gradual identificação com o masculino, os homens trans recorrem às transformações corporais. Iniciam mudando as roupas, inclusive as íntimas, os acessórios e deixam os cabelos mais curtos. Trocam o sutiã pelo top, como Silva, ou pelo *binder*, como Pedro e Ricardo. Em seguida começam a hormonioterapia e, por último, realizam procedimentos cirúrgicos. Entre os que se hormonizam há a escolha pela testosterona injetável,



por apresentar resultados mais rápidos. Um entrevistado contou ter usado, por um período, a versão em gel pois estava sem acompanhamento médico e, neste formato, não é necessário receita médica para a compra. Ele relatou também um receio de autoaplicar as injeções. Atualmente, a maioria dos meus interlocutores se hormoniza com orientação médica e aplicam a testosterona no SUS, em farmácias ou em casa. Um deles o faz por conta própria, comprando receitas médicas. Entre as cirurgias, a mastectomia é a mais citada: com exceção de Silva, todos demonstram vontade em fazer ou já fizeram. Todos os meus interlocutores optaram por esta categoria ao invés de mamoplastia masculinizadora, utilizada por alguns homens trans. Dois entrevistados explicitaram o interesse pela histerectomia apenas para prevenir doenças decorrentes do uso contínuo de hormônios. Arthur justifica sua decisão por não querer engravidar e fazer os exames de rotina. Os demais não desejam realizar tal intervenção. Luiz, assim como outros homens trans, declara que o desconforto maior está nos seios: “Eu ainda tenho seios, quero fazer a mastectomia e só isso me interessa também, de resto não tenho problema. Só o peito me incomoda.”. Já Carlos advoga o uso do útero e revela uma mudança perspectiva com o próprio corpo após a transição.

E é isso, assim, é o meu corpo, é eu sou um homem que tem útero e eu posso usar esse útero, né? Então, acho que é isso, sim, eu comecei a compreender... Inclusive compreender o meu corpo, eu acho que eu aceito mais o meu corpo agora que eu transicionei, assim, eu lido com o meu corpo e eu tenho contato com feministas e eu lido com o meu corpo de uma forma muito mais real, assim, eu acho, depois da transição.(Carlos)

Nesse cenário de incompreensão, os homens trans demonstram alívio ao encontrarem um termo que explique a sensação de desajuste. Meus interlocutores não fizeram qualquer menção ao caráter patológico que a categoria trans pode carregar, mas relataram dificuldades na autoaceitação. Arthur, num primeiro momento, acreditou que todo desencaixe que sentia e não sabia nomear, era “frescura da cabeça” ou estava relacionado a sua depressão e que poderia ser resolvido na terapia. Aos 18 anos, fazia pesquisas na internet para deixar de ser trans. Luiz menciona ter vivido períodos de preconceito e repulsa com ele próprio. Para Pedro o momento de construção identitária também foi penoso: ele só comunicou à família após mudar de estado. Outros dois disseram que só iniciaram a hormoniterapia depois de um tempo de maturação e confirmação da identidade trans. Carlos conta que procurou psicólogos “pra ver se era realmente isso”, o que denota uma condição de classe específica.

A problemática da aceitação, individual e coletiva, esbarra também nas crenças religiosas. Carlos e Ricardo relataram dificuldades nesse processo por pertencerem a

comunidades cristãs. Meus interlocutores, atualmente, não vivenciam grandes conflitos familiares. Apesar de certa resistência inicial, as famílias e amigos os respeitam.

### 3.2 “Um nome pra te batizar”- Retificação de nome e sexo.

O nome é um aspecto muito importante para a construção identitária dos indivíduos e seu reconhecimento social. Para as pessoas trans, essa questão se torna particularmente delicada, visto que enfrentam constrangimentos pela não retificação dos documentos e/ou desrespeito ao nome social. Mais da metade dos meus entrevistados realizou ou pretende retificar o nome e o sexo e, ainda assim, muitos citaram alguns percalços e desconfortos.

Arthur não alterou sua documentação e, portanto, recorre ao nome social. Entretanto, para marcação de consultas médicas, utiliza seu nome de nascimento, assim como Ricardo antes da retificação. Igualmente, Silva não implementou tal modificação, tampouco escolheu um nome masculino. Optou por usar seu sobrenome, demonstrando satisfação com a decisão. Ele explica que há uma certa cobrança externa para a seleção de um nome, porém não há nenhum que o represente melhor. Ademais, para ele, não há incômodo se o chamarem pelo nome de registro, o que não foi mencionado pelos outros interlocutores.

Carlos, embora planeje retificar o nome e o sexo, indica outra concepção a respeito da temática. Ele ressalta que fará a mudança pelas implicações sociais que a não alteração provoca: constrangimentos, dificuldades no mercado de trabalho, entre outras. Apesar disso é contra a retificação do sexo pois, com ela, não terá acesso a ginecologistas no SUS, uma vez que só é possível o agendamento de consultas se a pessoa for do sexo feminino. Além disso, aciona argumentos essencializadores, como se estivesse indo contra a “natureza”.

E eu ‘tô’ retificando isso por conta de questões sociais, assim, mesmo, de parar de ter alguns problemas sociais, por conta do meu documento, né? Empregabilidade, enfim... Dar o meu documento em algum lugar e ser tido como... Enfim, os problemas sociais que isso pode me causar. Mas eu sou... Eu acho que retificar o sexo é uma violência, assim, porque meu sexo é fêmea, sabe? Então, eu sei que eu ‘tô’ retificando o meu sexo por uma questão social, mas isso não deveria acontecer assim, sabe? Gênero e sexo são coisas diferentes, a partir do momento que o SUS e a sociedade entender as pessoas trans e respeitar as pessoas trans, eu espero que as pessoas parem de retificar o sexo. Porque, é isso, meu gênero é homem, eu sou homem, meu gênero é masculino, mas meu sexo, eu sou fêmea, assim, né? E eu sei que isso ainda é um processo, assim, a ser discutido e etc., né? Ainda é difícil. (Carlos)

Por outro lado, há aqueles que retificaram sem manifestar qualquer crítica ou desagrado, exceto pelos episódios discriminatórios e pelo medo do nome de nascimento ser revelado. Pedro narrou que ao tentar usufruir dos serviços do setor de saúde da mulher, oferecidos por uma

universidade pública, foi informado que não poderia usar o nome social e ao perguntar sobre a possibilidade de atendimento pós retificação não encontrou respostas. A partir disso, ele contou com o auxílio da recepcionista e da médica: “E aí a mulher da recepção conseguiu fazer com que eu ficasse na porta e quando fosse a minha vez, a médica só me fizesse um sinal ‘pra’ eu entrar, que daí não me chamaria por nenhum nome, e aí foi isso. E aí a médica me tratou bem, foi normal.” (Pedro)

Este exemplo corrobora os dados de outros estudos que apontam o desrespeito ao nome social e demais situações discriminatórias como barreiras ao acesso ou continuidade aos cuidados de saúde (NASCIMENTO; SOUSA; BARROS, 2018; SANTOS, 2016; DUARTE, 2014). Luiz já deixou de ir a médicos, inclusive após uma cirurgia, por não ter modificado seus documentos e, assim, não querer se desgastar com explicações. Ele citou também o medo do preconceito como mais um elemento nessa recusa. Além disso, há o receio de ter o nome de nascimento descoberto. Luiz conta que mesmo após a retificação, a carteira do SUS não tinha sido atualizada e isso o fazia evitar os serviços de saúde. O histórico hospitalar provoca o mesmo efeito, visto que mantém salvo toda a trajetória de atendimento dos assistidos, inclusive o nome apresentado no início da prestação do serviço. O desconforto é tão intenso que mesmo tendo sofrido um acidente, Luiz não procurou o atendimento médico. Ricardo compartilha do medo de ter seu antigo nome exposto: “Mas é sempre assim: se for marcar com um médico que eu não conheço, dá um ‘medinho’, assim, de eu não ser respeitado e parece, assim, que a pessoa sempre vai descobrir o nome antigo. Sabe?”

### 3.3 O acesso à saúde e os encontros médicos

Meus interlocutores, majoritariamente, buscam os serviços de saúde apenas quando estão doentes, evidenciando que, mesmo diante dos esforços, a saúde ainda é entendida ou exercitada como ausência de doença. Luiz aciona os profissionais de saúde apenas em casos graves, como nas crises de enxaqueca ou pelas dores causadas por cálculos renais, pelo medo de ter seu nome de nascimento revelado. Outros três entrevistados contaram que, antes da transição, procuraram por consultas ginecológicas devido ao início da menstruação ou por pequenas enfermidades. Houve um caso de extremo distanciamento dos cuidados de saúde institucionalizados, no qual tenciona-se recorrer sempre aos mesmos médicos, como uma tentativa de evitar sofrer novas discriminações.

O plano de saúde demonstrou facilitar ou mesmo viabilizar o acesso de saúde dos homens trans aqui analisados. Na maioria dos casos, é a posse deste recurso que proporciona a

realização de consultas de rotina. Consequentemente, sua falta implica na interrupção do cuidado. Dois interlocutores citaram períodos de afastamento das consultas com endocrinologistas pela impossibilidade de pagamento, o que provoca, por exemplo, a compra de receitas médicas e a aplicação de hormônios sem acompanhamento médico. A assistência médica intermitente é prejudicial para os homens trans que se hormonizam, uma vez que a testosterona é um medicamento controlado no país, só comercializado com prescrição, e seu uso contínuo impõe a necessidade de avaliações constantes para verificar seus efeitos. Apesar da maioria mobilizar com mais frequência o plano de saúde ou consultas particulares, há aqueles que utilizam o SUS para a transição.

Os cuidados de saúde são materializados, quase exclusivamente, via instituições de saúde tradicionais como hospitais, clínicas e ambulatórios. Contudo, meus interlocutores fazem referência a outros saberes e terapias alternativas como, por exemplo, meditação, acupuntura, veganismo e chás naturais. Novamente, evidencia-se certa condição de classe e raça. Há, ainda, aqueles que evitam os hospitais, preferindo pedir conselhos a outros homens trans. A predileção pelos canais institucionais, incluindo os fármacos, aponta para uma certa concepção de saúde, medicalizada e de pouca autonomia sobre cuidado de si.

Ah! Eu sou muito meio natureba, assim. Por mais que eu use hormônio, eu sou meio natureba, então, geralmente, eu procuro coisas naturais ‘pra’... Não se eu estou com alguma coisa física, real, mas, por exemplo, se eu estou com uma gripe, eu tento me curar de forma mais natural possível, assim, né? Mas quando não dá, aí sim eu vou no médico, né? (Carlos)

A especialidade médica mais citada, entre as acessadas regularmente, foi a endocrinologia, confirmando a centralidade da hormonização para as pessoas trans. A segunda mais mencionada foi a ginecologia o que, talvez, demonstre a particularidade desse grupo. Em vários momentos, eles explicitam a preocupação com doenças ginecológicas decorrentes da hormonioterapia. Destaca-se, também, a referência a nutrição como área da saúde buscada.

A frequência de comparecimento varia entre as especialidades e com o tempo. O período de retorno ao endocrinologista descrito foi de, no máximo, seis meses. Já ao ginecologista vão, em média, uma vez ao ano. Dois entrevistados afirmaram que a ida nestas especialidades aumentou após a transição.

Graças ao cenário hostil vivenciado por pessoas trans no país, de violência, preconceito, desconhecimento e desrespeito a identidade e ao nome social, os problemas e receios na busca por cuidados de saúde se iniciam na tentativa de conseguir o próprio atendimento, tornando o momento delicado e permeado por estratégias. Metade dos entrevistados narra que antes da retificação do nome nos documentos, utilizou o nome de nascimento para marcação de

consultas médicas. Alguns explicam que são homens trans apenas ao chegarem ao local, solicitando o uso do nome social. Outros informam ao telefonar, o que gera dúvidas nos atendentes sobre a capacidade de prestar o serviço. Um dos interlocutores menciona a confiança no profissional de saúde como um atenuante nesse processo tão complicado.

Agora, nos médicos que eu já sei que eu confio, fácil. Antes eu já não achava, sempre tinha um problema em pensar em marcar. Só de pensar... Meu Deus, como é que eu vou ser tratado? Será que as pessoas, realmente, é... Hoje em dia, tendo médicos que eu sei que eu posso confiar, não. Eu sei que vão me chamar pelo nome correto, vão me identificar, tudo nos conformes. (Ricardo)

Ao estabelecer uma comparação entre as consultas médicas antes e após a transição, alguns entrevistados afirmam um aumento nas dificuldades aliado a maiores receios e preocupações, sobretudo de constrangimentos e desrespeito ao nome social. Pedro cita a questão do corpo e da própria constituição binária da medicina como complicadores.

Porque parece que depois da transição, tudo é mais complicado. Até de eu ir para o médico, e em saber que em algumas consultas eu vou ter que tirar a camisa para eles examinarem, até por saber que eu vou passar por todo o perrengue que era ‘pra’ pedir o nome social, né? Eu tenho médicos que eu sei que eu não posso ser consultado agora, porque, por exemplo, antes da transição, se eu quisesse passar por um ginecologista como mulher, eu passava sem problema. Agora só ‘pra’ solicitar já é todo um perrengue. E aí já falam que não pode, que como que vai solicitar isso, então, tem uma diferença, sim. Mas eu acho que a principal diferença é que depois da transição, eu já não tenho mais paciência ‘pra’ passar em médico, assim. (Pedro)

Carlos ressalta que sua relação com a saúde, e com o próprio corpo, mudou depois da transição. Ele ampliou os cuidados, inclusive, buscando outros tipos de médicos, por entender que estava “fazendo coisas que são prejudiciais ‘pro’ meu corpo”. Antes da transição não pensava muito sobre sua saúde. Pedro também procurou os serviços de saúde com mais frequência.

### 3.3.1 “Primeiro eu tenho que explicar o que eu sou, ‘pra’ depois a pessoa me atender”: O despreparo médico

Quase a totalidade dos entrevistados relata a necessidade de ter que explicar que é um homem trans, antes e durante as consultas médicas e exames laboratoriais. As vezes explicam até mesmo aspectos clínicos como o perfil da hormonioterapia adotada e seus efeitos no organismo, comprovando o despreparo dos profissionais de saúde com a comunidade trans que causa profundos danos e engendra uma repulsa aos ambientes institucionalizados de cuidado. Além do desconhecimento, há um alto nível de preconceito e concepções religiosas nas instâncias médicas. Arthur revela que nos exames em que não há comunicação com o médico,

finge ser mulher cis e apresenta seu nome de nascimento, como uma forma de se proteger e evitar constrangimentos.

Algo que marcou a minha vida foi um grande despreparo de profissionais de saúde no geral de entender o que é uma pessoa trans. Foi algo que eu tive que entender por mim mesmo. Eu encontrei um terapeuta ano passado que conseguia, que tinha uma noção sobre isso porque a minha terapeuta de adolescência tinha muito essa separação, ela achava que um homens trans era uma lésbica muito masculina e que uma mulher trans era um gay muito afeminado. Esse era o entendimento dela e esse é o entendimento da maior parte das pessoas que eu já encontrei até hoje, porque eu sempre tenho que explicar e é sempre uma surpresa quando eles descobrem que eu me relaciono com homem, que eu tô num relacionamento há mais de sete anos com um cara e para eles é muito estranho.(Arthur)

Diante deste cenário, Carlos busca profissionais que tenham outra concepção de saúde, “que não seja uma visão da medicina tradicional” e aponta uma melhora no acolhimento. Para ele, é preciso pesquisar sobre os médicos, ter uma identificação e que a pessoa tenha disponibilidade em atender um homem trans pois mesmo após a verbalização de sua identidade de gênero pode haver a recusa ao atendimento ou uma atenção insatisfatória, não contemplando as demandas dos assistidos. Assim, ele descreve uma consulta com uma endocrinologista na qual, após explicar sobre transexualidade e a médica evidenciar, visualmente, seu desconhecimento, a mesma se negou a fornecer a receita para compra de hormônios, prescrevendo apenas exames. Após o ocorrido, Carlos não retornou na profissional, sendo levado a automedicação e a autoanálise dos exames. No contexto discriminatório vivenciado por muitas pessoas trans, ele se mostrou conformado com o parco atendimento recebido: “Bom, pelo menos ela ‘tá’ me dando os exames, eu vou fazer os exames, eu mesmo vejo como que ‘tá’ a coisa, enfim, e vou tomando o hormônio meio que por conta, assim. Infelizmente, isso é uma realidade, assim, né?”

Carlos ressalta que seu comportamento não é compartilhado com outros homens trans. Ele afirma que muitos, que não têm conhecimento sobre si e seus direitos, não fazem os exames e não busariam cuidados especializados, em casos como esses da endocrinologista. Ele, então, faz um movimento consciente de apropriação do cuidado em saúde: “Eu que sou meio teimoso e falo: ‘Meu, isso aqui é pra mim, também!’. Então, eu vou! Eu vou fazer exame, né? Eu tenho que cuidar da minha saúde. Mas eu sei que isso é muito prejudicial para outros homens trans, por exemplo, né?”

Os relatos de Arthur e Carlos evidenciam o caráter diferenciado que as interações médicas adquirem para as pessoas trans: a obrigação da explicação, os constrangimentos, medos e o sentimento de despreparo profissional, constituindo barreiras no acesso à saúde.

Carlos cita uma consulta com uma nutricionista que expõe claramente a ineficiência e a precária formação dos profissionais de saúde com relação as vidas trans.

Uma amiga minha é nutricionista e aí eu falei ‘pra’ ela: tem como você fazer minhas medidas ‘pra’ ver se eu estou dentro do IMC? [...]E aí ela falou assim: eu não sei se eu meço a sua gordura como mulher ou como homem. Aí eu fiquei assim: ‘Tá’! Eu também não sei... E ela falou: ‘Meu, desculpa, assim, acho que eu vou fazer dos dois e aí você ver como você quer interpretar isso, assim.’ E ‘pra’ mim isso foi um *start* ‘pra’ pensar que os médicos... A medicina em si, ainda, não sabe como lidar com o meu corpo. Então, quando eu vou em um ginecologista, eu sei que a pessoa ali, ela vai me atender de determinada forma, mas algumas coisas muito específicas ela não vai saber me atender. Por exemplo, a questão da atrofia, assim, né? Como que ela vai lidar com isso? Ela vai me passar um creme vaginal que contenha estrogênio? Isso é prejudicial se eu tiver tomando hormônio ou não? Então, são questões que eu me pergunto e eu acho que a maioria... A medicina ainda não responde, então, assim, eu espero que exista esse profissional, mas eu sei que ainda existe, assim, né? (Carlos)

Pedro também descreve essa situação. Ele tem fibroma e ao questionar os médicos sobre a possibilidade e os riscos de se hormonizar com esta doença, obteve respostas inconclusivas. Ninguém soube informar se haveria consequências e quais seriam. O aval para a hormonioterapia foi concedido em tom de tentativa, de teste, o que se pode questionar visto que se trata de um procedimento muito contundente, de caráter irreversível e com profundas transformações corporais.

Luiz conta um episódio importante de imperícia médica que poderia ter graves consequências. Ao ir a uma emergência e ser atendido por um clínico geral, foi inquirido acerca dos tratamentos que fazia e medicamentos que utilizava. Ele, então, explicou que fazia terapia hormonal e o médico perguntou se era com anticoncepcionais. Em seguida, Luiz explicou se tratar de testosterona e o médico ainda demonstrou dúvida. Esta cena é significativa uma vez que um profissional de saúde exprimir uma incerteza sobre categorias hormonais tão distintas como estrógenos, dos anticoncepcionais, e testosterona, é no mínimo, questionável, além de uma interpretação equivocada sobre identidade de gênero de Luiz, visto que são as mulheres que frequentemente utilizam anticoncepcionais e a testosterona é um hormônio associado à masculinização.

### 3.3.2 “Não, eu não vou te receitar porque o seu corpo não pode ter isso” - Discriminação no atendimento médico

Meus interlocutores, talvez por suas condições de raça e classe, não relataram grandes episódios de discriminação ou violência nos atendimentos médicos. Apesar disso, sinalizaram

eventos significativos e traumáticos. Dois entrevistados mencionaram que os tratamentos ou planos de cuidado não consideraram suas identidades de gênero.

Arthur não narrou nenhum episódio de discriminação nos locais de promoção de saúde, porém caracteriza as consultas médicas como horríveis, assim como o processo de ter que explicar que é um homem trans. Em contrapartida, relata, bem como Carlos, um bom acolhimento no ambulatório trans, com profissionais capacitados.

Carlos, além do caso da endocrinologista supracitado, no qual se sentiu discriminado, afirma que não houve uma discriminação mais contundente, de negação de atendimento, por exemplo, mas há uma curiosidade por parte dos médicos que o desagrada.

Olha, assim, discriminação, de fato, ‘tipo’ ‘Não entra aqui, a gente não vai te atender!’, nunca... Aconteceu de eu sentir que a pessoa ‘tá’ olhando curiosa, assim, sabe? ‘Tipo’, e aí, enfim, pergunta, por exemplo, da minha genital e aí quer ver o clitóris etc., sabe? E isso, de certa forma, me incomodou, essa curiosidade, porque eu ‘tô’ ali para ser atendido, como qualquer outra pessoa, né? (Carlos)

Nesse sentido, Pedro também não cita casos de discriminação, apenas “olhares feios”. Ele conta que suas experiências com médicos foram boas, “médicos bons, que me atenderam bem”. Apesar disso, vivenciou uma situação de extremo desrespeito que o fez interromper o tratamento. Se queixa também da falta de sensibilidade de alguns profissionais que, no momento da aplicação da testosterona, nos glúteos, não retiram outros pacientes da sala. Este episódio, ocorrido no SUS, demonstra diferenças a respeito da exposição dos assistidos. Na rede privada, a privacidade e a individualidade dos pacientes é maior, em comparação com o sistema público. Há, portanto, lógicas diferentes de lidar com corpos nas duas esferas, reforçando as distinções de classe já existentes.

Foi no SUS, eu precisava fazer um exame cardiovascular, ‘pra’ fazer uma cirurgia, e aí quando eu cheguei lá, eu pedi para a mulher da recepção me chamar pelo nome social, ela falou que tudo bem, não teria problema nenhum, colocou no cadastro o nome social. Fui chamado pelo cadastro, aí quando entrou no médico, ele ficou, ‘tipo’, olhando pro nome, olhando pra minha cara, olhando pro nome, olhando pra minha cara... Daí ele perguntou se estava certo - eu não estava tomando hormônio ainda -, aí eu falei que ‘tava’! Aí ele falou: “Não! É porque você é uma menina, você não tem que mentir ‘pra’ mim, sabe? Eu sou médico’, você não tem que mentir...” Aí, eu expliquei ‘pra’ ele que eu sou um homem trans, aí ele: “Não! Então, você é uma menina.” Aí, ‘tipo’, acabou a consulta. [...] É... Ele passou uns exames lá, ele falou isso, só passou umas folhas com uns exames e acabou. Eu fui embora, também. Não voltei mais, não fiz os exames. (Pedro)

O desrespeito ao nome social e a identidade de gênero é descrito por Luiz, durante um exame ginecológico. Assim como Pedro, nesse período ainda não tinha iniciado a hormonioterapia e o profissional o tratou no feminino, usando o nome de nascimento. Ele



explicou que gostaria de ser tratado no masculino e pelo seu nome social, e, mesmo assim, a pessoa insistiu nos pronomes femininos.

Ricardo revela ter tido bons atendimentos médicos pois só os acessa após recomendações. Assim como Carlos, também teve problemas com endócrinos que se negaram a oferecer as receitas para hormonioterapia, com alegações de ordem moral. Restringiram-se a prescrever exames que sempre eram feitos e apresentados ao médico seguinte. Os episódios ocorreram com médicos da rede privada, sendo preciso passar por três profissionais diferentes até encontrar um que o respeitasse, indicado por um psicólogo. Essa situação expressa a peregrinação que as pessoas trans precisam fazer em busca de um atendimento com o mínimo necessário, respeitoso e que observe suas demandas. Na prática, acaba se construindo sub-redes de atenção à saúde, tanto na rede privada, com o acesso por recomendações, como na rede pública, com a descoberta de clínicas da família que fazem acolhimento de pessoas trans.

Quando eu resolvi ‘caçar’ aí teve: ‘Ah! Mas você não pode, porque o seu corpo não permite isso’ ou ‘Ah! Eu não vou fazer, porque eu acho que é errado!’ E aí eu falei: Bacana! ‘Tá’ joia! E aí eu fui continuando a busca, porque eu precisava e não sabia o que poderia acontecer. (Ricardo)

#### **3.4 “Eu vou me sentir desconfortável porque eu sou um homem indo ao ginecologista” - Experiências no atendimento ginecológico.**

A relação entre ginecologia e transmasculinidade é complexa e tortuosa, dada a própria formação da especialidade, estruturada para mulheres numa indissociabilidade entre sexo e gênero, aliada a parca formação médica acerca da temática de gênero e sexualidade, sobretudo, a respeito da transexualidade, e a transfobia institucional. Tal cenário transparece nos relatos de homens trans sobre suas consultas ginecológicas.

Entre os meus interlocutores, apenas um não teve contato com ginecologistas. Na metade dos casos, a procura pela especialidade ocorre no início da puberdade, mais especificamente, com a primeira menstruação. Esta, que já é um marco na trajetória de homens trans, torna-se, assim, duplamente significativa. Para a maioria dos entrevistados, as consultas e exames ginecológicos são desconfortáveis, provocando um distanciamento desta área médica, tanto pelo próprio desconforto como para evitar constrangimentos.

Arthur foi ao ginecologista, pela primeira vez, aos 11 anos, levado pela mãe após a primeira menstruação. A segunda consulta foi aos 16 anos, também acompanhado pela mãe, para tomar anticoncepcionais, já que havia iniciado a vida sexual. Nessas duas passagens, o profissional era o mesmo frequentado pela sua mãe há anos e, inclusive, realizou seu parto.

Arthur foi forçado a mudar com a aposentadoria do médico. Tal condição, vivenciada também por Silva, de poder acessar o mesmo profissional a vida toda, quase como se fosse exclusivo da família, denota uma certa posição de classe e raça.

A relação de Carlos com a ginecologia também começa com a primeira menstruação, tendo um segundo momento importante após um aborto espontâneo, novamente marcando que a procura por profissionais de saúde ocorre em momentos específicos ou relacionados ao surgimento de patologias. Entretanto, depois da transição a preocupação com os cuidados em saúde, bem com a frequência aos consultórios, inclusive ginecológicos, aumentou. Devido as dificuldades e discriminações vivenciadas pelas pessoas trans no acesso à saúde, ele recorreu a uma ginecologista “natural”, feminista e com conhecimentos sobre transexualidade, sendo bem acolhido. Porém, ressalta que esta não é a realidade, poucos homens trans têm oportunidade de ter esse atendimento. Destaca-se, assim, uma diferenciação de classe.

Ele explicita o desconforto que ir ao ginecologista representa, sobretudo por estar entre mulheres nas salas de espera sendo um “homem barbudo”, questão apontada também por Luiz. Apesar deste sentimento, o processo é facilitado pelo seu conhecimento sobre os estereótipos de gênero e por sua apropriação da especialidade, se entendendo como sujeito de cuidado da mesma e a compreendendo como uma área da medicina que versa sobre pessoas com vagina: “Hoje eu espero que, minimamente, me respeite e me atenda como qualquer outra vagina que entre pelo consultório, assim.” Ao explicar sobre a marcação de consultas, ele retoma a questão.

Ou então eu já falo no telefone mesmo, eu falo: Ó, eu sou um homem trans, então eu gostaria de ser chamado dessa forma, quando eu for aí etc. E aí a pessoa fica meio confusa e ela fala assim: ‘Calma, mas será que a gente pode te atender?’ Aí eu falo: Olha, eu tenho uma vagina como qualquer outra mulher que vai passar aí, assim, né? As mulheres que passam aí têm vagina, então, eu sou só um homem, mas o órgão é o mesmo. Vai atender da mesma forma. (Carlos)

Este discurso de Carlos, trazido também por Pedro, tem com efeito uma objetificação dos corpos, uma tentativa de destituir o caráter simbólico relacionado aos órgãos sexuais masculinos e femininos vistos, assim, apenas como partes do corpo. Isto não é factível na medida que os aspectos culturais perpassam a leitura do corpo. Embora Carlos esteja operando com uma divisão importante de sexo e gênero, natureza e cultura, não se pode desconsiderar a própria elaboração do sexo. Sexo e gênero são construções sociais sendo impossível a eliminação do viés simbólico. O problema dos atendimentos médicos está, justamente, na significação social do corpo. Caso fosse viável a objetificação proposta por Carlos, e os profissionais interpretassem os corpos a partir da biologia, não haveria impedimentos para ginecologistas em atender homens trans.

Essa narrativa permite uma reflexão sobre as próprias categorias de sexo e gênero, reforçando a dimensão cultural. Fica claro que o primordial no estabelecimento dos parâmetros que definem o masculino e o feminino são as interações sociais e suas performances e não um conjunto de órgãos ou a constituição genética. O discurso de alguns homens trans demonstra que o que define homens e mulheres, na performatividade que constitui a noção de gênero, é o que está visível e as representações simbólicas que incidem nisso. Nesse sentido, eles preferem retirar os seios, porque estão aparentes e representam mais fortemente o feminino, e não o útero ou modificar os órgãos genitais, ambos internos.

Em oposição, Luiz coloca a ginecologia em termos de gênero e não de órgãos sexuais. Assim, ele defende que ela é importante para homens trans e mulheres trans, que devem se preocupar com sua saúde. Neste momento, ele aponta os impactos da hormonização, como a atrofia do útero e a interrupção da menstruação, por exemplo, como um elemento relevante na procura pela ginecologia.

Assim como outros interlocutores, Pedro conta que foi ao ginecologista pela primeira vez acompanhado da mãe, com a diferença de esta ter sido sua única consulta. Ele a descreve como estranha e desconfortável. Nesta ocasião, não fez exames invasivos uma vez que não tinha iniciado a vida sexual. Após a transição, acessou, uma vez, o serviço de saúde da mulher<sup>47</sup> da universidade que estuda, mas não retornou ao ginecologista por desconforto. Este sentimento e a necessidade de sempre explicar ser um homem trans, aliado ao medo dos exames ginecológicos, fazem com que ele não marque consultas, mesmo sabendo da importância.

Eu sei que eu tenho que ir, mas eu não quero. Mas eu sei que eu tenho. [...] Porque é um ambiente desconfortável. Eu fui com a minha mulher, né? Ela teve uma consulta ontem... Até 'pra' sentir como seria, né? 'Pra' eu ir depois... Só que só de entrar no consultório, já, todo mundo olha. Olha estranho, desconfortável. É desconfortável! E daí eu fico pensando: Como que eu vou chegar 'pra' recepcionista e vou falar que vou marcar uma consulta? Aí eu vou ter que explicar 'pra' recepcionista que eu sou uma pessoa trans, explicar o que é uma pessoa trans, 'pra' ela entender ou não entender, me respeitar ou não me respeitar. E aí eu tenho medo de ir na ginecologista e ela quiser colocar alguma coisa em mim, sabe? E eu não quero! (Pedro)

Luiz não reconstrói sua trajetória com a ginecologia a partir da mãe. Ele menciona que acessou mais esta especialidade antes da transição aproximadamente três vezes, e uma única vez após a transição, porém antes da hormonioterapia. Diferente de Carlos, seu cuidado com a saúde diminuiu após a transição. Ele cita que depois do início da hormonização passou a ter cólicas mais fortes e frequentes. Mesmo sem menstruar ele fala que há um período menstrual,

---

<sup>47</sup> Componente da atenção primária que faz o atendimento ginecológico, mas não necessariamente com um ginecologista.

no qual há mudança de temperamento e ocorrem as dores. Apesar delas, ele não procura os serviços de saúde.

Semelhante a Pedro, Luiz declara a importância e o desejo de ir ao ginecologista, cuidar de si e de frequentar regularmente os serviços de saúde. Contudo, revela também preocupação e desconforto: “Mas eu fico imaginando como vai ser né, a questão de ligar, de falar o meu nome, de explicar que eu sou um homem trans. E no momento que eu chegar lá e só tiver mulheres esperando, sabe?! Não sei como vai ser, mas...”

Ricardo nunca foi a um ginecologista, caso único entre os meus interlocutores. Ao ser questionado sobre as possíveis explicações para isso, ele indica a vergonha, sentimento que permanece inalterado desde antes da transição. Para ele, sua falta de interesse na ginecologia não tem relação com sua identidade de gênero. Apesar disso, diz sentir vergonha ao realizar exames clínicos que mostrem o corpo, como os que fará para a mastectomia. Ele conta que terá que tirar o *binder* nesse momento e que isto o incomoda. Percebe-se em seu discurso uma aversão a médicos de modo geral, tanto assim que, ao ficar doente, evita os serviços de saúde e espera melhorar naturalmente. Ele afirma não ter enfrentado problemas ao se abster das instituições de saúde. Embora não tenha experimentado complicações ginecológicas ou pelo uso do *binder*, demonstra conhecimento sobre os efeitos colaterais da terapia hormonal, pretendendo fazer a histerectomia, e, mesmo assim, não deseja ir a médicos.

Arthur não tem dificuldades para marcar as consultas ginecológicas, bem como Silva, porém dá preferência, mesmo demorando mais para agendar, aos atendimentos no ambulatório trans pois afirma ter um acolhimento melhor, com profissionais acostumados com as pessoas trans. Apesar de não ter grande empecilhos, ele conta que antes da transição era mais fácil “porque era aquela ideia, eu era uma mulher cis branca num relacionamento hetero. Então era o que os profissionais estavam acostumados a lidar, era mais uma das pacientes”. Atualmente, as consultas são desagradáveis, a despeito dos esforços de alguns profissionais.

Eu não acho bom, é sempre esquisito pra mim. Eu acho sempre uma experiência disfórica. Mas o médico é um homem, o Dr. Alvaro. Ele é bem ok assim. Ele... uma coisa que eu acho interessante é que ele não usa determinados termos. Ele nunca vai falar menstruação porque tem algumas, alguns homens trans que ficam disfóricos com isso. Ele vai perguntar quando foi a última vez que eu sangrei. E eu acho que ele tenta dar aquela forçada de barra, assim, pra tentar parecer muito masculino, o que sempre é uma experiência esquisita quando tem um Papanicolau no meio das suas pernas. Então ele fica: e aí, campeão, como é que você tá? etc. Aí você fica meio assim “há há”, mas ele é gente fina. (Arthur)

Novamente, Arthur usa categorias médicas para descrever sua experiência. Além disso, nota-se a intenção do médico em suavizar a associação da ginecologia com o feminino, utilizando vocativos masculinos e substituindo algumas palavras comuns nesse universo, como

menstruação, o que, ao mesmo tempo, revela como os profissionais de saúde também performam gênero, rememora o viés generificado e binário da especialidade, e abre caminhos para novas possibilidades.

Luiz compartilha a percepção de desconforto nas consultas, embora não encontre obstáculos para agendá-las. Para ele, essa sensação, que já existia antes da transição, permanece atualmente. A diferença está no fato de agora se preocupar e refletir mais sobre como se sentirá nas consultas. Antes ele encarava como uma obrigação por sua saúde, sem questionar. Os receios e violências vivenciadas pelos homens trans os fazem pensar sobre aspectos naturalizados para as pessoas cis, como as emoções e a segurança nos encontros médicos. Ele sinaliza que o desconforto existirá ou será potencializado por ser “um homem indo ao ginecologista”. Tal concepção, novamente, demonstra que ele não entende a ginecologia como uma possibilidade para homens e como a constituição da especialidade, fundada no binarismo de gênero, é prejudicial para os homens trans.

Carlos revela um receio em sofrer transfobia nas consultas ginecológicas e redobra o cuidado. Ele menciona, ainda, a violência obstétrica em corpos com vagina e seu agravamento nos casos de profissionais transfóbicos que podem, inclusive, usar os instrumentos utilizados nos exames com violência e força. Na comparação das consultas antes e depois da transição, ele fala que atualmente há uma curiosidade maior. Além disso, ele dá preferência para médicas, mas, dada a dificuldade no agendamento, pode se consultar com homens.

Para Pedro a marcação de consultas depois da transição ficou mais difícil. A única em que esteve não foi agradável visto que teve seu nome social desrespeitado. Assim como outros entrevistados, procurou o serviço por uma preocupação pontual, com o uso do *binder*.

Os exames ginecológicos são caracterizados por Arthur como horríveis e, para evitar constrangimentos, ele mascara sua identidade de gênero, visto que há pouca interação com o médico nesses casos. É também este sentimento que o faz evitar os consultórios e emergências. Assim, opta por tratar em casa os episódios de candidíase que tem devido à demora para marcar consultas no ambulatório trans, local de melhor acolhimento, e pelo desgaste e incertezas que uma emergência hospitalar carrega, afinal foi em neste contexto que sofreu uma discriminação.

Ao buscar um pronto-socorro, em virtude de uma infecção urinária, Arthur narra um atendimento médico transfóbico e ignorante. À época, já se hormonizava, mas não havia retificado os documentos. Depois de explicar ser um homem trans, a ginecologista demonstrou nojo ao examiná-lo, devido ao clitóris aumentado. Em seguida “Ela perguntou se eu era lésbica, aí eu falei que não. Explique que eu era um homem trans, expliquei para ela como funcionavam, que eu fazia reposição hormonal e ela falou: ah, o mundo tá perdido mesmo.” (Arthur).

Luiz também manifesta o incômodo sentido ao realizar os exames clínicos. Embora já tenha se submetido ao Papanicolau, se recorda de uma ultrassonografia, feita para iniciar o tratamento hormonal, como um episódio importante. Neste ele ficou desconfortável pois não se hormonizava e seus documentos não estavam retificados, obrigando-o a verbalizar sobre sua identidade, além de ser atendido por um homem cis. Ele afirma também que há um tratamento diferenciado, de acordo com a passibilidade de gênero: quanto maior a sua passibilidade, melhor o atendimento.

Para Silva os exames ginecológicos não representam um problema, não agradam, nem desagradam. Estar bem de saúde é tão importante para ele que um possível desconforto perde importância. Ele conta que sempre frequentou o mesmo ginecologista, até a sua aposentadoria, mudando para uma médica. Este momento foi a primeira vez que o questionaram sobre potenciais incômodos com os exames invasivos. Em sua narrativa, o evento ganha certo destaque. Ele se demonstrou surpreso com a ação da médica, inclusive por nunca ter se questionado sobre o assunto. Essa história constata a falta de sensibilidade e de humanização nos atendimentos. Diferentemente de Arthur, Silva nunca passou por nenhum evento discriminatório e credita isto ao fato de ser branco, de classe média e por não utilizar o SUS.

Carlos conta uma experiência com exames ginecológicos que merece destaque. A ginecologista o ensinou a operar os instrumentos para os exames, explicando como analisar o próprio corpo e deixando que ele colocasse e manejasse os mesmos. Além disso, ela doou uma versão descartável para que ele pudesse fazer um autoexame em casa, proporcionando uma autonomia maior e tornando o assistido protagonista do seu cuidado em saúde. Nesse sentido, Carlos afirma ter estabelecido outra relação com a ginecologia e com “aqueles objetos que são, assim, os mesmos desde a época da minha avó, assim, né?”. Ele ressalta também que a médica tem como prática incentivar uma mudança de perspectiva com relação à menstruação e à saúde vaginal.

Cara, é outra relação, assim mesmo, com o ginecologista. Eu falei. Esse objeto, acho que todo mundo que vai no ginecologista, odeia isso, porque é muito ruim isso, né? É gelado, dói, machuca e dependendo da forma como a pessoa coloca, é desconfortável, né? Mas ela fazer com que eu colocasse, ela me dá aquilo e me dá o poder de colocar sozinho e que ela, também, colocou o espelho ‘pra’ eu mesmo ver e etc, foi muito bom ‘pra’ mim, assim... Foi realmente outra relação com aquilo. (Carlos)

Novamente, ele marca esta vivência como uma exceção pois a maioria dos médicos manipulam os instrumentos e não há uma sensibilização do profissional nos casos de desconforto durante os atendimentos. Sobre os exames laboratoriais, ele afirma não se incomodar e ter seu nome social respeitado. Para ele essa relação com os exames passa pela

forma como entende a transgeneridade e compreende sua experiência como diferenciada porque acredita que a maioria dos homens trans evita consultas e exames.

A história da ginecologia mostra como o exame ginecológico sempre foi alvo de grandes discussões. O debate girava em torno de uma questão moral, dos limites da medicina ao lidar com o corpo humano, da pureza da mulher ser devassada por um homem estranho e o conseqüente desrespeito ao seu marido ou pai. O uso do espécülo, em particular, dividia opiniões: alguns alegavam se tratar de um “estupro instrumental” e outros defendiam sua eficácia no diagnóstico de doenças venéreas.

Grandes controvérsias tiveram lugar, alegando-se especialmente os perigos morais da exposição e penetração instrumental da mulher pelo médico. Esses perigos, por um lado, referiam-se à natureza sexualizada da mulher, ao seu desejo insaciável de prazer sexual que, no melhor dos casos, não deveria nem ser despertado. Por outro lado, argumentava-se com o abuso que poderia ser cometido pelos médicos na ocasião do exame. Nas jovens solteiras o problema era mais grave, pois estava em jogo a virgindade física e moral da paciente. Imaginava-se que os prazeres obtidos com esse tipo de ‘sexo instrumental’ levariam as jovens à histeria e à masturbação, e mesmo as aproximariam da condição de prostitutas. Alguns médicos chegavam a suspeitar mesmo que mulheres ninfomaníacas procuravam os ginecologistas em busca dos prazeres obtidos com o exame ginecológico. Seguramente, para estes, era mais interessante essa representação da mulher como sedutora em potencial do que como vítima passiva. (ROHDEN, 2001, p. 88)

A polêmica resultou no estabelecimento de normas de condutas profissionais para preservar os ginecologistas e dissociar o exame de qualquer conotação sexual. Apesar disso, mantém-se o uso de instrumentos invasivos nos exames ginecológicos. (ROHDEN, 2001)

Diante dos desconfortos e discriminações vivenciadas, Arthur não tem boas expectativas com relação as consultas ginecológicas, desejando, apenas, ser tratado pelo nome social e no masculino. Ele afirma que a ginecologia é muito generificada e feita para pessoas cis. Assim, ele sempre precisa se adaptar: “Então, por exemplo, se eu pego um panfleto de prevenção a DSTs ou prevenção à gravidez, muito provavelmente não vai ter ninguém numa situação parecida com a minha.” (Arthur).

Silva acredita que os obstáculos enfrentados pelos homens trans ao buscarem atendimento ginecológico ocorrem em decorrência da má formação médica e que, portanto, os profissionais de saúde devem ser sensibilizados com relação às questões de gênero e sexualidade.

Carlos, assim como Arthur, manifesta o desejo de “encontrar um profissional que fosse apto e conhecesse o meu corpo, assim, né?”. Ele argumenta que o problema é estrutural, da sociedade cisgênera e da formação médica, aspectos que devem ser modificados, ao invés da

individualização. Para ele a ginecologia é fundamental para “quem tem vagina”. Contudo, os utensílios empregados são retrógrados e a especialidade carrega uma herança patriarcal.

Consoante a isto, Luiz espera mais profissionalismo e respeito nos atendimentos ginecológicos, mesmo não sendo uma situação agradável. Ele explicita um desejo de ser tratado como “todo mundo”, com a diferença de ser um homem trans.

Profissionalismo. Que a pessoa seja profissional afinal, eu acho que não é uma situação, como eu disse, agradável pra ninguém. É uma questão de precisar, então espero profissionalismo, que eu chegue e respeitem, que eu chegue e fale: olha eu sou um homem trans, então eu preciso ir na ginecologista e pronto e acabou. Tem que me tratar da forma que trata todo mundo, vai fazer o exame, ver se está tudo certo, tá tudo certo, não tá tudo certo e pronto e acabou. Profissional assim, direto. A diferença é que eu sou um homem trans, só, mais nada. (Luiz)

Essa fala o aproxima do discurso de objetificação e destituição do simbólico de Carlos. Ser um homem trans em um consultório ginecológico, no cenário atual da formação médica e com a história da especialidade, não é um mero detalhe. Nessa passagem também, ele demonstra, diferente de outros momentos da entrevista, que reconhece a ginecologia como sendo para ele.

Pedro ressalta o caráter transfóbico da especialidade, afirma que não se sente seguro nem confortável. Apesar de julgar importante, não a considera, atualmente, como um lugar para ele e retoma o discurso de Carlos sobre atender pessoas com vagina.

Eu penso que ela é bem transfóbica, porque a partir do momento em que é uma saúde voltada para mulher, eu acho que já exclui grande parte da população que precisa dessa saúde, que precisa ter acesso e não tem acesso, seja por dificuldade para marcar mesmo, por vergonha, por medo. Eu acho que é importante, acho que sim, é super importante, ter a saúde específica para pessoas com vaginas, mas a forma que ela é apresentada, eu não acho certo, porque eu não me sinto seguro, nem confortável de aparecer num consultório e falar: Ah! A consulta é ‘pra’ mim. (Pedro)

Ricardo, apesar de não ter nenhuma experiência com a ginecologia, manifesta uma estranheza, com um potencial atendimento ginecológico, que não surge na fala dos outros interlocutores, nas quais reverbera mais um desconforto. Assim, ele argumenta ser estranho um homem ir ao ginecologista, evidenciando a forte associação da ginecologia com o feminino e as consequências de uma saúde binária e generificada, visto que ele rejeita a especialidade. Perguntado sobre a estranheza, ele declara: “Ah, eu não sei, porque ginecologista é ‘pra’ mulher, né? E a pessoa que vai me chamar, vai me chamar de Ricardo, e aí eu entro na sala de uma ginecologista... Eu vou achar muito esquisito.”



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar a relação entre transmasculinidade e ginecologia provoca certo tencionamento e enriquecimento tanto na antropologia como na medicina. Esta discussão traz, invariavelmente, um questionamento a respeito da constiuição e do exercício da ginecologia e, conseqüentemente, da medicina, desequilibrando suas bases. Uma especialidade formulada para estabelecer diferenças, rígidas e “naturais”, entre homens e mulheres -- delimitando papéis sociais com o objetivo de impedir a emancipação feminina e manter a dominação masculina -- é forçada a lidar com homens trans. Este contato proporciona muitos embates e reflexões, até mesmo sobre a constituição e validade da especialidade atualmente, além de muitos transtornos para os homens trans.

Para a antropologia, a pesquisa traz uma contribuição nas áreas da saúde e de gênero devido, por um lado, à baixa produção sobre transmasculinidade; por outro, pela lacuna de pesquisas em saúde, que não versem sobre o processo transexualizador, homens trans e ginecologia, em especial. Além disso, suscita uma discussão, importante na contemporaneidade, sobre o impacto da identidade do antropólogo na pesquisa. Há, ainda, a partir da reflexão sobre sexo e gênero, uma atualização de um ponto fundamental para a antropologia: a oposição natureza x cultura.

Os problemas no atendimento ginecológico de homens trans são fruto de uma formação médica deficitária nas questões da saúde LGBT e, especialmente, saúde trans; uma baixa produção acadêmica sobre a temática e uma transfobia institucional. Meus interlocutores explicitam o desconhecimento dos profissionais sobre transexualidade, visto que sempre precisam explicar sobre sua identidade de gênero e os efeitos da hormonioterapia. As cartilhas e recomendações da área da saúde sempre são elaboradas para pessoas cis e adaptadas para as trans. As falas a respeito de dúvidas sobre opções de cuidado ou tratamento por parte de médicos foram recorrentes na pesquisa. A produção brasileira, de modo geral, sobre ginecologia ou cirurgia não menciona as pessoas trans. Assim, os livros consultados para este trabalho sobre algumas técnicas cirúrgicas como histerctomia ou ooforectomia, costumeiras em mulheres cis, não mencionam homens trans, revelando uma lacuna na formação médica e na produção científica sobre a temática. Apesar disso, há uma tímida modificação no cenário com a realização de congressos de ginecologia que incorporam o debate sobre transmasculinidade.

A transfobia institucional simboliza um grande entrave para os homens trans que acessam à ginecologia. Alguns médicos argumentam que a dificuldade estaria centrada no corpo e na ausência de formação para lidar com ele. Apesar de corpos transmasculinos poderem apresentar diferenças com relação às mulheres cis e especificidades nos protocolos de rastreamento de doenças, os órgãos são os mesmos e, portanto, os exames se fazem necessários.

Na prática, o que se observa é que os atendimentos são negados ou insatisfatórios, com recusa de prescrições de certos tratamentos, devido à transfobia e ao caráter simbólico de ser um homem com vagina.

A despeito das especificidades do interlocutores quanto as dimensões raciais e sociais, a experiência dos mesmos no atendimento ginecológico é marcada por episódios de discriminação, desrespeito ao nome social e despreparo profissional. Em muitos casos, a prática do cuidado em saúde é cisheteronormativa, isto é, baseada na presunção de que todos os assistidos são cisgêneros e heterossexuais. Isso tem como consequência as cenas de discriminação e o afastamento das pessoas trans dos espaços institucionais de cuidado, recorrendo a amigos e familiares. A vivência dos homens trans com a ginecologia envolve uma persistente explicação de sua identidade de gênero, sexualidade e, até mesmo, a respeito da hormonização e seus efeitos adversos. Há, também, toda uma relação conflituosa com os exames ginecológicos e seus instrumentos. Muitos citam o incômodo de ter algo os invadindo.

A ginecologia surge sob o binarismo de gênero e o reforça, pois mantém as práticas e o instrumental desde sua criação. As consequências desse modelo de saúde generificado e binário são: a discriminação no atendimento, o despreparo profissional, o desrespeito ao nome social e a recusa ou evasão da atenção institucionalizada. Assim, é preciso ir além da capacitação dos profissionais de saúde e da humanização nos atendimentos. Faz-se necessário refletir, inclusive durante a formação desses profissionais, sobre o essencialismo biológico trazido pela ginecologia.

A interseção entre ginecologia e transmasculinidade permite a reflexão sobre a definição de homem e mulher, as fronteiras entre sexo e gênero e, em última análise, a oposição natureza x cultura. Alguns interlocutores compreendem a ginecologia enquanto especialidade centrada no atendimento de pessoas com vagina e não de mulheres. Aliado a isso, eles apontam que os maiores incômodos corporais estão no exterior, no que é visível, ao contrário de seus órgãos internos. Assim, eles preferem a mastectomia a qualquer cirurgia de transformação corporal do sexo e alguns advogam a manutenção e a utilização do útero. Essas colocações se debruçam sobre a noção de homem e mulher e revelam que o aspecto central na definição é o simbólico, as interações sociais, e não órgãos sexuais. Se colocar enquanto um homem com vagina ou um homem com útero, entendendo a ginecologia como área para pessoas com vagina, requer uma reformulação da especialidade e implica na ruptura do binômio natureza- cultura.

Nesse sentido, novos caminhos e possibilidades são abertos, rumo a uma reestruturação da ginecologia, incluindo as demandas e anseios dos homens trans, e da própria medicina que poderá ser menos cisheteronormativa, até o momento que não se ouça que “ginecologia é pra mulher, né?!”.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Guilherme. Homens trans: novos matizes na aquarela das masculinidades?. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.20, n. 2, p. 513-523, 2012.

\_\_\_\_\_; MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 380- 407, 2013.

AMARAL, Marília dos Santos, et al. Do travestismo às travestilidades: uma revisão do discurso acadêmico no Brasil entre 2001-2010. **Revista Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 301-311,2014

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM III.3** ed. Washington D/C, 1980.

ARÁN, Márcia. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 49-63, 2006.

\_\_\_\_\_. Transexualidade e políticas de saúde pública no Brasil. In: **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 8: Corpo, Violência e Poder**, 2008.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p.1141-1149, 2009.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM. 5.5** ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

ATHAIDE, João Paulo de. **Fronteira de gêneros pra quê?** uma abordagem nada convencional sobre a produção de referências identitárias na contemporaneidade. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

ÁVILA, Simone Nunes. **FTM, transhomem, homem trans, trans, homem:** A emergência de transmasculinidades no Brasil contemporâneo.243 f. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

\_\_\_\_\_; GROSSI, Miriam Pillar. Maria, Maria João, João: reflexões sobre a transexperiência masculina. In: **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**, 2010.

AZEVEDO, Pietra. " Fazendo a linha cdzinha": performance transidentitária de crossdressers brasileiras em Lisboa/PT. **Equatorial–Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social**, Natal, v. 7, n.12, p. 1-28, 2020.

BACHMANN, Gloria A.; MUSSMAN, Brianna; TOBIA, Anthony. Transgender and Gender-Nonconforming Patients' Obstetrics and Gynecology Care:“Gender-Equal” Ambulatory Care Templates. **Obstetrics & Gynecology**, v.125, 2015.

BALZER, Carsten. Eu acho transexual é aquele que disse: eu sou transexual. Reflexiones etnológicas sobre la medicalización globalizada de lãs identidades trans a través del ejemplo de Brasil. In: MISSÉ, Miquel; COLL-PLANAS, Gerard (Org.). **El género desordenado** – críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: EGALES, 2010

BARBOSA, Bruno César. **Imaginando trans**: saberes e ativismos em torno das regulações das transformações corporais do sexo. 189 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

\_\_\_\_\_. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

\_\_\_\_\_; PELÚCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, 2012.

BONASSI, Brune Camillo. **Cisnorma**: acordos societários sobre o sexo binário e cisgênero. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2017.

BORBA, Rodrigo. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 66-97, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 457 de 19 de agosto de 2008. Aprova a regulamentação do processo transexualizador no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, 20 ago. 2008. Seção 1, p. 68-72, 2008.

BRAZ, Camilo.; SOUZA, Érica Renata de. Antropologia e políticas de saúde para homens trans no Brasil contemporâneo–diálogos entre duas pesquisas. **30ª Reunião Brasileira de Antropologia**, 2016.

CARRARA, Sérgio **Tributo a Vênus**: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

CARVALHO, Mário Felipe de Lima. **Que mulher é essa? Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais**. 149 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

\_\_\_\_\_. “Travesti”, “mulher transexual”, “homem trans” e “não binário”: interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 52, p. 33-67, 2018.

COHEN, Stanley. **Folk devils and moral panics**: the creation of mods and rockers. London: MacGibbon & Kee, 1972.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. O adolescente com TIG deve ser assistido em centro especializado, de excelência e multiprofissional. Aos 16 anos, caso persista o TIG, a hormonioterapia do gênero desejado deve ser iniciada gradativamente. **Parecer nº 8 de 22 de**

**fevereiro de 2013.** Relator Lúcio Flávio Gonzaga Silva, p. 1-11, 2013. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2013/8>. Acesso em: 15. Fev/2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.955/2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/2002. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, 3 set. 2010. Seção 1, p. 109/110, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.265/2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, 9 jan. 2020. Seção 1, p. 96/97, 2020.

CRISSMAN, Halley, et al. Opportunities for Obstetrician-Gynecologists in Transition-Related Care of Transgender Individuals. **Obstetrics & Gynecology**, v. 127, 2016

DANILIAUSKAS, Marcelo. De "temas polêmicos" a "sujeitos de direitos": LGBT nas políticas públicas de direitos humanos e de educação (Brasil, 1996-2010). In: **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**, Florianópolis., 2010.

DUARTE, Marcos José de Oliveira. Saúde, cuidado e diversidade sexual: a temática da Transexualidade na atenção básica em saúde. In: COELHOS, Maria Thereza Ávila Dantas; SAMPAIO, Liliana Lopes Pedral. (Org.). **Transexualidades: um olhar multidisciplinar**. Salvador: Edufba, 2014.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FEIN, Lydia A., et al. Transgender men's experiences with and perceptions of gynecologic care [10D]. **Obstetrics & Gynecology**, v. 129, n. 5, 2017.

FERREIRA, Sérgio Rodrigo da Silva. O Direito ao Manejo dos Próprios Dados, a Autodeterminação e a Passabilidade Trans: diálogos a partir de um relato. In: **Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades**, Salvador. Anais do Enlaçando, v. 1. p. 1-11, 2017.

FREIRE, Lucas de Magalhães. Em busca da "Dignidade da Pessoa Humana": política, emoções e moralidades nos pedidos judiciais de requalificação civil de transexuais. In: **29ª Reunião Brasileira de Antropologia**, Natal. Anais da 29ª RBA, 2014.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira et al. "De sapos e princesas": a construção de uma identidade trans em um clube para crossdressers. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 80-104, 2010.

GIANNA, Maria Clara. Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais: cinco anos de desafios e realizações. In: Ministério da Saúde (Org.). **Transexualidade e Travestilidades na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 141-156, 2015.

HACKING, Ian. The looping effects of human kinds. In: SPERBER, D.; PREMACK, D. & PREMACK, A. (eds.). **Causal Cognition: An interdisciplinary approach**. p. 351-383, 1995.

KOGUT, Eliane Chermann. **Crossdressing Masculino**: uma visão psicanalítica de sexualidade crossdresser. 254f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

LANZ, Letícia. **O corpo da roupa**: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. 342 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Damará, 2001.

LARA, Lucia Alves da Silva; ABDO, Carmita Helena Najjar; ROMÃO, Adriana Peterson M. Salata. Transtornos da identidade de gênero: o que o ginecologista precisa saber sobre transexualismo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 239-242, 2013.

LASOTA, Emily; DICORCIA, Mark; DAGGY, Joanne. Obstetrician/Gynecologists' Attitudes, Knowledge and Caring of Lesbian, Bisexual, and Transgender Patients. **Obstetrics & Gynecology**, v. 129, n. 5, 2017.

LEITE JÚNIOR, Jorge. **"Nossos corpos também mudam"**: sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico. 230 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

LESSA, Jordhan. **Eu trans**: a alça da bolsa, relatos de um transexual. Rio de Janeiro: Metanoia Editora, 2014.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

LITTLETON, Marcio. Modo Correto de Compressão Mamária em FTMs. In: LITTLETON, Marcio. **Medicina Transexual**. Disponível em: <http://medicinatransexual.blogspot.com/>. 2012

MELLO, Luiz, et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, 2011.

MELLO, Luiz; BRITO, Walderes; MAROJA, Daniela. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 39, p. 403-429, 2012.

MISKOLCI, Richard. Pânicos morais e controle social: reflexões sobre o casamento gay. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 28, p. 101-128, 2007.

\_\_\_\_\_; CAMPANA, Maximiliano. "Ideologia de gênero": notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 725-748, 2017.

MOIRA, Amara, et al. **Vidas Trans** – a luta de transgêneros brasileiros em busca de seu espaço social. Bauru: Astral Cultural, 2017.

MORÁN FAÚNDES, José Manuel. Las fronteras del género: el discurso del movimiento conservador religioso de Córdoba y el “matrimonio igualitario”. In: SGRÓ RUATA, María Candelaria et al. **El debate sobre matrimonio igualitario en Córdoba: Actores. Estrategias y discursos.** Córdoba: Ferreyra Eds., 2011.

NASCIMENTO, Hosana Maria do; SOUSA, Júnior Araújo; BARROS, Cláudia Renata dos Santos. O atendimento em saúde a travestis e transexuais: revisão sistemática de literatura (2008-2017). **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 1, n. 4, p. 40-58, 2018.

NERY, João W. **Viagem Solitária: memórias de um transexual trinta anos depois.** São Paulo: Editora Leya, 2011.

NERY, João Walter; MARANHÃO FILHO Eduardo Meinberg de Albuquerque. Trans-homens: a distopia nos tecno-homens. In: Ministério da Saúde (Org.). **Transexualidade e Travestilidades na Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 25-35, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito V. 1.** Organização Mundial da Saúde; tradução Centro da OMS para a Classificação de doenças em português. São Paulo: Edusp, 1980.

PERILO, Marcelo de Paula Pereira; PEDROSA, Cláudio Henrique. Certos sujeitos, determinados desejos: das políticas de saúde para a população LGBT. In: **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos;** 2010.

PIRES, Barbara. **Distinções do Desenvolvimento Sexual: percursos científicos e atravessamentos políticos em casos de intersexualidade.** 136 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ROBERTS, Tiffany K; FANTZ, Corinne R. Barriers to quality health care for transgender population. **Clinical Biochemistry**, v. 47, p. 983- 987, 2014.

ROCON, Pablo Cardozo, et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, v. 22, n. 64, p. 43-53, 2018.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

RONDÓN, Manuel Alejandro Rodríguez. La ideología de género como exceso: Pánico moral y decisión ética en la política colombiana. **Sexualidad, Salud y Sociedad,** Rio de Janeiro, n. 27, p. 128-148, 2017.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental,** São Paulo, ano IX, n. 3, p. 460-483, 2006.

SAADEH, Alexandre; CORDEIRO, Desirèe Monteiro; CAETANO, Liliane de Oliveira. Atendimento a transexuais e a travestis: crianças, adolescentes e adultos. In: Ministério da Saúde. (Org.). **Transexualidade e Travestilidade na Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 99-110, 2015.

SANTOS, André Luís Melo dos. **O estado da arte sobre as barreiras no acesso à saúde para travestis e transexuais**. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

SILVA, Andréa Stefani Peixoto da. **As mulheres de fato e a obrigatoriedade da submissão ao que se nomeia de transexualidade**: dilemas da identidade. 247 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

SILVEIRA, Mariluz Terra; MENEZES, Kássia Rita Lourenceti. A Experiência da Abordagem da Transexualidade na Faculdade de Medicina/Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. In: Ministério da Saúde (Org.). **Transexualidade e Travestilidade na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 129-140, 2015.

SOUSA, Diogo; IRIART, Jorge. “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, 2018.

SOUSA, Eduardo Sergio Soares; VIANA, Alba Jean Batista; VALE, Johnatan Marques. Os homens trans e a corporeidade: o complexo fenômeno da busca do sujeito social masculino. In: Ministério da Saúde (Org.). **Transexualidade e Travestilidade na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 111-127, 2015

TEIXEIRA, Flávia do Bonsucesso. **Vidas que desafiam corpos e sonhos**: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade. 243 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

UNGER, Cécile A. Care of the transgender patient: the role of the gynecologist. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 210, n. 1, p. 16-26, 2014.

\_\_\_\_\_. Care of the transgender patient: a survey of gynecologists' current knowledge and practice. **Journal of women's health**, v.24, n. 2, p. 114-118, 2015.

VAGGIONE, Juan Marco. La “cultura de la vida”: desplazamientos estratégicos del activismo católico conservador frente a los derechos sexuales y reproductivos. **Religião & Sociedade**, Rio de Janeiro, v.32, n.2, 2012, p. 57-80.

VAN TROTSENBURG, Michael AA. Gynecological aspects of transgender healthcare. **International Journal of Transgenderism**, v. 11, n. 4, p. 238-246, 2009.

VENCATO, Anna Paula. **“Existimos pelo prazer de ser mulher”**: uma análise do Brazilian Crossdresser Club. 277f. Tese (Doutorado em Antropologia Cultural) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VENTURA, Miriam. **A transexualidade no tribunal**: saúde e cidadania. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2010.

ZAMBRANO, Elizabeth. **Trocando os documentos**: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo. 126 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.



## **APÊNDICE – Roteiro das entrevistas**

### **I. Características sociodemográficas**

1. Nome
2. Idade
3. Cor/Raça
4. Local de moradia
5. Atividade ocupacional
6. Escolaridade

### **II. Relação com os serviços de saúde**

1. Em quais circunstâncias você procura os serviços de saúde?
2. Você utiliza os serviços do SUS? Possui plano de saúde?
3. Como são suas consultas médicas?
4. Quais especialidades médicas você busca atendimento? Com qual frequência?
5. Para além das instituições de saúde, quais outros espaços e/ou saberes você utiliza?
5. Como foi seu processo de adequação de gênero?

### **III. Atendimento ginecológico**

1. Alguma vez você já foi ao ginecologista? Como foi a experiência? Foi antes ou depois da adequação de gênero?
2. Com qual frequência você vai ao ginecologista?
3. Seu acesso ao ginecologista se dá pela rede pública ou privada?
4. Qual nível de facilidade ou dificuldade você atribuiu a marcação das consultas?
5. Como são suas consultas ginecológicas?
6. Quais são suas expectativas no atendimento?
7. Como é sua relação com o exame físico realizado pelo/a médico/a?
8. Como é sua relação com os exames laboratoriais solicitados ou não pelo/a médico/a?
9. Já sofreu alguma discriminação durante o atendimento?
10. Como você reage a isto?
11. Houve alguma alteração do/a ginecologista após sua adequação de gênero?
12. Quais problemas você já enfrentou por não conseguir se consultar?
13. O que você faz nesses casos?
14. O que você pensa sobre a ginecologia?

### **IV. Aspectos identitários**

1. Como você se define? (em termos identitários)