



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Daniela Murta Amaral

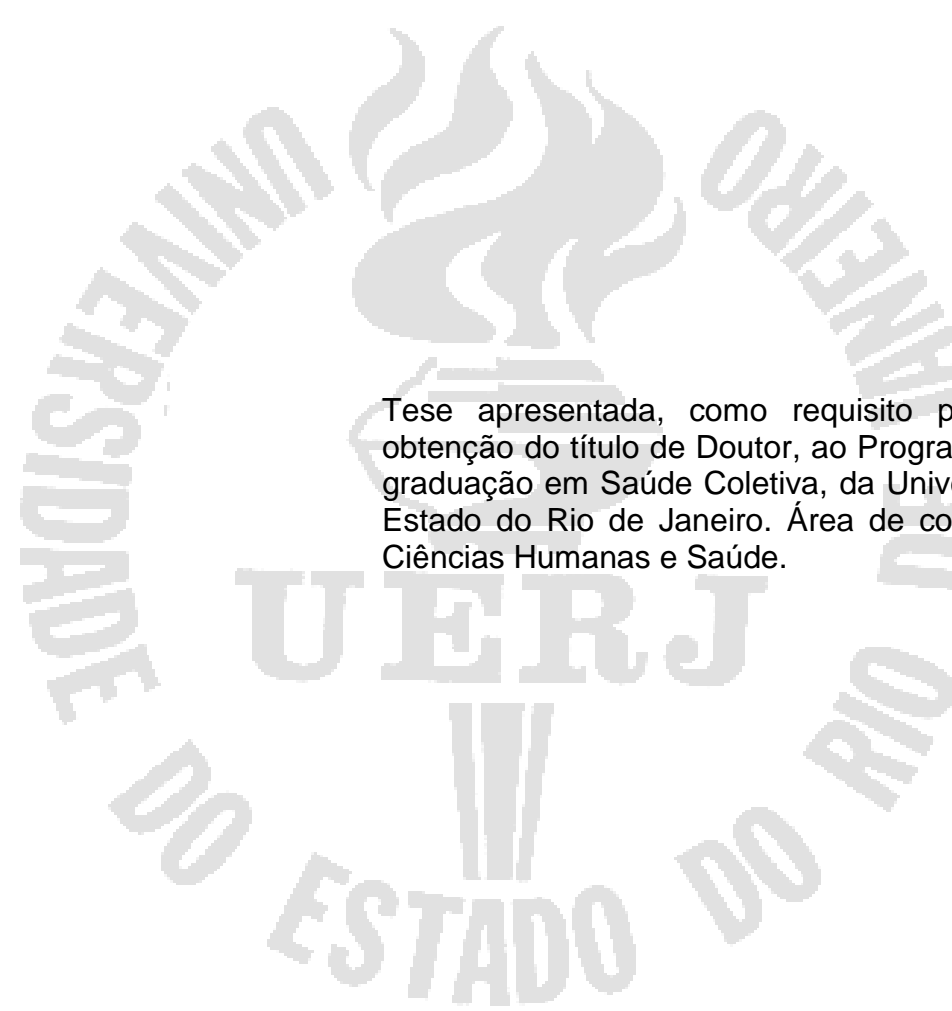
**Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões
sobre a assistência a transexuais no Brasil**

Rio de Janeiro

2011

Daniela Murta Amaral

**Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a
assistência a transexuais no Brasil**



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Márcia Ramos Arán

Coorientadora: Prof.^a Dra. Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

A485 Amaral, Daniela Murta.

Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil / Daniela Murta Amaral. – 2011.
107 f.

Orientadora: Márcia Ramos Arán.

Coorientadora: Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Transexualismo – Tese. 2. Políticas públicas – Teses. 3. Acessos aos serviços de saúde. 4. Autonomia pessoal. I. Arán, Márcia Ramos. II. Corrêa, Marilena Cordeiro Dias Villela. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

CDU 613.885

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

Assinatura

Data

Daniela Murta Amaral

**Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a
assistência a transexuais no Brasil**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 05 de agosto de 2011.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa (Coorientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

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

Prof. Dr. Guilherme Silva de Almeida
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof.^a Dra. Tatiana Lionço
Centro Universitário de Brasília – CUB

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado
Instituto de Psiquiatria – UFRJ

Rio de Janeiro

2011

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à Márcia Arán (*in memoriam*), orientadora e grande amiga, com quem compartilhei este e tantos outros projetos. Como você me escreveu na ocasião de minha formatura, definitivamente tivemos um “bom encontro”.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Márcia Ramos Arán (*in memoriam*), que orientou não apenas essa tese, mas minha vida profissional. Sinto por não ter tido sua presença nos momentos finais desse trabalho, mas com certeza serei sempre grata por tudo que me ensinou. Seu estímulo, sugestões e críticas sempre foram fundamentais. Sentirei sua falta.

À Professora Marilena Corrêa, a quem ter gratidão é muito pouco. Se seu acolhimento afetuoso foi fundamental para iniciar minha vida acadêmica, não tenho como expressar o quanto significou esse mesmo acolhimento para a conclusão desse trabalho. Muito obrigada!

Ao corpo docente do Instituto de Medicina Social da UERJ, em especial aos Maria Andréa Loyola e André Rios, que com muita generosidade compartilham seu conhecimento e tornam o campo da Saúde Coletiva um campo cada vez mais interessante.

Aos serviços que prestam assistência a transexuais no Brasil e seus profissionais, em especial Dr. Eloísio Alexandro da Silva e Dr. Sérgio Zaidhaft, e às pessoas trans que concederam entrevistas, pela disponibilidade em fornecer informações valiosas para o desenvolvimento desse trabalho.

Aos companheiros do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva e do Grupo de Pesquisa, principalmente Bianca Alfano, Raquel Alcides, Edgard Ferlberg, Suely Marinho, Patrícia Ávila e Fátima Lima por todos os momentos que compartilhamos ao longo das aulas, reuniões de pesquisa, seminários de orientação, almoços e cafezinhos.

À Tatiana Lionço, Miriam Ventura e Guilherme Almeida, grandes parceiros nesse grande desafio que é a defesa dos direitos daqueles que estão “fora da norma”.

Ao João Paulo, meu amor, meu marido, meu companheiro, meu maior amigo. Obrigada pelo que vivemos juntos, por compreender minha presença ausente, pelo sorriso que me dá diariamente, por seu abraço forte nos momentos difíceis e por me incentivar a seguir em frente.

À minha família, meu porto seguro, pela vida, pelos momentos ao lado de vocês e pelo acolhimento de minhas escolhas. Vocês são minha força, meu refúgio. Amo a todos profundamente. Obrigada por tudo!

À minha segunda família, sogros, cunhados e sobrinho, por torcer pelo meu sucesso.

Aos meus amigos que, mesmo sem entender muito bem meus momentos de reclusão, compreendiam a importância desse trabalho para mim. Meu agradecimento pelo interesse em entender meu trabalho, pela admiração que demonstram, pelo afeto que me dão e pela alegria que me proporcionam em nossos encontros. Sou muita grata a todos, velhos ou novos, longe ou perto, cada palavra, cada carinho foram fundamentais para a concretização de mais esse projeto.

À Aliny Lamoglia, amiga no sentido mais puro da palavra. Mesmo tão atribulada e com interesses acadêmicos tão diferentes dos meus sempre encontrou um tempinho para revisar com cuidado esse trabalho. Você e sua disponibilidade foram fundamentais para mim.

À Sérgio e Claudia, queridos amigos da época do mestrado, por compartilharem momentos alegres e difíceis do doutorado que tiveram início desde nossas divertidas aulas de francês.

Aos colegas dos Ensaio Clínicos do IPEC – Fiocruz, em especial aos amigos Nilo, Cristiane, Carla, Sandra e Alexandre, pelas sugestões bibliográficas, apoio nos momentos de cansaço e incentivo para a conclusão desse projeto.

Ao Shuin pela sua companhia na hora do estudo. Sua presença silenciosa sempre faz diferença quando preciso receber carinho sem ser interrompida.

À Vera Vital Brasil pelo seu acolhimento e escuta que me auxiliam a pensar e exercer cada vez mais na autonomia.

Por fim, agradeço ao CNPq pelo financiamento dessa pesquisa através da bolsa de doutorado.

RESUMO

AMARAL, Daniela Murta. *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. 2011. 107f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Em 2008, a partir da Portaria 1707 do Ministério da Saúde, foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde o Processo Transexualizador que estabeleceu as bases para a regulação do acesso de transexuais aos programas para realizar os procedimentos de transgenitalização. Esta Portaria, que tem como base o reconhecimento de que a orientação sexual e a identidade de gênero são determinantes da situação de saúde e que o mal-estar e sentimento de inadaptação por referência ao sexo anatômico do transexual devem ser abordados dentro da integralidade da atenção preconizada pelo SUS, significou avanços expressivos na legitimação da demanda de transexuais por redesignação sexual e facilitou o acesso dessa população à assistência de saúde. Embora a proposta da atenção a transexuais instituída no Brasil seja a de uma política de saúde integral que ultrapassa a questão cirúrgica e considera fatores psicossociais desta experiência, é possível observar que a mesma está baseada em um modelo biomédico que considera a transexualidade um transtorno mental cujo diagnóstico é condição de acesso ao cuidado e o tratamento está orientado para a realização da cirurgia de redesignação sexual. Nesse sentido, apenas os sujeitos que se enquadram na categoria nosológica de Transtorno de Identidade de Gênero e, conseqüentemente, expressam o desejo de adequar seu corpo ao gênero com o qual se identificam por meio de modificações corporais têm seu direito à assistência médica garantido. Diante disso, considerando que no Brasil a atenção a transexuais está absolutamente condicionada a um diagnóstico psiquiátrico que, ao mesmo tempo em que legitima a demanda por redesignação sexual e viabiliza o acesso a cuidados de saúde é um vetor de patologização e de estigma que restringe o direito à atenção médica e limita a autonomia, o presente estudo pretende discutir os desafios da despatologização da transexualidade para a gestão de políticas públicas para a população transexual no país. A partir de uma pesquisa sobre as questões históricas, políticas e sociais que definiram a transexualidade como um transtorno mental e dos processos que associaram a regulamentação do acesso aos serviços de saúde ao diagnóstico de transexualismo, espera-se problematizar o atual modelo de assistência a pessoas trans e construir novas perspectivas para a construção de políticas inclusivas e abrangentes que garantam o direito a saúde e o exercício da autonomia para pessoas trans.

Palavras-chave: Transexualidade. Processo transexualizador. Despatologização. Políticas públicas. Cuidado em saúde. Autonomia.

ABSTRACT

In 2008, by 1707 Decree from the Ministry of Health, was established on the Brazilian National Health System the Transsexual's Sex Reassignment Process who laid the basis for the regulation of access to the programs that perform transsexual sex reassignment procedures. This Decree, which is based on the recognition that sexual orientation and gender identity are determinants of health status and that the discomfort and inadequacy feeling related to the anatomical sex of transsexuals should be treated within the comprehensiveness care recommended by National Health System, has meant significant advances in legitimizing the demand for sex reassignment of transsexuals and facilitated access of population to health care. Although the transgender's attention proposal instituted in Brazil is about a comprehensive health policy that overtake the surgical issue and considers psychosocial factors of this experience, it is based on a biomedical model that considers transsexualism a mental disorder which diagnosis is a condition of access to care and its treatment is directed to achieving sexual reassignment surgery. In this sense, only those individuals who fit into the Gender Identity Disorder nosological category and, therefore, express the desire to adapt their body to the gender with which they identify themselves through body modification have their right to health care guaranteed. Thus, whereas in Brazil the attention to transsexuals is absolutely restricted by a psychiatric diagnosis, that at the same time legitimates the demand for sex reassignment and make feasible the access to health care is an array of pathologization and stigma that restricts the right to medical care and limits the autonomy, this study intends to discuss the challenges of depathologization of transsexuality in the management of public policies for the transgender population in the country. From a research about the historical, social and political issues that defined transsexualism as a mental disorder and about the processes that associated the regulation of access to health care to the diagnosis of transsexualism, it is expected to question the current model of trans persons's care and to build new opportunities for building inclusive and comprehensiveness policies that guarantee for trans people the right to health and exercise of autonomy.

Key-words: Transsexuality. Transsexual's Sex Reassignment Process. Depathologization. Public policies. Health care. Autonomy.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	11
1	SOBRE A APROPRIAÇÃO MÉDICA DA TRANSEXUALIDADE E A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO.....	17
1.1	A construção do Transtorno de Identidade de Gênero e a apropriação médica da transexualidade.....	17
1.1.1	<u>Avanço tecnológico e construção da demanda pela mudança de sexo: O reconhecimento da transexualidade como questão médica.....</u>	19
1.1.2	<u>O paradigma da identidade de gênero e a garantia de acesso a saúde.....</u>	25
1.1.3	<u>O modelo internacional de assistência a transexuais.....</u>	29
1.1.4	<u>O processo transexualizador no Sistema Único de Saúde brasileiro.....</u>	34
2	A PESQUISA “TRANSEXUALIDADE E SAÚDE: CONDIÇÕES DE ACESSO E CUIDADO INTEGRAL”.....	44
2.1	Metodologia.....	44
2.2	Os Centros de Referência do Processo Transexualizador no SUS.....	49
2.3	A experiência da transexualidade na perspectiva trans e os efeitos da patologização.....	64
2.3.1	<u>Demanda pelo Processo Transexualizador e expectativas sobre as modificações corporais do sexo.....</u>	64
2.3.2	<u>Trajetórias em busca de assistência e impressões do atendimento.....</u>	70
3	REFLEXÕES CRÍTICAS SOBRE O TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GÊNERO E O DEBATE ATUAL SOBRE A DESPATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE.....	76
3.1	Transexualidade e normas de gênero.....	76
3.2	O debate atual sobre a despatologização da transexualidade.....	81
3.3	O paradoxo da despatologização e propostas para a	

	assistência.....	87
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DE TRANSEXUAIS EM UM MODELO DESPATOLOGIZADO DE ASSISTÊNCIA.....	96
	REFERÊNCIAS.....	101

INTRODUÇÃO

Em 1997, o Conselho Federal de Medicina brasileiro, através da resolução 1.482, aprovou a realização de cirurgias de transgenitalização em pacientes transexuais no Brasil. Esta regulamentação baseia-se em três princípios fundamentais: o primeiro tem como base uma intenção de beneficência - através da busca da “integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica do interessado”-, o segundo e o terceiro referem-se aos princípios de autonomia e justiça, ou seja, o direito da autodeterminação e de dispor do próprio corpo, e a não discriminação no pleito à cirurgia. Considerando que este procedimento teria um caráter terapêutico, já que esta resolução parte do pressuposto de que “o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual com rejeição do fenótipo e tendência à auto-mutilação ou auto-extermínio”, a cirurgia de transgenitalização passou a ser realizada no Brasil em hospitais universitários ou públicos em caráter experimental, desde que o paciente seja maior de 21 anos, não tenha características físicas inapropriadas para a realização da cirurgia e o tratamento siga um programa rígido que inclui a avaliação de equipe multidisciplinar – cirurgia plástica, urologia, endocrinologia, psiquiatria, psicologia e serviço social – e acompanhamento psiquiátrico por, no mínimo, dois anos para a confirmação do diagnóstico.

Em 2002, a resolução de 1997 foi revogada pela resolução 1.652 que, considerando o estágio atual de tratamento dos casos e o bom resultado estético e funcional das neocolpovulvoplastias e/ou procedimentos complementares, resolve que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino podem ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independentemente da atividade de pesquisa, mas seguindo os critérios de acompanhamento já estabelecidos. No caso da neofaloplastia e/ou procedimentos complementares, se manteve a condição de sua realização em hospitais universitários ou hospitais públicos adequados para a pesquisa devido às dificuldades técnicas ainda presentes.

A partir da publicação destas resoluções e do, conseqüente, aumento da demanda de auxílio médico por parte de transexuais de ambos os sexos nos serviços públicos de saúde, o processo transexualizador tem sido tema de debate para a consolidação de uma política de atenção integral a transexuais que contemple a equidade e a humanização do cuidado. É possível observar a

consolidação de uma série de movimentos no sentido de institucionalizar a assistência a essa população, que de forma contínua sofre resistência e preconceito nos serviços de saúde, o que culminou na organização de espaços formais para o debate sobre a vulnerabilidade deste segmento e a formulação de diretrizes para a atenção à saúde de transexuais no país.

Um marco nesse cenário foi a realização, em 2005, da I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Assistência Pública no Brasil pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Neste evento, onde se reuniram profissionais, usuários, gestores e pesquisadores e discutiu-se, entre outros temas, o diagnóstico e o tratamento da transexualidade, foram elaboradas as primeiras recomendações para a sistematização de serviços públicos de assistência integral a transexuais no âmbito da saúde e da justiça. Tais recomendações se tornaram referência para a elaboração de políticas públicas para transexuais no Brasil e impulsionaram o debate sobre a assistência a transexuais no âmbito do Ministério da Saúde para além do financiamento dos procedimentos médico-cirúrgicos para a redesignação do sexo.

Este é o caso da reunião denominada “Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde” realizada pelo Comitê Técnico de Saúde de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB) do Ministério da Saúde em 2006. Reativado após dois anos de sua instituição, este comitê reuniu representantes do governo e da sociedade civil para discutir a situação de saúde população transexual e para definir os parâmetros da assistência a transexuais no Brasil sob a perspectiva da integralidade, da equidade e da humanização da atenção. Assim, a partir da problematização da patologização da transexualidade como doença e da crítica à centralização do atendimento na cirurgia de transgenitalização, foram pactuadas propostas de assistência integral a este segmento cuja prioridade é a superação de um modelo médico e normalizador em favor da promoção da saúde, da autonomia e do combate à discriminação (Murta, 2007; Arán e Murta, 2009; Lionço, 2009).

Considerando a necessidade de formalizar os critérios para o acompanhamento a transexuais no Sistema Único de Saúde, assim como, definir as estratégias para a constituição de Centros de Referência para a assistência dessa população no Brasil, em 2008, através da Portaria 1.707, o Ministério da Saúde instituiu o Processo Transexualizador no SUS. Esta norma técnica, que estabelece as diretrizes para a atenção integral de mulheres transexuais que desejam realizar

modificações corporais do sexo, não apenas regulamenta os procedimentos de transgenitalização, mas também reconhece a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes e condicionantes da situação de saúde, tendo como objetivos também o enfrentamento de processos discriminatórios e a afirmação da diversidade da experiência transexual.

Indiscutivelmente, a formalização no âmbito do Sistema Único de Saúde de uma política específica destinada à população transexual significou um avanço expressivo na legitimação da demanda deste segmento por redesignação do sexo. O reconhecimento da vulnerabilidade daqueles que vivenciam esta experiência somado à constituição de serviços de referência habilitados a atender transexuais facilitou o acesso deste grupo à saúde e possibilitou a adoção de uma perspectiva mais ampla de atenção que não se restringe apenas à cirurgia de transgenitalização mas se estende às demais intervenções somáticas para alteração das características sexuais, incluindo também questões sociais e jurídicas fundamentais.

Todavia, é possível observar que, se por um lado, essa regulamentação possui um caráter inovador por enfatizar o resgate dos princípios do SUS e considerar como objeto da atenção questões físicas e psicossociais, por outro, a mesma tem um caráter ambivalente e parcial (Lionço, 2009). Nota-se nas definições da norma técnica que ao mesmo tempo em que o mal-estar e sentimento de inadequação por referência ao sexo anatômico do transexual devem ser abordados dentro da integralidade da atenção preconizada pelo SUS e um de seus objetivos é a garantia da autonomia do sujeito, o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero é critério fundamental para o acesso ao Processo Transsexualizador. Desta maneira, apenas os sujeitos que se enquadram nessa categoria nosológica e, conseqüentemente, expressam o desejo de adequar seu corpo ao gênero com o qual se identificam por meio de modificações corporais têm seu direito à assistência médica garantido.

Nesse contexto, é possível perceber que no Brasil, seguindo uma tendência internacional, a gestão de políticas públicas para transexuais está baseada em um modelo biomédico que considera a transexualidade um transtorno mental. Ainda que a política de saúde específica a essa população ultrapasse a questão cirúrgica e tenha uma proposta de assistência integral, a noção de sofrimento psíquico e corporal atrelada à experiência da transexualidade permanece patologizada reforçando a noção de “transexual verdadeiro” fortemente veiculada nos manuais

diagnósticos. Sendo assim, a vivência da transexualidade está restrita a um comportamento fixo, rígido, adequado às normas de feminilidade ou de masculinidade, o que, ao marcar uma posição subjetiva e atribuir um modo de funcionamento específico a estes sujeitos, exclui a pluralidade desta experiência e a diversidade da demanda assistencial (Arán, Murta, Zaidhaft, 2008; Arán, 2006; Murta, 2007; Lionço, 2006).

Atualmente, a compreensão da condição transexual como uma patologia psiquiátrica vem sendo largamente criticada por diversos autores, que problematizam a interpretação dessa experiência como uma anormalidade. O diagnóstico de *Transtorno de Identidade de Gênero* tem sido alvo de intenso debate, sendo questionadas as referências utilizadas em sua construção e seus efeitos sobre a vida do sujeito de uma forma geral. Para muitos estudiosos, ainda que a concepção patologizada da transexualidade garanta o direito do usuário de realizar modificações corporais do sexo sob a justificativa de que esta é uma necessidade médica, a qualificação dessa experiência como uma doença reforça a exclusão social e a vulnerabilidade destes sujeitos limitando seus direitos a autodeterminação do gênero e de dispor sobre seu corpo.

Assim, considerando que no Brasil a atenção a transexuais está absolutamente condicionada a um diagnóstico psiquiátrico que ao mesmo tempo em que legitima a demanda por redesignação sexual e viabiliza o acesso a cuidados de saúde, é um vetor de patologização e de estigma que restringe o direito à atenção médica e limita a autonomia, o presente estudo pretende discutir os desafios da despatologização da transexualidade para a gestão de políticas públicas para a população transexual no país. A partir de uma pesquisa sobre as questões históricas, políticas e sociais que definiram a transexualidade como um transtorno mental e dos processos que associaram a regulamentação do acesso aos serviços de saúde ao diagnóstico de transexualismo, espera-se problematizar o atual modelo de assistência a pessoas trans e construir novas perspectivas para a gestão de políticas públicas inclusivas e abrangentes.

Inicialmente, foi realizada uma análise da apropriação médica da transexualidade com o objetivo de revisitar o contexto e os pressupostos teóricos e clínicos que definiram essa experiência como uma condição psiquiátrica passível de tratamento cirúrgico. A partir da análise do avanço da tecnologia médica que, no

século XX, viabilizou a realização de modificações corporais do sexo e a construção da categoria de gênero que fundamentou o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero, buscou-se compreender porque a regulamentação do acesso de transexuais à saúde veio a estar condicionada a uma avaliação psiquiátrica e, paralelamente, esta prática clínica prioriza a adequação do corpo a identidade sexual.

Com o objetivo de delimitar o campo deste estudo, cabe informar que a pesquisa foi realizada em duas etapas: a partir de uma pesquisa documental que visou levantar dados sobre os modelos atuais de atenção a transexuais no contexto internacional e brasileiro, e, em segundo lugar por meio da análise do banco de dados constituído a partir da pesquisa “Transexualidade e saúde: condições de acesso e cuidado integral” (CNPq / MS-SCTIE-DECIT), pesquisa que teve como objetivo examinar as condições de acesso e cuidado nos serviços brasileiros, além de coletar dados mais consistentes sobre a experiência transexual.

Na primeira etapa do estudo, buscou-se investigar quais são as referências utilizadas no atendimento a transexuais e na regulamentação de políticas dirigidas a este segmento em diversos países. Para tal, foram analisados protocolos e relatórios internacionais que tratam da questão trans e foram revisitados resoluções, portarias e outros documentos referentes ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde a fim de verificar as características do atendimento a transexuais e descrever os limites das propostas de atenção a este segmento no Brasil. Após este levantamento, os documentos foram analisados cuidadosamente em observância aos objetivos da pesquisa.

Na segunda parte, foi efetuada a análise dos dados levantados na pesquisa mencionada acima. Através da apreciação crítica das informações coletadas e da análise de conteúdo das entrevistas de profissionais, foi possível mapear as características institucionais dos Centros de Referência do Processo Transexualizador no SUS descrevendo detalhadamente sua atuação, as dificuldades enfrentadas no cotidiano assistencial, a percepção dos profissionais sobre a população trans. Além disso, através das entrevistas com pessoas trans, usuárias ou não dos serviços, foi possível descrever a diversidade da vivência transexual e compreender de forma mais ampla os efeitos da patologização sobre aqueles que vivenciam esta experiência.

Por fim, foi desenvolvida uma problematização do diagnóstico de transexualismo e de sua utilização como referência para a assistência a transexuais a fim de deslocar essa experiência do território normativo da patologização e vislumbrar estratégias para garantia de direitos desse segmento não vinculados a definição psicopatológica da transexualidade. Primeiramente, a partir da reflexão crítica sobre o dispositivo da sexualidade procurou-se demonstrar como a definição psiquiátrica de transexualismo, ao articular uma versão rígida das normas de gênero, pressupõe um sofrimento do indivíduo por estar inadequado às mesmas sem colocar em questão as condições que possibilitam a percepção de desconforto ou de pertencimento a um determinado gênero. Paralelamente a essa discussão, com base no debate promovido por Miquel Missé, Gerard Coll-Planas e o movimento internacional Stop Trans Pathologization 2012, colocou-se em questão os paradoxos da despatologização da transexualidade desenvolvendo uma reflexão sobre as consequências práticas da retirada do Transtorno de Identidade de Gênero dos manuais diagnósticos psiquiátricos e os desafios que se colocam na tarefa de garantir o direito a saúde e o exercício da autonomia em um mundo em que as normas estão definidas previamente ao sujeito.

1 SOBRE A APROPRIAÇÃO MÉDICA DA TRANSEXUALIDADE E A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO

1.1 A construção do transtorno de identidade de gênero e a apropriação médica da transexualidade

A condição transexual é um fenômeno complexo no qual o indivíduo se apresenta a partir da descrição de um sentimento de não pertencimento ao sexo anatômico, sem que isto implique em uma negação da sua anatomia sexual, isto é, esta negação não configura um distúrbio delirante. Tampouco se trata também de um quadro com bases orgânicas, como é o caso do hermafroditismo ou outras anomalias endócrinas (Castel, 2001, p.77). Para a psiquiatria, trata-se de uma desordem mental, denominada *Transtorno de Identidade de Gênero*, que se caracteriza pela certeza do indivíduo de pertencer ao sexo oposto aquele indicado por sua genitália, demonstrando o desejo de viver como membro desse sexo com o qual se identifica e, em geral, alterar sua aparência corporal, incluindo os órgãos genitais (Lobato, 2001, p. 383).

Embora a transexualidade faça parte da literatura psiquiátrica desde o século XIX, através de autores como Von Krafft-Ebing (1840-1902) e Magnus Hirschfeld (1868-1935), de modo geral, localiza-se o surgimento desse fenômeno fundamentalmente a partir da primeira intervenção terapêutica tornada pública que foi a cirurgia do ex-soldado do exército americano George Jorgensen realizada por Christian Hamburger, em 1952 na Dinamarca (Frignet, 2002, p.23). Esta cirurgia, que se tornou a matriz das transformações corporais demandadas por transexuais no mundo inteiro, teve um significado histórico que não se refere apenas à possibilidade de mudar médica e cirurgicamente a aparência, mas por ter dado início a uma ampla discussão em torno da identidade sexual e das categorias de gênero (Castel, 2001, p.85). Além disso, esta intervenção inaugural suscitou a problematização das conseqüências deste procedimento que teve um aumento expressivo de demanda e passou a ser realizado em diversos países.

Nesse mesmo período, as teorizações sobre a transexualidade tomaram força, delineando a produção de um saber específico e a proposição de modelos de tratamento para esses casos, constituindo o que Bento (2006, p.40) denomina como “dispositivo da transexualidade”. Estudos de autores como David Cauldwell (1949), Harry Benjamin (1966) e John Money (1969), auxiliam na compreensão da origem dessa condição, já que descrevem a transexualidade de forma detalhada. Discussões sobre esse tema no campo da Psicanálise, principalmente com Robert Stoller (1973, 1982), que destaca a importância da relação com os pais no surgimento da transexualidade, aproxima essa condição da psicose ou interpreta a mesma como os chamados estados limites e *borderlines*. Perspectivas como estas influenciaram a construção de uma concepção psicopatológica dessa condição que somada ao progresso da biologia e da viabilidade técnica para adequação do sexo ao gênero criou a necessidade de inserir as redesignações sexuais em processos terapêuticos formais com procedimentos normatizados (Murta, 2007).

Diante disso, Norman Fisk (1973) fundamenta uma nosografia psiquiátrica para o transexualismo, ancorada fundamentalmente num auto-diagnóstico, e em 1977 o mesmo é incorporado à categoria psiquiátrica de *Disforia de Gênero* que incluía, além desta condição, outras “enfermidades” ligadas à identidade de gênero. Esta denominação, que designa a insatisfação decorrente da discordância entre o sexo biológico e a identidade sexual de um indivíduo, trazia a descrição da experiência transexual e apontava como a única possibilidade de tratamento a realização da cirurgia de conversão sexual e a utilização de hormônios. Segundo Castel (2001, p. 90), essa invenção de um “híbrido psiquiátrico-sociológico” tinha como puro objetivo, responder a tais necessidades funcionais sem qualquer ambição de construir uma nosografia da disforia de gênero. Para ele, sua apresentação apenas reproduzia o auto-diagnóstico dos transexuais transportando-o para a definição médica da síndrome e replicando sua demanda cirúrgica.

Em 1980, a condição transexual foi agregada ao manual diagnóstico psiquiátrico DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais) formalizando um lugar na psiquiatria e na medicina, além de legitimar os critérios diagnósticos e a descrição dessa desordem. Posteriormente, em 1994, com a publicação do DSM IV, o termo transexualismo foi substituído por *Transtorno de*

Identidade de Gênero (TIG) por ser um estado psicológico no qual a identidade de gênero está em desacordo com o sexo biológico¹.

Diante do que foi exposto, verifica-se que a construção da transexualidade como entidade nosológica psiquiátrica está relacionada à medicalização da demanda de transexuais por modificação do sexo no século XX. A possibilidade de atender ao desejo de redesignação sexual, a partir da viabilidade técnica e da reconceitualização do sexo alcançadas nesse período, tornou a condição transexual uma questão médica sendo fundamental defini-la de forma precisa e estabelecer os parâmetros de sua assistência. Nesse sentido, para a compreensão de como o acesso de transexuais a saúde ficou condicionado à sua definição diagnóstica e da configuração de modelos assistenciais referenciados em uma perspectiva de correção do sexo, faz-se necessária uma revisão sobre o significado do avanço da tecnologia médica e da redefinição dos conceitos de sexo e gênero no século XX para a emergência da transexualidade e sua apropriação pela medicina.

1.1.1 Avanço tecnológico e construção da demanda pela mudança de sexo: o reconhecimento da transexualidade como questão médica

Ao revisitar a história da transexualidade, é possível observar que a emergência dessa categoria como uma condição específica está diretamente associada ao desenvolvimento tecnológico do século XX. O surgimento de novas práticas clínicas e discursivas, como a endocrinologia e a cirurgia plástica, não apenas viabilizaram a realização de intervenções sobre as características sexuais como possibilitaram a constituição da demanda por modificações corporais do sexo, que foi compreendida como a principal referência para a definição da experiência transexual e indicador de diferenciação de outras condições como a travestilidade e a homossexualidade (Hausman, 1995, p.2).

No que se refere especificamente à endocrinologia, nota-se que sua contribuição para o reconhecimento da transexualidade está relacionada à

¹ Na Classificação Internacional de Doenças - 10ª versão (CID-10) o transexualismo está incluído entre os Transtornos de Identidade Sexual, junto ao travestismo e aos transtornos de identidade sexual na infância.

descoberta dos hormônios sexuais e à introdução no final do século XIX da idéia de que o organismo teria um funcionamento ideal regulado pelas glândulas endócrinas. A introdução dos hormônios como uma nova referência para a diferença sexual associada à concepção de que os mesmos afetavam o corpo em toda sua extensão determinando as características sexuais físicas e psicológicas, tornou os parâmetros para a definição do sexo mais complexos e dissociados das gônadas e ofereceu um novo lugar às desordens sexuais que, compreendidas como variações possíveis do processo de definição do sexo e não desvios, tornaram-se passíveis de intervenção terapêutica.

Segundo Fausto-Sterling (2006, p.184), o interesse científico sobre os hormônios sexuais ocorreu no início do século XX quando as chamadas secreções internas foram apresentadas por Ernest Starling, em 1905, como compostos químicos que realizavam a comunicação entre os órgãos através de sua circulação na corrente sanguínea. Em um período de efervescência social devido à crise das construções tradicionais do gênero e da sexualidade, promovida pela luta de direitos das mulheres e dos homossexuais, compreender o efeito dos hormônios secretados pelas glândulas sexuais na fisiologia humana foi considerado um recurso racional para diferenciar os sexos e, conseqüentemente, definir seus papéis sociais.

Nesse contexto, tiveram início pesquisas experimentais no campo da biologia reprodutiva e da fisiologia com o objetivo de verificar as relações entre gônadas, hormônios e características sexuais. Imbuída de tornar mais claros os componentes biológicos da diferença sexual, a ciência se dedicou a analisar as substâncias secretadas pelos ovários e testículos, concluindo que havia um vínculo claro entre as mesmas e a definição do sexo uma vez que seus efeitos sobre o organismo eram específicos em cada um deles. A partir desses achados, os hormônios sexuais foram definidos como os mensageiros da masculinidade e da feminilidade produzida pelas gônadas, diferenciando machos e fêmeas quimicamente e reafirmando, agora com base em argumentos fisiológicos, o dimorfismo sexual construído na Modernidade.

[...] No período inicial da endocrinologia, o conceito de hormônios sexuais foi direto e simples: existiam apenas dois hormônios sexuais, um para cada sexo. No período entre 1905 e 1920, cientistas definiram hormônios sexuais como exclusivamente específicos ao sexo na origem e na função. Com essa conceitualização do sexo endocrinologistas sugeriram que o sexo tinha que ser considerado como um conceito estritamente dualista. (Oudshoorn, 1994, p. 22, tradução nossa).²

² O texto em língua estrangeira é: “[...] In the early period of sex endocrinology, the concept of sex hormones was straightforward and simple: there existed just two sex hormones, one per sex. In the period between 1905 and

Este quadro começa a se modificar a partir de 1920 quando a bioquímica se aproxima do campo da endocrinologia e introduz novas estratégias para a análise das características que diferenciam os sexos. Ao possibilitar a identificação química dos hormônios sexuais a partir da extração e isolamento dessas substâncias, esta ciência revelou a presença de hormônios masculinos e femininos em ambos os sexos, colocando em contradição a idéia de que os hormônios teriam uma especificidade sexual em sua origem e função. Diante disso, a concepção de que a essência do sexo está localizada nas gônadas se tornou problemática e a ciência se viu obrigada a reformular suas teorias sobre a diferença sexual (Oudshoorn, 1994, p. 23; Sinding 2003, p. 48).

Nessa conjuntura, diferentes hipóteses foram elaboradas no campo científico com o objetivo de explicar a existência de hormônios do sexo oposto em todos os organismos. Entre formulações que se esforçavam em manter o modelo dos sexos como categorias mutuamente exclusivas e propostas que subvertiam essa concepção, a diferença sexual se reconfigurou e os sexos passaram a ser compreendidos como condições sobrepostas. A partir disso, os hormônios sexuais foram incluídos como parâmetros quantitativos da definição do sexo que, não mais associada apenas às estruturas anatômicas, tornou-se resultado da influência de uma certa quantidade destas substâncias combinada a múltiplos fatores como a genética e à fisiologia.

De acordo com Oudshoorn (1994, p. 38), a introdução dessa dimensão mais complexa da definição sexual pela endocrinologia, promoveu a incorporação de um novo conceito de sexo no qual todos os organismos são, em termos químicos, potencialmente de ambos os sexos. Se anteriormente, sob uma perspectiva exclusivamente anatômica, só eram possíveis duas categorias sexuais claramente definidas, nessa referência na qual masculino e feminino seriam pólos extremos de um eixo contínuo do sexo, a existência de situações intermediárias, como indivíduos com anatomia masculina e características físicas e/ou psicológicas femininas ou vice-versa, se tornou concebível. Como afirma Oudshoorn (1994, p. 38, tradução nossa):

Com essa teoria quantitativa, os endocrinologistas introduziram uma nova conceitualização do sexo. Na definição anatômica do sexo anterior indivíduos

1920, scientists defined sex hormones as exclusively sex specific in origin and function. With this conceptualization sex endocrinologists suggested that sex had to be considered as a strictly dualistic concept.

poderiam ser classificados em duas, ou efetivamente três categorias: com base no tipo de órgão sexual um indivíduo era categorizado como macho ou fêmea, e em caso em que um indivíduo possuía órgãos de ambos os sexos, como um hermafrodita. Contudo, com o novo conceito de especificidade relativa endocrinologistas construíram um fundamento biológico para a definição do sexo na qual um indivíduo pode ser classificado em diversas categorias variando de um macho viril a afeminado' ou de 'uma fêmea masculina para feminina.³

Embora a endocrinologia tenha operado uma mudança significativa na compreensão do sexo biológico ao introduzir a idéia de que não há na natureza divisões rígidas entre masculino e feminino, é possível perceber que as variações sexuais não foram interpretadas como alterações naturais da espécie humana, mas sim como “falhas” na determinação sexual. Considerando que o corpo, o comportamento e o desejo seriam marcadores do sexo e, portanto, deveriam estar alinhados, condições sexuais ambíguas ou incoerentes foram definidas como disfunções com necessidade de tratamento médico (Meyerowitz, 2002, p. 22).

Nesse contexto, começam a ser recomendadas intervenções sobre os corpos de indivíduos transgêneros para modificação do sexo através de hormônios e cirurgias plásticas. Compreendidas como a terapêutica mais adequada para esses casos, especialmente na Europa, alterações das características sexuais, cirúrgicas ou não, foram franqueadas a sujeitos que se identificavam com o sexo oposto, inaugurando uma nova prática clínica que apresentou a possibilidade de mudar o sexo⁴.

Segundo Meyerowitz (2002, p. 20), foi no início dos anos 30 que as modificações do sexo alcançaram seu ápice, quando algumas experiências desse tipo foram divulgadas na mídia e despertaram o interesse de pessoas que viviam situações semelhantes. A publicação de histórias de transformações sexuais, como a do artista dinamarquês Einar Wegener que se tornou Lili Elbe, ao apresentar a viabilidade para alteração das características físicas do sexo a partir de intervenções hormonais e cirúrgicas, ofereceu um novo horizonte aqueles que desejavam algum tipo de intervenção corporal. Essas pessoas começaram, então, a se nomear como

³ O texto em língua estrangeira é: “With this quantitative theory, the endocrinologists introduced a new conceptualization of sex. In the earlier anatomical definition of sex individuals could be classified into two, or actually three, categories: on the basis of the type of sexual organs an individual was categorized as male or female, and in cases where an individual possessed the sexual organs of both sexes, as a hermaphrodite. However, with the new concept of relative sexual specificity endocrinologists constructed a biological foundation for a definition of sex in which an individual could be classified in many categories varying from ‘a virile to effeminate male’ or from ‘a masculine to a feminine female’.”

⁴ Este é o caso das intervenções realizadas na Alemanha, no Instituto de Ciência Sexual de Magnus Hirschfeld, entre 1920 e 1930. Pioneiros na viabilização de cirurgias de mudança de sexo em “travestis”, Hirschfeld e seus parceiros acolheram a demanda de transformação sexual destes pacientes realizando alterações corporais nos mesmos devido ao seu caráter terapêutico.

sujeitos apropriados para determinadas intervenções sobre o corpo. Assim, a partir das informações disponíveis sobre os avanços da ciência e pela apropriação dos discursos vigentes sobre o sexo, pessoas transgêneros começaram a solicitar por atendimento médico (Hausman, 1995, p. 23).

As revistas americanas e as histórias dos jornais permitiram a alguns leitores que não eram intersexos a ver a mudança de sexo como uma possibilidade real e a solicitá-la para si. Dos anos 30 em diante, certos leitores se apropriaram de histórias públicas de mudança de sexo para incluir a procura pela transformação cirúrgica como um componente expresso de seu sentido de si. Através da leitura, alguns indivíduos transgêneros – auto-identificados nos termos disponíveis na época como eonistas, travestis, homossexuais, invertidos e hermafroditas – se viram como parte de um grupo de pessoas que buscavam mudar seu sexo. (Meyerowitz, 2002, p. 15, tradução nossa)⁵

Frente a esse cenário, especialmente após a II Guerra Mundial quando as tecnologias médicas se consolidaram como ferramentas eficazes para operar transformações corporais e a cirurgia de Christine Jorgensen tornou-se pública, médicos e cientistas voltaram sua atenção para as especificidades dos sujeitos que solicitavam por procedimentos para modificação do sexo. Interessados em descrever as características daqueles que apresentavam tal demanda e em problematizar os benefícios do acolhimento da mesma, elaboraram uma série de teorizações que acabaram por definir a transexualidade como uma condição particular e distinta de outras já descritas.

Um primeiro exemplo são as formulações de David O. Cauldwell (1897 - 1959), psiquiatra americano, que, ao estudar questões relacionadas a modificação do sexo no final da década de 40, sugeriu o termo *psychopathia transexualis* para definir casos desse tipo. Cauldwell acreditava na influência do ambiente sobre as condições mentais e na idéia de que o sexo referia-se ao corpo e o gênero ao psicológico e considerou que a discordância entre sexo e gênero e, conseqüentemente, o desejo por procedimentos para transformação sexual, seria uma condição mental incomum distinta da intersexualidade ou da homossexualidade. Nessa perspectiva, definiu “psicopatas transexuais” como

⁵ O texto em língua estrangeira é: “The American magazine and newspaper stories allowed some nonintersexed readers to envision sex change as a real possibility and to request it for themselves. From the 1930s on, certain readers appropriated public stories of sex change to include the quest for surgical transformation as an expressed component of the sense of self. Through reading, some transgenderd individuals – self-identified, in the terms available in their day, as eonists, transvestites, homosexuals, inverts, and hermaphrodites – came to see themselves as part of a group of people who longed to change their sex”.

indivíduos que desejavam cirurgias, em sua concepção, mutiladoras devido a um desequilíbrio mental decorrente de suas experiências infantis.

Na mesma linha de raciocínio de Cauldwell, outros psiquiatras e psicanalistas se opuseram às cirurgias para alteração do sexo e associaram a identificação com o sexo oposto com outras condições vistas como perversões sexuais psicogênicas (Meyerowitz, 2002, p. 105). Na concepção de Meyerowitz, a “hipótese biológica” que sustentava a realização destes procedimentos era infundada e, nesse sentido, defendiam a psicoterapia como um recurso terapêutico para esses casos.

Na contramão das elaborações da psiquiatria e da psicanálise que se mostraram avessas a realização de intervenções cirúrgicas, outro pesquisador de destaque, o endocrinologista formado na tradição sexológica alemã Harry Benjamin (1885-1986), se posicionou favoravelmente às transformações corporais do sexo em indivíduos que chamou de “transexuais verdadeiros”. Baseado nos estudos endocrinológicos do início do século XX, supôs que a discordância entre sexo físico e psicológico seria resultado de uma variação biológica do sexo e, desta maneira, intervenções psicoterapêuticas não seriam capazes de eliminar a identificação com o sexo oposto. Portanto, Benjamin em conjunto com outros profissionais considerou que a realização de procedimentos somáticos seria o único tratamento possível para esses casos, que, devido a sua natureza física, seriam refratários a qualquer outra intervenção terapêutica⁶.

Nas palavras de Meyerowitz (2002, p. 111, tradução nossa):

[...] Pelo menos alguns médicos americanos tinham reconhecido e definido o transexualismo. Eles tinham começado a distingui-lo do travestismo mais geral e também de condições intersexuais, homossexualidade, e outros “desvios”, e focalizaram sua atenção quase exclusivamente em transexuais homens-mulheres. Não tinham localizado (e não até o momento) a causa da transexualidade. Os mais fortes defensores da cirurgia tenderam a endossar a visão da bissexualidade humana na qual o transexualismo manteve-se como uma versão especialmente pronunciada de uma onipresente condição de mistura de sexo. Os mais destacados oponentes da cirurgia tenderam a rejeitar a teoria da bissexualidade e viram transexuais como mentalmente doentes.⁷

⁶ Para mais detalhes sobre a teorização de Harry Benjamin ver Murta, 2007.

⁷ O texto em língua estrangeira é: “At least a few American doctors had recognized and defined transsexualism. They had begun to distinguish it from a more general transvetism and also from intersexed conditions, homosexuality, and other ‘deviations’, and they focused their attention almost exclusively on male-to-female transsexuals. They had not then (and have not now) located the cause of transsexuality. The strongest advocates of surgery tended to endorse a vision of human bissexuality in wich transsexualism stood as an especially pronounced version of ubiquitous mixed-sex condition. The loudest opponents of surgery tended to reject the theory of bissexuality and viewed transsexuals as mentally ill”.

Diante desses fatos, é possível observar que, apesar das divergências evidentes entre médicos e pesquisadores a respeito da intervenção corporal em transexuais, ambos estabeleceram a posição comum de que esta seria uma condição específica, distinta da homossexualidade e da travestilidade. Independente de suas referências, compreenderam que a experiência de pertencimento ao sexo oposto descrita nesses casos se diferenciava das categorias definidas até então na sexologia sendo necessário estabelecer uma classificação específica.

Nesse sentido, no final da década de 50, através do que Meyerowitz (2002, p. 169) chamou de “revolução taxonômica”⁸, o transexualismo foi formalmente diferenciado de outras condições denominadas como “desvios sexuais”. Definido como uma variação do gênero, cuja característica principal seria o desejo de modificação do sexo, esta condição foi descrita como uma discordância entre o sexo físico e identidade de gênero na qual seria necessário reestabelecer este alinhamento. Assim, para a definição do que deveria ser alterado - o corpo ou a mente - o foco da discussão se modificou: sai de cena o sexo biológico e o conceito de gênero se apresenta como uma nova referência para pensar o sexo.

1.1.2 O paradigma da identidade de gênero e a garantia de acesso a saúde

A partir da análise da apropriação médica da transexualidade, é possível observar que se na primeira metade do século XX a teoria do continuum sexual redefiniu o sexo e justificou a realização de modificações corporais em transexuais, a contraposição de alguns profissionais a estes procedimentos levou a ciência a refinar suas elaborações a fim de delinear mais claramente essa experiência e determinar o tratamento mais adequado para esses casos. Nesse sentido, no final dos anos 50, médicos e cientistas que se dedicavam a esta questão começaram a deslocar seu foco do sexo biológico para a compreensão do sexo psicológico que, posteriormente, foi definido como gênero.

⁸ Redescritção das categorias sexológicas que, separadas por suas especificidades, possibilitaram a distinção de uma infinidade de variações sexuais e de gênero. A partir dessa “revolução”, um novo esquema de classificação sexológica foi elaborado no final da década de 50.

A noção de sexo psicológico foi introduzida pela sexologia no final do século XIX para distinguir o sexo identificado pela genitália do gênero. Amplamente empregada na literatura médica para descrição de casos de identificação com o sexo oposto e atração pelo mesmo sexo, foi formalmente conceitualizada através de pesquisas com intersexos, quando médicos confrontados com a necessidade de definir cirurgicamente o sexo de indivíduos com genitália ambígua precisaram estabelecer critérios para tal (Meyerowitz, 2002, p. 112). De acordo com Hausman (1995, p. 79), a questão central para os médicos era como, em um cenário no qual os parâmetros para a definição do sexo tinham se tornado mais complexos, intervir da forma mais eficiente para descartar qualquer ambiguidade de modo que paciente pudesse ser um verdadeiro representante do sexo a ele atribuído tanto física quanto psicologicamente.

É nesse contexto que se inserem as investigações realizadas nos EUA por John Money⁹ e seus colaboradores a partir da década de 50 que, ao investigar as relações entre a identidade nuclear de um indivíduo (*core identity*), sua anatomia, sua fórmula cromossômica e seus hormônios, introduziram a noção de gênero. A partir de suas pesquisas, definiram que a experiência de pertencimento a um determinado sexo não seria orientada pela biologia, mas sim pela educação, de modo que o gênero seria fixado nos primeiros anos de vida sendo irreversível e prevalente em relação às características físicas quando alcançada a maturidade sexual. Nessa perspectiva, recomendaram que em casos de genitália ambígua em bebês e recém-nascidos o sexo deveria ser definido primariamente com base na apresentação das características anatômicas e genéticas, e em crianças maiores e adultos o primeiro aspecto a ser considerado seria o gênero manifestado.

Vale destacar que, embora Money e seus colaboradores tenham elaborado uma concepção construtivista da relação entre sexo fisiológico e sexo psicológico, é possível notar em suas teorizações a reprodução de um modelo rígido de determinação da masculinidade e da feminilidade (Arán e Murta, 2009, p. 31; Hausman, 1995, p. 97). De acordo com Löwy (2003, p. 88), características típicas de um determinado sexo, como gostar de bonecas ou brincar de bola, eram dados de extremo valor que unidos à pressuposição de uma heterossexualidade natural

⁹ Segundo Löwy (2003, p. 88), assim como Harry Benjamin, nos estudos sobre a intersexualidade induzida por perturbações hormonais, John Money adere as teorias neurocerebrais desenvolvidas na década de 60. Contudo, ele recusa a idéia fundamental dessa teoria segundo a qual a identidade sexual é inata e invariável.

definiam como seria a adequação sexual de modo a extinguir qualquer possibilidade de ambigüidade.

Esses especialistas se concentraram na diferença entre os comportamentos 'masculinos' e 'femininos'. Tal diferenciação dos papéis sexuais, enfatizaram, é essencial para a saúde mental dos indivíduos. Os atributos da masculinidade e da feminilidade podem variar consideravelmente nos locais e períodos diferentes, mas é essencial manter uma estrutura dicotômica, e banir toda a ambivalência dos papéis sexuais. [...] A atração de um indivíduo intersexo por pessoas do mesmo sexo que lhe foi atribuído no nascimento era percebido como um erro do tratamento. (Löwy, 2003, p. 88, tradução nossa)¹⁰

Em 1964, Robert Stoller, com a colaboração de Ralph Greenson, refinou o conceito de gênero e apresentou o termo "identidade de gênero" para se referir ao sentimento de pertencimento a um determinado sexo. Interessado na origem da discordância entre sexo e gênero, considerou que este termo ao dissociar a percepção de si de atividades e fantasias sexuais significaria melhor a sensação de pertencimento a um determinado sexo que a idéia de "papéis de gênero" introduzida por Money e seus colaboradores. Todavia, da mesma maneira que eles, compreendeu que a identidade de gênero seria fixada a partir das primeiras experiências na infância (Stoller, 1968, p. 232).

Frente a essas elaborações, nota-se que na segunda metade do século XX houve uma reconfiguração do discurso médico que, ao estabelecer uma separação conceitual entre sexo e gênero, introduziu uma nova concepção sobre o sexo que balizou uma prática médica sobre o corpo e a identidade sexual. Segundo Hausman (1995, p. 107), a compreensão da identidade de gênero como um aspecto imutável e, conseqüentemente, sua utilização como um paradigma, não apenas instrumentalizou a criação de protocolos médicos para a gestão da intersexualidade como ofereceu a ciência ferramentas para compreender outras condições nas quais havia um desacordo entre a anatomia e o comportamento.

Isto pode ser observado a partir das descrições sobre a transexualidade elaboradas no final da década de 60, quando médicos e cientistas que tanto se baseavam em etiologias biológicas como em uma origem psicogênica desta condição passaram a utilizar o conceito de identidade de gênero em suas teorias. A

¹⁰ O texto em língua estrangeira é: "Ces experts ont mis l'accent sur la différence entre les comportements 'masculin' e 'féminin'. Une telle différenciation des rôles sexuels, soulignèrent-ils, est essentielle pour la santé mentale des individus. Les attributs de la masculinité et de la féminité peuvent varier considérablement dans des lieux et des périodes différents, mais il est essentiel de maintenir une structure dichotomique, et de bannir toute ambivalence des rôles sexuels. [...] L'attraction d'un individu intersexe pour des personnes du même sexe que celui assigné à la naissance fut perçu comme un échec du traitement".

identificação com o sexo oposto vivenciada por transexuais analisada sob este novo escopo permitiu uma fundamentação diagnóstica desta experiência e a proposição de modelos de tratamento para adequação entre corpo e mente.

Para os cientistas que se baseavam na idéia de continuum sexual o conceito de identidade de gênero, especialmente seu caráter imutável, serviu como argumento em favor da realização de cirurgias de redesignação sexual. Harry Benjamin, por exemplo, em seu livro “O Fenômeno Transexual” (1966), ao combinar a noção de identidade de gênero com suas concepções anteriores sobre a bissexualidade humana, afirmou que estímulos do meio social associados a uma possível predisposição biológica seriam a causa da transexualidade. Portanto, considerando que a mesma se tratava de uma desordem de gênero e que este não poderia ser adequado ao corpo, mesmo através de psicoterapia, sustentou sua posição de que os componentes do sexo físico deveriam ser harmonizados ao que chamou de sexo psicológico.

Psicoterapia com o objetivo de curar o transexualismo, de modo que o paciente aceite a si mesmo como um homem, deve ser repetido aqui, é um empreendimento inútil com os atuais métodos disponíveis. A mente do transexual não pode ser mudada para uma orientação de gênero falsa. [...] Uma vez que é evidente, portanto, que a mente do transexual não pode ser ajustada ao corpo, é lógico e justificável tentar o oposto, ajustar o corpo à mente. Se tal pensamento é rejeitado, estaríamos diante de um niilismo terapêutico ao qual eu nunca poderia me inscrever, tendo em conta as experiências que tive com os pacientes que, sem dúvida, foram salvos ou pelo menos claramente ajudados pela sua conversão. Esta ajuda foi dada por duas medidas terapêuticas além de orientação psicológica e de viver como uma mulher: primeiro, medicação a base de estrogênio e segundo cirurgia. Na maioria das vezes, ambos. (Benjamin, 1966, p. 76, tradução nossa).¹¹

Embora tal teorização tenha sido alvo de críticas, principalmente de psicanalistas que alegavam que a cirurgia colaborava com a demanda psicótica dos pacientes, a compreensão dessa condição como um problema relacionado ao gênero consolidou a definição da transexualidade como um transtorno cujo tratamento adequado seria a modificação corporal. Nesse sentido, a discordância entre identidade de gênero e anatomia sexual foi estabelecida como o sinal clínico

¹¹ O texto em língua estrangeira é: “Psychotherapy with the aim of curing transsexualism, so that the patient will accept himself as a man, it must be repeated here, is a useless undertaking with present available methods. The mind of the transsexual cannot be changed in its false gender orientation. [...] Since it is evident, therefore, that the mind of the transsexual cannot be adjusted to the body, it is logical and justifiable to attempt the opposite, to adjust the body to the mind. If such a thought is rejected, we would be faced with a therapeutic nihilism to which I could never subscribe in view of the experiences I have had with patients who have undoubtedly been salvaged or at least distinctly helped by their conversion. This help has been given by two therapeutic measures aside from psychological guidance and living as a woman: first, estrogen medication and second, surgery. Most of the time, both.”

fundamental para a indicação de intervenção médica para a mudança de sexo e, por conseguinte, critério básico para o acesso a protocolos assistenciais dirigidos a transexuais (Hausman, 1995, p.117).

1.1.3 O modelo internacional de assistência a transexuais

Diante do que foi exposto, é possível observar que a partir da constituição de um discurso no qual a discordância entre sexo e gênero tem um caráter patológico e o desejo de adequação entre estes delimita a especificidade da experiência transexual, médicos e cientistas definiram a transexualidade como uma condição passível de intervenção terapêutica. Nesse contexto, considerando que a percepção de pertencimento ao sexo oposto seria um aspecto irreversível, alguns médicos propuseram modelos de atenção baseados no acolhimento da demanda por modificações corporais e deram início a um processo de formalização dessa prática.

Nesse panorama, foram organizados nos Estados Unidos espaços para fundamentar a assistência a transexuais e, conseqüentemente, resguardar a reputação profissional dos médicos que preconizavam a cirurgia de redesignação sexual (Meyerowitz, 2002, p. 213). Uma vez que essa questão sofria resistência e preconceito da classe médica e da opinião pública, profissionais que eram favoráveis a realização de tais procedimentos formaram uma rede de investigação sobre questões relacionadas a transexualidade, o que culminou na fundação de comitês e associações de pesquisa com este fim e, posteriormente, na criação de programas de atendimento a transexuais.

Este é o caso da Fundação Harry Benjamin e da Fundação Benjamin de Pesquisa em Identidade de Gênero que, ao conduzir investigações psicológicas, endocrinológicas e neurológicas com pacientes transexuais, tinham como objetivo esclarecer a etiologia da transexualidade e propor ferramentas terapêuticas para tal. Ambas lideradas pelo próprio Harry Benjamin realizaram descrições detalhadas sobre a experiência transexual e sobre os benefícios das intervenções para modificação do sexo nesses casos que, apesar de não serem reconhecidas academicamente, significaram os primeiros passos em direção a uma assistência formal para essa população.

Diante disso, a partir de uma campanha encabeçada por John Money e em parceria com a Fundação Harry Benjamin, em 1966, foi constituído no Hospital Johns Hopkins a primeira clínica para a realização da cirurgia de redesignação sexual em transexuais nos EUA - a Clínica de Identidade de Gênero. Este hospital, que já era um centro de referência para o atendimento de intersexos, se propôs a atender transexuais em caráter de pesquisa seguindo procedimentos baseados naqueles utilizados com pacientes intersexuais, isto é, avaliação de questões relacionadas à identidade de gênero e intervenções sobre as características sexuais e órgãos reprodutivos. A partir disso a cirurgia de redesignação sexual se tornou uma opção viável para transexuais o que ocasionou um aumento da demanda por atendimento.

Apesar das críticas que recebeu, principalmente pela impossibilidade de atender todos os pacientes que procuraram por assistência, é importante destacar que o estabelecimento de um programa formal para transexuais como o do Hospital Johns Hopkins, representou uma retaguarda institucional a cirurgia de redesignação sexual. Tal fato, além de abrir espaço para criação de novos centros de tratamento baseados em grandes universidades e viabilizar a realização de milhares de cirurgias, fomentou a publicação de protocolos de tratamento para transexuais com a formulação de critérios de acesso e acompanhamento relacionados a essa intervenção.

Nessa perspectiva, em 1969, foi publicado o livro "*Transsexualism and Sex Reassignment*", organizado por John Money e Richard Green, que reúne artigos de pesquisadores afiliados às principais instituições de assistência e pesquisa sobre transexualidade do período. Oferecendo esboços detalhados de como selecionar estes pacientes e tratá-los com hormônios e cirurgia, essa produção serviu como um manual para médicos que se propunham a atender transexuais a partir da definição de quatro etapas básicas no processo assistencial: (1) triagem – entrevistas, testes e avaliação por psiquiatras, psicólogos e cirurgiões para descartar psicose e observação da permanência da identificação com o sexo oposto; (2) avaliação – estudos metabólicos e cromossômicos para realização de hormônioterapia; (3) tratamento – realizações de intervenções cirúrgicas; e (4) acompanhamento – avaliação pós-cirúrgica por tempo indeterminado para monitoramento e verificação da necessidade de realização de outros procedimentos (Money e Schwartz, 1969, p. 268).

Entre os parâmetros definidos no processo da assistência de transexuais um aspecto que se destaca é a exigência de avaliação psicológica dos candidatos a cirurgia de redesignação sexual. O estudo metódico de sua história pessoal e familiar com o objetivo de verificar a estabilidade de sua sensação de pertencimento ao sexo oposto, além de demonstrar a preocupação em averiguar se o desejo por modificações corporais não se trata de uma situação transitória, revela uma inquietação com a capacidade do paciente em estar adequado ao papel social do gênero com o qual se identifica após a cirurgia. Assim, para ser admitido em um programa assistencial e realizar intervenções sobre suas características sexuais o paciente deveria comprovar seu status de “transexual verdadeiro” estando encaixado em padrões estereotipados de masculinidade e feminilidade e sem qualquer ambivalência em relação a cirurgia.

No primeiro critério consideramos se o paciente realmente se encaixa no padrão transexual e não está motivado para cirurgia por algum evento situacional e transitório. [...] Pacientes não são aceitáveis se há indicações de ambivalência, com a concomitante possibilidade de desejo de retornar ao seu sexo anatômico original em alguma data futura. [...] Transexuais masculinos afirmam que seu desejo é se aproximar o máximo possível do sexo oposto. Por esta razão, antes e depois da cirurgia, usam hormônios; ocasionalmente fazem rinoplastias, e praticam perfeitamente maneirismos femininos convincentes. Essas atitudes e dinâmicas descritas acima são importantes em nossa avaliação dos pacientes e, especialmente, no discernimento das diferenças entre o homossexual masoquista passivo e o transexual. (Knorr, Wolf e Meyer, 1969, p. 275; tradução nossa)¹²

Tal fato também é evidente nos padrões de assistência fixados no final da década 70 pela Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin (HBIGDA), atualmente denominada como World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Tais parâmetros, que definem os critérios mínimos de elegibilidade para acompanhamento de transexuais e os protocolos de diagnóstico e tratamento, têm como condição fundamental para a realização da hormonização e da cirurgia avaliações psiquiátricas e psicológicas com profissionais licenciados¹³. Desta maneira, o diagnóstico do transtorno de identidade de gênero tem um lugar de

¹² O texto em língua estrangeira é: “In the first criterion we consider whether the patient truly fits the transsexual pattern and is not motivated for surgery by some transient situational event. [...] patients are not acceptable if there are indications of ambivalence, with the attendant possibility of their wishing to revert back to their original anatomic gender at some future date. [...] Male transsexuals state that their wish is to approximate the opposite sex as closely as possible. For this have had rhinoplasties; and they thoroughly practice mannerisms which are convincingly feminine. The attitudes and dynamics described above are important in our evaluation of patients and, specially, in discerning the differences between the passive masochistic homosexual and the transsexual.”

¹³ No ano seguinte o transexualismo foi incluído pela Associação Psiquiátrica Americana no DSM, sendo oficialmente reconhecido como “Transtorno de Identidade de Gênero”.

destaque sendo o primeiro procedimento a ser realizado a fim de garantir a real necessidade do paciente de se submeter a intervenções para modificação do sexo.

De acordo com a última versão do “*Standards Of Care For Gender Identity Disorders*” (SOC)¹⁴ da HBGDA, a etapa diagnóstica tem como objetivo verificar se o paciente trata-se de um transexual verdadeiro¹⁵ e descartar comorbidades psiquiátricas. Para esta avaliação, além dos critérios definidos nos manuais diagnósticos, utiliza-se a análise da experiência de viver como um membro do sexo oposto (*Real Life Experience*)¹⁶ por um período mínimo de 12 meses antes da intervenção cirúrgica a fim de confrontá-lo com as consequências sociais da decisão de modificar o sexo. Caso a pessoa demonstre adaptação vivendo dessa maneira comprova-se sua capacidade de adequação social e psicológica ao gênero escolhido e é confirmado o diagnóstico de transexualismo.

O diagnóstico, embora esteja sempre aberto a ser reconsiderado, precede uma recomendação para que o paciente embarque na experiência de vida real. Quando o paciente tem sucesso nessa experiência, tanto o profissional de saúde mental quanto o paciente ganham confiança para seguir os próximos passos. (HBGDA, 2001, p. 18, tradução nossa)¹⁷

O acompanhamento psicoterápico, embora seja definido como um fator importante, não é obrigatório para todos os pacientes, sendo recomendado de acordo com a necessidade de cada um. Quando o profissional de saúde mental indica a psicoterapia os objetivos da mesma devem ser especificados pelo clínico sem frequência ou tempo de duração estimados. Sem qualquer intenção de cura do transtorno de identidade de gênero, de modo geral, a finalidade da psicoterapia é orientar o paciente sobre uma gama de possibilidades ainda não consideradas por ele em relação a sua vida antes e após as modificações corporais. Assim, com ênfase na complexidade do sujeito e na necessidade de serem estabelecidas metas realistas, visa auxiliar a pessoa a viver mais confortavelmente com sua identidade de gênero e atenuar também conflitos psíquicos relacionado a outras questões.

¹⁴ Traduz-se como “Parâmetros de Cuidado para Transtornos de Identidade de Gênero”.

¹⁵ Transexuais verdadeiros devem apresentar: identificação com o sexo oposto que foram expressadas de forma consistente na infância, na adolescência e na idade adulta; excitação sexual ausente ou mínima com a utilização de vestuário do sexo oposto; nenhum interesse heterossexual em relação ao seu sexo anatômico (HBGDA, 2001, p. 3).

¹⁶ Esta experiência consiste em adotar completa e diariamente a aparência e o papel do gênero com o qual o sujeito se identifica.

¹⁷ O texto em língua estrangeira é: “Diagnosis, although always open for reconsideration, precedes a recommendation for patients to embark on the real-life experience. When the patient is successful in the real-life experience, both the mental health professional and the patient gain confidence about undertaking further steps.”

Portanto, uma vez verificada a elegibilidade do paciente podem ser realizadas, então, os procedimentos para a modificação das características sexuais. Para o início da hormônioterapia ou para intervenções cirúrgicas sobre as mamas (mastectomia, reconstrução e implante de prótese) o profissional de saúde mental deve enviar uma carta ao clínico na qual pontua, entre outras coisas, diagnósticos psiquiátricos, a duração e o tipo de psicoterapia ou a evolução observada no paciente e os critérios de elegibilidade utilizados. No caso da cirurgia genital, devem ser enviadas duas cartas ou uma carta assinada por dois profissionais com as mesmas características a fim de assegurar a realização dos procedimentos.

Frente à definição de parâmetros internacionais de atendimento a transexuais e a constituição de programas de assistência a este segmento, é possível observar, na segunda metade do século XX, a consolidação de uma concepção patologizada da transexualidade e da cirurgia de redesignação sexual como sua terapêutica. Nessa perspectiva, em diversos países foram criados programas de assistência e legislações específicas para essa população que foram condicionadas ao diagnóstico psiquiátrico de transtorno de identidade de gênero e estabeleceram uma relação direta entre essa experiência e a cirurgia de transgenitalização.

Segundo o relatório da editado pela ILGA-Europa, publicado em 2008, as leis e regulamentações sobre a transexualidade de muitos países exigem avaliação psiquiátrica para acesso a serviços de saúde e a redesignação sexual para a mudança do nome e do sexo no registro civil. Apesar de cada país ter uma legislação diferenciada, em vários deles, como o Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Holanda, Suécia, Suíça e Turquia, o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero e a modificação cirúrgica do sexo foram definidos como condições para o reconhecimento social da identidade de gênero de transexuais.

Na atualidade, é possível observar que algumas mudanças no campo social promoveram novos debates sobre a condição transexual e o direito à autodeterminação do gênero, o que teve efeitos, ainda que parciais sobre as políticas de alguns países. Na França, por exemplo, em 2010 a transexualidade deixou de ser considerada um transtorno psiquiátrico e na Espanha, a partir da Lei de Identidade de Gênero de 2007, além do direito a modificação do nome, este processo deixou de ser realizado através de processos judiciais e passou a ser

tramitados sob a responsabilidade do Registro Civil¹⁸ e tal modificação foi desvinculada da cirurgia de redesignação sexual. Contudo, essas ações além de pontuais não significaram a completa abolição da necessidade diagnóstica para o acesso de transexuais aos serviços de saúde ou para alteração do nome e do sexo, prevalecendo ainda o caráter normalizador das políticas dirigidas a essa população.

1.1.4 O processo transexualizador no Sistema Único de Saúde brasileiro

Desde 1997, através da resolução 1482 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que autorizou a realização de cirurgias de transgenitalização em transexuais considerando o caráter terapêutico da mesma, homens e mulheres que vivenciam essa experiência podem se submeter a esse e outros procedimentos complementares para modificação da genitália e caracteres sexuais em nosso país. Desde então, essa intervenção cirúrgica tornou-se legal e alguns parâmetros para o atendimento desses pacientes foram definidos de modo que a pessoa que deseje passar pelo processo de transformação corporal do sexo deve apresentar os critérios necessários para a realização da mesma e o tratamento deve seguir um programa rígido que inclui avaliação de equipe multidisciplinar, acompanhamento pela equipe de saúde mental por um período mínimo de dois anos para confirmação do diagnóstico de transexualismo¹⁹ e encaminhamento para a cirurgia.

Nesse contexto, houve um expressivo aumento da demanda de auxílio médico por parte de transexuais de ambos os sexos que, além de promover a constituição de programas interdisciplinares especializados, expôs a extrema vulnerabilidade dessas pessoas no que se refere ao acesso à saúde de um modo geral. O preconceito social somado à ausência de uma regulamentação oficial do processo de redesignação do sexo apontou a carência de uma política de atenção integral voltada à população transexual, tornando fundamental o debate sobre sua

¹⁸ Lei 3/2007, de 15 de março, reguladora da retificação do registro relativo ao sexo das pessoas. Essa lei estabelece que um indivíduo possa modificar seu sexo em seus documentos oficiais desde que apresente um laudo psiquiátrico de Transtorno de Identidade de Gênero e deve comprovar que se submeteu a pelo menos dois anos de tratamento médico.

¹⁹ Avaliação da permanência do desejo de realização das modificações corporais, principalmente da cirurgia de transgenitalização, avaliação da identificação e sentimento de pertencimento ao sexo oposto e constatação de um sofrimento clinicamente significativo que justifique a intervenção terapêutica, exclusão da psicose e de anomalias do desenvolvimento sexual.

assistência nos serviços de saúde pública. Este processo teve como focos especiais a problematização da cirurgia de transgenitalização como meta terapêutica e a referência psiquiatrizada da transexualidade tal como definida nas resoluções²⁰ do Conselho Federal de Medicina.

Frente a esse cenário, tiveram início as primeiras discussões sobre a situação de saúde da população transexual no Brasil que, inseridas nas questões abordadas pelos fóruns para a formulação de políticas inclusivas para toda a população GLTB (gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais) e pelo Coletivo Nacional de Transexuais, introduziram temas que promoveram avanços significativos e serviram como referência para construção de políticas públicas específicas para a população transexual (Arán, Murta e Lionço, 2008, p. 1145; Arán et al., 2008). Entre elas destacam-se as reuniões sobre o Processo Transexualizador no SUS, a partir da reativação do Comitê Técnico GLTB²¹ em 2006, que ao colocar em pauta questões significativas para a definição de diretrizes da assistência delimitou pontos relevantes para a inclusão de transexuais no Sistema Único de Saúde que estivessem comprometidas com a superação do estigma associado à condição transexual e contemplassem os princípios da integralidade, da equidade e da humanização da atenção (Lionço, 2009, p. 51). Dessa maneira, evidenciou-se a necessidade de considerar a transexualidade para além da questão médico-cirúrgica e foram definidos como linhas de ação o combate à discriminação e à conotação patologizada dessa experiência e a afirmação de sua pluralidade, especialmente no que se refere à diversidade da demanda por assistência.

Vale destacar que tais discussões coincidiram com a determinação da inclusão da cirurgia de redesignação sexual na tabela do SUS²² pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região que constituiu um progresso significativo na defesa do direito a saúde ainda que tenha sido revogada alguns meses depois pela presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), ministra Ellen Gracie. Essa decisão

²⁰ Resolução 1482/97 que dispõe sobre o procedimento de transgenitalização e demais intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários e Resolução 1652/ 2002 que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a resolução anterior.

²¹ Considerando a necessidade de implementação de uma política de atenção integral voltada a população GLTB, o Ministério da Saúde criou em 2004, através da Portaria nº 880/GM (2227), o Comitê Técnico para a formulação da proposta de Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB).

²² Essa determinação está baseada no fato de que os procedimentos implicados na transgenitalização já estão contemplados na tabela de procedimentos do SUS e a extensão do custeio dos procedimentos em casos de pessoas transexuais se justificaria pelos princípios de não discriminação por motivo de sexo, pelo direito à dignidade, à autonomia, à saúde e ao livre desenvolvimento da personalidade,

judicial que liberou, mesmo que temporariamente, a realização de procedimentos cirúrgicos para modificação do sexo anatômico no serviço público, configurou um novo cenário no campo da atenção à saúde de transexuais no Brasil, pois ao apontar a condição de extrema vulnerabilidade dessa população e a relativa omissão do Ministério da Saúde em atender a demanda da mesma evidenciou a necessidade urgente de elaboração de um protocolo de assistência a fim de garantir a inclusão de transexuais no sistema de saúde segundo seus princípios básicos - a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso (Arán e Lionço, 2008, p .1).

A partir desses acontecimentos, foram esboçadas as Diretrizes do Ministério da Saúde para o Processo Transexualizador no SUS que se formalizaram com a publicação da Portaria 1.707 de 2008 que reconhece a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes e condicionantes da situação de saúde. A proposta de constituição de serviços de referência habilitados a prestar atenção integral e humanizada a transexuais não se restringe apenas à cirurgia de transgenitalização e demais intervenções somáticas, mas também define que o mal-estar e o sentimento de inadaptação por referência ao sexo anatômico do transexual devem ser abordados dentro da integralidade da atenção à saúde preconizada e a ser prestada pelo SUS, sendo necessário o estabelecimento das bases para as indicações, organização da rede assistencial, regulação do acesso, controle, avaliação e auditoria do processo transexualizador. Portanto, determina a organização e implantação de ações que permitam no âmbito do SUS uma assistência comprometida com seus princípios, além de definir os critérios mínimos para o funcionamento dos serviços e regulamentação dos procedimentos de transgenitalização.

Consecutivamente, foi publicada a Portaria 457 da Secretaria de Assistência de Saúde de 2008 que regulamenta e normatiza as diretrizes propostas pela portaria mencionada a fim de garantir a equidade do acesso e as boas práticas assistenciais às pessoas transexuais. Segundo esse documento, quatro hospitais universitários - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS), Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - foram habilitados para realizar a cirurgia de transgenitalização em transexuais pelo SUS, sendo definidos como Unidades de

Atenção Especializada no Processo Transexualizador²³. Desde então, tais instituições passaram a dispor de financiamento governamental para realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos específicos desde que cumpridos os critérios estabelecidos, entre os quais se destaca a obrigatoriedade de existência de uma equipe mínima composta por médico especialista em cirurgia urológica, anestesiologista, enfermagem (enfermeiro coordenador e enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem), psiquiatra, endocrinologista, psicólogo e assistente social. Vale ressaltar que não ficou vedado a outros hospitais que assistem transexuais realizar a cirurgia de transgenitalização desde que seguidos os critérios definidos pelo CFM, contudo essas instituições não contam com o financiamento de tais procedimentos, sendo necessário utilizar recursos próprios.

De acordo com as “Diretrizes de Assistência ao Indivíduo com Indicação para a realização do Processo Transexualizador”, as unidades de saúde credenciadas são definidas como referência para o tratamento de transexuais em todas as etapas do processo sendo delimitadas as orientações para a atenção que se dividem em cinco eixos: acolhimento, acompanhamento terapêutico, fluxos de encaminhamento, indicação de cirurgia de transgenitalização e atenção continuada. O acolhimento e o acompanhamento terapêutico referem-se, respectivamente, a primeira e segunda etapa do processo que é quando o usuário procura o sistema de saúde demandando assistência em função da condição transexual e passa por uma primeira avaliação - anamnese, verificação de uso prévio de hormônios e exame psiquiátrico - e depois permanece em atendimento multiprofissional pelo período mínimo de dois anos. Os fluxos de encaminhamento²⁴ estão relacionados à indicação para readequação cirúrgica genital, isto é, o usuário será encaminhado ou permanecerá em seguimento clínico na atenção especializada ou unidade habilitada caso seja confirmado o diagnóstico de transexualismo e esteja prevista a realização da cirurgia de transgenitalização de acordo com os critérios estipulados pelo Conselho Federal de Medicina. Caso contrário, continuará seu tratamento clínico no estabelecimento de origem e mais próximo de sua residência. Por fim, a atenção continuada é

²³ Unidade hospitalar que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada aos indivíduos com indicação para a realização do processo transexualizador e possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados a este tipo de atendimento. Tais unidades têm como característica ser hospital de ensino e dispor de estrutura de pesquisa e ensino organizados, com programas e protocolos estabelecidos para o processo transexualizador.

²⁴ Os fluxos de encaminhamento podem ser da atenção básica para consulta na atenção especializada, da atenção especializada para consulta em hospital habilitado ou permanência do transexual avaliado na unidade habilitada.

definida a partir da concepção de que essa modalidade assistencial impõe a necessidade de acompanhamento endocrinológico para evitar danos por uso de hormônio e viabilizar diagnósticos precoces, além de possibilitar a pesquisa dos efeitos da cirurgia de redesignação sexual sobre a qualidade de vida do usuário que se submeteu à operação.

Em relação à cirurgia de transgenitalização especificamente, nota-se que a mesma é concebida como um entre outros recursos terapêuticos disponíveis no Processo Transexualizador sendo a decisão pela sua efetivação resultado das reflexões realizadas no processo psicoterapêutico a partir da problematização do papel dessa intervenção sobre a inclusão social do indivíduo. Caso seja confirmada sua indicação, considerando os critérios definidos pelo Conselho Federal de Medicina, o usuário será encaminhado para uma lista de espera monitorada pela Secretaria Estadual de Saúde e submetido a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que tenha ciência de todos os riscos e benefícios deste procedimento. Após a realização da cirurgia o usuário deve ser acompanhado por pelo menos dois anos, podendo este período ser estendido por tempo indeterminado caso haja demanda por psicoterapia e assistência social.

Vale ressaltar que esse seguimento clínico é exclusivo para mulheres transexuais uma vez que as cirurgias do tipo neofaloplastia e metoidioplastia não estão contempladas por essa regulamentação. Levando em consideração a Resolução 1.652/2002 do CFM, que autoriza a cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia como tratamento dos casos de transexualismo, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios de indicação para a realização dos procedimentos previstos no Processo Transexualizador apenas para a transformação do fenótipo masculino para feminino mantendo os homens transexuais sem diretrizes formais de assistência.

Diante do que foi exposto, é possível observar que, indiscutivelmente, a normatização do Processo Transexualizador e a publicação das Portarias pelo Ministério da Saúde representaram conquistas importantes para o reconhecimento social da transexualidade e a concretização de ações direcionadas a essa população ao viabilizar seu acesso a saúde e promover o exercício de cidadania de uma forma mais ampla. A construção das normas técnicas, muito mais que a simples formalização de uma modalidade assistencial, notadamente constituiu um esforço em resgatar os princípios do SUS, o que promoveu um deslocamento do

conceito de atenção a saúde de pessoas transexuais para além da questão psiquiátrica e cirúrgica sendo consideradas também questões de ordem social e jurídica.

No entanto, ao realizar uma revisão crítica dos documentos que servem como parâmetro para a assistência de transexuais no Brasil, é possível perceber que existem limitações em suas propostas que revelam um caráter ambivalente e parcial dessa regulamentação (Lionço, 2009, p. 57). Embora estejam claros o reconhecimento da diversidade sexual e a intenção de definir um modelo de atenção à saúde focalizado no enfrentamento dos prejuízos decorrentes de processos discriminatórios, nota-se que essa política pública não soluciona completamente algumas questões como o estigma associado à essa experiência e sua interpretação como uma questão médico-cirúrgica, reiterando conceitos dominantes para pensar a transexualidade que reforçam o caráter de anormalidade associado a essa experiência.

Um primeiro aspecto que merece ser observado é a utilização do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero como condição de acesso de transexuais aos serviços de saúde. Nota-se que, embora o Processo Transexualizador no SUS tenha como base a despatologização da transexualidade e a superação da perspectiva correccional, o Ministério da Saúde reproduz a referência do Conselho Federal de Medicina nas Normas de Tratamento da Associação Internacional de Disforia de Gênero – Harry Benjamin utilizando um conceito clássico de transexualismo (Teixeira, 2009, p. 4).

Nessa perspectiva, para que o indivíduo possa ser absorvido pelos serviços que prestam assistência a transexuais é necessário que preencha os critérios referentes a essa entidade nosológica a fim de comprovar sua condição de “transexual verdadeiro”. A partir de uma primeira avaliação, o usuário é considerado apto ou não a ingressar no programa assistencial e uma vez que é incluído no mesmo será reavaliado ao longo de todo o acompanhamento. Caso contrário, não teria indicação cirúrgica e, conseqüentemente, não poderia se beneficiar do Processo Transexualizador sendo encaminhado para outro serviço, em geral psiquiátrico, ou permanecendo excluído do sistema de saúde formal.

Através da análise das *“Diretrizes de assistência ao indivíduo com indicação para a realização do Processo Transexualizador”*, nota-se que o usuário deve ser acompanhado, por um período mínimo de dois anos, por uma equipe

multiprofissional que, além de acompanhamento médico, realiza avaliação psicodiagnóstica para afastar a existência de condições psiquiátricas inviabilizadoras das intervenções médico-cirúrgicas. Tal avaliação deve orientar o trabalho psicoterápico que tem como objetivo não apenas a tomada de decisão da cirurgia de transgenitalização, mas também facilitar o processo de elaboração do sofrimento pessoal e social do usuário considerando as diferenças comportamentais e subjetivas.

Embora esteja prevista a singularização do atendimento, vale destacar que para o acompanhamento estão definidas questões específicas, como aceitação da condição transexual, adaptação às modificações corporais, elaboração de conflitos infantis, controle da ansiedade pela cirurgia e angústia pós-cirúrgica, que indicam uma certa padronização da demanda. Além disso, é esperado que o usuário em sua narrativa afirme o desejo de eliminar os genitais e ganhar as características do sexo oposto, pois caso contrário não preencheria um dos critérios diagnósticos de transexualismo devendo ser excluído do programa e encaminhado para tratamento clínico em outra unidade de saúde que não a Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador.

Um segundo ponto a ser destacado é o fato de que, embora a cirurgia de transgenitalização não seja a meta terapêutica dessa política de saúde, a assistência está organizada em torno da mesma que acaba funcionando como o eixo de orientação do acompanhamento (Teixeira, 2009, p. 3). A partir da análise do fluxo da atenção do Processo Transexualizador, é possível perceber o direcionamento para a realização da cirurgia de transgenitalização, definida como “primeira fase da redesignação sexual”. Este fato denota uma valorização do evento cirúrgico nesse processo tal como fixado pelo Conselho Federal de Medicina que considera a cirurgia de transgenitalização a única possibilidade terapêutica nos casos de transexualismo por adequar a genitália ao sexo psíquico.

Vale ressaltar que no Processo Transexualizador o acesso a saúde está garantido apenas àqueles que pretendem recuperar a coerência entre sexo e gênero estando excluídas outras pessoas que vivenciam a mesma experiência de incompatibilidade, mas não se enquadram nos eixos definidores de “transexual verdadeiro” ou não pretendem ou podem se submeter à cirurgia genital para redesignação do sexo. Ainda que a perspectiva de processo tenha sido adotada estrategicamente para superar a concepção de atenção a saúde para transexuais

centrada na cirurgia de transgenitalização como afirma Lionço (2009, p. 51), nota-se que essa política de saúde tem como referência principal a possibilidade de realização da cirurgia de transgenitalização inviabilizando que segmentos populacionais com demandas semelhantes possam ser beneficiados por ela.

Este é o caso dos homens transexuais e travestis que, por limitações técnicas e/ou pelo fato de não desejarem uma absoluta adequação de seus corpos, permanecem sem a possibilidade de receber a assistência integral viabilizada pelo Processo Transexualizador. Em ambos os casos, a exclusão está relacionada à impossibilidade de restituição da normalidade mediante reparação cirúrgica da genitália e, nesse sentido, não é “permitido” acessar o serviço médico formal para a transformação dos caracteres sexuais permanecendo vulneráveis a recursos arriscados para modificação corporal como a auto-medicação e o uso de silicone industrial.

De acordo com Lionço (2009, p. 55), a exclusão da travestilidade dos direitos adquiridos através do Processo Transexualizador seria resultado da inexistência do desejo de adequação à lógica binária que se apresenta nessa experiência. A referência ao suposto desejo de correção que caracteriza transexuais marca uma diferença com as travestis atribuindo a estas um lugar de ambigüidade que retira a aplicabilidade dos procedimentos médicos para a modificação dos caracteres sexuais²⁵. Sendo assim, ainda que seja reconhecida a experiência comum de investimento na construção de um corpo feminino, há uma distinção da demanda que remove o caráter de beneficência da redesignação sexual da travestilidade e, conseqüentemente, inviabiliza a equidade no acesso aos serviços e tecnologias disponíveis no campo médico.

A hipótese aqui sustentada é a de que a regulamentação da aplicabilidade dos procedimentos médico-cirúrgicos sobre caracteres sexuais é restrita a casos de transexualismo porque se compreende, mediante a reparação cirúrgica, que uma certa normalidade poderia ser restituída. Como as travestis não demandam essa correção, reafirmando a insuficiência da lógica binária em dar conta das experiências subjetivas de posicionamento diante da diferença sexual, são excluídas do acesso aos serviços e aos recursos médicos em seus processos de transformação corporais, não dispondo de iguais oportunidades no acesso aos serviços e tecnologias disponíveis no campo médico. (Lionço, 2009, p. 55)

²⁵ Para mais detalhes sobre a experiência da travestilidade e acesso à saúde ver Pelúcio (2004, 2005), Benedetti (2005) e Kulick (2008) e Brito et al. (2009).

Em relação aos homens transexuais, é possível observar que a exclusão no Processo Transexualizador segue outro caminho uma vez que, assim como as mulheres transexuais, esse grupo teria seu acesso aos serviços de saúde garantido pelo diagnóstico de “transexualismo verdadeiro”. Nesses casos a demanda por modificação corporal é reconhecida, porém o acesso aos procedimentos médicos disponíveis é restrito visto que as cirurgias para redesignação da genitália feminina para masculina – construção de neofalo e metoidioplastia - permanecem definidas como procedimentos experimentais e não podem ser financiadas pelo SUS²⁶. Contudo, para alguns autores, como Teixeira (2009, p. 7), o que está em jogo ultrapassa a questão da viabilidade técnica colocando em pauta a real possibilidade de adequação do sexo de homens transexuais uma vez que o pênis a ser construído não corresponde aos parâmetros de normalidade²⁷.

Diante do que foi exposto, é possível perceber que as Portarias do Ministério da Saúde estão norteadas por um modelo biomédico e normativo, segundo o qual a transexualidade seria uma patologia psiquiátrica cujo tratamento é a adequação do sexo ao gênero através da cirurgia de transgenitalização. Apesar do objetivo primário de afirmar a pluralidade dessa experiência e a autonomia da pessoa transexual no que se refere à decisão por modificações corporais do sexo (Lionço, 2009, p. 51), o Processo Transexualizador reproduz modelos internacionais de assistência utilizando mecanismos de controle e normatização para regular o acesso de transexuais aos serviços de saúde.

A partir da análise do modelo de assistência brasileiro, nota-se que há uma insuficiência da afirmação do desejo pela modificação corporal para garantir o acesso às tecnologias disponíveis, sendo mandatório que o usuário se submeta a uma avaliação diagnóstica de modo que comprove estar adequado às condições exigidas para que possa realizar intervenções para alteração do sexo. Tal fato reflete um processo regulador que fixa normas de conduta e, segundo Ventura (2007, p. 25), fere o princípio da autonomia o que cria uma situação de vulnerabilidade uma vez que a contradição entre esta condição e as normas sociais e morais sexuais

²⁶ Ainda que os outros procedimentos, como a histerectomia e a mastectomia, sejam amplamente realizados nos serviços de saúde no Processo Transexualizador e o Conselho Federal de Medicina, através da resolução 1955/2010, tenha retirado o caráter experimental destes procedimentos em homens transexuais podendo ser realizados em qualquer hospital público desde que seguidas as recomendações desse Conselho, ambos estão condicionados à cirurgia de transgenitalização o que revela mais uma vez a centralidade desse procedimento nessa política de saúde (Teixeira, 2009).

²⁷ Para mais detalhes sobre esse assunto ver Machado (2008).

vigentes restringem o acesso aos recursos de saúde e essencializam a experiência transexual²⁸.

²⁸ Para mais detalhes sobre a discussão do exercício da autonomia nas práticas de modificação corporal ver Ventura e Schramm (2009).

2 A PESQUISA “TRANSEXUALIDADE E SAÚDE: CONDIÇÕES DE ACESSO E CUIDADO INTEGRAL”

2.1 Metodologia

Após o estudo teórico conceitual sobre a apropriação médica da transexualidade e construção do modelo assistencial calcado na idéia de adequação do sexo ao gênero, com o objetivo de demarcar o campo em questão para reflexão sobre a patologização da transexualidade e seus efeitos, foi realizada uma análise dos dados coletados na pesquisa “Transexualidade e saúde: condições de acesso e cuidado integral” (CNPq / MS-SCTIE-DECIT) realizada no Instituto de Medicina Social / UERJ. A pesquisa, que teve como objetivo geral aprofundar o conhecimento sobre o acesso e o processo de cuidado integral à saúde de transexuais na rede pública de saúde brasileira, possibilitou uma investigação detalhada sobre a assistência a transexuais no país, as características da demanda, as dificuldades de acesso ao cuidado integral, os dilemas éticos e jurídicos enfrentados nesse processo. A pesquisa supracitada foi coordenada pela professora Márcia Arán, orientadora do presente estudo.

Para a construção de um conhecimento empírico que contemplasse os objetivos da pesquisa, inicialmente foi realizada uma seleção dos serviços a serem analisados, a partir de um banco de dados elaborado após o levantamento preliminar de todos os Hospitais Públicos que prestam assistência a pacientes transexuais no país²⁹. Com referência nas informações sobre o funcionamento de

²⁹ Esse levantamento foi realizado a partir de um pequeno inquérito respondido pelos profissionais responsáveis pelos serviços assistenciais que fornecia informações sobre o funcionamento do mesmo. Os Serviços pesquisados foram os seguintes: (1) Programa de Transtorno de Identidade de Gênero (PROTIG) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – UFRGS; (2) Unidade de Urologia Reconstructora Genital do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ; (3) Ambulatório de Transexualidade - Projeto Sexualidade (PROSEX) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; (4) Projeto Transexualismo do Hospital das Clínicas de Goiânia; (5) Programa de Atendimento a Transexuais e Cirurgia de Transgenitalização do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho UFRJ; (6) Ambulatório de Endocrinologia Especial (Transtorno de Identidade de Gênero) do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE); (7) Serviço e Disciplina de Ginecologia - Hospital das Clínicas da UFPE; (8) Hospital das Clínicas da UFMG; (9) Transexualidade - Serviço de Urologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto da Faculdade de Medicina e Hospital de Base; (10) Atendimento Ambulatorial a Transexuais do Hospital Universitário de Brasília; (11) Departamento de Psicologia do Instituto Paulista de Sexualidade. Desses serviços, apenas oito se dispuseram a responder a um questionário detalhado. Um dos serviços contatados foi excluído da segunda etapa da pesquisa exploratória por se tratar de um programa assistencial particular. Para mais detalhes ver

cada instituição, incluindo o espectro do cuidado ofertado (especialidades envolvidas, número e tipo de consultas já realizadas, número e tipo de cirurgias), capacidade de cobertura e financiamento das atividades ofertadas, estes serviços foram listados a partir de sua relevância no campo assistencial e escolhidos para a segunda etapa da pesquisa. Esta consistiu na observação livre do funcionamento dos serviços e a realização de entrevistas em profundidade com usuários e profissionais dos mesmos. Os serviços selecionados na pesquisa citada foram os seguintes:

1.	Programa de Transtorno de Identidade de Gênero (PROTIG) do Hospital das Clínicas de Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
2.	Unidade de Urologia Reconstructora genital do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
3.	Ambulatório de Transexualidade – Projeto Sexualidade (PROSEX) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)
4.	Projeto Transexualismo do Hospital das Clínicas de Goiânia – Universidade Federal de Goiás
5.	Programa de Atendimento a Transexuais e Cirurgia de Transgenitalização do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
6.	Ambulatório de Endocrinologia Especial (Transtorno de Identidade de Gênero) do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)
7.	Serviço e Disciplina de Ginecologia – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

No decorrer deste levantamento preliminar dos serviços, parte integrante da pesquisa, foi instituído o Processo Transexualizador no SUS, a partir da Portaria

1707/GM de 2008 do Ministério da Saúde, que credenciou como Centros de Referência³⁰ quatro dos serviços selecionados. Assim, optou-se por utilizar apenas os dados levantados sobre os quatro primeiros serviços listados; de um universo composto por onze programas assistenciais, entre ambulatorios e serviços que realizam cirurgias de redesignação sexual em transexuais, foram analisadas as informações dessas quatro instituições que recebem recursos repassados pela Alta Complexidade³¹ do Ministério da Saúde.

No que se refere à observação livre dos serviços³², vale destacar que as mesmas aconteceram a partir de visitas pré-agendadas entre o segundo semestre de 2008 e ao longo do ano de 2009. O recorte empírico foi o funcionamento formal do programas (processo de recepção, fluxo de atendimento, marcação de consultas, porta de entrada dos usuários, características sócio-demográficas dos mesmos e capacidade de cobertura), os profissionais que nele atuam (médicos de diferentes especialidades, psicólogos, assistentes sociais e funcionários do hospital) e os pacientes que foram e são assistidos pelo programa.

Tais observações somadas com entrevistas em profundidade realizadas com os profissionais ao longo das visitas aos serviços, permitiram a coleta de dados para a descrição e análise dos mesmos, contemplando os dispositivos de cuidado institucionalizados, as referências utilizadas em suas experiências assistenciais e os efeitos da patologização da transexualidade sobre as condições acesso a saúde.

Em relação às entrevistas com pessoas que se identificam como transexuais, para definir a amostra a preocupação foi com o aprofundamento e abrangência da compreensão do objeto de estudo, não sendo utilizado o critério numérico, mas sim a noção de que a amostra ideal é aquela que é representativa do universo pesquisado (Minayo, 2008, p. 102). Desta maneira, foram realizadas entrevistas com usuários de serviços assistenciais, militantes do movimento LGBTT e do Coletivo de Transexuais e pessoas sem qualquer vínculo com qualquer programa de atendimento ou movimento social. Com o objetivo de identificar a diversidade da construção de gênero, práticas sexuais, sofrimento psíquico, atuação profissional atual e passadas considerando-se as dificuldades encontradas para o exercício da

³⁰ Portaria 457/2008 da Secretaria de Assistência de Saúde de 2008.

³¹ Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (Brasil, 2007, p.18).

³² A coleta de dados da pesquisa de campo foi realizada pelas pesquisadoras Marcia Arán, Daniela Murta e Maria de Fátima Lima Santos.

profissão escolhida, demanda pelo processo transexualizador, buscas anteriores de cuidado e principais obstáculos encontrados, foram utilizados roteiros semi-estruturados que abordavam diferentes questões e, no caso de usuários de serviços, incluíam também questões relacionadas a assistência recebida no serviço atual, tempo e grau de vínculo formado com o serviço, assistência jurídica recebida para adequação da identidade civil, e grau de satisfação com a assistência recebida na atualidade e no passado. Esse universo é composto por um total de 26 pessoas.

Vale destacar que optou-se por realizar essa modalidade de entrevista por entender que dessa forma é possível apreender a visão dos atores sociais, tal como previstos nos objetivos da pesquisa sem restringir a coleta dos dados às referências do pesquisador (Minayo, 2008, p. 99).

As entrevistas foram gravadas e transcritas tendo como referência as normas de pesquisa da Resolução 196/ 96 da CONEP no que se refere à garantia de sigilo e ao consentimento livre e esclarecido dos participantes. Com o objetivo de preservar a identidade dos pesquisados, os profissionais – 4 coordenadores de serviço (médicos), 2 enfermeiros, 1 fonoaudiólogo, 3 psicólogos, 2 psiquiatras e - foram elencados por sua especialidade e foram adotados pseudônimos para as pessoas transexuais. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ.

Seguem os quadros dos participantes:

Quadro 1. Pessoas transexuais

NOME	PROFISSÃO	LOCAL DA ENTREVISTA	SITUAÇÃO FAMILIAR
Nair	Esteticista	RJ	Casada
Janete	Empregada doméstica e Líder comunitária	RJ	Solteira
Célia	Cabelereira	RJ	Solteira
Eduardo	Militante do Movimento Transexual	SP	Casado (namorando)
Cristiane	Professora, Militante da ARACÊ Rede de Articulação Social em Direitos Humanos,	SP	Solteira

	Feminimos e Transexualidade		
Sandra	Militante da ARACÊ Rede de Articulação Social em Direitos Humanos, Feminimos e Transexualidade	SP	Solteira
Edilene	Estudante Militante Movimento LGBTT	Aracajú	Solteira
Adilson	Professor de Educação Física	Recife	Solteiro
Patricia	Cozinheira	Recife	Solteira
Carla	Cabeleireira	Recife	Casada
Tais	Estudante e Professora	Recife	Solteira
Beatriz	Técnica de Enfermagem	Recife	Solteira
Denise	Costureira e Estilista	Recife	Viúva
Cristina	Cozinheira	Recife	Casada
Gisele		Recife	
Bianca	Psicóloga	Goiânia	Solteira
Antonio	Desempregado (estrangeiro)	Goiânia	Solteiro
Cristiano	Técnico de Enfermagem	Goiânia	Solteiro
Silvio	Estudante	Goiânia	Solteiro
Lúcia	Militante do Movimento Transexual	SP	Casada
Selma	Costureira	Goiânia	Solteira
Joel – não autorizou a gravação	Engenheiro (doutorando)	Goiânia	
Gisela	Secretária	POA	Solteira
Mônica	Militante do Movimento LGBT	POA	
Clara	Militante Movimento LGBTT	Salvador	Casada
Juliana	Militante da ARACÊ Rede de Articulação Social em Direitos Humanos, Feminismos e Transexualidade	Salvador	Solteira

Quadro 2. Profissionais que atuam em serviços de saúde

PROFISSÃO	SERVIÇO
Enfermeiro	S4
Coordenador(a) de programa – Médico(a)	S4
Enfermeira	S4
Fonoaudióloga	S4
Psicóloga	S4
Psiquiatra	S3
Psicóloga 1	S3
Psicóloga 2	S3
Coordenador(a) de programa – Médico(a)	S5
Coordenador(a) de programa – Médico(a)	S2
Psiquiatra	S1
Coordenador(a) de programa – Médico(a)	S1

Para a análise dos dados coletados a partir das observações foram utilizadas as informações registradas em caderno de campo ao longo das visitas aos serviços. Diversos aspectos, como impressões pessoais, conversas informais, percepção de comportamentos, falas contraditórias e posicionamento dos interlocutores quanto aos pontos investigados, serviram como material para a descrição e apreciação crítica sobre a assistência prestada a transexuais no Brasil. No que se refere às entrevistas tanto dos profissionais que atuam nos Centros de Referência como das pessoas transexuais, as narrativas transcritas foram submetidas a uma leitura de primeiro plano das falas e posterior sistematização dos relatos em observância aos objetivos da pesquisa. Consecutivamente, foi realizada uma análise de conteúdo dos dados coletados de modo a produzir materiais, que permitiram a apreensão dos significados e da diversidade das narrativas dos entrevistados.

2.2 Os Centros de Referência do Processo Transexualizador no SUS

Os serviços que prestam assistência a transexuais no Brasil foram organizados a partir da regulamentação da cirurgia de redesignação sexual e procedimentos complementares após a publicação da Resolução 1482/97 do Conselho Federal de Medicina. Definido como um atendimento de alta complexidade, inicialmente foi autorizado em caráter experimental apenas em hospitais públicos universitários, onde foram constituídos os primeiros programas assistenciais, que apesar de sua referência comum na Resolução do Conselho Federal de Medicina apresentavam formatos e propostas diferenciadas de atendimento com práticas cirúrgicas e terapêuticas distintas. Embora todos fossem constituídos por uma equipe multidisciplinar, cada programa tinha um funcionamento específico que varia de acordo com a disponibilidade de profissionais que prestem assistência a pacientes transexuais e das parcerias e convênios com outras instituições.

Embora em 2002, a partir da Resolução 1652, o Conselho Federal de Medicina tenha autorizado cirurgias para adequação do fenótipo masculino para feminino em hospitais públicos ou privados independentemente da atividade de pesquisa, é possível notar que essa prática assistencial permaneceu vinculada de uma maneira geral aos hospitais universitários, principalmente, aqueles localizados nas regiões sul e sudeste. A ausência de uma regulamentação oficial do processo de redefinição do sexo associada à exclusão da cirurgia de redesignação sexual da tabela do SUS favoreceu a concentração dessa modalidade de atendimento em unidades de saúde mais complexas como esses hospitais que dispunham com mais facilidade de recursos próprios ou oriundos de convênios e pesquisa³³.

Desde a publicação da Portaria 1.707 de 2008 do Ministério da Saúde, quatro dos serviços existentes foram credenciados como Centros de Referência do Processo Transexualizador no SUS. Ainda que os outros tenham permanecido em funcionamento, estes quatro se tornaram os principais programas assistenciais dirigidos à população transexual no país e passaram a contar com o financiamento dos procedimentos cirúrgicos para modificação corporal do sexo em pacientes diagnosticados como portadores de transtorno de identidade de gênero.

³³ Para mais detalhes sobre os dados de todos os serviços que prestam assistência a transexuais no Brasil ver Relatório Final da pesquisa “Transexualidade e Saúde: Condições de acesso e cuidado integral” (CNPq / MS-SCTIE-DECIT).

Os Centros de Referência do Processo Transexualizador, atendendo aos critérios definidos pelo Ministério da Saúde, contam com equipe multidisciplinar para a assistência de pacientes transexuais. Variando em sua composição de acordo com a disponibilidade de profissionais na instituição e, muitas vezes, tendo a participação no corpo clínico de estudantes de pós-graduação e residentes e profissionais voluntários, oferecem atendimento especializado aos pacientes que estão incluídos em seus programas. Entre as especialidades que fazem parte da equipe estão: cirurgião reconstrutor genital (urologista e/ou ginecologista e/ou cirurgião plástico), psiquiatra, psicólogo, endocrinologista, cirurgião plástico (para realização de procedimentos sobre os caracteres sexuais secundários), assistente social, enfermagem, geneticista, cirurgião geral, anestesista, mastologista, otorrinolaringologista e fonoaudiólogo. Algumas instituições têm convênio com uma assessoria jurídica para mudança do nome civil, que está condicionada, na maioria dos casos, à realização da cirurgia de transgenitalização.

Tabela 1. Serviços ofertados e número de profissionais envolvidos

Serviços Ofertados (Num. de profissionais)	UFRGS	USP	UERJ	HC - GOIANIA
Urologia	3	2	1	1
Endocrinologia	1	1	1	1
Ginecologia	2	1	1	2
Genética	1	1	1	1
Cirurgia Geral	0	1	1	-
Cir. Plástica	2	1	1	1
Psiquiatria	3	1	1	2
Psicologia	2	3	1	1
Serviço Social	2	1	1	1
Atendimento em Grupo	5	4	0	-
Graduandos	Sim	não	sim	sim
Outros	Mastologia 2, Otorrino 1, Fono. 1, Desembargador 1	Otorrino Fono. 1	Enfermagem1 Otorrino 1	Fono.1 Enfermagem 1

De modo geral, a coordenação dos serviços é realizada pela especialidade médica responsável pela porta de entrada no programa. Dos quatro Centros de Referência, em três o ingresso do paciente na assistência é através do serviço responsável pela a cirurgia de redesignação (urologia ou ginecologia) e em apenas um deles o paciente entra no programa via saúde mental ou pela endocrinologia. É possível observar que os coordenadores são profissionais que estão envolvidos com a assistência destes pacientes desde a fundação dos serviços e que, na maior parte dos casos a existência dos mesmos depende de seu esforço cotidiano em manter seu funcionamento frente a resistência e preconceito de colegas e da própria instituição. Nesse sentido, são pessoas que, engajadas na promoção de uma assistência de qualidade a esse segmento populacional, em parceria com outros profissionais envolvem-se com negociações institucionais a fim de conquistar espaço para a assistência e financiamento para os procedimentos. Em seus relatos nota-se que quando contavam com o apoio da direção e/ou depois que as instituições em que atuam se tornaram Centros de Referência para o Processo Transexualizador no SUS algumas das dificuldades diminuíram, contudo, outras de caráter operacional ainda permanecem.

“Você sabe o que mudou? Mudou porque antigamente era mais difícil sala disponível, assim, a gente tinha apoio, mas se tivesse que suceder alguma cirurgia não era nossa, tá certo? Então a gente entrava nas brechas. Então, com a normatização do SUS, hoje a gente tem uma certa autoridade. Por exemplo, eu quero um fio diferente do que o que nós temos. Aí, eu cheguei para a nossa diretora financeira que é maravilhosa, dá o maior apoio para o projeto e falei: ‘Olha só, nossa cirurgia é de alta complexidade. Eu não quero usar esse fio, eu quero tal fio’. Então, tem algumas coisas que agora nós temos um certo poder que antes a gente não tinha. Quer dizer, suspender alguma cirurgia, não, a cirurgia é de alta complexidade não dá para suspender. Então isso ajudou muito nessas questões assim... De barganha. Acho que nós adquirimos um status melhor com a portaria. É isso.” (Coordenador do Programa, S4)

“As cirurgias agora são pagas, mas nós viramos o funil do atendimento e isso não foi previsto. Além do mais os profissionais precisam ser capacitados para lidar com isso. Não é assim! Muita coisa ainda precisa mudar, pra mim não mudou quase nada...” (Coordenador do Programa, S2)

Em todos estes serviços as intervenções médico-cirúrgicas seguem o procedimento estipulado pelo Conselho Federal de Medicina de um prazo mínimo de 2 anos de acompanhamento terapêutico como condição para a realização da cirurgia de transgenitalização, bem como a maioria e o diagnóstico de

transexualismo. Frente a essa orientação terapêutica, a principal preocupação dos profissionais é a regulamentação do acesso através do diagnóstico e a necessidade de se ter certeza sobre a decisão do paciente em realizar modificações corporais, principalmente, devido ao caráter irreversível da cirurgia genital.

Nesse panorama, em todos os serviços existe um procedimento de triagem para verificar se a pessoa se enquadra no perfil definido pelo programa. Após a consulta com a especialidade que serve como porta de entrada, o(a) usuário(a) é imediatamente encaminhado para a equipe de saúde mental para a uma avaliação preliminar cujo objetivo é o diagnóstico inicial de Transtorno de Identidade de Gênero. Nessa consulta, que geralmente consiste em mais de um encontro, realiza-se uma entrevista na qual são observadas algumas questões relativas à história do sujeito, a percepção de si, relações familiares e sociais, práticas sexuais, motivação para procurar assistência, risco de auto-mutilação ou suicídio e investigação de comorbidades. Além disso, em alguns serviços também são utilizados como instrumentos testes psicológicos com o objetivo de avaliar a personalidade e a condição mental do(a) usuário(a) que deseja ingressar no programa.

“Primeiro as pacientes chegam para mim [Coordenador do Programa], no ambulatório. Então a primeira consulta sou eu que faço, mas é uma consulta mais superficial, porque aí nós temos a enfermeira que faz a consulta de enfermagem, preenche a ficha. [...] Ela faz a consulta de enfermagem e aí nos encaminhamos para a psicologia, que é quando a gente considera a inserção no projeto. A psicologia encaminha para a Assistente Social e nesse mesmo momento, a gente não tinha, mas agora tem, vai para o Ambulatório de Psiquiatria ligado ao nosso projeto. E agora todos os pacientes passam por esse ambulatório, inclusive a finalidade é mais didática, entende? [...] Nós sempre tivemos um psiquiatra que dava o laudo. Ele fazia algumas entrevistas e ele dava o laudo. Mas ele não tinha condição de fazer um atendimento psiquiátrico. [...] A prioridade é a psicologia. Nós consideramos que está inserido no projeto a partir do momento que começa a psicoterapia. Então é quando começa todo o processo.” (Coordenador do Programa, S4)

“Na minha prática eu tenho um questionário que fala, levantando no decorrer da história do paciente, que hoje tem 75 questões que fala da infância, da adolescência e da idade adulta que eu adaptei frente à realidade da queixa do paciente. Então eu sigo esse questionário, faço dois testes de personalidade, nível mental... [...] Eu acho que aqui rigorosamente eu faço um diagnóstico no mínimo de 20 a

15 horas com o paciente, daí eu posso te garantir, pelo menos eu posso errar menos no diagnóstico. Porque precisa ter um diagnóstico, no mínimo, para você falar que esse paciente é um transexual. Então a gente tem critérios através de testes, de instrumentos de personalidade e com a própria história do paciente junto com diagnóstico psiquiátrico. Para você laudar, para você ter no mínimo um critério, porque daí a gente espera que após essa cirurgia não morre.”(Psicóloga 2, S3)

Uma vez realizada essa primeira avaliação, caso o(a) usuário(a) apresente as características de um “transexual verdadeiro”, é incluído no programa e passa a ser acompanhado periodicamente por psiquiatra e/ou psicólogo pelo período mínimo de dois anos até que seja emitido o laudo definitivo que atesta o Transtorno de Identidade de Gênero. Quando no primeiro contato o profissional de saúde mental observa que o paciente não se enquadra nos critérios diagnósticos de transexualismo ou não faz referência direta ao desejo de adequação do corpo a mente através da cirurgia de redesignação sexual, é possível observar que os serviços têm condutas diversas. Para alguns, o fato do sujeito não ter indicação cirúrgica ou se apresentar como travesti ou *crossdresser* é um dado suficiente para que não seja absorvido pelo programa e seja encaminhado para acompanhamento em outra instituição. Para outros, mesmo os casos considerados inadequados para a transgenitalização devem ser absorvidos pelo programa, sendo uma questão presente entre os profissionais o encaminhamento que devem dar para esses casos uma vez que a normatização do Conselho Federal de Medicina impõe como condição de acesso ao serviço que o(a) usuário(a) deve ser transexual.

*“Não, se ele não tem indicação, ele não vai passar [para o acompanhamento psiquiátrico no serviço], por isso que agora tem todo um preparo, eu só mando para ele [psiquiatra] quando ele tem uma indicação, daí ele fica na fila e eu vou mandando. Senão eu nem mando, pra que? Mando ele para outro serviço para trabalhar seja ele um *crossdresser*, um travesti, seja outro transtorno de personalidade, mas se ele não entra na classificação de Trans do F64 eu não mando.” (Psicóloga 2, S3)*

“[Sobre a absorção de pacientes no serviço] Mesmo os casos que a gente acha que não tem muito prognóstico cirúrgico. E isso tem nos gerado vários problemas, porque a gente pensa que a gente deve dar uma atenção a todos os pacientes que tem algum problema de

gênero. [...] Nós estamos até tendo uma reunião para a gente se reformatar, porque se a gente vai virar um ambulatório só de triagem, teria outra perspectiva. [...] A gente vai discutir essa questão da absorção de pacientes que a gente acha já que não tem já critério inicial para cirurgia, para saber como é que a gente vai lidar com isso.” (Psiquiatra, S1)

No acompanhamento com a equipe de saúde mental, que pode ser individual ou em grupo, os profissionais têm como objetivo principal confirmar o diagnóstico inicial realizado no processo de triagem e identificar o momento em que o sujeito está “preparado” para a intervenção cirúrgica após o período mínimo de dois anos. De modo geral, o parâmetro utilizado para a autorização da cirurgia é uma certa estabilidade emocional e expectativas compatíveis com a realidade sobre os resultados do procedimento cirúrgico. Caso contrário, o(a) usuário(a) permanece em acompanhamento psicoterápico e psiquiátrico quando necessário por tempo indeterminado até que os profissionais em conjunto com outros membros da equipe decidam se a cirurgia deve ser realizada ou não.

“E depois durante o processo terapêutico, a terapia serve não só para o paciente, mas também como instrumento diagnóstico de em que momento o paciente está preparado. E tem alguns que durante um tempo estão preparados, e seria ótimo se tivesse feito a cirurgia ai acontece alguma coisa na vida morre a mãe, que vira um fator estressante, estressor, que para terapia é ate bom porque dá um outro trabalho, um outro pique para terapia e ai mais para frente faz a cirurgia.” (Psiquiatra, S3)

“Não importa só ter o diagnostico ou não, porque às vezes você tem o diagnostico e não esta preparada chega com uma idealização na cirurgia, ai depois que opera se frustra ai quem vai trabalhar com essa pessoa? Então tem que ter um trabalho pré-cirúrgico, pós também, só que mais o pré para pessoa não chegar com uma revista playboy e dizer eu quero assim, ai fica complicado.” (Psicóloga 1, S3)

[...] De poder ter essa opção dentro desse contexto que é um órgão que tu tá perdendo, que vai ganhar outro, adequar a expectativa da vagina também, que é uma coisa porque a vagina não é uma vagina feminina, que ela não tem o mesmo tamanho da vagina, que a vagina fica pequena, é uma limitação cirúrgica. Tem o púbis, porque o osso bate aqui, o osso é diferente. Então são coisas que tem que ser trabalhadas.” (Psiquiatra, S1)

Ainda que esse acompanhamento seja conduzido de formas diversas em cada uma das instituições, é possível observar que de modo geral há uma pressuposição de que a vivência da transexualidade pode se constituir num intenso sofrimento psíquico em decorrência do conflito de não pertencimento ao sexo biológico e pelas inúmeras conseqüências sociais associadas a esta condição. Se por um lado, tal fato possibilita que o acompanhamento psicológico e, quando necessário, psiquiátrico sejam dispositivos de cuidado que servem como espaços de acolhimento e atenção no qual é possível discutir sobre outras questões e acontecimentos significativos da vida dessas pessoas, por outro, muitas vezes esses atendimentos reiteram a interpretação da experiência transexual como uma posição subjetiva específica que se traduz em uma patologia psiquiátrica com características específicas.

Muitos profissionais referem que ao longo desse processo de avaliação e acompanhamento pela saúde mental, alguns pacientes abandonam o programa. Ainda que considerem que isso não aconteça com frequência, muitos relatam esse fato como um dado importante para sua avaliação diagnóstica, pois permite uma problematização da demanda pela modificação corporal do sexo e, em algumas situações, pode evitar um erro diagnóstico. Na percepção dos profissionais, de modo geral, a desistência pelo procedimento cirúrgico assim como a procura tardia por tratamento, principalmente por pessoas com bom nível cultural, pode significar uma ambivalência em relação à mudança de sexo e, nesse sentido, esses usuários(as) devem ser avaliados de forma mais cuidadosa a fim de evitar problemas futuros.

“[...] Uns desistem nesse processo todo, que não é a maioria. [...] Tem uns pacientes que se afastam e voltam e tem uns que não voltam mais. O que a gente acha que é útil no sentido deles poderem, nesse período, avaliar realmente qual o benefício cirúrgico.” (Psiquiatra, S1)

“[...] E outro caso, era também de uma pessoa que era homossexual... Feminina... E não era também o caso de transexualidade e durante o processo mesmo nós fomos discutindo e ela mesma falou ‘não Solange, não é isso, eu não sou assim, não é isso que eu quero, né? E foi encaminhada também para a sexóloga.’ (Psicóloga, S4)

“Tem alguns trans feminino e trans masculino que desistem. E aí fica nossa dúvida da questão diagnóstica mesmo. De trans masculino só desistiu quem nós tínhamos muita dúvida no diagnóstico. Até agora o pessoal que tinha certeza nenhum desistiu, vão para a cirurgia, ficam estáveis, não tentam suicídio, não querem voltar, nada disso. De trans feminino, tem paciente que na boca da cirurgia, queria porque queria, não começou a hormônioterapia, e já chamou atenção de alguma maneira, e logo depois que poderia falou que não, vive como homossexual e se estabilizou dessa maneira.” (Psiquiatra, S3)

“Hoje em dias todos que chegam aos 39 aqui e são pessoas articuladas, tem uma rede, a gente pergunta por que demorou tanto para vir. [...] Na verdade, há uma ambivalência provavelmente. Se há uma ambivalência, então nós temos que investir na ambivalência...” (Psiquiatra, S1)

Paralelamente ao acompanhamento pela saúde mental, o(a) usuário(a) é encaminhado para o seguimento clínico no qual é atendido regularmente por uma equipe multidisciplinar. Nesse momento, são realizados exames clínicos e laboratoriais, tem início a hormônioterapia com endocrinologista, urologista ou ginecologista e, em alguns serviços, ocorrem consultas periódicas com o cirurgião para a criação de um vínculo entre médico e paciente antes da cirurgia. O tratamento endocrinológico tem como objetivo induzir o aparecimento de caracteres secundários compatíveis com a identificação de gênero assim como possibilitar o acompanhamento clínico. Este tratamento será realizado pelo resto da vida e só será interrompido para a realização da cirurgia (Arán e Murta, 2009, p.19). Vale destacar que a maioria dos(as) usuários(as) já chega aos serviços já tendo feito uso anterior de algum tipo de hormônio ou realizado alguma modificação corporal (como uso de silicone industrial) por conta própria, o que muitas vezes pode ser um problema pois algumas pessoas desenvolvem patologias relacionadas ao uso indiscriminado de hormônios ou têm contra-indicação cirúrgica devido a alterações físicas prévias. Se após o período mínimo de dois anos, for confirmado o diagnóstico de transexualismo e a pessoa estiver em condições clínicas é encaminhada para fila de espera organizada pelo próprio serviço para a realização da cirurgia de redesignação sexual.

“Só vai para urologia depois que tem um diagnóstico psiquiátrico, diagnóstico psicológico e que tenha no mínimo dois anos de acompanhamento. Uma vez que tenha um diagnóstico psiquiátrico e psicológico compatível pode ir para a endócrino. Depois de um tempo de terapia em grupo, vai para endocrinologista que é a Joana, e aí começa a hormônioterapia. Depois que completar o tempo que a pessoa está preparada para cirurgia. Aí segue toda a diretriz.” (Psiquiatra, S3)

“Nós temos aquela fase inicial que é uma avaliação, que se faz uma triagem dos casos, que é algo também que a gente absorve vários casos. [...] Os pacientes quando estão aqui se avalia a família, nós avaliamos, avalia outra coisa daí a gente decide se o paciente tem condições de entrar no grupo. Isso demora, pode demorar até seis meses, quando a gente tem o caso mais na mão. Já tá tomando hormônio, as coisas já estão mais ou menos definidas. Aí se vão dois anos, no grupo [quinzenal], no atendimento individual, as coisas vão indo assim. [...] A primeira etapa para ingresso no grupo é para o diagnóstico de transexualismo, avaliação de comorbidade psiquiátrica, porque isso tudo de cara... [...] [Pessoas que não tem o diagnóstico] Não são absorvidos no grupo. [...] De qualquer maneira a gente se defende em cima da norma do Conselho Federal. Não adianta, a gente não vai romper essa norma, a gente rompe para ser no mínimo dois anos, mas sempre é mais. [...] E ninguém vai fazer uma cirurgia desse porte, com essa repercussão...” (Psiquiatra, S1)

“Se não está tomando hormônio eu aguardo a psicoterapia no mínimo por três meses. Aí discuto com a psicóloga se já posso iniciar a hormônioterapia. [...] Nem sempre fica muito bem definido para as próprias pessoas, o que essas pessoas querem. Então a terapia dá meio que uma reflexão. Então eu acho extremamente importante. [...] Mas aquelas pessoas que não estão usando a gente tem um certo cuidado porque tem modificações que são irreversíveis.” (Coordenador de Programa, S4)

Embora alguns usuários(as) sejam liberados para a realização de intervenções cirúrgicas logo após completarem o período mínimo de acompanhamento e, atualmente, as cirurgias de redesignação sexual sejam procedimentos financiados pelo SUS como qualquer outra intervenção, a dificuldade de agendamento da cirurgia permanece como um obstáculo na assistência a transexuais. Tal fato, que prolonga significativamente o tempo de espera pela intervenção cirúrgica³⁴, ao ocasionar a permanência dos(as) usuários(as) por muito

³⁴ O tempo de espera varia em cada instituição. Atualmente o tempo médio de espera é de dois anos após o encaminhamento para a cirurgia.

mais tempo no serviço reduz a freqüência dos atendimentos e gera angústia e fantasias nos usuários(as) sobre a realização do procedimento. Ainda que isso seja percebido como um problema pelos profissionais, é possível observar no discurso de alguns que isso teria um aspecto positivo, pois possibilitaria um amadurecimento do desejo de modificação corporal e reduziria a possibilidade de arrependimento após a cirurgia.

“Eles pressionam muito, nesse sentido. [...] Tem uma paciente aqui, que nesses dois anos conseguiu fazer o luto do pênis, ela disse ‘eu tô me despedindo do pênis’.” (Psiquiatra, S1)

“Geralmente são cinco, seis, sete anos de espera. O que nós observamos com isso é que eles e elas ficam insatisfeitos, mas o que nós temos percebido, não sei se a Luciana [psicóloga] vai concordar comigo, é que quanto mais tempo em terapia, até um limite também porque senão fica uma coisa estressante e difícil para eles, é melhor o resultado pós-cirúrgico. No acompanhamento pós-cirúrgico eles ficam mais estáveis, mais tranquilos. E aqui só vai para cirurgia não só quem tem o diagnóstico, mas quem está preparado para o que vem depois.” (Psiquiatra, S3)

É possível perceber que em algumas situações podem acontecer divergências entre a equipe de saúde mental e o resto da equipe quanto a autorização da cirurgia de redesignação sexual. Segundo profissionais da maior parte dos serviços, em determinados casos a equipe cirúrgica pode se posicionar contra a um parecer favorável da saúde mental e vice-versa, sendo adiados ou mesmo cancelados os procedimentos subsequentes do processo transexualizador. Tal fato demonstra que apesar da importância da avaliação psicológica e psiquiátrica a decisão da equipe de saúde mental não é soberana para o acesso ao procedimento cirúrgico, contudo, quando o impedimento para intervenções sobre o corpo são de ordem psiquiátrica o procedimento adotado normalmente é contra-indicação de modificações corporais, exceto quando a equipe, considerando outros aspectos, em consenso decide realizar os procedimentos.

“Teve uma paciente que nem foi indicada para cirurgia. Ela tem 70 anos agora e tem um problema serio de personalidade. E só entrou no grupo porque uma professora quis que ela entrasse no grupo. Se

tem HIV, AIDS, é uma coisa que o cirurgião leva em consideração, mas não é uma contra-indicação absoluta. Depende como está a condição imunológica para a cirurgia. [...] Tem toda uma avaliação antes. [...] Tem toda uma seqüência, ate agora nenhum paciente foi [recusado para a cirurgia], a não ser por uma questão psiquiátrica.” (Psiquiatra, S3)

“[A justificativa para a realização da cirurgia em um caso] Porque outros Comitês de Ética, outras pessoas da equipe... Na verdade nós [psiquiatras] não decidimos sozinhos, nós não somos voto contra e acabou. A gente divide essa responsabilidade, sempre dividimos porque tem um processo que se estabelece assim também. [...] Esse paciente, por exemplo, nem entrou no grupo. Porque a gente achava que já não tinha condições pela impulsividade, por outras coisas. Mas a coisa fluiu ao largo do nosso controle e a gente vai errar. Ele quer, quer, quer, a família quer, quer, quer, porque ... [...] Então nós temos um poder de veto parcial, a gente não proíbe a cirurgia. Não é a equipe da saúde mental que proíbe.” (Psiquiatra, S1)

“Fica muito nas mãos da psicologia. Quando os casos são mais difíceis aí nós chamamos a psiquiatria. Nós tivemos um caso muito difícil, porque não era transexual. Foi um Distúrbio de Identidade de Gênero por violência sexual onde a gente não sabia se operava ou não operava. [...] Então foi um acaso que nos discutimos muito, com muitos grupos, porque nós estávamos muito temerosos. Tinha ideação suicida e a gente tinha medo de que ocorresse o suicídio com ou sem a cirurgia. Então nós ficamos em dúvida. Mas aí, juntamos lá eu, a psiquiatra, a psicóloga, e nós achamos melhor operar.” (Coordenador de Programa, S4)

Quando os(as) usuários(as) são internados para a realização da cirurgia de redesignação sexual, na maioria das vezes os homens e mulheres transexuais são internados na enfermaria em conformidade ao sexo com o qual se identificam socialmente, a despeito do nome que conste no registro civil, ou num leito específico para esse programa assistencial. Embora esta seja uma determinação da Portaria 457/2008 da Secretaria de Atenção à Saúde, alguns profissionais, tem resistência em seguir essa diretriz e muitas vezes demonstram resistência e dificultam a liberação de leitos. O mesmo ocorre em algumas situações em relação ao uso do nome social ao longo do acompanhamento ambulatorial e da internação, quando o profissional que está prestando atendimento não tem vínculo direto com o programa.

Em relação a atitude de profissionais da instituição e outros pacientes do hospital ao longo da internação e no momento da cirurgia, é possível observar que,

ainda que exista curiosidade de algumas pessoas e a necessidade da utilização de algumas estratégias para preservar o sigilo sobre aquele paciente, de modo geral, nos Centros de Referência não ocorrem com frequência situações de preconceito ou constrangimento. Para alguns profissionais, o cenário atual está relacionado a sensibilização da instituição como um todo com a questão, mas para outros as resistências e estigmas estão mais diluídas apenas quando membros das equipes que atendem transexuais estão presentes ou pessoas que ocupam cargo de poder são favoráveis ao programa assistencial. Em algumas observações realizadas em centros cirúrgicos e enfermarias foi possível verificar que de fato o ambiente é amistoso, todavia também nota-se oposições a essa modalidade assistencial que ficam evidentes em conversas informais nas quais as pessoas demonstram preocupação de uma perda de controle em função do aumento da demanda pelos procedimentos de modificação corporal ou gastos excessivos com um “capricho”.

No que se refere às modificações corporais cirúrgicas de mulheres transexuais (MtF) são utilizadas como estratégias a cirurgia de transgenitalização³⁵ e intervenções sobre caracteres sexuais secundários de acordo com os resultados alcançados a partir da hormônioterapia feminilizante. Conforme a demanda do(a) usuário(a) e a avaliação do médico assistente, podem ser realizados procedimentos cirúrgicos como mamoplastia, cricotireoplastia, cirurgia de cordas vocais, cirurgia feminilizante de face e contorno corporal. Além disso, como estratégias complementares também podem ser realizada depilação definitiva e acompanhamento com fonoaudiólogo para modificação da voz. Para homens transexuais (FtM), mais frequentemente são realizados procedimentos que são considerados cirurgias de caracteres secundários, como a histerectomia e mastectomia bilateral, associados a reposição androgênica para masculinização. É importante destacar que, nesses casos, ainda que a transgenitalização tenha um papel fundamental no processo transexualizador, o caráter experimental da mesma possibilita que estas modificações sejam realizadas antes ou independentemente da cirurgia genital³⁶ (Arán e Murta, 2009, p.20).

Em ambos os casos, qualquer procedimento só é realizado após o diagnóstico de transexualismo e antes da realização da cirurgia aplica-se um Termo

³⁵ Retirada ou desmembramento do pênis, retirada parcial do escroto, orquiectomia bilateral, uretroplastia, construção da neovagina, neoclitoroplastia e neovulvoplastia.

³⁶ Neofaloplastia, metoidioplastia, escrotoplastia.

de Consentimento para que o paciente autorize os procedimentos que serão realizados. Como as intervenções realizadas no Processo Transexualizador são cirurgias de grande porte e de caráter irreversível, é fundamental que o(a) usuário(a) tenha clareza de todas as consequências funcionais e estéticas desses procedimentos, além dos possíveis riscos envolvidos nesse processo e da possibilidade da necessidade de retoques.

*“Em 97, quando o Conselho Federal normatizou, aliviou um pouco, mas mesmo assim os pacientes tem que assinar um termo. Eles só operam depois que psiquiatra, psicólogo, endocrinologista liberam e assinam o papel junto. Porque aí não tem problema. Tem a responsabilidade médica, civil, mas tem toda uma sequência de acompanhamento, um protocolo de atendimento que justifica.”
(Psiquiatra, S3)*

Após a alta hospitalar todos os serviços oferecem acompanhamento clínico e, quando necessário, reparo cirúrgico. Além do atendimento médico, em alguns programas assistenciais também é realizado acompanhamento psicológico após a cirurgia de redesignação sexual a fim de verificar a adaptação do sujeito ao corpo modificado e a suposta “nova vida”. É possível observar também que em alguns serviços existem propostas de orientação dos(as) usuários (as) em relação ao comportamento e vestuário, especialmente dirigidos às mulheres transexuais, para que apresentem atitudes compatíveis com as que se espera de uma mulher ou de um homem “comum”.

Apesar da disponibilidade dos programas, muitos(as) usuários(as) após a alta da cirurgia deixam de comparecer às consultas ambulatoriais, o que significa na maior parte das vezes a perda do seguimento clínico que é necessário para o acompanhamento da hormônioterapia e o tratamento de efeitos colaterais relacionados ao processo transexualizador. Segundo alguns profissionais, isso se deve ao fato de que após a redesignação sexual muitas pessoas desejam deixar de lado sua história pregressa e recomeçar sua vida a partir da modificação do sexo. Entretanto, para outros, a razão de tal fato seria a pressuposição do(a) usuário(a) de que seu estilo de vida não seria compatível com sua condição atual e, portanto, não seria aprovado pelos profissionais que os atende. De qualquer modo, o que se nota é que em muitos serviços são criadas estratégias para mantê-los em atendimento

mesmo após a realização de todos os procedimentos, porém estas nem sempre tem efeito.

“[...] A gente têm muitas pacientes que não dão retorno que se prostituem. E elas ficam muito constrangidas, elas assumem uma acho que um preconceito projetado em nós porque a gente já cansou de dizer que não se trata disso. Então, tem um grupo, e essas, muitas pacientes que não vem aqui, são pacientes que fizeram programa ou fazem, fora as que querem começar uma vida nova, tem as que viajam.” (Psiquiatra, S1)

“Depois da cirurgia todo paciente tem o compromisso de ir pelo menos uma vez por mês de ir ao grupo para ser acompanhado.” (Psiquiatra, S3)

“[Na consulta de enfermagem] Orientar ele desde a calcinha que ele vai usar, a cinta que ele vai usar, o comportamento às vezes, dar dicas do comportamento pessoal dele, a convivência dele com outras mulheres, trocar idéia. porque ele vai mudar tudo na sua vida, o guarda-roupa inteiro. Agora, ele tem que se ver como mulher, com comportamento de mulher, que é outra realidade. Porque o comportamento dele tem que se adequar a postura da mulher.” (Enfermeira, S4)

Diante do que foi exposto, é possível perceber que, apesar da assistência a transexuais ser uma prática encontrada no Brasil há mais de dez anos e da existência de algumas limitações, a implementação dos Centros de Referência para o processo transexualizador no SUS significou um avanço significativo na gestão de políticas públicas para esta população. O reconhecimento da demanda por modificação do sexo e, conseqüentemente, da vulnerabilidade desse segmento populacional pelo poder público, representou a construção de um espaço de atenção formal para transexuais que revela um esforço em colocar em prática o princípio da equidade do acesso a saúde, tal como definido pelo sistema de saúde brasileiro.

Todavia, ao analisar as práticas de saúde dos serviços, nota-se que o acesso de transexuais ao atendimento especializado está mediado pela compreensão dessa condição como um transtorno mental. Além do acesso às tecnologias de modificação corporal estar restrito a aqueles que se apresentam de acordo com um determinado modelo de transexualidade, há um reforço de seu caráter patologizado que amplia o estigma associado a mesma.

2.3 A experiência da transexualidade na perspectiva trans e os efeitos da patologização³⁷

Para uma aproximação da experiência da transexualidade e dos efeitos da patologização dessa experiência, é de fundamental importância a análise das percepções dos transexuais sobre sua condição. O exame crítico da compreensão desse segmento sobre sua vivência, as práticas de cuidado dirigidas a ele, das dificuldades encontradas no acesso a saúde e a outros direitos, e dos aspectos que estão envolvidos em sua demanda por modificações corporais, possibilitam um maior entendimento aprofundado sobre a vulnerabilidade que a vivência da transexualidade proporciona e a descrição da diversidade dessa experiência. Nesse sentido, a partir das entrevistas realizadas com transexuais, a seguir serão apresentadas algumas questões que se destacaram como dados relevantes para a reflexão sobre a assistência a transexuais no Brasil e as implicações do entendimento dessa condição como uma patologia psiquiátrica.

2.3.1 Demanda pelo processo transexualizador e percepções sobre as modificações corporais do sexo

Através das entrevistas com pessoas trans e observações nos serviços assistenciais, é possível perceber que para os sujeitos que vivenciam a experiência de pertencimento ao gênero oposto ao seu sexo biológico existe, de modo geral, um desejo de reconhecimento como alguém do gênero com o qual se identificam. Seja através de modificações corporais definitivas, como a cirurgia de transgenitalização e a utilização de hormônios, e/ou pela mudança de nome e sexo nos documentos, estas pessoas procuram nos serviços assistenciais meios de alcançar seus objetivos

³⁷ O termo trans refere-se a todas as pessoas que apresentam uma identidade ou expressam o gênero diferente de seu sexo anatômico ou atribuído no nascimento.

e, na maior parte das vezes, chegam a eles com demandas bem definidas construídas a partir de suas necessidades e experiências individuais.

De modo geral, a demanda referida é pela cirurgia de redesignação sexual para adequação do sexo ao gênero. Expressando claramente o desejo de solucionar a incompatibilidade entre o “sexo físico” e o “sexo psicológico”, muitos homens e mulheres transexuais solicitam, entre outras intervenções modificação de suas características sexuais - a cirurgia genital - por considerar que este procedimento seria muito importante para sua inserção social, especialmente pelo fato de ser esta uma condição para a troca do nome e do sexo nos documentos que atestam sua identidade civil. Assim, ao analisar as falas dos entrevistados, é possível perceber que o interesse em se submeter ao processo transexualizador está relacionado ao desejo de adequação a uma norma sexual que pressupõe uma continuidade entre sexo e gênero (Butler, 2003).

*“[...] Eu vejo assim, que eu nunca fui uma mulher completa, eu sempre me senti assim. Eu sempre me senti mulher, mas não aquela mulher completa, porque tinha esse pequeno defeito, eu sempre falei isso. Eu tinha esse pequeno defeito que foi corrigido, graças a Deus eu consegui. Agora eu sou uma mulher normal.”
(Edilene)*

“[...] Realmente era preciso para mim para eu acertar a minha documentação no meu país [Venezuela]. [...] Eu só fiz [a metoidioplastia] porque era um requerimento para eu trocar meu documento” (Antonio)

Por outro lado, é possível perceber que embora muitas pessoas apontem a cirurgia de transgenitalização como um aspecto fundamental para suas vidas, nem todos aqueles que procuram atendimento médico desejam se submeter a este procedimento. Ainda que na maior parte dos casos o objetivo da alteração corporal seja o alinhamento da anatomia à identidade de gênero, para alguns sujeitos a modificação da genitália não se apresenta como uma necessidade, sendo suficiente para a ampliação de seu reconhecimento social a realização de transformações parciais do corpo, como a modificação de caracteres secundários, ou apenas a mudança de nome. Diante disso, pode-se concluir que ao mesmo tempo em que a cirurgia de transgenitalização pode se apresentar como uma tábua da salvação

frente à extrema vulnerabilidade proporcionada pela condição transexual, pode também não ser um evento essencial para a construção de si, o que torna central reconhecer-se a diversidade da demanda e individualizar o cuidado (Arán e Murta, 2009, p. 21).

"[...] Aí é o que eu falo, não tenho interesse nenhum em fazer faloplastia, sendo que a faloplastia não é uma coisa funcional, então eu posso comprar dez pinto, cara! [...] Aí com o tempo eu fui falando 'Cara, eu quero fazer mastectomia independente de sentir prazer ou não aqui' pra mim, o peito é o que me entrega o sexo biológico. Meus seios é o que entrega o biológico, então eu quero tira-los, aí ninguém vai me identificar porque a minha cara passa a ser de baixo do pescoço até o umbigo." (Eduardo)

"[...] Hoje mesmo se eu trabalhar eu ponho uma prótese, mas eu não quero... Eu gosto do meu corpo assim... A minha queixa era específica, como é específica até hoje. Por exemplo, eu quero fazer outra estética no final. [...] Não me interessa, eu quero ela [neovagina] perfeita! Os médicos não entendem isso. Eles acham 'mas tu tem'. Eu quero ela perfeita." (Bianca)

Independente da demanda apresentada na chegada aos serviços, muitos relatos evidenciam que existe uma grande expectativa em torno das transformações corporais promovidas pela hormonioterapia e intervenções cirúrgicas. Mesmo que a maior parte dos(as) usuários(as) cheguem aos serviços já tendo realizado algum tipo de alteração das características sexuais por conta própria, já tenham uma vida afetiva e sexual satisfatória e sejam reconhecidos em seus meios sociais pelo gênero a que dizem pertencer, a possibilidade de realizar procedimentos mais complexos, como a cirurgia de transgenitalização, e receber acompanhamento médico formal são interpretados como benefícios significativos por pessoas que vivenciam a transexualidade.

Em relação à hormônioterapia, é possível observar que as modificações promovidas pelo uso dessas substâncias são importantes para homens e mulheres transexuais, pois, além de ser o primeiro procedimento realizado após a avaliação e inclusão no programa, apresenta efeitos expressivos sobre a aparência. Para mulheres transexuais, apesar de alguns efeitos colaterais como a perda de libido, o aumento das mamas e a redução dos pêlos no corpo são resultados muito satisfatórios. Para os homens transexuais a suspensão da menstruação após o uso

de androgênios aparece como o dado mais significativo associado à modificação da voz e ao crescimento do clitóris que pode viabilizar a metoidioplastia.

“[...] Mas a partir do momento que a gente começa a tomar hormônio as mudanças são rápidas. [...] [A mastectomia] Foi muito importante para mim, mas foi mesmo. Não foi tão importante quanto a partir do momento que eu comecei a tomar os hormônios, isso também foi muito importante. Porque depois de um certo tempo tomando os hormônios eu parei de menstruar e isso para mim foi muito significativo.” (Silvio)

“Eu tomei [hormônios] algumas vezes, mas não... Eu tomei alguns anticoncepcionais algumas vezes. Não estou tomando agora não. Há muito tempo eu não estou tomando porque eu estava esperando orientação médica mesmo. Só que fiquei aguardando, o tempo vai passando e principalmente agora que eu consegui chegar lá e resolver meus problemas. Eu estou esperando o que o próprio médico falou que eu não devo mesmo tomar nada sem orientação porque cada um é cada um, nem sempre as pessoas podem tomar medicamentos iguais.” (Janete)

No que se refere especificamente às cirurgias, é possível observar que algumas pessoas consideram a realização das mesmas um marco em seu processo de transformação. Ainda que para alguns entrevistados(as) desta pesquisa estes procedimentos não tenham como função modificar seu sexo mas sim adaptá-lo a uma condição pré-existente, para boa parte deles as intervenções cirúrgicas representam livrar-se da ambigüidade sexual, os(as) tornando menos vulneráveis e mais seguros(as) em suas relações sociais. Em muitos relatos, principalmente de homens transexuais, nota-se que ainda mais urgentes e importantes que as modificações na genitália são as alterações de caracteres sexuais secundários. Deste modo, a realização de procedimentos como mastectomia, histerectomia, implante de prótese de silicone nas mamas entre outros, são intervenções tão fundamentais quanto à cirurgia genital para alguns indivíduos.

“Você tem que afirmar 24 horas. Hoje eu não preciso [depois da cirurgia]. [...] Eu não preciso afirmar socialmente quem eu sou porque agora eu estou tranqüila, tranqüila. [...] A tranqüilidade... Quando as pessoas perguntam o que muda, é isso que muda. Essa paz que você não imagina. É uma paz. Eu estou em paz comigo. Eu não preciso provar para ninguém nada. Se a pessoa falar ‘Ah, mas parece homem!’. Aquilo para mim, anteriormente, da cirurgia, era um

tormento se fizessem isso comigo na rua, era uma crise emocional fortíssima. Hoje é uma tranqüilidade que as pessoas não acreditam.”
(Bianca)

“Eu não fiz ainda [histerectomia] porque eu sou recente no programa. Tem um ano e dez meses que eu estou no programa e eu fiz a mastectomia por conta própria, não foi pelo programa, porque eu teria que aguardar para fazer. Os dois anos. [...] E como era uma coisa que me incomodava muito, muito realmente. Porque eu acho que é o que mais incomoda a gente, porque existem outras formas. A gente pode usar prótese, pode usar uma série de artifícios, já na mama é uma coisa muito difícil” (Silvio)

Se por um lado, a possibilidade de realizar modificações corporais é percebida como uma ferramenta de inclusão social e auto-realização para pessoas que vivenciam a transexualidade, por outro, é importante destacar que a maior parte refere que a alteração do sexo anatômico não significa o fim das dificuldades experienciadas em função do desacordo entre o sexo e o gênero. Em muitos relatos, nota-se que mesmo após a adequação sexual homens e mulheres transexuais continuam a enfrentar preconceito e discriminação, tendo que criar estratégias para driblar constrangimentos e até mesmo para exercer sua cidadania e trabalhar no mercado formal. Nesse sentido, se as mudanças físicas significam uma grande conquista para muitos, um aspecto adicional fundamental de sua demanda de redesignação sexual é a alteração de seu nome e sexo no registro civil pelo efeito de inclusão social que isto promove³⁸.

“Eu pedi as duas coisas [mudança de nome e sexo], mas provavelmente não vai ser deferido as duas coisas, não antes de fazer a cirurgia. Eu tenho quase certeza de que não, o que é outro problema que a gente enfrenta. Porque se defere o nome e você vai fazer um concurso público hoje em dia. Você acha que eu tenho condição, você me vendo hoje aqui, de fazer um concurso público para o sexo feminino? Tá, aí faço masculino, mesmo com o meu nome e passo. Chega lá no dia de fazer a apresentação e a entrevista? Não tem entrevista, então como é que eu vou explicar

³⁸ É possível notar que no Brasil a questão da mudança de nome ainda é um problema, uma vez que o direito brasileiro toma como referência a morfologia genital, para considerar a mudança do nome de transexuais justificável diante do princípio de imutabilidade relativa dos assentos de nascimento (Zambrano, 2003, p. 91). Nessa perspectiva, a modificação do nome e do sexo no registro civil só é possível quando o sujeito é diagnosticado como portador de Transtorno de Identidade de Gênero e passa pela cirurgia de adequação do sexo anatômico ao gênero. Para mais detalhes sobre a questão da mudança de nome de transexuais ver Zambrano (2003, 2005, 2004) e Arán, Murta e Zaidhaft (2008).

essa situação? Ou então faço diferente, faço como feminino. Chego lá no dia da prova física, como que eu vou fazer a prova física com as outras mulheres?” (Silvio)

“Eu tenho o técnico de enfermagem. Mas devido ao constrangimento de ter que entregar currículo. Chegar lá: ‘Pois não senhor’ e eu ficar constrangido, não. Eu virava as costas e ia embora.” (Cristiano)

“Convênio, por exemplo, eu não fiz nenhum convenio nem no consultório, nem na clínica que eu atendo por causa do meu nome. Não fiz, o nome atrapalha, o nome atrapalha sim.[...] Mas o convênio lá da clínica não posso, né? Porque aí a pessoas vai estar lá com um convênio masculino no CRP, lá onde é o convênio. Aí ele chega lá com aquele nome masculino e se depara comigo.” (Bianca)

“Eu mesma já passei por isso das pessoas acharem que é documento falso. É muito constrangedor mesmo você ter que mostrar sua documentação duas, três vezes, quatro, cinco vezes no mesmo órgão e às vezes quando você encontra pessoas que ficam fazendo chacota, né?” (Lucia)

Diante do que foi exposto, é possível notar que embora o discurso biomédico afirme que a principal característica da transexualidade seja a demanda pela cirurgia de transgenitalização a fim de adequar a anatomia à identidade de gênero, o discurso de pessoas que vivenciam esta experiência revela que seu desejo de modificação é mais amplo que a alteração da genitália. Muito além de uma normalização de seus corpos, homens e mulheres transexuais demonstram que a transformação que solicitam está relacionada à vulnerabilidade a que estão submetidos, sendo muitas vezes o resultado não apenas de um sentimento de inadequação, mas também de dificuldades que enfrentam em seu cotidiano em função da intolerância à diversidade de gênero. Nessa perspectiva, seria importante considerar que há um *continuum* de possibilidades no qual tanto a cirurgia pode ser um evento vital para a construção de si como uma intervenção dispensável de acordo com a necessidade de cada sujeito (Arán e Murta, 2009, p.21).

2.3.2 Trajetórias em busca de assistência e impressões do atendimento

A partir dos relatos de pessoas trans, é possível observar também que a constatação da discordância entre sua identidade de gênero e seu sexo atribuído foi um dado que se apresentou desde muito cedo em suas vidas. Ainda que em muitos casos, esses indivíduos e seus familiares não compreendessem exatamente do que se tratava ou até a idade adulta tenham resistido à sensação de pertencimento ao gênero oposto e tentado exercer o papel de gênero de seu sexo anatômico, a maior parte dos entrevistados afirma que a vivência da transexualidade é um fato presente ao longo de toda sua história que em algum momento motivou a procura por auxílio médico.

Alguns entrevistados relatam que na infância ou início da adolescência procuraram, com o apoio da família, auxílio médico para receber esclarecimentos sobre sua condição. Na maior parte das vezes, sem mesmo conseguir explicitar sua “queixa”, algumas pessoas ou familiares próximos contataram profissionais a fim de compreender o seu “problema” e foram orientados a procurar atendimento psicológico. Em algumas situações, esse contato com profissionais possibilitou também o entendimento da experiência da transexualidade o que possibilitou o reconhecimento da identidade de gênero do sujeito em suas relações sociais e familiares e o acesso a procedimentos para modificação corporal sob acompanhamento médico.

“Aí olhei para ele [médico do posto de saúde] assim e ele perguntou qual era meu problema, aí fiquei olhando para ele, eu não sabia explicar qual era o meu problema, aí minha irmã explicou. [...] Com doze anos eu vim parar aqui perto onde nós estamos mesmo, que é mais a frente um pouquinho que é em um PAM, com uma psicóloga maravilhosa. [...] Com doze anos ela reuniu minha família e falou, ‘Olha ela é uma mulher, não vai ter como vocês mudarem isso, daqui para frente vocês vão ter que se acostumar, o corpo dela vai mudar cada vez mais, porque isso está dentro dela’. [...] Depois disso, ela [a mãe] foi numa lojinha e comprou umas quatro calcinha, blusinhas e trouxe a saia e ainda balançou assim, então ali eu já percebi que a minha família realmente já tinha percebido, mas mesmo assim não tanto, porque tinha meus irmãos que pegava muito no meu pé.” (Célia)

“O primeiro atendimento que eu tive com o Ginecologista que é o Dr. Armando do SUS, em Manaus., Ele é amigo da minha mãe que é enfermeira. [...] Ele conversou com a minha mãe isso quando eu tinha 14 anos de idade e ele falou para minha mãe que ele não sabia muito, mas pediu para minha mãe me encaminhar para algum

tratamento psicológico do meu caso. Aí ele explicou para minha mãe o que era. [...] Aí foi quando eu comecei a fazer tratamento hormonal, mas isso tudo com acompanhamento dele, inicialmente com acompanhamento dele.” (Lucia)

Embora existam relatos que demonstrem o acolhimento da vivência da transexualidade pela família de alguns dos entrevistados e por alguns profissionais antes mesmo da regulamentação da cirurgia de transgenitalização no Brasil, é possível perceber que, de forma geral, a busca de pessoas trans por tratamento é um processo longo e marcado por uma série de dificuldades. Mesmo tendo seguido trajetórias singulares em sua procura por assistência, grande parte das pessoas referem tentativas de ingresso em serviços de saúde mal sucedidas e resistência de profissionais que muitas vezes se recusaram a prestar atendimento. Nesse panorama, muitas pessoas mencionam que antes de acessar serviços formais de saúde realizaram modificações corporais por conta própria, utilizando hormônios vendidos em farmácias ou adquiridos ilicitamente sem orientação médica e/ou se sujeitaram a procedimentos invasivos em condições pouco adequadas e com um alto custo, que não apenas colocam a risco sua saúde, mas também pode inviabilizar a cirurgia de redesignação sexual e outros procedimentos em função de efeitos colaterais.

“E a gente não consegue endócrino. Se a gente for no endócrino e disser que quer tomar testosterona, ele vai dizer ‘Você é louco?’. Aí de novo você vai cair na marginalidade. [...] Tomei testosterona escondido, com receita falsificada por muito tempo, mas tive dois AVCs por conta disso, porque não tive um acompanhamento. [...] E aí quando eu chego no hospital, lá eu sofro uma discriminação absurda porque no meu prontuário, tem os AVCs e o porque dos AVCs e a médica proibiu.” (Eduardo)

“[...] E aí, foi assim. Toda transformação na clandestinidade porque não tinha médico orientando, não tinha tratamento adequado para você. [...] Eu tomava um monte de hormônio. E não era pouco não, era muito hormônio [...] Eu tomava quilos de anticoncepcional, quilos! Eu cheguei a ser internada de tanto passar mal por tomar anticoncepcional. Eu tive aneurisma né?” (Bianca)

Uma vez que conseguem acessar o sistema formal de saúde e serem incluídos em programas assistenciais específicos, homens e mulheres transexuais passam a ser acompanhados nos mesmos. Normalmente, a partir de um contato

informal com a coordenação que, segundo relatos mostra-se receptiva, os(as) usuários(as) dão entrada no serviço e na maior parte das vezes são agendados para a primeira avaliação. Todavia, este agendamento não significa o início imediato do tratamento e muitos referem demora não apenas para a realização da primeira consulta, mas em todo o processo assistencial que costuma durar mais que os dois anos mínimos estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina.

“De primeiro a gente pode dizer que a gente passa por uma triagem, entra em contato com o hospital, deixa um número de contato. Passa um tempo. Tem gente que espera muito mais tempo, eu esperei 6 meses para ter uma ligação da psicóloga e quando ela marcou para mim.” (Lucia)

Se na visão dos profissionais o prolongamento do “tratamento” é um aspecto problemático, entre todos os entrevistados, constata-se que isto é claramente verbalizado como um fator de angústia e insegurança. Em muitos relatos nota-se que ainda que já tenham cumprido todos os requisitos para a realização dos procedimentos cirúrgicos e estejam na fila de espera dos mesmos, a demora para sua efetivação representa uma incerteza quanto à concretização de seu desejo de modificar suas características sexuais. Nesse sentido, mesmo em acompanhamento em serviços públicos, inclusive aqueles definidos como centros de referência, muitos(as) usuários(os) procuram por atendimento na rede particular a fim de agilizar seu processo de transformação corporal mesmo que realizem apenas alguns procedimentos.

“[...] Tem gente que desiste e procura procedimento pago, preferem pagar cirurgião. Eu tenho amigas que já passaram por isso. Teve umas que preferiram se prostituir na Europa para conseguir o dinheiro e fazer uma cirurgia paga. Eu não condeno, mas acho muito arriscado.” (Lucia)

“[...] Eu fiz a mastectomia por conta própria, não foi pelo programa, porque eu teria que aguardar para fazer. Os dois anos. E não é por falta de indicação. Essa questão não é por falta de indicação. É que tem que esperar. [...] Então, eu acho que tinha que ter mais médicos, a gente espera demais. Eu acho que o ideal, já que tem que fazer dois anos de acompanhamento, perfeito, isso é uma resolução, tem que ser assim, eu não vou ficar contestando isso. Mas que então quando completar esses dois anos eu tenha certeza de que eu vou operar! Porque não é uma coisa que acontece. Os homens que vão operar aqui agora tem oito anos de projeto e o outro seis! Eu já

esperei vinte anos da minha vida, eu vou ter que esperar mais quantos?! [...] A pessoa está estagnada por causa disso, porque está há seis anos no projeto e não opera. Porque tem um profissional voluntário, dois... Eu me preocupo.” (Silvio)

No que se refere à experiência do atendimento psiquiátrico e psicológico, nota-se que para os(as) usuários(as) essa modalidade assistencial na maioria das vezes tem um caráter de avaliação da identidade de gênero e da estabilidade do desejo de realizar modificações corporais do sexo. Em muitos relatos é possível perceber que homens e mulheres transexuais se deparam com a necessidade de comprovar sua sensação de pertencimento ao gênero oposto e em diversas situações se vêem obrigados a apresentar comportamentos estereotipados do sexo com o qual se identificam como uma estratégia para ter acesso ao serviço de saúde. Outro aspecto que se destaca nas narrativas é o fato de que, em algumas ocasiões, precisam omitir situações de sua vida, como filhos biológicos e casamento, em função do risco desses fatos serem interpretados como uma contra-indicação ao processo transexualizador uma vez que não são compatíveis com a descrição de “transexual verdadeiro”.

“Só que tem uma coisa, a gente tem que ter força de vontade, porque parece que eles testam a gente. Porque às vezes você pode querer fazer a cirurgia por fazer a cirurgia, mas não é. No meu entendimento às vezes eles testavam a gente, para ver se a gente tinha força de vontade, entendeu?” (Selma)

“[...] E ao contrário, para Dra. Mirian eu não sou transexual, sou travesti porque eu tenho um filho. Transexual não teria filho, é aquela coisa doente mesmo, se você pega o pinto assim, se você tem nojo do seu corpo. Por isso que já tem uma escola, por exemplo, você foi lá e conseguiu fazer uma cirurgia, então o que eu tenho que falar? Porque é isso, é metódico, é aquela coisa. [...] É tem que ser assim, porque mulher senta assim, homem. Você tem que ter a heteronormatividade enraizada em você. [...] Tem uma pessoa que estava lá na fila, tudo certinho, por conta de sobrevivência ela teve que se vestir homem para trabalhar, ela foi cortada do protocolo. Tiraram o laudo dela, por conta disso, porque ela tinha que sobreviver. É desumano.” (Eduardo)

Ainda que na maioria das vezes o atendimento psicológico se configure como uma avaliação diagnóstica e grande parte dos(as) usuários(as) se submetam ao

mesmo apenas porque se trata de uma exigência do Conselho Federal de Medicina, é possível notar que diversas pessoas se beneficiam desse atendimento e utilizam a potência terapêutica desse espaço; nesses casos. Se para alguns, o acompanhamento psicoterápico tem uma função de acolhimento de seu sofrimento psíquico, constituindo um dispositivo de reflexão sobre diversas questões relacionadas à sua vida e para a construção de projetos terapêuticos singulares.

“[O atendimento psicológico] Me ajudou muito. Porque era um momento em que eu estava muito só. Não tive apoio dos meus pais e nem esperava. Eles me disseram: ‘Se é o que você quer, se vira’. E eu me virei, segurei a barra sozinho. Sozinho não, Dra. Miriam que me ajudava, a psicóloga também que eu tinha duas vezes por semana, foi o que me ajudou”(Cristiano)

“Tem hora que penso assim continuar na terapia, continuar indo ao hospital [mesmo após a cirurgia]. [...] Eu sinto [necessidade de continuar frequentando a psicoterapia]. Eu falei para o Dr. Cristiano [psiquiatra] que eu não queria deixar de ir e ele falou que eu não precisava deixar de vir e ele disse que eu podia continuar vindo, mas infelizmente eu assumi outros compromissos e é complicado sair e ir até lá.[...] Então quer dizer, me toma muito tempo, mas eu sinto necessidade de vez em quando de estar em contato com o meu eu real, porque ainda existe o teatro, ainda é um teatro.”(Nair)

A partir dos relatos, é possível afirmar que se, por um lado, a busca por assistência médica por sujeitos que desejam a alteração do sexo é vivenciada como um processo marcado por obstáculos e resistências, por outro é inegável o benefício que o acesso a saúde promove para estas pessoas. Nota-se que, embora o atendimento seja mediado por concepções medicalizadoras e normativas que exigem, como afirma Bento (2006, p. 61), uma “assepsia” das performances dos candidatos para garantir a realização das modificações corporais, esta população sente-se acolhida e de, alguma maneira, exercendo sua cidadania. Nesse sentido, a construção de serviços assistenciais e a formalização do Processo Transexualizador no SUS podem ser consideradas conquistas significativas pelo seu caráter de inclusão social. Todavia é necessário ainda problematizar as práticas vigentes de modo a promover um deslocamento do território da patologização e normalização para o reconhecimento da diversidade da experiência transexual e individualização do cuidado.

3 REFLEXÕES CRÍTICAS SOBRE O TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GÊNERO E O DEBATE ATUAL SOBRE A DESPATOLOGIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE

3.1 Transexualidade e normas de gênero

A partir de uma revisão do cenário no qual a transexualidade emergiu como condição reconhecida no século XX, é possível perceber que sua história científica e cultural foi analisada sob escopos diversos que trazem em comum dois aspectos: o surgimento de uma nova combinação entre sexo, gênero e sexualidade, e o avanço tecnológico que tornou viável a mudança cirúrgica do sexo. Nota-se que, se por um lado, há uma compreensão de que a definição da condição transexual resulta de novas concepções sobre o sexo e da determinação de uma identidade de gênero para cada indivíduo, de outro há um entendimento de que tais inovações são resultado do avanço tecnológico alcançado nesse período que imprimiu um novo discurso sobre o sexo no campo médico e social.

Com base no trabalho de Meyerowitz (2002), verificou-se que a noção de sexo começou a mudar na primeira metade do século XX, a partir do debate público e científico sobre seus limites e características. O sexo deixou de ser apenas uma forma de categorizar mulheres e homens e passou a incluir em sua definição outros aspectos como traços, atitudes, comportamentos e práticas sexuais. Novas categorias, como sexo biológico, gênero e sexualidade, se constituíram e uma distinção entre sexo físico e sexo psicológico passou a justificar a diversidade de comportamentos e identificações de gênero cruzadas tornando mais “aceitável” a demanda de alteração de sexo visto que o sexo psicológico seria imutável. Nesse sentido, para essa autora, o reconhecimento da transexualidade como categoria específica foi resultado de uma nova compreensão dos conceitos de sexo e gênero a partir de perspectivas inovadoras sobre a determinação e diferença entre os sexos e de crescentes discussões sobre as bases biológicas e sociais do gênero e da sexualidade.

Sob outra perspectiva, que toma como ponto de partida a viabilidade tecnológica para mudança de sexo no século XX, Bernice Hausman (1995) afirma que o desenvolvimento tecnológico da medicina teve um papel fundamental para que a mudança de sexo se tornasse uma medida aceitável para transexuais. Em suas análises, destaca-se a compreensão de que o reconhecimento da transexualidade, e conseqüentemente, da demanda por redesignação sexual, se desenvolveu na dialética entre a viabilidade tecnológica e a padronização de um discurso que fixa uma identidade de gênero para cada sexo, o que tornou essa condição estável e uma questão médica. Nesse sentido, atrela a emergência da categoria transexual ao desenvolvimento da tecnologia somado ao paradigma da identidade de gênero que quando não estabelece uma coerência com o sexo biológico é interpretada como uma desordem.

Ainda que os avanços científicos e mudanças culturais tenham impulsionado a emergência da transexualidade no século XX, a apropriação médica desta condição está intimamente relacionada à normatividade sexual constituída na Modernidade. Nota-se que o reconhecimento formal dessa experiência coincide com a separação entre sexo físico e psicológico e com a viabilidade tecnológica para a alteração da anatomia, ao mesmo tempo, sua definição como uma desordem psiquiátrica está atrelada a práticas discursivas fundamentadas em um dimorfismo sexual no qual o sexo seria natural e o gênero construído socialmente, fixando modelos de identidade nos quais se pressupõe uma coerência entre os dois aspectos, sexo e gênero.

Ao retomar historicamente as noções de sexo, gênero e identidade, é possível afirmar, apoiando-se em Foucault (1988), que o sexo não é um fenômeno natural, nem um atributo do corpo, mas sim um dispositivo resultado de regulações sociais e culturais que tem como conseqüências o estabelecimento de parâmetros de normalidade e a instituição de categorias para definir as identidades sexuais. As significativas mudanças na concepção da diferença sexual que aconteceram na Modernidade permitem perceber que o modelo essencialista da diferença sexual diz respeito a uma construção cuja conseqüência foi a instauração de uma matriz binária heterossexual e reprodutiva, que impõe, de forma correlata, o alinhamento entre a anatomia e a identidade de gênero.

[...] A sexualidade é nome dado a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder. (Foucault, 1988, p. 100).

Na atualidade, essa compreensão naturalizada de uma continuidade imediata entre sexo e gênero vem sendo largamente problematizada por alguns autores, como a filósofa estadunidense Judith Butler, a partir de uma crítica a esse modelo binário heterossexual e à concepção de uma identidade estável. Nesse panorama, o que está em pauta é uma discussão a respeito da distinção fundamental entre sexo-biológico e gênero-cultural e, conseqüentemente, da normatividade própria às matrizes de gênero.

Segundo Butler (1993, 2003, p. 24), ainda que a morfologia dos sexos remeta a uma binaridade, o gênero não deve ser reconhecido dessa mesma maneira ou como um simples reflexo do sexo anatômico, pois isto o torna tão fixo e pré-determinado quanto os aspectos biológicos. Fundamentada no pensamento de Foucault, critica também a idéia de sexo como um predicado natural, considerando a importância de se questionar a atribuição de um caráter imutável ao mesmo. A autora não trata o sexo como algo pré-discursivo que é interpretado culturalmente e sobre o qual se constrói artificialmente o gênero, mas é algo produzido e tão construído quanto este último; resultado de uma norma cultural reiterada continuamente que serve para estabilizá-lo³⁹. Nessa perspectiva, sexo e gênero seriam efeitos de práticas reguladoras que governam a materialização dos corpos e possibilitam sua inscrição no campo da inteligibilidade cultural.

O "corpo" é em si mesmo uma construção, assim como o é a miríade de "corpos" que constitui o domínio dos sujeitos com marcas de gênero. Não se pode dizer que os corpos tenham uma existência significável anterior à marca do seu gênero." (Butler, 2003, p. 27)

Mas de que práticas reguladoras está se falando? De acordo com Butler (2003, p. 38), as práticas reguladoras são aquelas que, ao materializar os sistemas de sexo-gênero, constituem e mantêm identidades inteligíveis. Em outras palavras,

³⁹ Outro aspecto que Butler introduz é a noção de performatividade de gênero, pensando as normas reguladoras do sexo trabalhando de um modo performativo para constituir a materialidade dos corpos e, mais especificamente, para materializar o sexo destes, para materializar a diferença sexual a serviço da consolidação do imperativo heterossexual. A compreensão da performatividade não como um ato pelo qual o sujeito se torna o que ele/ela nomeia, mas como este reiterativo poder do discurso para produzir o fenômeno que regula e obriga.

identidades que conservam relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo a partir de determinadas normas de gênero. Nessa perspectiva, para a autora são as práticas humanas que tornam possíveis espectros de descontinuidade e incoerência em relação às normas existentes, viabilizando um território de exclusão e a noção de que há um “verdadeiro sexo”⁴⁰.

Vale destacar que tal noção de regulação deriva diretamente da teoria foucaultiana do poder. Para Foucault (1997, 2004, 2008), ao utilizar práticas e discursos disciplinares na gestão do corpo social – a população - e determinar a individualização das pessoas, o poder produziu uma normatividade que atua de forma imanente na cultura e estabelece fronteiras entre o normal e o anormal, entre o inteligível e o ininteligível; funcionamento que Foucault denominou de *biopoder*. O conceito de biopoder se define em oposição ao de *poder soberano* que está baseado na repressão sistemática e em uma “tecnologia” social mais complexa.

Nessa perspectiva, o poder é concebido ao mesmo tempo como algo externo que exerce uma pressão sobre o sujeito como aquilo que torna viável sua condição de existência, por delimitar a trajetória do desejo (Butler 1997, p. 12). Através da produção de discursos reguladores, normas sociais são operadas e passam a constituir as subjetividades e os ideais reguladores que definem modelos identitários; a partir de um padrão de normalidade estabelecido. Esse tipo de poder regulador opera sobre normas culturais e sociais, incluindo, com destaque, o gênero (Butler 2004, p. 41).

Contra-pondo-se a visão foucaultiana descrita, Butler (2004, p. 41) não considera que o gênero esteja submetido a um poder regulador, mas sim que ele (o gênero) é em si mesmo uma norma; ou seja, institui seu próprio regime disciplinar. Para a autora, as regulações do gênero tratam de algo ainda bem mais amplo que o processo ou os dispositivos – instrumentos legais - pelos quais um sujeito é reconhecido: as normas operam as regulações do gênero, algo que excede o sujeito, o que é mais que uma força externa (de qualquer natureza) de regulação que age sobre ele. Butler considera que regulação e gênero não podem estar

⁴⁰ Segundo Foucault (2004, p. 83), as teorias biológicas da sexualidade, as condições jurídicas do indivíduo e as formas de controle administrativo dos Estados modernos do século XVIII, promoveram uma gradual recusa da idéia de mistura dos dois sexos em um só corpo e restringiram a livre escolha pela identidade sexual daqueles indivíduos que apresentavam algum tipo de ambiguidade por entender que “as fantasmagorias da natureza podem servir aos abusos da libertinagem”. Nesse sentido, passou a existir uma exigência de definição sexual com base na natureza na qual a Medicina tinha a função moral de diagnosticar o único e verdadeiro sexo dos indivíduos, principalmente, quando o mesmo estava encoberto pelas formas do sexo oposto ou sob aparência confusa, tal como a hermafrodita Herculine Barbin.

separados e que a regulação não é anterior ao gênero: “o sujeito gendrado, só passa a existir na medida de sua própria sujeição às regulações” (Arán e Peixoto Jr., 2007, p. 132).

Diante do exposto, é possível perceber que as regulações do gênero seriam uma modalidade específica de regulação que constitui a subjetividade e governa a inteligibilidade social reconhecendo algumas práticas e ações como inteligíveis e excluindo outras a partir de uma matriz binária, por definição heterossexual. Nota-se que para Butler (2004) sexo e gênero são produtos de uma prática reguladora que constitui e controla os corpos propondo que a norma corporal é assumida, sendo a materialização do sexo um processo e não uma condição estática de um corpo. Nesse sentido, sugere que não há puramente uma essência – sexo - nem puramente uma construção social – gênero, mas sim um dispositivo regulador por meio do qual conceitos normativos de masculino e feminino são produzidos e materializados.

“Desta forma, a nomeação do sexo é um ato performativo de dominação e coerção que institui uma realidade social através da construção de uma percepção da corporeidade bastante específica. A partir dessa perspectiva pode-se entender que o gênero é uma ‘identidade tenuamente construída através do tempo’ por meio de uma repetição incorporada através de gestos, movimentos e estilos” (Arán e Peixoto Jr, 2007, p. 134).

Nota-se, que a configuração de uma normatividade ao determinar um lugar social para cada sexo, atrelou a inteligibilidade a um conjunto de regulações sociais, de modo que aqueles que não se sujeitam às mesmas não adquirem materialidade e estão excluídos do campo da inteligibilidade cultural (Butler, 1993).

Nesse contexto, onde a sujeição a regulações sociais e a coerência entre sexo e gênero, e ao mesmo tempo constituem subjetividades e governam a inteligibilidade social, é possível pensar que a descrição de uma experiência de não pertencimento ao sexo biológico, tal como a condição transexual, denotaria uma exclusão do território de inteligibilidade, por não estar sujeitada ao poder. Nesse raciocínio, Butler definiu a transexualidade como o que seria *abjeto*⁴¹: a

⁴¹ Em sua argumentação, Butler relaciona o processo de assumir um sexo com a questão da identificação e com os efeitos do imperativo heterossexual no discurso, isto é, como esta força permite algumas identificações sexuadas que determinam a constituição do sujeito e forçai e/ou nega outras compondo uma matriz de exclusão. Afirma, assim, que há uma restrição subjetiva relacionada à matriz cultural na construção da subjetividade que proporciona a formação de um domínio exterior no qual estão incluídos aqueles que não são sujeitos, ou melhor, que são abjetos. Estes, por sua vez, formam o exterior constitutivo para o domínio do sujeito, um exterior abjetado, que está “dentro” do sujeito como seu próprio repúdio fundador (Butler, 1993). Deste modo, em seu entendimento a constituição do sujeito se faz a partir de um repúdio que produz um domínio de abjeção e proporciona a “identificação com o fantasma normativo do sexo”.

transexualidade como uma patologia ganha a possibilidade de deslocamento do campo do impensável, pela inclusão no domínio da inteligibilidade cultural

A reflexão sobre os efeitos da categorização sexual sobre a identidade do sujeito indica que a transexualidade denota, de forma radical, a operação de normalização que coloca a impossibilidade de seu reconhecimento, pelo fato de não se encaixar em nenhum dos dois modelos vigentes de identidade sexual. Assim, é possível levantar a hipótese de que o diagnóstico de *Transtorno de Identidade de Gênero* tem como função incluir a condição transexual na inteligibilidade cultural, de modo que a mesma possa ser reconhecida ainda que sob o signo da doença (Murta, 2007).

Assim, é possível afirmar que o Transtorno de Identidade de Gênero resulta de práticas reguladoras que ao mesmo tempo em que contribuíram para o reconhecimento da experiência transexual e atendimento de demandas específicas colaboraram para a sua compreensão patologizada para que a mesma pudesse estar incluída no domínio da inteligibilidade cultural (Butler, 1993). Nesse sentido, a definição da transexualidade como desordem psiquiátrica seria uma atualização das normas de gênero, não sendo questionado se há algo de errado com elas ou problematizado quais são as condições que possibilitam a percepção de desconforto ou pertencimento a um determinado gênero.

Diante disso, é possível considerar que o diagnóstico de transexualismo deve ser discutido sob perspectivas diferenciadas, que levem em consideração a forma singular como essa experiência é vivenciada por cada indivíduo. Uma vez deslocado deste território normativo, no qual a identidade de gênero deve corresponder à anatomia, talvez seja possível repensar a significação da transexualidade como uma desordem e ampliar o campo de discussão sobre a função prática do diagnóstico na formalização da assistência a transexuais.

3.2 O debate atual sobre a despatologização da transexualidade

Embora a transexualidade tenha se consolidado como condição médica no final dos anos 1970, definição que prevalece até os dias de hoje, é possível observar que um novo cenário se configurou para a compreensão dessa experiência. Nos

últimos anos, diversos autores, atores e ativistas se posicionaram criticamente à compreensão patologizada dessa vivência, o que impulsionou a problematização das implicações de se tratar as variações do gênero como anormalidade ou doença mental e introduziu um movimento de defesa pelo direito a autodeterminação do gênero e pela despatologização⁴² da transexualidade.

Um primeiro eixo de discussão nesse contexto é o debate crítico, no campo acadêmico, sobre as referências utilizadas na construção dessa categoria nosológica. Como demonstra Butler (2004), ainda que muitos autores levem em consideração a função estratégica da compreensão patologizada da transexualidade – no sentido de garantir o acesso ao sistema de saúde e à cidadania -, a partir da análise das teorias e dos discursos que definiram essa condição como um transtorno, passou-se a questionar tal concepção e a real necessidade de mantê-la nos manuais diagnósticos como uma desordem mental.

De acordo com Arán (2006), entre as diversas teorias que abordam a transexualidade, como a sexologia, a psiquiatria e em parte a psicanálise, haveria um consenso na definição dessa condição como uma patologia devido a uma incoerência entre *sexo* e *gênero*. Para a autora, a definição do transexualismo como um “transtorno de identidade” é definida a partir de uma não conformidade entre *sexo* biológico e *gênero* e da necessidade de adequação dos corpos ao sistema classificatório binário heterossexual produzido na modernidade, que baseado em uma concepção normativa dos sistemas de *sexo-gênero*, “se converte em sistema regulador da sexualidade e da subjetividade”. Portanto, por não se encaixar em nenhum dos modelos propostos de identidade sexual de acordo com as práticas discursivas do século XIX, que impuseram um modelo de sexualidade binário, é possível observar que restou exclusivamente à transexualidade ocupar o espaço que foi aberto pela psiquiatrização da homossexualidade, isto é, o de uma patologia da identidade sexual (Murta, 2007).

Como já mencionado nesse trabalho, a premissa de que existe um modelo ontológico da sexualidade foi bastante problematizada por alguns autores como Michel Foucault e Judith Butler que afirmam, respectivamente, que o dispositivo da sexualidade deve ser compreendido através dos mecanismos de poder e saber que

⁴² Segundo Coll-Planas (2010, p. 15), patologização é o processo pelo qual a transexualidade se classifica como um transtorno mental que requer tratamento psiquiátrico.

lhes são intrínsecos, e que sexo – homem, mulher – não é um simples fato ou uma condição estática e sim “uma construção ideal forçosamente materializada através do tempo” (Butler, 1993). De acordo com Butler (1993), sexo não é algo apenas definido pela natureza, fundamentado no corpo orgânico, biológico e genético, e *gênero* não se refere puramente a uma construção histórica e social. Em sua concepção, as normas reguladoras materializam os sistemas de *sexo-gênero* estando o processo de assumir um sexo relacionado com a questão da identificação, que sofre diretamente os efeitos do imperativo heterossexual. Portanto, ser “sexuado” é estar submetido a um conjunto de regulações sociais, as quais constituem uma norma que norteia uma inteligibilidade e uma coerência entre sexo, *gênero*, prazeres e desejos por intermédio dos quais a identidade é reconhecida e substancializada (Corrêa, 1998; Arán, 2006; Butler, 2003).

A partir desse raciocínio, nota-se que a força normativa das identificações sexuadas determina a noção de sujeito, de humano e de possibilidades de vida. Por outro lado, nota-se que, ao mesmo tempo, essa força exclui e/ou nega outras, constituindo um território de abjeção que impossibilita o reconhecimento de algumas formas de vida, tornado-as inviáveis (Butler, 2004). Nesse panorama, condições que estão em desacordo com uma suposta coerência fundamental entre sexo e gênero, tal como a transexualidade, não podem ser compreendidas no interior da inteligibilidade cultural, sendo manifestações que “parecem ser meras falhas do desenvolvimento ou impossibilidades lógicas, precisamente porque não se conformaram às normas da inteligibilidade cultural” (Butler, 2003). Para Butler, elas estão localizadas em um domínio de abjeção que, ao ser repudiado, constitui certos tipos de subjetividades e de identidades de gênero inteligíveis e delimita os contornos do normal e do patológico.

Através desta operação de exclusão inclusiva se delineia a noção de que a transexualidade é uma patologia, o que parece ser a única forma da mesma ser reconhecida ou, nos termos de Butler, se tornar uma *forma de vida viável* de acordo com as normas de gênero. Nesse contexto, a definição da condição transexual como doença serviria como um recurso de deslocamento do campo do impensável, passando a ser uma possibilidade de reconhecimento no campo da inteligibilidade cultural (Murta, 2007). Esse fato pode abrir também espaço para a inauguração de algo relativamente novo, com uma maior possibilidade de vida, visto que as normas sociais são socialmente articuladas e mutáveis e o gênero é algo em um contínuo

refazer cujo significado depende de uma estrutura normativa que o produz e de uma repetição contínua para sua articulação social (Butler, 2004).

Paralelamente e inspirado na discussão promovida pelo campo acadêmico que aponta que a definição patologizada da transexualidade está relacionada a uma inadequação às normas de gênero, a partir da década de 1990, o movimento social iniciou um processo de problematização dessa questão (Califia, 2003). Nesse contexto, ativistas trans associados a acadêmicos passaram a defender a idéia de que a medicalização e a normatização de condutas desviantes delimitam uma identidade transexual universal e se posicionaram criticamente frente ao potencial estigmatizante e discriminatório do Transtorno de Identidade de Gênero impulsionando um movimento em prol da despatologização da transexualidade.

Ainda que seja possível identificar, ao longo das duas últimas décadas, a publicação de textos oriundos do movimento social que se colocam contra a psiquiatrização⁴³ da transexualidade, principalmente nos EUA e alguns países europeus, o ápice da mobilização em favor da retirada do caráter patológico dessa condição ocorreu em 2009, a partir de uma campanha internacional denominada *Stop Trans Pathologization – 2012* (STP-2012). Essa campanha foi motivada pela atual revisão do DSM IV-R e coordenada pela Rede Internacional pela Despatologização Trans⁴⁴, cujo objetivo principal é reivindicar a retirada do Transtorno de Identidade de Gênero dos manuais diagnósticos psiquiátricos. Essa mobilização promoveu manifestações ao redor do mundo que, ao evidenciar as conseqüências da compreensão da transexualidade como desordem mental, repudiaram o controle médico sobre as identidades de gênero e defenderam o direito a autodeterminação (Rede Internacional pela Despatologização Trans, 2009).

Ativistas trans de todo o mundo, de diferentes continentes e cidades, mais uma vez sairemos às ruas para exigir a despatologização trans com o seguinte lema 'As identidades trans não são uma doença'. Denunciemos que, ainda hoje, no século XXI, as identidades trans, transgêneros, transexuais, travestis ainda sejam 'incongruência de gênero' ou 'desordem travesti' no recém publicado projeto do DSM V. Exigimos a exclusão dos transtornos de identidade de gênero dos manuais internacionais de doenças (DSM e CID) e lutemos pelo direito de decidir

⁴³ Segundo o Manifesto da Rede Internacional pela Despatologização da Transexualidade (2009) "psiquiatrização" refere-se a prática de definir e tratar a transexualidade sob o estatuto de transtorno mental.

⁴⁴ Segundo Missé e Coll-Planas (2010), este movimento optou por utilizar o termo "trans" não como sinônimo de "transexual" mas como uma alternativa para modificação do paradigma médico que definiu o conceito de transexual. Outro justificativa que destacam para a utilização desse termo é a possibilidade de englobar todos os grupos que fazem parte desse coletivo transexuais, transgêneros e travestis sem ter que explicitar as divisões internas que existem no coletivo trans.

autonomamente sobre nossos próprios corpos. (Rede Internacional pela Despatologização Trans, 2009, tradução nossa)⁴⁵

No que se refere à discussão sobre a definição da condição transexual como um transtorno, é possível observar, segundo este movimento, que a psiquiatrização da transexualidade reflete uma confusão entre identidades e corpos não normativos com uma condição patológica dos mesmos. Em sua argumentação, a classificação médica dessa vivência reproduz um paradigma binário dos sexos que pressupõe um sofrimento mental em função do desacordo entre sexo e gênero. Nessa perspectiva, para a Rede Internacional de Despatologização Trans (2009) o diagnóstico de transexualismo é uma definição problemática: ao mesmo tempo que patologiza a identidade de gênero de pessoas trans torna invisível a violência social a que estão submetidos aqueles que não estão adequados às normas de gênero e, conseqüentemente, vela a transfobia inerente a esse diagnóstico.

Outra questão levantada por esta mobilização refere-se ao caráter de controle e normalização dos procedimentos atuais de atenção aos sujeitos que vivenciam a transexualidade⁴⁶. De acordo com esses ativistas, a necessidade de uma avaliação psiquiátrica e o acompanhamento regular de candidatos a modificação corporal do sexo impõe uma adaptação a modelos tradicionais de masculinidade e feminilidade, o que além de excluir a diversidade dessa experiência, revela uma obstrução ao direito à autodeterminação. Nesse sentido, reivindica-se o direito de acesso aos serviços de saúde e à modificação do nome e sexo no registro civil independente de qualquer avaliação médica ou alteração das características sexuais e a reformulação dos programas assistenciais destinados a essa população⁴⁷.

⁴⁵ O texto em língua estrangeira é: "Activistas trans de todo el mundo, de diferentes continentes y ciudades, volvemos a salir a la calle para demandar la despatologización trans, bajo el lema 'Las identidades trans no son una enfermedad'. Denunciamos que aun hoy, en pleno siglo XXI, las identidades trans, transexuales, transgénero, travestis sigan presentes como 'incongruencia de género' o 'trastorno de travestismo' en el recién publicado borrador del DSM-5. Exigimos la descatalogación de los trastornos de identidad de género de los catálogos internacionales de enfermedades (DSM y CIE) y luchamos por el derecho a decidir con autonomía sobre nuestros propios cuerpos."

⁴⁶ O manifesto da Rede Internacional de Despatologização Trans também contempla questões relacionadas a retificação do sexo em condições intersexuais. Todavia, no presente estudo, optou-se por contemplar apenas questões relativas a transexualidade.

⁴⁷ Outras demandas incluídas no manifesto são: a garantia de acesso ao trabalho e a execução de políticas específicas que combatam a marginalização e discriminação desse grupo, a concessão de asilo político a pessoas trans imigradas em função de situações de extrema violência em seus países de origem e o fim da transfobia.

Vale destacar que nessa discussão relativa ao direito a autodeterminação, além da forte influência do pensamento acadêmico que faz uma crítica ao sistema binário e normativo, o discurso do movimento social coincide com aquele produzido no campo dos direitos humanos que reafirma o direito a livre expressão das identidades de gênero e defende a despatologização da transexualidade. Como demonstra Suess (2010, p. 38), em consonância com declarações como os Princípios de Yogyakarta (2007) e o Informe Direitos Humanos e Identidade de Gênero de Thomas Hammarberg (2009), entre outros, a definição da transexualidade como um transtorno mental é identificada como um obstáculo ao exercício dos direitos humanos; destacando, ademais, o direito de acesso a saúde sem discriminação por identidade de gênero ou orientação sexual. Nessa referência, a identidade de gênero é concebida como um direito humano, de modo que avaliações psiquiátricas ou a realização de procedimentos cirúrgicos para alteração do sexo como condições de acesso a saúde e para o reconhecimento legal da identidade de gênero são consideradas violações ao direito a integridade corporal e a dignidade pessoal.

Toda pessoa tem o direito de ser reconhecida, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei. As pessoas de orientações sexuais e identidades de gênero diversas devem gozar de capacidade jurídica em todos os aspectos da vida. A orientação sexual e identidade de gênero autodefinidas por cada pessoa constituem parte essencial de sua personalidade e um dos aspectos mais básicos de sua autodeterminação, dignidade e liberdade. Nenhuma pessoa deverá ser forçada a se submeter a procedimentos médicos, inclusive cirurgia de mudança de sexo, esterilização ou terapia hormonal, como requisito para o reconhecimento legal de sua identidade de gênero. (Princípios de Yogyakarta, 2007, p.13)

Diante do que foi exposto, é possível observar que no recente debate sobre a despatologização da transexualidade existe uma gama de discursos que, associando reflexões do campo acadêmico, dos direitos humanos e do ativismo social, se contrapõe a concepção psiquiatrizada da condição transexual e problematiza o modelo biomédico de atenção a essa população. Nota-se que a partir do questionamento do binarismo dos sexos, que produz a transfobia e transforma a transexualidade em doença, e da crítica ao regime de autorização médica para a realização de procedimentos para a modificação corporal, entram na discussão, na atualidade, os problemas das violações a direitos fundamentais, como: o livre acesso à saúde, e o prejuízo a autonomia de pessoas transexuais, que passivamente

devem se sujeitar a avaliações psiquiátricas e decisões médicas para levar a cabo seus direitos de reconhecimento como membros do sexo com o qual se identificam.

Nessa perspectiva, como demonstram Missé e Coll-Planas (2010, p.46), é possível afirmar que a defesa da despatologização da transexualidade não se restringe apenas a retirada do Transtorno de Identidade de Gênero dos manuais diagnósticos psiquiátricos, mas coloca em pauta, também, o reconhecimento de homens e mulheres transexuais como responsáveis por seus corpos. Trata-se de assegurar o exercício da autonomia destes sujeitos, de modo que os mesmos possam se posicionar ativamente em seu tratamento, ultrapassando, em muito, a perspectiva de que são objetos de avaliação e intervenção médica. O que está em jogo é o respeito à dignidade das pessoas trans, o reconhecimento da diversidade e o direito à livre expressão do gênero e ao livre acesso a procedimentos de modificação corporal.

Reivindicar a despatologização da transexualidade é apostar em um projeto político que busca reduzir o impacto da cultura e as pressões de gênero na construção do próprio corpo e da própria identidade. (Missé e Coll-Planas, 2010, p. 47, tradução nossa)⁴⁸

3.3 O paradoxo da despatologização da transexualidade e propostas para uma assistência despatologizada

Ao considerar o paradigma normativo que constituiu a transexualidade como uma categoria psiquiátrica no século XX e problematizar o modelo atual de assistência para pessoas transexuais, que impõe uma avaliação psicológica e coloca a cirurgia de transgenitalização como meta terapêutica, acadêmicos e ativistas tem se dedicado, na atualidade, a desconstruir a idéia de que a experiência transexual é uma patologia. Preocupados em garantir o reconhecimento da identidade de gênero de sujeitos que não estão adequados à normatividade sexual e de sua autonomia, defendem o direito à autodeterminação e se contrapõem a qualquer forma de

⁴⁸ O texto em língua estrangeira é: "Reivindicar la despatologización de la transexualidad es apostar por un proyecto político que busca reducir el impacto de la cultura y las presiones de género en la construcción del propio cuerpo y de la propia identidad."

regulação dos corpos ou de psicologização de sujeitos que se identificam com o gênero oposto a seu sexo anatômico.

Ainda que o movimento pela despatologização da transexualidade tenha se fortalecido nos últimos anos e as reivindicações dessa mobilização sejam apoiadas internacionalmente, é possível observar que no debate sobre a eliminação do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero há um campo de tensão complexo entre aqueles que defendem sua retirada dos manuais diagnósticos e aqueles que são a favor de sua manutenção (Butler, 2004, p. 76 e Coll-Planas, 2010, p. 20). Nota-se que, se por um lado, a luta por sua retirada dos manuais diagnósticos psiquiátricos se consolidou como uma reivindicação legítima em favor do empoderamento trans, por outro, esse pleito tem sido alvo de críticas uma vez que para muitas pessoas descartar a definição diagnóstica dessa condição teria repercussões significativas sobre suas vidas.

Uma primeira crítica a proposta de despatologização da transexualidade, refere-se aos efeitos da desclassificação dessa condição como um transtorno mental sobre os sujeitos que se identificam como trans. Para muitos dos ativistas que, na década de 1980, conquistaram o reconhecimento da experiência transexual a partir de sua definição psiquiatrizada e para indivíduos que de fato se percebem como portadores de um transtorno, a patologização da transexualidade é uma referência para se compreender e se autodefinir (Missé, 2010, p. 267). Dessa maneira, para estes grupos renunciar ao diagnóstico significa tanto a perda do sentido dado ao sofrimento que vivenciam, quanto representa um prejuízo a um recurso que utilizaram contra a discriminação visto que a idéia de uma enfermidade desresponsabiliza o sujeito sobre este aspecto de sua vida.

Um segundo ponto que se destaca na crítica ao movimento pela alteração do caráter patológico da transexualidade é a noção de que esta seria uma proposta elitista e autoritária de pessoas que não necessitam realizar modificações corporais por não viverem em contextos transfóbicos. De acordo com Missé (2010, p.268), para aqueles que se contrapõem a esta mobilização, a despatologização é conveniente apenas para uma camada privilegiada que tem acesso a direitos fundamentais, mas não para aqueles que vivem em condições de extrema violência e não tem acesso a saúde, cuja a situação de vulnerabilidade é, ao contrário, aumentada. Nesse sentido, sugerir a retirada da transexualidade dos manuais

diagnósticos psiquiátricos seria impor uma demanda de uma suposta minoria a todas as pessoas que se identificam como trans.

Por fim, a terceira crítica ao movimento pela despatologização da condição transexual, e talvez a mais importante por sua consequência prática, é o risco que esta proposta oferece ao direito de pessoas trans em receber assistência médica. Ainda que muitos indivíduos concordem com os argumentos dessa mobilização e que a definição de transexualismo tenha para eles apenas uma função estratégica, de acesso aos serviços médico e de saúde, muitos consideram que só recebem atendimento em função do diagnóstico. Diante disso, para transexuais que buscam por autorização e subsídios para realizar transformações corporais a eliminação da concepção patologizada de sua condição é percebida como uma ameaça ao acesso à saúde e à cidadania; considerando, portanto, prudente manter o diagnóstico a fim de garantir a realização de modificações corporais no âmbito de cuidados hospitalares adequados e, em particular, no serviço público (Missé, 2009, Butler, 2004).

No que se refere à problematização dos efeitos da exclusão da transexualidade dos manuais diagnósticos psiquiátricos sobre os sujeitos que se identificam com essa definição ou a utilizam como estratégia de reconhecimento social, é possível observar que para os defensores da despatologização há uma interpretação equivocada sobre os objetivos deste movimento. Considerando a delicadeza desta questão, argumentam que sua proposta não pretende atacar a “identidade transexual” ou por em risco direitos já conquistados, mas tem como finalidade desconstruir atitudes discriminatórias contra aqueles que não estão adequados ao modelo clássico de transexualidade e/ou não pretendem adequar seus corpos ao regime normativo (Missé, 2010, p. 268).

Na mesma perspectiva, o movimento pela despatologização se posiciona em relação à crítica recebida quanto ao seu caráter elitista e autoritário. Para esta mobilização partir do pressuposto de que a mesma é uma imposição de um grupo minoritário e não contempla a necessidade de populações vulneráveis está em contradição com as bases de sua proposta. Esta aponta ser a patologização da transexualidade e a fixação de protocolos médicos uma imposição violenta sobre os corpos e a subjetividades trans (Coll-Planas, 2010, p.17). Nessa referência, afirmam que o tratamento deve estar disponível, mas diagnósticos psiquiátricos não podem

ser condição de acesso à saúde ou qualquer outro direito, pois isto sim constitui autoritarismo e cria uma condição de vulnerabilidade e exclusão.

Dito de uma forma mais coloquial, se existem pessoas que querem fazer terapias psiquiátricas que façam, mas isso não implica que todas as pessoas trans estamos obrigadas a passar por elas, nem que os direitos das pessoas trans dependem de um diagnóstico. A diferença fundamental entre o modelo patologizador e o despatologizador é que a patologização da transexualidade, tal como é fundamentada, é inerentemente autoritária e excludente, pois se impõe a todo mundo e exclui a existência de outras experiências possíveis: para ser crível negas as demais identidades. (Missé, 2010, p. 269, tradução nossa)⁴⁹

No tocante ao acesso a saúde, é possível observar que, apesar do temor de muitas pessoas trans em perder seu direito a assistência médica em função da despatologização da transexualidade, existe uma preocupação deste movimento em garantir o direito à saúde dessa população. Embora no discurso em favor da exclusão do diagnóstico de transexualismo esteja evidente a recusa a qualquer regulação médica ou normalização dos corpos, não se pretende eliminar a realização de procedimentos para modificação corporal, como a hormônioterapia e a cirurgia de redesignação sexual, mas sim possibilitar que estes sujeitos tenham acesso aos mesmos cuidados de forma livre e autônoma. Assim, na proposta de retirada do caráter patologizado da transexualidade o que está em jogo não é apenas a modificação da interpretação dessa vivência como um transtorno, mas também a criação de alternativas para uma assistência médica que contemple a diversidade dessa experiência e garanta a liberdade individual de pessoas trans no processo de modificação corporal.

Frente a esse cenário, alguns autores e ativistas tem proposto algumas sugestões no sentido de reformular as condições de acesso à saúde e garantir os direitos fundamentais de sujeitos que se apresentam com identidades de gênero não-normativas. É possível notar um esforço em desvincular a realização de alterações corporais do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero e na construção de novas estratégias que respeitem a diversidade de gênero, a dignidade humana e os direitos civis.

⁴⁹ O texto em língua estrangeira é: "Dicho de una manera más coloquial, si hay personas que quieren seguir terapias psiquiátricas que lo hagan, pero que eso no implique que todas las personas trans estemos obligadas a pasar por ellas, ni que los derechos de las personas trans dependan de un diagnóstico. La diferencia fundamental entre el modelo patologizador y el despatologizador es que la patologización de la transexualidad, tal y como está planteada, es inherentemente autoritaria y excluyente, pues se impone a todo el mundo y excluye que haya otras experiencias posibles: para ser creíble, niega las demás identidades."

Um exemplo disso é a proposição feita por Ehrbar, Winters e Gorton (2010, p. 64) de substituir a nomenclatura e a descrição de “Transtorno de Identidade de Gênero” por uma nova categoria diagnóstica, que descreve o mal-estar do sujeito em função de seu sexo atribuído ou decorrente de sua exclusão social, a “Disforia de Gênero”. Em sua concepção, deslocar os critérios clínicos da noção de identidade incoerente para uma idéia de sofrimento em função de inadaptação social, e da demanda por modificação corporal como uma medida corretiva para uma ferramenta de diminuição desse mal-estar, tornaria essa categoria nosológica mais coerente com a experiência transexual e asseguraria o acesso à assistência médica.

Vale destacar que nessa proposta o mal-estar deve ser concebido como algo relativo à situação atual do sujeito e não deve ser atribuído a qualquer pessoa que vivencia a transexualidade. São consideradas as possibilidades do sujeito estar bem adaptado a seu ambiente social sem necessitar de qualquer acompanhamento médico, os casos nos quais já foram realizadas as modificações corporais e o sofrimento relativo a essa questão se encerrou e situações de “disforia em remissão”⁵⁰ que necessitam de acompanhamento contínuo ou precisam ser reiniciadas após algum evento específico. Nessa perspectiva, a demanda por modificação corporal deixaria de ser o sintoma principal da transexualidade, sendo aceitável a não realização das mesmas ou a realização apenas daquelas que o sujeito julga necessárias para si.

Embora essa recomendação de alteração da definição diagnóstica da condição transexual atenda ao dilema apresentado por algumas pessoas em relação à perda do acesso a assistência médica, é importante considerar as conseqüências da manutenção da associação de um diagnóstico a vivência da transexualidade e ao atendimento de pessoas trans no sistema de saúde. A idéia de uma avaliação médico-psicológica sob outra perspectiva não necessariamente representa uma ruptura com a patologização e, neste caso, pode se converter apenas em outra modalidade de exame da identidade de gênero ou em condição para a realização de modificações corporais. Nesse sentido, como aponta Missé (2010, p. 271), reclassificar o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero como Disforia de

⁵⁰ Segundo Ehrbar, Winters e Gorton (2010, p.173), transtorno em remissão significa que o mesmo já não causa sintomas ou problemas, mas que pode reaparecer caso o tratamento seja interrompido. No caso da transexualidade a especificação “em remissão” teria uma função pragmática pois caso o sujeito não apresente uma disforia significativa naquele momento e/ou necessite de acompanhamento médico após procedimentos de modificação corporal teria seu acesso a assistência garantido.

Gênero é uma boa ferramenta, a curto prazo, para solucionar o acesso de pessoas trans aos serviços médicos e assegurar um tratamento de qualidade. Contudo, em uma perspectiva mais ampla, não atende aos princípios despatologização, pois não desconstrói as normas culturais que constituem as variações de gênero como condições anormais e reitera uma prática terapêutica de normalização para aqueles que não estão adequados às mesmas.

Frente a complexidade dessa questão, a Rede pela Despatologização das Identidades Trans do Estado Espanhol elaborou um Guia de Boas Práticas de atenção à saúde dessa população com o objetivo de orientar a assistência e torná-la coerente com o paradigma da diversidade e autonomia que rege o movimento pela despatologização. Estruturada em torno de sete eixos fundamentais para introduzir uma transformação no modelo atual de atenção, propõe uma avaliação crítica dos parâmetros de atendimento indicados pelo *Standards of Care* (SOC) e inclusão de novas referências para a criação de um modelo assistencial que esteja alinhado com o debate atual sobre a transexualidade e respeito ao contexto no qual se inscreve.

O primeiro eixo deste documento, dedicado ao delineamento do que deve ser considerado como objeto de intervenção na assistência a pessoas trans, pretende esclarecer que o objetivo principal da atenção médica deve ser a criação de condições para melhorar a qualidade de vida do sujeito. Considerando que o modelo tradicional de assistência privilegia a definição da vivência transexual como o problema em si e desconsidera que são as normas de gênero que afetam a vida dessas pessoas, o guia sugere que a intervenção deve estar focalizada nos aspectos que tornam o indivíduo vulnerável à transfobia e comprometem o livre desenvolvimento do sujeito.

No segundo eixo é abordada a importância da despatologização das condições trans para o desenvolvimento de um modelo de assistência mais adequado a essa população. Argumenta-se que para uma boa prática de saúde é necessário retirar o caráter de transtorno da transexualidade e reconhecer que essa experiência é uma das diversas possibilidades que a vida humana apresenta. Nessa referência, a vivência da transexualidade não é algo a ser tratado ou superado a partir de psicoterapia ou através de intervenções corporais como sugere o modelo médico tradicional, mas deve ser interpretado como uma forma de vida digna e viável quando não se está sujeito a uma violência específica como a transfobia.

Nessa mesma perspectiva crítica sobre a interpretação do acompanhamento de transexuais com um objetivo curativo, se configura o terceiro eixo que contempla a questão da medicalização da transexualidade. O guia esclarece que desmedicalizar esta condição não significa renunciar aos procedimentos médicos ou a qualquer tipo de acompanhamento profissional, mas sim deslocar-se do conceito biomédico no qual estas intervenções são interpretadas como uma correção do gênero para uma modalidade de atenção em que técnicas médicas e atendimento psicológico são ferramentas de apoio para aqueles que demandam por elas. Portanto, segundo o guia, uma assistência de qualidade consiste em seguir um modelo desmedicalizado no qual a condição transexual pode ser valorizada e ressignificada como uma experiência possível.

O quarto ponto destacado na proposição de um cenário assistencial mais adequado para pessoas trans refere-se à importância de desconsiderar a intersexualidade como diagnóstico diferencial nos casos em que o sujeito se identifica com o gênero oposto a seu sexo anatômico. A preocupação em descartar problemas orgânicos reitera a pressuposição de que a identidade de gênero é uma expressão da biologia e, conseqüentemente, a idéia de que quando estes não estão alinhados há uma patologia psiquiátrica a ser tratada⁵¹. Assim, considerando que nos manuais diagnósticos há a indicação de avaliações específicas para legitimar a demanda por redesignação do sexo na ausência de condições físicas que a justifiquem, o guia propõe a existência de protocolos de atendimento flexíveis nos quais o diagnóstico de intersexualidade não seja uma justificativa para a realização de procedimentos diferenciados ou obrigatórios.

A partir da idéia de que o que deve ser privilegiado na assistência de pessoas trans é a promoção e o respeito à autonomia, o guia de boas práticas propõe a substituição do modelo atual de avaliação profissional pelo de *acompanhamento*⁵², no qual a tomada de decisão por qualquer procedimento é compreendida como uma competência do usuário. Nesse contexto, a função do profissional é apenas compartilhar desse processo com sujeito através de uma postura crítica frente aos binarismos e às categorias que patologizam a diversidade de gênero, de modo que o

⁵¹ O guia destaca ainda que esta correlação direta entre gênero e anatomia também é utilizada como justificativa para a urgência na retificação do sexo de crianças que nascem com condições intersexuais.

⁵² Grifo nosso.

que seja priorizado não seja a demanda de correção do sistema médico, mas sim a demanda de bem-estar daquele que procura por atendimento.

Nesse mesmo sentido de potencializar a autonomia e abolir a perspectiva de avaliação da assistência médica, o guia de boas práticas sugere também que o acompanhamento não deve ter como simples objetivo a administração de hormônios ou a realização de cirurgias. Em sua proposta, o profissional tem o papel de apoiar o processo de subjetivação do usuário, apresentando outras perspectivas que permitam ao mesmo compreender que a identidade trans é uma entre múltiplas possibilidades de vida. Além disso, recomenda que nesse processo o termo de consentimento informado não deve ser um dispositivo de responsabilização ou precedido de qualquer autorização profissional como uma forma de controle, mas deve ser um instrumento de esclarecimento ao usuário que seu projeto terapêutico é singular e flexível e que pode ser modificado de acordo com suas necessidades.

Tendo em vista que para uma assistência despatologizada não é necessário estabelecer um diagnóstico, por fim, o guia de boas práticas sugere que o acompanhamento dos usuários não precisa ser realizado por um psiquiatra. Se o papel do profissional assistente é auxiliar psicologicamente e socialmente o sujeito caso o mesmo demande por isso, qualquer especialidade que tenha formação equivalente em um campo clínico da psicologia, sexologia⁵³ ou psicoterapia pode exercer essa função desde que sua atuação seja orientada por uma concepção despatologizada da condição transexual. Logo, é um requisito fundamental para a efetivação dessa prática que o profissional esteja atualizado com o debate atual sobre a despatologização da transexualidade e dos estudos de gênero.

Diante do que foi exposto, é possível observar que o modelo assistencial proposto pela Rede Internacional de Despatologização Trans, tem como prioridade assegurar o direito de decisão dessa população sobre os processos de modificação corporal e afirmar a diversidade das expressões de gênero. Com base no fato de que a demanda por intervenções físicas requerem acompanhamento profissional e que, em alguns casos, o sujeito pode estar em sofrimento em função de sua inadaptação social, defende a existência de uma atenção qualificada que não implique em regulação dos corpos ou tentativa de normalização. Nessa perspectiva, despatologizar a transexualidade não significa desmedicalizá-la, mas sim assistir o

⁵³ Há uma ressalva sobre a formação em sexologia que destaca que esta formação deve ter uma perspectiva não patologizante.

sujeito em um regime de autonomia informada no qual o foco principal é seu bem-estar.

Se apenas de constatar a realidade, de ouvir a vontade do candidato, e de explicá-lo suficientemente o processo, suas conseqüências e sua responsabilidade pessoal sobre suas decisões. Ninguém mais tem que acertar ou errar, ninguém mais tem que submeter essa decisão a um processo quase judicial de provas e contra-provas (mas sem defesa); o usuário é quem decide sobre sua demanda já despatologizada, mas medicalizada. (Fernández-Fígarez, 2010, p. 108, tradução nossa)⁵⁴

⁵⁴ O texto em língua estrangeira é: “Se trata solo de constatar la realidad, de oír la voluntad del candidato, y de explicarle suficientemente el proceso, sus consecuencias y su responsabilidad personal sobre sus decisiones. Nadie más tiene que acertar o errar; nadie más tiene que someter esa decisión a un proceso cuasi judicial de pruebas y contra-pruebas (pero sin defensor); el usuario es quien decide sobre su petición ya despatologizada, pero medicalizada”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DE TRANSEXUAIS EM UM MODELO DESPATOLOGIZADO DE ASSISTÊNCIA

A partir da análise da apropriação médica da transexualidade e do modelo atual de assistência a esta população, é possível verificar que a fixação da categoria psiquiátrica de Transtorno de Identidade de Gênero na segunda metade do século XX, possibilitou o reconhecimento social da experiência transexual e legitimou sua demanda por redesignação do sexo. A construção de uma nosografia psiquiátrica do transexualismo somada à viabilidade tecnológica para alteração das características sexuais favoreceu a constituição de espaços formais de atendimento e institucionalizou uma prática assistencial dirigida a este segmento, cujo objetivo principal é a adequação do sexo físico a identidade de gênero.

Ainda que se reconheça a importância da compreensão patologizada da transexualidade para aquisição de direitos de pessoas trans, na atualidade, é possível observar um movimento e demanda em prol da despatologização dessa condição. Sob o argumento de que o diagnóstico de transexualismo tem um caráter normativo e obscurece a transfobia a qual estão submetidos estes sujeitos, acadêmicos e ativistas têm proposto a visibilidade de corpos e identidades não-normativas fora do registro da anormalidade e defendido tanto a resistência à medicalização da identidade de gênero como as pressões por normalização dos corpos (Missé, 2008, p. 5).

Nesse debate, o que está em questão para além da reivindicação de exclusão desta condição do rol de transtornos mentais, é uma crítica ao paternalismo, a vitimização e, principalmente, a necessidade de ajustamento que a definição patologizada da vivência transexual impõe (Missé, 2008, p. 7). Não se trata apenas de recusar um rótulo psiquiátrico, mas também de expor a diversidade dessa experiência e demonstrar que existe uma multiplicidade de subjetividades e sexualidades que não necessariamente vão estar adequadas ao modelo binário dos sexos. Nessa perspectiva, o que se reclama é o direito de autonomia sobre o próprio corpo de modo que a opção por alterações de características físicas e a modificação do nome e do gênero no registro civil não seja algo regulado pela medicina, mas sim uma decisão do próprio sujeito.

Esses grupos têm levantado suas vozes para exigir o direito de decidir sobre seus próprios corpos. Este direito é uma reivindicação dupla. Por um lado se trata de ter o direito a não intervir sobre ele, coisa que o governo não permite se o que queremos é modificar a menção do sexo na documentação uma vez que devemos obrigatoriamente passar por dois anos de tratamento médico. E, por outro se trata de decidir autonomamente sobre as intervenções realizadas em nosso corpo, coisa que não é possível uma vez que devem ser aprovadas por psiquiatras. (Missé, 2008, p. 7, tradução nossa)⁵⁵

Embora o foco da proposta de despatologização seja a renúncia da lógica que impõe um controle psiquiátrico sobre a vivência da transexualidade, como mencionado anteriormente isto não implica em abdicar de direitos conquistados ou desconsiderar a necessidade de atendimento médico por parte de pessoas trans. A assistência médica é uma demanda pertinente desse segmento e, nesse contexto, o que se coloca como um desafio é sua inclusão no sistema de saúde formal não condicionada a um diagnóstico e a reformulação de seus propósitos corretivos vigentes.

Para uma transformação do modelo atual de assistência a transexuais em consonância com os princípios da despatologização, um ponto fundamental a ser contemplado é a necessidade de se retomar o conceito de saúde não como ausência de doença, mas como bem-estar físico, psíquico e social tal como fixado pela Organização Mundial de Saúde. Ao se considerar essa referência, o acesso à assistência médica condicionado à presença de uma patologia deixa de ter sentido e passa a ser admissível uma prática assistencial baseada no mal-estar vivenciado pelo sujeito em função da transfobia. Nessa perspectiva, o atendimento da demanda por modificações corporais não se traduz em um tratamento ou resolução da transexualidade, mas sim em um agenciamento do bem-estar do sujeito e um mecanismo de promoção da saúde.

Outra questão essencial para a efetivação de uma proposta de atenção a pessoas trans que tenha como objetivo primordial a promoção do bem-estar, é o imperativo de mudança de paradigma da compreensão da vivência transexual como um transtorno mental e do cuidado centrado na adaptação dos corpos. Deslocar a

⁵⁵ O texto em língua estrangeira é: “Estos grupos han alzado la voz para reivindicar el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Este derecho es una reivindicación doble. Por un lado se trata de tener derecho a no intervenirlo, cosa que no permite el Gobierno si lo que queremos es modificar la mención de sexo en la documentación puesto que debemos obligatoriamente pasar por dos años de tratamiento médico. Y por el otro se trata de decidir con autonomía sobre las intervenciones que realizamos a nuestro cuerpo, cosa que tampoco es posible puesto que tienen que ser aprobadas por médicos psiquiatras.”

interpretação da transexualidade como um problema em si e incorporar a noção de saúde integral, abre espaço para descrições dessa experiência o que permite ir além da suposta necessidade de ajustamento dessa condição e focalizar a atenção na singularidade de cada sujeito sem que o mesmo tenha que cumprir requisitos diagnósticos ou protocolos assistenciais pré-definidos.

Frente à proposta de um modelo assistencial despatologizado e focado na singularidade dos sujeitos, um terceiro aspecto que se coloca é a importância de criar condições para que os usuários dos serviços possam decidir livremente sobre as intervenções que serão realizadas ou não em seus corpos. Superar a prática atual que segue um regime de avaliação e prescrição em favor do acompanhamento do sujeito a fim de acolhê-lo em suas necessidades individuais desconstrói a desigualdade que há na relação entre o profissional e o paciente o que reduz a vulnerabilidade deste último e favorece seu exercício de autonomia.

Uma versão distinta do processo psicoterapêutico é aquela que o reposiciona como um acompanhamento na redefinição da demanda do sujeito que decide livremente ser assistido. Se trata de ativar um processo de subjetivação que ao respeitar as implicações de apoiar o protagonismo do sujeito e não garantir o resultado (o lugar a que tem que chegar), evita cair em paternalismo, vitimização e o conhecido maltrato institucional, tão escassamente analisado no caso da atenção à pessoas trans. (Fernández, 2010, p.187, tradução nossa)⁵⁶

No caso específico do Brasil, onde existe uma preocupação em reconhecer a diversidade sexual e constitui prioridade o enfrentamento de agravos decorrentes de processos discriminatórios, é possível afirmar que o grande desafio para a efetivação de uma assistência despatologizada a pessoas trans está relacionado à equidade do acesso e ao processo de cuidado. Embora exista um esforço em romper com o modelo biomédico e normativo da transexualidade, é necessário superar ainda a referência da atenção em um modelo patologizado da transexualidade e sua restrição a um único segmento, o de “transexuais verdadeiros”, e deslocar a prática assistencial de uma perspectiva resolutiva que fomenta o imperativo de adequação do sexo físico ao gênero.

⁵⁶ O texto em língua estrangeira é: “Una versión distinta del proceso psicoterapéutico es la que lo resitúa como un acompañamiento en la redefinición de la demanda que realiza el sujeto que decide libremente asistir. Se trata de contribuir a activar un proceso de subjectivación que al respetar las implicaciones de sostener el protagonismo del sujeto y no dar por sentado el resultado (el lugar al que tiene que llegar), evita caer en el paternalismo, la victimización y el conocido maltrato institucional, tan escasamente analizado para el caso de la atención a personas trans.”

No que se refere à manutenção do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero como parâmetro da assistência a transexuais no Brasil, um ponto a ser problematizado é a necessidade do exame psiquiátrico e sua utilização como critério de inclusão ou exclusão nos programas assistenciais. Ao questionar a relação entre a demanda por assistência e a necessidade de confirmação diagnóstica fica colocado um desafio ao reducionismo da descrição psiquiátrica de transexualismo e de seu protocolo de tratamento viabilizando, em tese, um acolhimento singular cujo foco principal são as necessidades do usuário. Nessa perspectiva, o sofrimento vivenciado por pessoas trans pode ser compreendido de forma mais ampla e contextualizada o que permite tanto uma atenção que contempla a multiplicidade da experiência transexual quanto a inclusão de outros segmentos com necessidades semelhantes, como homens transexuais e travestis.

Em relação à necessidade de descentralizar a meta terapêutica da assistência a transexuais da realização de modificações corporais do sexo, uma questão importante a ser discutida é a referência do Processo Transexualizador em um modelo biomédico de cuidado centrado na doença. Uma vez que a proposta dessa política de saúde não se trata de compreender o sofrimento destes sujeitos como uma patologia ou de acolhê-los como simples objetos de intervenção, a resposta a demanda por atendimento não precisa se traduzir em cura ou redução de sintomas. Nesse sentido, o objetivo da atenção não deve ser a pura aplicação de tecnologias duras que procuram apenas restaurar a normalidade, mas sim uma prática clínica na qual o cuidado está centrado na promoção da saúde e da autonomia do usuário⁵⁷.

Além disso, na perspectiva da integralidade, é fundamental levarmos em consideração a especificidade de cada encontro para a elaboração do projeto terapêutico de cada paciente de acordo com seus sofrimentos, suas expectativas, seus temores e seus desejos (Mattos, 2004). Assim, o projeto terapêutico de modificação corporal de sexo deve levar em conta a diversidade e a singularidade das narrativas trans, e que nem todas as pessoas desejam e necessitam os mesmos procedimentos de cuidado (Arán e Murta, 2009).

Diante desses fatos, é possível concluir que se inicialmente o desafio da despatologização da transexualidade parece estar relacionado apenas a uma

⁵⁷ Para mais detalhes sobre a discussão de modelos assistenciais centrados no cuidado e na promoção de saúde ver Merhy (1998) e Silva Júnior, Alves e Alves (2010).

mudança de paradigma que permitiria sua exclusão dos manuais diagnósticos psiquiátricos, a análise mais profunda dessa questão permite constatar que um obstáculo primário a ser superado é o de associar a manutenção dos direitos adquiridos ao caráter patológico atribuído a essa experiência. Incorporar a experiência trans como uma entre múltiplas possibilidades de vida na cultura ocidental é uma tarefa a ser conquistada, mas essencial é extinguir qualquer forma de discriminação e garantir o acesso a direitos fundamentais independente de qualquer condição específica. Sendo assim, é possível afirmar que o grande desafio da despatologização da transexualidade não é tornar essa uma experiência normal, mas sim de possibilitar aqueles que a vivenciam a possibilidade de viver normalmente.

REFERÊNCIAS

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.

ARÁN, Márcia. et al. Transexualidade e Saúde Pública: acúmulos consensuais de propostas para Atenção Integral [online], 2008. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/transexualidadesaude/artigos/artigo005.pdf>. Acesso em dezembro de 2008.

ARÁN, Márcia; LIONÇO, Tatiana. Mudança de sexo: uma questão de justiça para a saúde. *Série Anis: Brasília*, n. 53, p. 1–3, 2007. Disponível em: http://www.anis.org.br/serie/visualizar_serie.cfm?IdSerie=67. Acesso em: set. 2008.

ARAN; Márcia; MURTA; Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescritões da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.19, no.1, p.15-41. 2009.

_____ Pesquisa “Transexualidade e Saúde: condições de acesso e cuidado integral” (CNPq / MS-SCTIE-DECIT). Relatório final. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social / UERJ, 2009. Mimeo. Patrocinado pelo CNPq.

ARÁN, Márcia. MURTA, Daniela. LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1419. Acesso em 30 de dezembro de 2008.

ARÁN, Márcia, MURTA, Daniela, Zaidhaft, Sérgio. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia e Sociedade. ABRAPSO*. Porto Alegre, v. 20, nº 1, p. 70-79, 2008.

ARÁN, Márcia; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. Subversões do desejo: sobre gênero e subjetividade em Judith Butler. *Cad. Pagu* [online], Florianópolis, n. 28, p. 129-147, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332007000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 30 de junho de 2007.

BENEDETTI, Marcos. *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENJAMIN, Harry. *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press, 1966. Disponível em: <http://www.symposion.com/ijt/benjamin/index.htm> >. Acesso em 20 agosto de 2006.

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

BRITO, Clarissa. et al. Ajudando a curar o preconceito: nossos desafios na implantação do ambulatório “Saúde das Travestis” na cidade de Uberlândia-MG.

Rev. Ed. Popular, Uberlândia [online] , v.8, p.168-174, jan./dez. 2009. Disponível em: <www.revistadeeducacaopopular.proex.ufu.br>. Acessado em: jul. 2010.

BUTLER, Judith. *Undoing Gender*. Nova York/Londres: Routledge; 2004.
 _____. *Problemas de gênero*. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
 _____. *The Psychic Life of Power*. Theories in Subjection. Stanford: Stanford University Press; 1997.
 _____. *Bodies that Matter*. On the discursive limits of "sex". New York, Routledge; 1993.

CALIFIA, Pat. *Le mouvement transgenre*. Changer de sexe. Paris: Epel; 2003.

CASTEL, Pierre Henri. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia de "fenômeno transexual" (1910 – 1995). *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v.21, n 41, p.77 – 111, 2001.

CAULDWELL, David O. Psychopathia Transexualis. *International Journal of Transgenderism* [online]. Minnessota, vol.5, n. 2, abr./jun 2001. Disponível em: <http://www.symposion.com/ijt/cauldwell/cauldwell_02.htm>. Acesso em: out. 2006.

COLL-PLANAS, Gerard. Introducció. In: MISSÉ, Miquel. E COLL-PLANAS, Gerard. (Ed.) *El género desordenado*. Críticas em torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Editorial Egales; 2010. p.15 -25.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução no. 1652, de maio de 2002. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução CFM 1482/97. *Diário Oficial da União* 2002, 2 dez. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm > Acesso em: abr. 2005.

_____. Resolução no. 1482, de novembro de 1997. Autoriza, a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários como tratamento dos casos de transexualismo. *Diário Oficial da União* 1997; 19 set. Disponível em : <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482_1997.htm > Acesso em: abr. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/ MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Resolução 196, de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996, 16 out. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm> Acesso em: mar. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Vol. 9, 1ª edição. Brasília: CONASS, 2007.

CORRÊA, Marilena. Sexo, sexualidade e diferença sexual no discurso médico: algumas reflexões. In: LOYOLA, Maria Andrea (org.) *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EdUERj, 1998, p.69-91.

DSM – IV – TR *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Trad. Cláudia Dornelles. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

EHRBAR, Randall; WINTERS, Kelley.; GORTON, Nicholas. Sugerencias para la revisión de los diagnósticos relacionados con el género en el DSM y el CIE. In: ESPANHA. Ley n.3, de 15 de marzo 2007. Reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Boletín Oficial Del Estado 2007, 16 marzo. Disponible em: <<http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/16/pdfs/A11251-11253.pdf>> Acessado em: jan. 2009.

MISSÉ, Miquel. E COLL-PLANAS, Gerard. (Ed.) *El género desordenado*. Críticas em torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Editorial Egales; 2010. p.157 – 176.

FAUSTO-STERLING, Anne. *Cuerpos sexuados*. La política de género y la construcción de la sexualidad. Barcelona: Melusina, 2006.

FERNÁNDEZ, Sandra. Derechos sanitarios desde el reconocimiento de la diversidad. Alternativas a la violencia de la psiquiatrización de las identidades trans. In: MISSÉ, Miquel. E COLL-PLANAS, Gerard. (Ed.) *El género desordenado*. Críticas em torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Editorial Egales; 2010. p. 177 – 196.

FERNÁNDEZ-FÍGAREZ, Kim Pérez. Historia de la patologización y despatologización de las variantes de género. In: MISSÉ, Miquel. E COLL-PLANAS, Gerard. (Ed.) *El género desordenado*. Críticas em torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Editorial Egales; 2010. p. 97 -114.

FISK, NORMAN. Gender dysphoria syndrome. The how, what, and why of a disease. In: Laub, D.; Gandy, P. (Eds.), *Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome*. Palo Alto: Stanford University Press; 1973. p. 7–14.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. O verdadeiro sexo. In: *Ditos e escritos V. Ética, sexualidade e política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 82 - 91.

_____. *Resumos dos Cursos do Collège de France*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

_____. *História da Sexualidade I. A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FRIGNET, Henry. *O transexualismo*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2002.

GREEN, Richard; MONEY, John (Ed.). *Transsexualism and Sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1969.

GREENSON, Ralph. On homosexuality and gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, n. 45, p. 217–219, 1964.

HAMMARBERG, Thomas. *Human rights and gender identity*. Strasbourg: Council of Europe, 2009. Disponível em: < <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1476365> >. Acessado em: dez. 2010

HAUSMAN, Bernice. *Changing Sex: transsexualism, technology and the idea of gender*. Durham: Duke University Press, 1995.

KNORR, Norman; WOLF, Sanford; MEYER, Eugene. Psychiatric evaluation of male transsexual for surgery. In: GREEN, Richard; MONEY, John (Ed). *Transsexualism and Sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1969. p. 271 – 279.

KULICK, Don. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transsexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.19, no.1, p.43-63, 2009.

LOBATO, Maria Inês et al. Transexualismo: Uma revisão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, vol.50, n.11-12, p.379-388, 2001.

LÖWY, Ilana. Intersexe et transsexualités: les technologies de médecin et la separation du sexe biologique du sexe social. In: LÖWY, Ilana; ROUCH, Hélène. *La distinction entre sexe et genre: une histoire entre biologie et culture*. Paris: L'Harmattan, 2003. p. 81 – 104.

MACHADO, Paula. O sexo dos anjos. Representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade. [Tese de doutorado]. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

MATTOS, Ruben. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out 2004.

MERHY, Emerson. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Orgs.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MEYEROWITZ, Joanne. *How sex changed*. A history of transsexuality in the United States. Cambridge: Harvard University Press, 2002.

MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2008.

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

_____. Portaria n. 457/SAS, de 19 de agosto de 2008. Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 de agosto de 2008(b).

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

_____. Portaria nº 880/GM, de 13 de maio de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 de maio de 2004.

MISSÉ, Miquel. Epílogo. In: MISSÉ, Miquel. E COLL-PLANAS, Gerard. (Ed.) *El género desordenado*. Críticas em torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Editorial Egales; 2010. p. 265 – 276.

_____. La lucha por la despatologización trans y perspectivas de futuro del movimiento trans en Barcelona. Fundacion Betiko [homepage na internet], 2009. Disponível em: < <http://fundacionbetiko.org/index.php/es/anos/2009/364-la-lucha-por-la-despatologizacion-trans-y-perspectivas-de-futuro-del-movimiento-trans-en-barcelona>>. Acessado em: nov. 2010.

_____. Argumentos para la descatalogación del trastorno de identidad de género Situación médico-legal y movimiento trans en el Estado español. *Boletín T-Infirma del Secretariado Trans de ILGA* [online], Ano 1, nº10, setembro de 2008. Disponível em:

<http://trans_esp.ilga.org/trans/bienvenidos_a_la_secretaria_trans_de_ilga/biblioteca/articulos/argumentos_para_la_descatalogacion_del_trastorno_de_identidad_de_genero_situacion_medico_legal_y_movimiento_trans_en_el_estado_espanol__1>. Acessado em: dez. 2010.

MISSÉ, Miquel; COLL-PLANAS, Gérard. La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de salud mental* [online], vol. VIII, nº 38, p. 44-55, 2010. Disponível em: <<http://www.ome-aen.org/NORTE/38/44-55%20corr.pdf>>. Acessado em: dez. 2010.

MONEY, John. Sex reassignment as related to hermaphroditism and transsexualism. In: GREEN, Ralph.; MONEY, John. *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1969. p. 91 – 114.

MONEY, John; SCHWARTZ, Florence. Public opinion and social issues in transsexualism: a case study in medical sociology. In: GREEN, Ralph; MONEY, John. *Transsexualism and Sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1969. p. 253 - 266.

MURTA, Daniela. A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero sobre as práticas de saúde. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

OBE, Stephen Whittle et al. *Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care*. Brussels: ILGA-Europe; abr. 2008.

Disponível em: < www.ilga-europe.org/content/download/11039/.../transgender_web.pdf >. Acessado em: maio 2010.

OUDSHOORN, Nelly. *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. Nova Yorque / Londres: Routledge; 1994.

PELÚCIO, Larissa. Toda quebrada na plástica. Corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. *Campos – Rev. de Antropologia Social*, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 97-112, 2005.

_____. Travestis, a (re)construção do feminino: gênero, corpo e sexualidade em um espaço ambíguo. *Revista Antropológicas*, Pernambuco, ano 8, volume 15, n.1, p. 123-154, 2004.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. *Princípios de Yogyakarta*. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. 2007. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acessado em: Nov. 2009.

RED INTERNACIONAL POR LA DESPATOLOGIZACIÓN TRANS. *Manifiesto* [homepage na internet]. 2009. Disponível em: <<http://www.stp2012.info/old/pt/manifiesto>>. Acessado em: Nov. 2009.

RED POR LA DESPATOLOGIZACIÓN DE LAS IDENTIDADES TRANS DEL ESTADO ESPAÑOL. *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud*. 2010. Disponível em: <<http://stp2012.files.wordpress.com/2010/10/stp-propuesta-sanidad.pdf>>. Acessado em: out. 2010.

SILVA JUNIOR, Aluísio; ALVES, Carla; ALVES, Márcia. Entre tramas e redes: cuidado e intergalidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. (Orgs.) *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*, Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 79 – 91.

SINDING, Christiane. Le sexe des hormones: l'ambivalence fondatrice des hormones sexuelles. In: LÖWY, Ilana; ROUCH, Hélène. *La distinction entre sexe et genre: une histoire entre biologie et culture*. Paris: L'Harmattan, 2003. p.39 – 56.

STOLLER, Robert. *A experiência transexual*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

_____. The male transsexual as “experiment”. *International Journal of Psychoanalysis*, Los Angeles, v.54, p. 215 – 225, 1973.

_____. *Sex and Gender*, v.1. Nova York : Science House, 1968.

_____. A contribution to the study of gender identity. *International Journal of Psychoanalysis*, n. 45, p. 220–226, 1964.

SUESS, Aimar. Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos em diferentes campos sociales. In: MISSÉ, Miquel. E COLL-PLANAS, Gerard. (Ed.) *El género*

desordenado. Críticas em torno a la patologización de la transexualidad. Barcelona: Editorial Egales; 2010. p. 29 – 54.

TEIXEIRA, Flávia. Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade. [Tese de doutorado] Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / Universidade Estadual de Campinas, 2009.

_____. Armadilhas da (re)solução: (in)visibilidades na construção do Processo Transexualizador. *Série Anis. Letras Livres* [online]: Brasília, ano 9, n.68, p.1-11, agosto de 2009.

VENTURA, Miriam. Transexualismo e respeito à autonomia: um estudo bioético dos aspectos jurídicos e de saúde da "terapia para mudança de sexo". [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

VENTURA, Miriam; SCHRAMM, Fermin Roland. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, vol.19, no.1, p. 65 – 93, 2009.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH). *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's standards of care for gender identity disorders* (HBIQDA - SOC). Sixth Version, 2001. Disponível em: < <http://www.wpath.org/documents2/socv6.pdf>>. Acessado em: jan. 2009.

ZAMBRANO, Elizabeth. Transexualismo e cirurgia de troca de sexo no Brasil: diálogo entre a medicina e o direito. *Boletín Electrónico Del Proyecto Sexualidades, Salud e Derechos Humanos em América Latina* [online], ano 1, n 4; 2005. Disponível em: <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b4/articulos.htm#1>>. Acesso em: outubro de 2007.

_____. Mudança de Nome no Registro Civil: a questão transexual. In: ÁVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica. *Novas Legalidades e Democratização da Vida Social: família, sexualidade e aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 95 - 112.

_____. Trocando os documentos: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.