



Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista
Latinoamericana
E-ISSN: 1984-6487
mariaglugones@gmail.com
Centro Latino-Americano em Sexualidade e
Direitos Humanos
Brasil

Almeida, Guilherme; Murta, Daniela
Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da
assistência integral à saúde de transexuais no Brasil
Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, núm. 14, agosto-, 2013, pp. 380-407
Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos
Río de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293328000016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.14 - ago. 2013 - pp.380-407 / Dossier n.2 / Almeida, G. & Murta, D. / www.sexualidadesaludysociedad.org

Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil

Guilherme Almeida

Doutor em Saúde Coletiva (IMS/UERJ)
Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social (FSS), UERJ
Rio de Janeiro, Brasil

> gsdealmeida@gmail.com

Daniela Murta

Doutora em Saúde Coletiva (IMS/UERJ)
Pesquisadora do PPGBIOS/ UFRJ,
IMS-UERJ, UFF, Fiocruz (PNPD/CAPES)
Rio de Janeiro, Brasil

> dmurta@oi.com.br

Resumo: O presente artigo tem como objetivo problematizar algumas questões acerca da patologização da transexualidade a fim de provocar a reflexão sobre a possibilidade da sua despatologização no Brasil, mantendo em perspectiva a necessidade de atenção integral à saúde de transexuais. Neste panorama, se para a medicina e as ciências *psi* (psiquiatria, psicologia e psicanálise) a transexualidade constitui uma desordem mental, para alguns autores que discutem as experiências trans, em especial nas ciências sociais e humanas e na saúde coletiva, estas são vivências que colocam em questão as normas de gênero que regem nossos conceitos de sexo, gênero e, no limite, de humano. Todavia, a despeito das críticas acadêmicas e do movimento mundial em prol da despatologização das identidades trans, no contexto brasileiro ainda vigora uma interpretação patologizada destas vivências que não apenas sustenta sua definição como um transtorno psiquiátrico como orienta as políticas públicas destinadas a este segmento.

Palavras-chave: transexualidade; despatologização; políticas públicas; saúde; atenção integral

Reflexiones sobre la posibilidad de despatologización de la transexualidad y la necesidad de asistencia integral a la salud de transexuales en Brasil

Resumen: El presente artículo problematiza determinadas cuestiones en torno de la patologización de la transexualidad. Teniendo en vista la necesidad de atención integral a la salud de transexuales, busca provocar una reflexión sobre la posibilidad de su despatologización en Brasil. Si para la medicina y las ciencias ‘psi’ (psiquiatría, psicología y psicoanálisis) la transexualidad constituye un desorden mental, para algunos autores -que discuten las experiencias trans, en especial desde las ciencias sociales, humanas y desde la salud colectiva- estas son vivencias cuestionadoras de las normas de género que rigen nuestros conceptos de sexo, género y, en último término, nuestra concepción de lo humano. A pesar de las críticas académicas y del movimiento mundial en pos de la despatologización de las identidades trans, en el contexto brasileño rige todavía una interpretación patologizada de estas vivencias que no sólo da sustento a su definición como trastorno psíquico sino que orienta las políticas públicas destinadas a este segmento de la población.

Palabras clave: transexualidad; despatologización; políticas públicas; salud; atención integral

Reflections on the possibility of depatologizing transsexuality and the need for comprehensive health care for transsexuals in Brazil

Abstract: This article discusses issues regarding the pathologization of transsexuality in order to provoke a reflection on the possibility of its depathologization in Brazil, keeping in view the need for comprehensive health care for transsexuals. If to medicine and the *psy* sciences (psychiatry, psychology, psychoanalysis) transsexuality is a mental disorder, for some authors who think about trans experiences, particularly in the social sciences, humanities, and community health, the living experiences of trans persons question the gender norms that govern our concepts of sex, gender and, ultimately, humanity. However, despite scholarly criticisms and the global movement in support of the depathologization of trans identities, in Brazil a pathological interpretation of trans not only sustains its definition as a psychiatric disorder, but also guides public policy towards this segment.

Keywords: transsexuality; depatologization; public policy; comprehensive health care

Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil

*É muito comum transformar-se uma verdade inacreditável
numa mentira perfeitamente assimilável.*
Millôr Fernandes (2002:564)

Apresentação

A transexualidade não é um tema extraordinário no campo de estudos de gênero, mas um tema entre outros que possibilita revisões teórico-conceituais do próprio campo, como as definições do que venham a ser gênero e sexo. Parte majoritária da formulação teórica dos estudos de gênero partiu do pressuposto de que sexo e gênero são domínios distintos, sendo o primeiro um dado biológico/gonodal e o segundo, todo o domínio cultural que se segue a ele (Rubin, 1993:5; Safiotti, 1992:183; Heilborn, 1994:1), ou nas palavras de uma das autoras internacionais de maior influência nos estudos de gênero brasileiro, este consiste em “uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado” (Scott, 1990:4).

Atualmente, tal pressuposto sofreu considerável desgaste e os estudos acerca da transexualidade no âmbito das ciências sociais e humanas tendem a rediscutir a real existência dos conceitos de sexo e gênero. É possível notar entre os teóricos de inspiração *queer* em geral e em outros/as que discutem as experiências trans que a afirmação da existência de um *sexo* que é anterior à cultura é também uma construção cultural e histórica, pois “vincular comportamento ao sexo, gênero à genitália, definindo o feminino pela presença de vagina e o masculino pelo pênis, remonta ao século XIX, quando o sexo passou a conter a verdade última de nós mesmos” (Foucault, 1988:65). Nesta perspectiva, o conceito de dois sexos distintos e opostos, no qual cada um possui uma *psique* característica e em que o comportamento está vinculado à genitália, não é uma percepção que “sempre esteve presente na sociedade”, mas fato construído socialmente para a manutenção de uma determinada ordem econômica, política e cultural (Weeks, 1999:39; Leite Jr., 2012:217). Tal crítica foi formulada em suas bases também por Thomas Laqueur (1987) e reverbera no contexto nacional em autores que discutem experiências trans no âmbito das ciências sociais, como Bento (2008), Pelúcio (2005) e Leite Jr. (2012), entre outros.

Com referência a este modelo crítico, autores que discutem as experiências trans no Brasil, em especial nas ciências sociais e humanas e na saúde coletiva, vêm

tecendo uma compreensão das vivências trans diversa da vigente até este momento. Se para a medicina e as ciências *psi* (psicologia, psiquiatria e psicanálise) a reivindicação de um sujeito de um determinado sexo por reconhecimento social como membro de outro constitui uma desordem mental, para estudiosos como Bento (2008), Pelúcio (2005), Arán, Murta e Lionço (2009), Leite Jr.(2011), entre outros, as múltiplas maneiras de vivenciar a travestilidade e a transexualidade colocam em questão, mesmo que sem intenção, as normas de gênero que regem nossos conceitos de sexo, gênero e, no limite, de humano, explicitando a sua fluidez e a sua transitoriedade (Leite Jr., 2011:220).

Fato é que, apesar das concepções críticas que vêm se consolidando no campo de estudos acadêmicos sobre as experiências trans e, sobretudo, o movimento mundial em prol da despatologização das identidades trans, no contexto brasileiro ainda vigora a interpretação patologizada destas vivências. Embora exista o esforço de alguns setores para romper com o “adoecimento” dos trânsitos entre os gêneros, a compreensão de que a discordância entre sexo e gênero é uma condição anormal e constitui um transtorno psiquiátrico não apenas se sustenta, como orienta as políticas destinadas a este segmento. Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo problematizar algumas questões acerca da patologização da transexualidade a fim de provocar a reflexão sobre a possibilidade da sua despatologização no Brasil, mantendo em perspectiva a necessidade de atenção integral à saúde de transexuais.

Transexualidade como patologia apenas para o discurso biomédico?

Embora o termo *transexual* seja do ponto de vista histórico relativamente recente, a androginia, concebida genericamente como ambivalência sexual, é representada visualmente nas mais variadas culturas artísticas de todos os tempos (Berbara & Fonseca, 2012:3). Desta forma, entre outras, é possível observar que a existência de indivíduos que não podem ser definidos a partir da divisão estrita do mundo entre dois sexos não é de modo algum uma invenção contemporânea.

As questões relativas aos corpos e ao comportamento sexual têm estado por muito tempo no centro das preocupações ocidentais. Se até o século XIX eram, em geral, preocupações da religião e da filosofia moral, a partir desta época passaram a ser foco de atenção generalizada de especialistas da medicina e de reformadores morais (Weeks, 1999:39). O discurso médico e as ciências *psi* (psicologia, psiquiatria e psicanálise) munidos de cientificidade tornaram-se os saberes apropriados e exclusivos para desvendar os mistérios que levam uma pessoa de um determinado sexo a reivindicar o reconhecimento social como membro de outro, e o protagon-

nismo destas ciências na questão delimitou uma fronteira entre o normal e o patológico no campo das identidades sexuais.

Nesse contexto, teve início a construção de uma semiologia dos comportamentos e das identidades sexuais que, entre outros parâmetros, estabeleceu a necessidade de uma compatibilidade entre a identidade de gênero e a anatomia. Trânsitos entre gêneros passaram a ser interpretados como doenças e, neste sentido, pessoas que se identificavam como membros do sexo oposto a seu sexo biológico tornaram-se objeto exclusivo da medicina (Bento, 2008:15). Na atualidade, a transexualidade é classificada como um *transtorno de identidade de gênero*¹ e define-se como principal recurso terapêutico para ela a adequação cirúrgica da anatomia ao gênero.²

Ainda que estas definições reiterem o caráter de anormalidade atribuído às experiências trans e se constituam um vetor de patologização e estigma que tem consequências práticas sobre a vida destas pessoas, não é possível ignorar os aspectos positivos da visão hegemônica da transexualidade como “disforia de gênero”, inclusive para algumas pessoas que vivenciam esta condição. O principal destes aspectos é a associação entre patologia e terapêutica que passou a ser concebida como acesso a modificações corporais. Em outras palavras, isto significou a possibilidade histórica de afirmar que transexuais permanecem inscritos na esfera da psiquiatria, mas sua terapêutica passa pelo reconhecimento de problemas físicos que se tornam assim reversíveis, elemento também presente nos discursos de algumas pessoas transexuais.

Foi progressista o estabelecimento deste consenso médico de que o que deveria

¹ Em dezembro de 2012, a Associação Americana de Psiquiatria (APA), principal difusora da expressão “transtorno de identidade de gênero” em revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) e por força da crescente campanha do ativismo trans internacional expresso na campanha “Stop Trans pathologization”, deixou de classificar a transexualidade como “transtorno de identidade de gênero”, substituindo o termo por “disforia de gênero”. Trata-se de uma solução intermediária destinada a não mais considerar os/as transexuais como portadores de uma doença mental. O termo “disforia”, embora goze de maior legitimidade por parte dos/as próprios/as transexuais, não despatologiza completamente a questão, como é o desejo dos proponentes da campanha. Para maiores informações sobre o conteúdo da campanha, conferir a página eletrônica <http://www.stp2012.info/old/pt>. No Brasil, entretanto, não é ponto pacífico entre pessoas transexuais a defesa da despatologização. Entre os/as que a rejeitam assomam argumentos relacionados à lógica de acesso de transexuais ao SUS (que na visão de alguns pode ser comprometida pela despatologização) tanto quanto outros argumentos que são reiterativos do caráter patológico da experiência.

² Em decorrência disso, o Conselho Federal de Medicina (CFM) considera que o “paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição ao fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio, sendo legítimo em função disto o recurso à cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários, com o propósito terapêutico específico de adequação ao sexo psíquico”.

ser modificado era o corpo dos sujeitos e não sua psique, porque ele tornou cognoscível e retirou do espectro da absoluta loucura os indivíduos que alegavam “ter nascido no corpo errado”, permitindo a diminuição de incidência do tratamento psiquiátrico que desrespeitava os direitos mais elementares destas pessoas, além de ter lançado as bases para a realização das modificações corporais que constituem de fato a meta e a única possibilidade de sobrevida digna para muitas pessoas trans.

A compreensão de transexualidade que vem sendo tecida de algum tempo para cá por teóricos das ciências sociais procura encontrar seus significados contemporâneos, percebendo-a como fenômeno histórico e cultural. Nesta perspectiva, Leite Jr., em seu entendimento, recupera aspectos do contexto histórico de emergência deste conceito:

a transexualidade, como uma categoria distinta, foi criada a partir da década de 1950 do século XX, nos Estados Unidos, onde os três principais estudiosos do assunto, Harry Benjamin, John Money e Robert Stoller, desenvolveram suas pesquisas e teorias. Apenas como referência, é possível dizer que esta nova classificação psicopatológica ganhou repercussão científica mundial através do lançamento do livro de Benjamin, *O fenômeno Transexual*, em 1966.³ No Brasil, pode-se afirmar que a temática da transição entre os gêneros, dissociada de sua associação com a criminalidade ou com a prostituição, e discutida pelos meios de comunicação de massas, deu-se a partir dos anos 80 com o “fenômeno Roberta Close” (2011:205).

Já Bento ressalta que o centro da discussão sociológica da transexualidade não deve ser buscado nos indivíduos, mas nas relações de gênero:

a transexualidade é uma experiência identitária caracterizada pelo conflito com as normas de gênero. Essa definição confronta-se com a aceita pela

³ Na década de 1950 foram publicados os primeiros artigos que registram e defendem a especificidade do “fenômeno transexual”, tendência intensificada ao longo das décadas de 1960 e 1970 no cenário internacional. Tal literatura buscava indicadores que sugeriam onde buscar o diagnóstico que diferenciasse transexuais de gays, lésbicas e travestis. Destacou-se o livro do endocrinologista Harry Benjamin, que forneceu as bases para se diagnosticar o “verdadeiro transexual”. Além disso, ele defendia de forma pioneira a transgenitalização como a única alternativa terapêutica possível para que as pessoas transexuais evitassem o suicídio. Tal posicionamento se contrapunha ao dos profissionais de psicologia, psiquiatria e psicanálise, sempre reticentes em relação às intervenções corporais como alternativas terapêuticas, consideradas (ainda hoje) por muitos psicanalistas como mutilações (cf. Bento, 2008:75-76). Se, por um lado, as teorias de Benjamin circunscrevem as experiências trans ao essencialismo biológico/corporal, ao considerá-las expressões de “enfermidades”, por outro lado, elas puseram em questionamento a circunscrição dessas experiências ao âmbito *psi*.

medicina e pelas ciências psi que a qualificam como uma “doença mental” e a relacionam ao campo da sexualidade e não ao gênero. Definir a pessoa transexual como doente é aprisioná-lo, fixá-lo em uma posição existencial que encontra no próprio indivíduo a fonte explicativa para os seus conflitos, perspectiva divergente daqueles que a interpretam como uma experiência identitária [...] é um desdobramento inevitável de uma ordem de gênero que estabelece a inteligibilidade dos gêneros no corpo (2008:16).

Concordamos com as considerações de Bento, para quem a transexualidade é uma “experiência identitária” (2008:15) e “um desdobramento inevitável de uma ordem de gênero que estabelece a inteligibilidade dos gêneros no corpo” (2008:16). Para a autora, trata-se de uma experiência “caracterizada pelo conflito com as normas de gênero” (2008:15). Vale afirmar, no entanto, que este conflito inicial descrito pelas pessoas transexuais não necessariamente se mantém quando individualmente as pessoas transexuais constroem as condições físicas e sociais para serem reconhecidas no gênero que afirmam para si. Assim, é comum que rejeitem a categoria “transexual” como autodefinidora após esses processos, preferindo ser apenas reconhecidos como “mulheres” ou “homens” e que até rejeitem qualquer proximidade com lutas sociais ligadas ao combate à homofobia e/ou ao sexismo.

A expressão pública cada vez maior de pessoas transexuais no Brasil atual e a possibilidade de acesso às suas narrativas nos têm levado a acreditar que para muitas/os o conflito existe, mas ele não é necessariamente um conflito com as normas de gênero, mas sim com *o gênero que foi imposto e com a impossibilidade de trânsito identitário*. É fato que existem mulheres e homens que protagonizam experiências trans que tendem a tecer críticas às assimetrias e às hierarquias de gênero existentes na sociedade, bem como à própria conformação binária dos gêneros, contudo, não parece que isso possa ser generalizado.

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

sociais não são questionadas quanto à forma binária de constituição dos gêneros – são os indivíduos que precisam mudar.

É possível observar posicionamentos pautados no essencialismo biológico entre algumas pessoas transexuais, como a ideia de *incompletude* de um/a homem/mulher até que a cirurgia de transgenitalização seja realizada, mesmo que o sujeito seja socialmente reconhecido na nova identidade e goze de várias outras características corporais associadas à identidade de gênero que pleiteia muito antes da cirurgia.

Não colocamos em discussão aqui o fato de que alguns indivíduos necessitem para seu bem-estar físico e mental modificar completamente seus corpos; o que apresentamos para reflexão são situações como a de uma mulher transexual que, aguardando consulta num ambulatório do SUS, dizia de outra mulher trans ao seu lado, “ela ainda não é mulher⁴ porque não fez cirurgia”. Também a de outra mulher transexual que dizia: “não vejo a hora de fazer minha cirurgia porque, quando fizer, serei uma mulher normal e não precisarei vir mais aqui”. E a de um homem transexual de mais de 30 anos que afirmou que só teria sua primeira namorada quando estivesse “completo” (leia-se, após a cirurgia de reconstrução genital). No próprio movimento de travestis e transexuais, o essencialismo biológico/genital grassa. Carvalho assim descreveu uma roda de debates com a presença de mulheres transexuais, travestis e homens transexuais ocorrida durante o XVIII Entlaids (Encontro Nacional de Travestis e Transexuais), em 2011, no Recife (PE), onde estes últimos apareceram em maior número pela primeira vez:

A grande maioria do público era composta por travestis e mulheres transexuais, o que em certa medida contribuiu para um caráter explicativo e de esclarecimento de dúvidas acerca das experiências desses homens trans. Foi em meio a este debate que uma travesti me perguntou: “o que ele é?”. Respondo: “igual a você, só que ao contrário”. Na sequência ela me indaga: “mas ele tem pau?” (2012:2).

Em síntese, queremos dizer que à revelia do que na maior parte das vezes se espera que pessoas transexuais estejam em discordância com as normas de gênero, afirmá-lo não é simples. Se essa discordância existe, ela precisa ser qualificada: trata-se de uma discordância em geral com as normas de gênero ou uma discordância com sua incidência a despeito da autoexpressão dos sujeitos?

Considerar este aspecto em particular da definição de transexualidade – a rejeição ou não das normas de gênero – é significativo para pensarmos acerca dos

⁴ A mulher a quem se referia tinha seios, seu rosto era completamente depilado e maquiado, tinha unhas pintadas, vestia-se com roupas e calçados tipicamente femininos, tinha os cabelos com corte feminino e usava um nome feminino no próprio ambulatório do hospital.

diferentes significados da patologização da transexualidade. Deste modo, talvez seja possível um deslocamento do senso comum de que o poder médico e outras formas de poder são manifestações autônomas de sujeitos ou instituições e, assim, considerar que os sujeitos sobre os quais este poder incide também têm agência e tomam suas próprias posições.

Tomando por base outras considerações de Bento e nossas próprias reflexões, gostaríamos de retomar e acrescentar alguns elementos que consideramos importantes para a análise da transexualidade: a) é uma *experiência identitária e um desdobramento das normas de gênero*; b) é uma *construção histórica e cultural*; c) é *metonímia das relações de gênero hegemônicas*, pois “a aproximação com a transexualidade é reveladora das convenções sociais sobre masculinidade e feminilidade” (Bento, 2008:10); d) é *provocação para os/as que nela são envolvidos/as ou sobre ela têm que arbitrar*.

É importante ressaltar que, como não é simples analisar as diferentes compreensões de transexualidade, também não o é discutir os modelos de atenção à saúde associados a tais compreensões.

A patologização como condição de acesso a modificações corporais?

Mais importante do que conceituar transexualidade neste artigo é frisar que, embora para muitas pessoas que têm uma expressão/identidade de gênero distinta da atribuída ao gênero que lhes foi imposto ao nascerem (supostamente por sua genitália) não exista a necessidade/desejo de modificações corporais (a partir de tecnologias médicas), para outras tantas, a sua realização é uma necessidade/desejo.

Tal necessidade se expressa em experiências sociais marcadas por intenso sofrimento, interdição aos direitos humanos mais elementares e exclusão,⁵ ocorridas muitas vezes desde a infância, e sobretudo pela convicção de que sua vida só é suportável através da construção de corpos o máximo possível em conformidade com a imagem associada ao gênero afirmado. Assim, para estas pessoas, a diminuição ou a supressão do sofrimento só se torna possível pela realização de modificações corporais e também pelas mudanças de nome e sexo no registro civil original.

⁵ Empregamos aqui o termo exclusão não como equivalente ao termo “pobreza”, pois embora muitos autores que desenvolveram estudos sobre pobreza utilizem “exclusão” para se referirem às pessoas em pior situação de pobreza ou como face extrema da marginalização econômica, entendemos este emprego como uma visão reducionista do processo de exclusão social. Para nós, esta envolve múltiplas situações e não só o caráter econômico da pobreza. Supõe também preconceito e discriminação como processos éticos e culturais. Para o aprofundamento desta discussão, cf. Sposati (1999:66) e Martins (2002:09-24).

Neste sentido, as cirurgias de transgenitalização ocupam um lugar de centralidade para muitas pessoas que são diagnosticadas como transexuais, embora para alguns/mas, como dito anteriormente, a realização de procedimentos e de cirurgias ditas complementares⁶ para adquirirem as características do gênero afirmado baste para que possam usufruir mais plenamente o direito à vida.

A primeira cirurgia de transgenitalização em uma mulher transexual foi realizada em Berlim, em 1931, no Instituto Hirschfeld de Ciência Sexual. No entanto, o primeiro caso de grande repercussão foi o de Christine, em 1952, que viveu até os 26 anos como George Jorgensen Jr. A primeira mulher transexual brasileira que realizou a cirurgia foi Jacqueline, em 1969, em Marrocos. Dois anos depois, o médico Roberto Farina fez a primeira cirurgia de transgenitalização no Brasil, na cidade de São Paulo. O Conselho Federal de Medicina (CFM) interpretou este ato médico de Farina como “lesão corporal”, motivando uma ação judicial. Farina foi absolvido da acusação. Em 1998, na cidade de Campinas, ocorreu *legalmente* a primeira cirurgia no Brasil (Bento, 2008:174).⁷

O marco legal introdutório das cirurgias de redesignação no Brasil se deu em 1997 a partir da Resolução 1.482/97 do CFM, que aprovou a realização, em caráter experimental, de cirurgias de “mudanças de sexo”⁸ nos hospitais públicos universitários do país. Até aquele momento, a posição do CFM entendia tais procedimentos como “crime de mutilação”, o que foi revisto com tal Resolução.

A partir de 1997, vários serviços começaram a ser organizados sobretudo em face das demandas de pessoas transexuais que passaram a procurar o atendimento após tomarem conhecimento da possibilidade de realizarem a cirurgia no SUS. Conforme Silva, Silva e Damião, “apesar de ser creditada a Abraham a primeira descrição de uma cirurgia intencional de transgenitalização do fenótipo masculino para o feminino em 1931, certamente não foi a primeira cirurgia realizada na história da humanidade para aliviar o sofrimento de transexuais” (2012:117). Do

⁶ No caso das mulheres transexuais (reconhecidas como homens ao nascerem), a hormonioterapia com hormônios femininos, a colocação de próteses mamárias/nas nádegas, a raspagem do pomo de Adão, a depilação definitiva, as cirurgias faciais, entre outros. No caso dos homens transexuais (registrados como mulheres ao nascerem), a hormonioterapia com testosterona, a mastectomia, a remoção dos órgãos reprodutores femininos (histerectomia e salpingo/oforectomia), entre outros procedimentos.

⁷ Para uma discussão pormenorizada da “invenção das categorias ‘travesti’ e ‘transexual’ no discurso científico e na cultura ocidental, cf. Leite Jr. (2011).

⁸ A propósito da expressão “mudança de sexo”, o cirurgião coordenador do processo transexualizador do HUPE/UERJ, prof. Eloíso Alessandro, costuma responder que não muda o sexo de ninguém, apenas “conforma os órgãos genitais ao sexo que já é afirmado” pelo/a usuário/a. A expressão não é apenas semântica, pois sugere a presença de um tema recorrente neste campo, a autonomia.

ponto de vista de parte do discurso biomédico, atualmente “a cirurgia de transgenitalização de masculino para feminino não é considerada experimental ou de natureza puramente estética. Muito pelo contrário, ela é um tratamento muito eficaz e adequado para o indivíduo transexual” (Silva, Silva & Damião, 2012:119). Com isso, foram definidos como critérios para a realização das cirurgias:

O desconforto com o sexo anatômico biológico, o desejo expresso de eliminar os genitais com o intuito de perder as características primárias e secundárias do próprio sexo ganhando as do sexo oposto, bem como a permanência deste distúrbio de forma contínua e consistente, por no mínimo dois anos e a ausência de outros transtornos mentais (2012:119).

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 (IMS/UERJ), com a iniciativa da então professora do IMS, Márcia Arán, que havia atuado como psicóloga no “Programa Interdisciplinar de Assistência a Transexuais e Cirurgia de Transgenitalização” do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da UFRJ, e desenvolvia acadêmica e politicamente a discussão.⁹ Naquele evento, onde se reuniram profissionais, usuários, gestores e pesquisadores, discutiram-se, entre outros temas, o diagnóstico e o tratamento da transexualidade, tendo sido 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 este segmento no Ministério da Saúde para além do financiamento dos procedimentos médico-cirúrgicos para a redesignação do sexo.

Em 2008, a Portaria 1.707 do Ministério da Saúde instituiu o processo transexualizador no âmbito do SUS por considerar:

a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por exporem a população GLBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais) a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão que violam seus direitos humanos, dentre os quais os direitos à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento da personalidade.

⁹ Para uma discussão mais profunda dos marcos no desenvolvimento do processo transexualizador e seus desafios, cf. Murta (2011:13).

Esta Portaria considera a transexualidade como um desejo de viver e ser aceito na condição de pessoa do sexo oposto que, em geral, vem acompanhado de um mal-estar ou de um sentimento de inadaptação ao próprio sexo anatômico. Esta condição, no entendimento da gestão do SUS, deveria ser abordada na esfera de integralidade da atenção e ser prestada pelo SUS. Tal deliberação baseava-se no que já era garantido pela Carta dos Direitos dos/as Usuários/as da Saúde (2006), que menciona, explicitamente, o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero para todos/as os/as usuários/as do SUS.

Como já mencionado, não havia até então uma regulamentação precisa para este atendimento no Brasil. O que existia era a Resolução n. 1.652, de 06 de novembro de 2002, do CFM, que dispunha apenas sobre um dos aspectos do atendimento: a “cirurgia de transgenitalismo”. Em seu primeiro artigo, a Portaria institui que o processo transexualizador deva ser empreendido em serviços de referência devidamente habilitados à atenção integral à saúde para os indivíduos que dele necessitem, observadas as condições estabelecidas na Resolução nº 1.652, do CFM (2002). Em seu segundo artigo, a Portaria determina que as ações componentes do processo transexualizador sejam organizadas e implantadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

Destacamos que tal marco normativo explicita sua preocupação com a integralidade da atenção prestada às pessoas transexuais. Por isso, considera que tal atenção não deve ser restrita ou agir de forma centralizadora em relação “à meta terapêutica apenas no procedimento cirúrgico de transgenitalização e nas demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes”. Além disso, ele aponta que esta atenção deva ser humanizada, buscando “promover um atendimento livre de discriminação, inclusive pela sensibilização dos trabalhadores e dos demais usuários do estabelecimento de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana”.

Desejando ou não a realização de cirurgias de transgenitalização, tais pessoas se tornam, portanto, usuárias do processo transexualizador do SUS desde o momento em que procuram um serviço e vocalizam suas demandas de modificação corporal, precisando ter suas necessidades de saúde atendidas. É o que afirma também a Portaria do Ministério da Saúde n. 2836, de 01 de dezembro de 2011. Tal instrumento instituiu no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, reiterando em seu conteúdo o objetivo de “aprimoramento do processo transexualizador” (2012:10). Esta Portaria, por sua vez, em seu primeiro parágrafo, menciona sua ligação com o “Programa Brasil Sem Homofobia” e com o III Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH III), ambos coordenados pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) e fundados numa lógica intersetorial que

envolve múltiplos ministérios e secretarias, bem como diferentes setores do próprio Ministério da Saúde.

Todavia, não obstante o marco normativo que fundamenta e reitera a importância do processo transexualizador no SUS, são várias e de diferentes naturezas as questões que o envolvem e o limitam, das quais destacamos algumas:

- há uma base normativa, mas que não é definida por lei; não são claras as atribuições e as competências de âmbito estadual e municipal;
- a possibilidade de influência do MS na sua implementação regionalizada é restrinida pelos limites do pacto federativo, entre outras influências;
- há uma centralização dos atendimentos nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste;
- os recursos financeiros e de pessoal das unidades de saúde são limitados para o atendimento da crescente demanda;
- o acesso de novos/as usuários/as na maioria dos programas é extremamente limitado;
- há pouquíssimo controle social incidindo no que é desenvolvido no âmbito das unidades de saúde prestadoras de serviços a transexuais e travestis no país;
- o tempo médio de realização de modificações corporais pode chegar a quatro vezes mais do que o previsto de espera nos marcos normativo-legais, em alguns casos.

E, principalmente, tomando-se em conta o tópico deste artigo, há pouquíssimo envolvimento dos demais setores das próprias unidades de saúde e dos outros campos da política de saúde e das demais políticas sociais com o tema.

A Portaria 1.107, do ponto de vista prático, determinou que a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), em conjunto ou não com outras áreas e agências do MS, adotasse as providências necessárias à plena estruturação e implantação do Processo Transexualizador no SUS, definindo critérios mínimos para o funcionamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços. Neste sentido, a alínea c do terceiro artigo da Portaria do MS n. 457, de 19 de agosto de 2008, definiu como atribuições da Unidade de Atenção Especializada do processo transexualizador a constituição de equipe interdisciplinar e multiprofissional. Esta equipe deve, conforme as alíneas a e b do mesmo artigo, se pautar na lógica da:

integralidade da atenção, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas, bem como na humanização da atenção, promovendo um atendimento livre

de discriminação, inclusive através da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana.

Como parte da equipe mínima necessária ao credenciamento/habilitação das Unidades de Atenção Especializada do Processo Transexualizador no SUS, figuram, conforme o item 3.4.2 do anexo I da referida Portaria n. 457:

a) Médico cirurgião: médico com título de especialista em cirurgia urológica, sendo que a habilitação pode ser comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina; b) Anestesiologia: médico com certificado de Residência Médica reconhecida pelo MEC em anestesia, ou título de especialista em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia; c) Enfermagem: enfermeiro coordenador e enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem em quantidade suficiente; d) Equipe multidisciplinar: – Equipe Médica: equipe composta por psiquiatra e endocrinologista. Estes profissionais devem possuir comprovada certificação de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC), título de especialista da Associação Médica Brasileira (AMB) ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina; – Psicólogo; – Assistente Social.

É importante esclarecer que, antes da cirurgia de transgenitalização, os/as usuários/as habitualmente passam no mínimo dois anos em acompanhamento pela Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria, até que recebam ou não o diagnóstico de “transexualismo”. É apenas a partir do momento em que dispõem de um laudo psiquiátrico com o referido diagnóstico que ingressam nas consultas regulares da urologia e de outros setores cirúrgicos a fim de que comecem as modificações corporais, que podem incluir a hormonioterapia feminilizante ou masculinizante e as cirurgias ditas complementares (anteriormente citadas em nota). Entretanto, ainda que os dois anos sejam os protocolares¹⁰ descritos no artigo 4º da Resolução do

¹⁰ É importante destacar que os dois anos são o tempo mínimo em função da avaliação psiquiátrico-psicológica para confirmação do diagnóstico de transexualismo e emissão de laudo. Contudo, as longas filas de algumas unidades especializadas de saúde fazem com que o tempo de espera por cirurgias de transgenitalização após a autorização *psi* possa chegar a oito anos. Isto ocorre tanto em decorrência das limitações mais amplas da política de saúde, quanto pelas falhas de gestão, inclusive das próprias unidades de saúde, e também da discriminação de que é alvo o próprio programa, a qual se expressa no constante questionamento aos profissionais envolvidos acerca da pertinência e da legitimidade do seu trabalho. Tais questionamentos

CFM n. 1955, de 19 de agosto de 2010, o mesmo artigo sinaliza que:

a seleção dos pacientes para cirurgia de transgenitalismo obedecerá à avaliação de equipe multidisciplinar, constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social, obedecendo aos critérios a seguir definidos, após, no mínimo, dois anos de acompanhamento conjunto: 1. diagnóstico médico de transgenitalismo; 2. maior de 21 (vinte e um) anos; 3. ausência de características físicas inapropriadas para a cirurgia.

Contar com uma rede familiar e de amigos capaz de sustentar a complexidade do processo transexualizador infelizmente é um privilégio. São constantes os relatos de ruptura com a família de origem (pais, avós, irmãos, tios, primos, sobrinhos), mesmo após intrincados processos de negociação da transformação com ela. É importante frisar que as famílias frequentemente representam não apenas um espaço de trocas emocionais, mas um espaço de cuidados recíprocos e de auxílio mútuo também do ponto de vista econômico. Ser privada/o do convívio familiar é para alguns perder tudo isto, para outros, é só a reiteração do abandono experimentado desde a infância e, para outros ainda, é uma possibilidade de reinvenção da relação com os familiares e amigos.

Algumas mulheres e alguns homens transexuais, ao realizarem transformações corporais, já constituíram seus próprios arranjos familiares, e a negociação das mudanças, do cuidado e do convívio passa a ser com estas pessoas, podendo incluir companheiros(as), sogros(as) e enteados(as), entre outros. São eles que contribuem em grande medida para os sucessos ou as dificuldades experimentadas ao longo do processo transexualizador e raramente têm visibilidade no espaço das unidades de saúde. Eles(as) também são afetados(as) pelas marcas do cotidiano de pessoas transexuais e podem sofrer discriminações em função da sua proximidade. Fazer compras com um cartão de crédito no mercado, emitir um passaporte, fazer o *check-in* de uma passagem aérea ou terrestre, pagar um ingresso de cinema ou teatro com carteira de estudante, adquirir um imóvel ou um automóvel, reclamar um direito como consumidor ou trabalhador, ir a uma academia de ginástica ou ao dentista, ser sepultado, deixar (ou herdar) um bem ou uma pensão são exemplos de atividades cotidianas para muitas pessoas, mas que se revestem de extrema complexidade para as pessoas transexuais e seus familiares, sobretudo por envolverem documentos.

são feitos por gestores de outros programas e setores, por parte de profissionais de todos os níveis e tipos de formação e até por outros/as usuários/as do SUS, contribuindo para um cotidiano de trabalho marcado por tensões e por ocorrências dramáticas.

Ainda que para alguns o processo de transição seja nomeado “uma situação transitória”, a realidade atual dos serviços disponíveis no SUS é a da escassez de recursos técnicos e de vagas disponíveis, além de outras dificuldades institucionais para suprir uma demanda que é crescente. Além disso, o mercado privado da saúde, a chamada saúde suplementar, não foi ainda levado a assumir os procedimentos ligados ao processo transexualizador de seus usuários/clientes. Não há por parte da Agência Nacional de Saúde (ANS) qualquer iniciativa nesta direção. Assim, quanto aos procedimentos que não são experimentais, como no caso das MTF (*Male to Female*), os planos e os seguros de saúde não dão cobertura para os procedimentos, mesmo havendo um número na Classificação Internacional de Doenças (CID). Desta forma, a realidade da maioria dos programas é de filas para a realização de procedimentos que podem levar os indivíduos (após completarem os dois anos regulamentares para emissão de laudos de autorização) a permanecerem outros tantos anos até verem realizadas todas as transformações corporais necessárias. As repercuções sociais da espera são evidentes: prolonga-se desnecessariamente um estado de insatisfação e, em muitos casos, de ausência de cidadania em seus termos mais elementares (direitos civis, direito de propriedade, direito ao trabalho).

A patologização como condição de acesso à cidadania?

Uma questão imediata vivida pelas pessoas transexuais que passam pelo processo transexualizador, mesmo quando o fazem pelo SUS, é o fato de a política de saúde ter caminhado mais depressa do que o Poder Judiciário. A modificação corporal torna-se integralmente possível, mas os sujeitos podem levar anos até obterem autorização judicial para troca do nome e do sexo nos documentos. Sob o aspecto da inserção no mundo do trabalho e da geração de renda, esta é uma experiência altamente limitadora para mulheres e homens transexuais, porque, embora possam gozar subjetivamente e nas relações cotidianas da satisfação com a própria identidade (a partir das transformações corporais), sem a adequação dos documentos permanecem na clandestinidade, ou a acentuam, vivendo situações constantes em que são questionados e, eventualmente, discriminados. A situação é ainda mais complexa para aqueles que realizam as transformações corporais sem passarem pelo SUS, porque, neste caso, o reconhecimento via processo judicial é ainda mais dificultado.

É importante salientar ainda que, mesmo quando não há políticas públicas voltadas para o público trans e, mesmo em face da insuficiente/baixa incidência de algumas iniciativas governamentais dirigidas às experiências trans, estas são alvo de crescente regulação governamental e não governamental, pois

pessoas que solicitam cirurgias de transgenitalização são expulsas de casa, não conseguem estudar, não conseguem emprego, são excluídas de todos os campos sociais, entram na justiça para solicitar mudança do nome e do sexo, enfim, um conjunto de instituições sociais é posto em ação (Bento, 2008:10).

Bento salienta que definir a transexualidade como uma experiência identitária e não como uma doença não significa esquecer a dor e a angústia que marcam as subjetividades das pessoas trans, como o

mundo de dúvidas, angústias, solidão e um medo constante de serem rejeitados. Nos relatos biográficos nota-se que sentem dificuldades em falar de seus conflitos porque não sabem como nomeá-los [...] como encontrar sentido para este desejo se o corpo carrega um genital que atua como obstaculizador desse trânsito? (2008:19).

As marcas subjetivas, por outro lado, associam-se a perdas muito objetivas no plano da escolarização, do acesso ao trabalho, à cultura, ao lazer, à saúde e à segurança pública para vários indivíduos trans, construindo-se assim um cenário onde tais pessoas são alijadas frequentemente de patamares mínimos de cidadania.

As experiências e as trajetórias de vida devem ser percebidas numa perspectiva de totalidade histórica, em que indivíduos e grupos têm grande parte suas vidas condicionada por determinantes de diversas naturezas: econômica, política, cultural e subjetiva. Estes determinantes compõem a dinâmica do real na sociedade, e a dialética apresenta-se como o método de abordagem desse real, esforçando-se por entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriação e transformação (Minayo, 1996:65). Desta perspectiva, as trajetórias de vida de mulheres e homens transexuais constituem a síntese absolutamente singular de suas inserções de classe social, de gênero e “raciais”, bem como de suas características culturais, etárias, de seus percursos afetivo-sexuais, entre outras.

Com regularidade, percebemos que viver como transexual, mesmo que tal identidade não seja publicamente revelada, implica trajetórias de vida marcadas por recorrentes e, por vezes, duradouros episódios de discriminação. Esses episódios se, por um lado, constroem vítimas mais ou menos constantes, por outro, obrigam os mesmos indivíduos à construção de estratégias criativas através das quais é *reelaborada* a própria existência. Trata-se, assim, de um processo de “conformismo e resistência”.¹¹ Por isso, as pessoas transexuais não são nem podem ser

¹¹ O conformismo para Chauí (1993:53-54) é um efeito da sociedade brasileira que, enquanto

tomadas como vítimas passivas dos acontecimentos, qualquer que seja a abordagem pública que demandem.

É inegável que diferentes dimensões da vida são afetadas pela condição transexual. Uma delas é a inserção na divisão sociotécnica do trabalho, a atividade laboral e a possibilidade de geração de renda. Embora no cotidiano do programa e em contato com pessoas transexuais através do movimento LGBT tenhamos contato com escolaridades diversas, o que predomina ainda no segmento “T” é uma escolaridade limitada. Especialmente no caso das travestis¹² oriundas de camadas populares são frequentes as histórias de abandono ou expulsão da família ainda na infância ou na adolescência, assim como narrativas de violência institucional no âmbito da escola. A consequência, em geral, é a migração para as capitais em busca de lugares onde a travestilidade seja mais tolerada e a inserção no mercado sexual como profissionais do sexo se transforme na única opção. Nesse processo, muitas passam a viver em situação de rua e/ou experimentam exploração sexual, sofrendo novas violências.¹³

Se no movimento LGBT predomina uma distinção entre travestis e transexuais, no cotidiano dos programas tais distinções nem sempre são tão claras; por exemplo, no norte/nordeste, a categoria “transexual” praticamente não existe. Assim, é comum que “travestis” procurem o programa em busca de mudanças corporais que podem abranger a modificação genital. Também é comum que migrem de outros estados em busca de atendimento, ou já com a determinação judicial nas mãos, sem que tenham onde se abrigar na cidade de destino, passando a morar nas ruas e/ou a se prostituir como parte do esforço de permanecerem próximas do programa em que são assistidas.

No caso dos transexuais masculinos (*Female to Male* ou FTM), a expulsão familiar não parece ser a tônica, embora também haja casos assim. No entanto, quando ela ocorre, o mais comum é que, por terem sido assignados como pertencentes ao sexo feminino, encontrem mais facilmente abrigo em famílias alternati-

sociedade autoritária, “conheceu a cidadania através de uma figura inédita: a do senhor-cidadão, e que conserva a cidadania como privilégio de classe, fazendo-a ser uma concessão regulada e periódica da classe dominante às demais classes sociais [...] É uma sociedade na qual as diferenças e assimetrias sociais e pessoais são imediatamente transformadas em desigualdades, e estas, em relações de hierarquia, mando e obediência (situação que vai da família ao Estado, atravessa as instituições médicas públicas e privadas, permeia a cultura e as relações interpessoais)”. A resistência, por outro lado, sugere “a elaboração de conhecimentos ou de um saber [mesmo] no interior das adversidades” (Chauí, 1993:155).

¹² Nascidas ou nascidos com corpos assignados como masculinos.

¹³ Para uma discussão maior da situação das travestis, ver Benedetti (2002) e Campuzano (2008).

vas. Foi o caso de um dos FTM que conhecemos e que passou toda a infância e parte da adolescência de casa em casa e em condições de trabalho escravo. Tal forma de “acolhimento” também comporta situações de humilhação, abuso sexual, violência física, entre outras. No caso dos nascidos com corpos assignados como femininos, a fronteira entre a homossexualidade, a travestilidade e a transexualidade é bastante borrrada. Em trabalhos com população em situação de rua no Rio de Janeiro, em diferentes momentos e com distintas inserções técnicas, nós nos deparamos com “meninas” em trajes, corte de cabelo e atitudes masculinas. Na maior parte das vezes, isto era interpretado pelos/as técnicos/as como uma estratégia de resistência à violência sexual onipresente nas ruas, mas acreditamos que, pelo menos em alguns casos, poderiam ser transexuais.

É importante frisar que os possíveis sofrimentos experimentados por transexuais, travestis e mesmo por homossexuais não são decorrentes de qualquer patologia inerente a tais sujeitos, mas de trajetórias de exclusão social. Neste sentido, iniciativas como o Projeto de Lei federal n. 234/2011,¹⁴ que susta elementos da Resolução 1/99 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) – que estabelece normas de atuação dos psicólogos no que se refere à orientação sexual, em nome de uma suposta maior liberdade de atuação dos profissionais e usuários/as – constituem um retrocesso técnico-científico e ético-político no que diz respeito à qualidade da assistência à saúde dirigida a tais indivíduos e grupos. Isto porque se firmam na repatologização, na individualização e na essencialização de sofrimentos cujos condicionantes são as relações sociais, especialmente o binarismo de gênero e a heteronormatividade. Na mesma direção, identificamos o Projeto de Lei estadual n. 2139/2013 da ALERJ que, sob a suposta bandeira do “acesso à saúde”, repatologiza as identidades homossexuais, reitera a patologização das identidades trans e transforma em doença outras identidades/expressões sexuais e de gênero que sequer foram em momentos anteriores alvo desta interpretação excludente e estigmatizante. Tais iniciativas são o corolário de uma perigosa aliança discursiva entre medicalização e religião que vem crescendo em setores do Estado brasileiro, especialmente no Poder Legislativo.

E se não for mais patológico?

Hoje cresce no cenário internacional e nacional a campanha “Stop Trans Patologization”, que recebe influência de teóricos e ativistas *queer*, compreendendo

¹⁴ Cf. a página eletrônica da Câmara dos Deputados.

os gêneros como construções instáveis, contingentes e plurais. Seus protagonistas defendem o direito de todos/as se expressarem a partir dos atributos convencionados como femininos e masculinos que julgarem convenientes, sem que recebam por isso classificações e/ou sanções sociais. Defendem ainda o direito de todas as pessoas de modificarem livremente seus corpos de modo a adequá-los às suas necessidades particulares e contingentes.

A partir desta forte incidência política com crescente força na própria construção da Classificação Internacional de Doenças (CID), toda a lógica da assistência a pessoas transexuais no Brasil também terá de ser revista, porque hoje ela parte ainda da ideia da vivência transexual como entidade nosológica, portanto, passível de um diagnóstico que, em grande medida, origina-se de representações ideais do feminino e do masculino.

A assistência a pessoas transexuais tem ainda como fonte uma compreensão restrita da autonomia do sujeito, porque só os entende como capazes de realizar suas modificações corporais se tiverem mais de 21 anos, corresponderem a determinadas expectativas de comportamento presentes nos Protocolos e que forem acompanhados/as por psiquiatra por pelo menos dois anos, com emissão de laudos favoráveis às modificações corporais.

No contexto brasileiro mais recente, tem sido a representação etiológica da transexualidade, associada ao reclame político de parte do movimento LGBT, que tem possibilitado a inclusão das necessidades de modificação corporal no escopo da política pública de saúde, no chamado “processo transexualizador” do SUS.¹⁵ Tal “processo” comporta limitações, mas é também um aspecto ousado da política de saúde.

Estamos, portanto, num momento histórico em que a vivência transexual está sendo revista como conceito e como definição das práticas assistenciais a ela associadas. No ano de 2012 ocorreu em Brasília um Seminário de dois dias organizado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), cujo propósito foi discutir os rumos do processo transexualizador no país como política pública, e também o de rever a Portaria 457/2008 em face da complexidade que a política está ganhando neste momento e da pressão pela despatologização.

A Portaria está sendo revista por um grupo operativo formado por profissionais de saúde e alguns ativistas, e espera-se para breve a sua conclusão, que certamente não suprimirá o caráter etiológico da transexualidade. Neste sentido, o

¹⁵ Para maiores informações sobre o processo transexualizador no SUS, cf. Arán, Murta e Lionço (2009), Almeida (2010), Gianna (2010), Machado (2010) e Simonetti (2010).

Seminário se encerrou sem consensos e avanços pois, embora houvesse um grande número de pesquisadores/as do tema e mesmo alguns profissionais de saúde que defendiam a despatologização, a questão continua complexa, porque ainda não foi suficientemente enfrentado o desafio: diante da possível retirada do “transexualismo” do CID ou o seu não uso pelo SUS, como garantir/ampliar o acesso de pessoas trans ao sistema, se todo ele opera majoritariamente pela lógica da doença e do transtorno e, consequentemente, da correção dos corpos ao padrão que se definiu como normal?

Ainda que reconheçamos a importância da normatização, há algumas pistas que podemos perseguir para compreender como vem se dando efetivamente a patologização da transexualidade no SUS e, mais ainda, se ambicionamos superá-la na direção de modelos assistenciais mais satisfatórios. Uma das pistas é a necessidade de atenção multiprofissional.

A multiprofissionalidade é algo não apenas previsto para o público em geral no SUS, mas enfatizado na Portaria 457/2008 que regula o processo transexualizador no SUS. Ela aparece na alínea a do terceiro artigo da Portaria, que define, entre as atribuições da unidade de atenção especializada, “a integralidade da atenção, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas”.

Nas alíneas b e c do mesmo artigo, a Portaria descreve direções para uma compreensão ampliada da terapêutica, aludindo tanto à necessidade da “humanização” (que compreenderia a promoção de um “atendimento livre de discriminação, inclusive através da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana”) quanto à necessidade da “constituição de equipe interdisciplinar e multiprofissional”.

Também no que diz respeito às normas para credenciamento/habilitação das unidades de atenção especializada no processo transexualizador (que constituem o anexo I da mesma Portaria), a alusão à atenção por diferentes profissionais reaparece (agora na alínea d do item 2) como exigência de uma declaração indispensável ao processo de credenciamento/habilitação e que deve discriminá-la “a quantidade de consultas da equipe multiprofissional que o serviço disponibilizará por ano para os pacientes referenciados pelo gestor”. Em outras palavras, exige que a atenção integral se materialize, entre outros aspectos, numa atenção prestada pelos diferentes profissionais que compõem a equipe.

Entendemos que essas diferentes alusões à necessidade de equipes multiprofissionais não estão ali por acaso. Elas foram produto de intensas discussões entre profissionais, ativistas e gestores que consideraram tanto a complexidade dos efeitos subjetivos e sociais das modificações corporais quanto as próprias trajetórias de vida da população trans, não só no período anterior à entrada no processo

transexualizador, mas também durante a realização das modificações corporais e após a finalização das modificações desejadas.

Do marco normativo ao dia a dia dos serviços, no entanto, há uma considerável distância. O primeiro obstáculo está ainda na compreensão de muitos/as usuários/as transexuais de que o SUS tem apenas a oferecer a cirurgia de transgenitalização. Desta forma, vemos que a própria população ignora o direito que tem, por exemplo, à assistência à saúde mental, não em relação à caricatura do/a profissional sentado atrás da mesa com atitude superior a emitir laudos e a chancelar se o indivíduo está ou não preparado para o processo a partir de critérios pouco transparentes, mas sim a um modelo assistencial de qualidade capaz de oferecer o suporte técnico e ético necessário a quem desejar enfrentar os inúmeros desafios físicos, familiares, relacionais, profissionais que são comuns àquele/àquela que afirma uma identidade de transexual. É importante que estes/as possam contar com a assistência de um/a profissional que auxilie na compreensão desses processos sociais e na construção de estratégias para lidar com eles.¹⁶

As constantes trocas que estabelecemos com equipes de saúde que atuam na assistência a transexuais têm demonstrado que a maioria da população transexual atendida pelos serviços existentes também ignora o fato, por exemplo, de haver profissionais do Serviço Social que deveriam estar ali para auxiliar no acesso a direitos fundamentais à vida digna e ao enfrentamento do processo transexualizador, tais como o acesso a programas de transferência de renda quando necessário, ao serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), aos abrigos temporários, à denúncia de violações a que possa ser submetido/a, à hormonioterapia, à assistência jurídica para mudança de nome e sexo (para os/as que desejarem), à abertura de espaços de discussão sobre os efeitos do processo transexualizador nos ambientes de trabalho, junto a familiares, à vizinhança, e a benefícios previdenciários, trabalhistas e a outros direitos de saúde. Frequentemente também ignoram o direito que teriam aos demais serviços de saúde da instituição à qual estão vinculados pelo processo transexualizador, como a atenção endocrinológica, dermatológica, as cirurgias plásticas, que podem oferecer serviços e procedimentos capazes de agir sobre seu conforto físico, mental e social de forma tão impregnante quanto as próprias cirurgias transgenitalizadoras.

Por outro lado, muitas vezes as equipes multiprofissionais não reúnem as con-

¹⁶ Considerando o papel atribuído ao psicólogo no Processo Transexualizador e o apoio desta categoria à destapatologização da transexualidade, recentemente o Conselho Federal de Psicologia formou um Grupo de Trabalho para elaboração de uma Nota Técnica para orientação dos profissionais sobre o atendimento a pessoas trans no âmbito público e privado. Esta nota está em processo de aprovação.

dições necessárias para este trabalho, de modo que se torna necessário que os profissionais que compõem as equipes das unidades de saúde credenciadas compreendam de fato a importância de equipes interdisciplinares e multiprofissionais. Para isso, precisamos lembrar que a integralidade é um dos princípios do SUS¹⁷ e uma das principais bandeiras de luta do movimento sanitário que deu origem a ele.

No que diz respeito ao acesso ao processo transexualizador, creio que estamos fazendo importantes avanços com a busca do credenciamento de novos centros de referência e o fortalecimento dos programas existentes, mas quanto à integralidade, avançamos pouco no SUS, e ainda estamos bastante distantes dela no que tange à população trans.

Em Mattos, há uma definição de integralidade que é a que mais nos interessa e está vinculada mais à distinção entre “prevenção/promoção” e assistência. A assistência é fruto de uma experiência individual de sofrimento, mas é socialmente construída e não espontânea. Como transexualidade não é doença, não existe a pretensão de preveni-la, mas há a necessidade de prevenir/atuar no plano das experiências concretas de sofrimento que tal experiência social pode comportar. Neste sentido, o autor aponta a necessidade de os profissionais incluírem

no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual de sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população [...] ações voltadas para a prevenção.

A nosso ver, isto significa dizer que parte da equipe técnica e gestora envolvida no processo transexualizador na instituição de saúde tem que se articular de forma intersetorial em direção às famílias, às comunidades, às escolas, às universidades, aos lugares de trabalho e outros espaços em que as pessoas trans constroem suas vidas, em ações dirigidas à atuação em casos específicos, mas também à sensibilização de outras pessoas e à formação de outros profissionais para o trabalho com o tema como parte do seu investimento na promoção da saúde. Trata-se de agenciar o bem-estar do sujeito nos diversos campos de sua vida e tendo como direção minimizar os efeitos trágicos que a homofobia/sexismo podem ter nas condições de vida de pessoas transexuais.

A referida Portaria também se refere à necessidade de equipe e produção de conhecimento interdisciplinar. Como operacionalizá-la de modo que possa incidir

¹⁷ Para uma discussão mais detida dos significados da integralidade no SUS, cf. Mattos (2004).

na qualidade da atenção dispensada pelo SUS à população trans? Resgato outro posicionamento de Mattos sobre a integralidade:

nós, os profissionais de saúde, detemos um vasto conhecimento sobre as doenças e os sofrimentos por ela causados, bem como sobre um certo número de ações capazes de interferir em algum grau sobre o modo de andar a vida estreitado pela doença. É esse conhecimento que nos permite atuar diante de um sofrimento assistencial. Mas, na perspectiva da integralidade, não devemos reduzir um sujeito à doença que lhe provoca sofrimento. Ao contrário, manter a perspectiva da intersubjetividade significa que devemos levar em conta, além dos nossos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento (que não necessariamente temos) sobre os modos de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde. Isso implica a busca de construir, a partir do diálogo com o outro, projetos terapêuticos individualizados (2004:5).

Os objetos complexos são aqueles “sem precedentes do ponto de vista da sua complexidade e potenciais consequências. Neles, as incertezas são muitas e radicais, os valores e os interesses são elevados, e se fazem necessárias decisões rápidas” (Mattos, 2004:338). Por isso, a ciência requisitada por objetos complexos tem que ser uma ciência pós-normal que pense a realidade de modo sistêmico e não apenas em suas partes. O objeto complexo pode ser “compreendido como formado por múltiplas faces, ou seja, como ‘alvo de diversas miradas, fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares da ciência’”. Entendemos que a transexualidade é um objeto complexo que não pode ser entendido e enfrentado a partir dos limites restritos da “ciência normal” (Porto & Almeida, 2002).

Quanto à assistência em saúde mental, nela compreendida a psiquiátrica e a psicológica, em particular, pensamos que, a despeito desta discussão, ela permanece tendo significado para as pessoas trans de acordo com um outro sentido: não mais como sinônimo de emissão de laudos, que é como aparece para muitos profissionais e mesmo para muitos/as usuários/as, mas como parte do direito à saúde.

É fundamental o papel da equipe de saúde mental em pelo menos três sentidos: 1. como suporte durante o processo de decisão pelas modificações corporais, visando oferecer às pessoas o espaço de diálogo qualificado e informado sobre os caminhos possíveis; 2. durante o processo de modificações corporais, a fim de que as pessoas possam lidar com os aspectos ansiogênicos que costumam surgir no processo de transição de gênero, especialmente nos períodos em que ocorrem maior ambiguidade física e a ausência de reconhecimento jurídico da nova condição; 3. como suporte para os indivíduos que se manifestam como “trans” ou como insatisfeitos com o sexo com que foram assignados ao nascerem, mas que,

por diferentes motivos, não realizam modificações corporais a fim de terem maior capacidade de enfrentamento das possíveis situações de discriminação.

Ao se escapar da lógica de atenção que prioriza a relação entre a demanda por assistência e a necessidade de confirmação diagnóstica, escapa-se também do reducionismo da descrição psiquiátrica de transexualismo e de seu protocolo de tratamento, viabilizando, em tese, um acolhimento singular cujo foco principal são as necessidades do/a usuário/a. Nesta perspectiva, o sofrimento vivenciado por pessoas trans pode ser compreendido de forma mais ampla e contextualizada e, assim, permitir tanto uma atenção que contemple a multiplicidade da experiência transexual quanto a inclusão de outros segmentos com necessidades semelhantes, como é o caso das travestis (Murta, 2011:99).

Por estas e outras razões, é desejável despatologizar, o que está presente em campanhas internacionais e cresce no cenário nacional, desvinculando principalmente a realização de modificações corporais e o acesso à mudança judicial de nome e sexo. Mas isso precisa ser feito sem perda das condições ainda limitadas e com a possibilidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde existentes e da constituição de novos, dispostos de profissionais qualificados, vinculados ao ideário que norteia o SUS em sua constituição original e com condições para fazer seu trabalho.

O processo transexualizador no SUS tem possibilitado que algumas mulheres e homens transexuais que não dispõem dos recursos necessários à contratação de serviços privados de saúde – muitas vezes porque a expressão pública de sua identidade de gênero impediu que alcançassem boas condições de trabalho e renda – tivessem acesso a pelo menos alguns dos serviços e dos profissionais de saúde dos quais necessitam. Despatologizar tão somente, sem ter as condições de manutenção/ampliação do acesso ao SUS em perspectiva é avançar em direção ao passado, reiterando a histórica exclusão deste público dos modelos de atenção em saúde disponíveis.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Guilherme Silva de. 2010. "Reflexões iniciais sobre o processo transexualizador no SUS a partir de uma experiência de atendimento". In: ARILHA, M.; LAPA, T.S.; PISANESCHI, T. C. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial. 376 p.
- ÁRAN, Márcia; MURTA, Daniela & LIONÇO, Tatiana. 2009. "Transexualidade e saúde pública no Brasil". *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 4, n. 14, p. 1141-1149.
- BENEDETTI, Marcos Renato. 2002. "A calçada das máscaras". In: GOLIN, C. & WEILER, L.G. *Homossexualidades, cultura e política*. Porto Alegre: Sulina/Nuances. 205 p.
- BENTO, Berenice. 2008. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense. 181 p.
- BERBARA, Maria & FONSECA, Raphael. 2012. "Androginia sob o olhar da história da arte". In: SILVA, E.A. (org.). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos. 260 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.836 de 01 de dezembro de 2011. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 02 dez. 2011. Seção 1 n. 231, p. 37. *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT)*
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 457 de 19 de agosto de 2008. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 ago. 2008. Seção 1, p. 69. *Aprova a regulamentação do processo transexualizador no âmbito do SUS*.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1.707 de 18 de agosto de 2008. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 ago. 2008. Seção 1, p. 43. *Institui no âmbito do SUS o processo transexualizador a ser implantado nas unidades federais, respeitadas as competências das três esferas de gestão*.
- CAMPUZANO, Giuseppe. 2008. "Recuperação das histórias travestis". In: Cornwall, A. & Jolly, S. *Questões de sexualidade: ensaios transculturais*. Rio de Janeiro: ABIA. 262 p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM N. 1955 de 2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02 (Publicada no *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília-DF, n. 2002. Seção 1, p. 80/81).
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1652 de 2002. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 232, 2 dez. 2002. Seção 1, p. 80. *Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e REVOGA a Resolução CFM nº 1.482/97*.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.482/1997. *Diário Oficial da União*. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1997. Seção 1, p. 20.944. *Autoriza a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolopovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários com o tratamento dos casos de transexualismo. REVOGADA pela Resolução CFM nº 1652/2002*.

- CARVALHO, Mário Felipe de Lima. "Mas ele tem pau?". Trabalho apresentado na 28^a Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 02 e 05 de julho de 2012, em São Paulo, SP, Brasil.
- CHAUÍ, Marilena. 1993. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. 5^a ed. São Paulo: Brasiliense. 179 p.
- COSTA, Jurandir Freire. 1992. *A inocência e o vício: estudos sobre o homoerotismo*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 195 p.
- FERNANDES, Millôr. 2002. *Millôr definitivo: a Bíblia do caos*. 15^a ed. Porto Alegre: LP&M. 544 p.
- FOUCAULT, Michel. 2001. *História da sexualidade I: a vontade de saber* [tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhom Albuquerque]. 13^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 152 p.
- HEILBORN, Maria Luiza. 1994. "De que gênero estamos falando?". *Sexualidade, Gênero e Sociedade*, ano 1, n. 2, CEPESC/IMS/UERJ.
- LAQUEUR, Thomas. 2001. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. 1^a ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 374 p.
- LEITE JR., Jorge. 2011. *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias "travestie" "transexual" no discurso científico*. 1^a ed. São Paulo: Annablume/ FAPESP. 240 p.
- MARTINS, José de Souza. 2002. *A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais*. 1^a ed. Rio de Janeiro: Vozes. 228 p.
- MATTOS, Rubem. 2004. "A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 5, n. 20, p. 1411-1416.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. 1996. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4^a ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO. 269 p.
- MURTA, Daniela. 2011. *Os desafios da despatologização da transexualidade: Reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- PORTE, Marcelo Firpo de Souza & ALMEIDA, Guilherme Silva de. 2002. "Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador". *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002. Vol. 7, n. 2, p. 335-347.
- RUBIN, Gayle S. 1993. *O Tráfico de Mulheres: notas sobre a "economia política" do sexo*. Recife: SOS Corpo.
- SAFFIOTI, H.B. 1992. "Rearticulando gênero e classe social". In: COSTA, A.O. & BRUSCHINI, C. (orgs.). *Uma questão de gênero*. São Paulo/Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- SCOTT, Joan Wallach. 1995. "Gênero: uma categoria útil para análise histórica". *Revista Educação e Realidade*. Vol. 16, n. 2, p. 71-99.
- SILVA, Eloílio Alexandre; SILVA, Heleno Augusto Moreira da & DAMIÃO, Ronaldo. 2012. "Cirurgia de transgenitalização de masculino para feminino". In: SILVA, E.A.

- (org.). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos. 260 p.
- SIMONETTI, Cecilia. 2010. "Relatoria". In: ARILHA, M.; LAPA, T.S. & PISANES-CHI, T.C. *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial. 376 p.
- SPOSATI, Aldaíza. 1999. *Globalização da economia e processos de exclusão social. Capacitação em Serviço Social e Política Social: módulo 1. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social*. Brasília: CEAD/UnB.
- WEEKS, Jeffrey. 1999. "O corpo e a sexualidade". In: LOURO, G.L. (org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica. 127 p.

Páginas eletrônicas consultadas:

- ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – Projeto de Lei Estadual n. 2139/2013 <http://www.alerj.rj.gov.br/processo2.htm>. Acesso em junho de 2013.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS – Projeto de Lei Federal n. 234/Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_imp;jsessionid=E32CC1B65C9CD4BA6E97CFC358B5E058.node1?idProposicao=505415&ord=1&tp=completa. Acesso em junho de 2013.
- CAMPANHA INTERNACIONAL STOP TRANS PATHOLOGIZATION. Disponível em: <http://www.stp2012.info/old/pt>. Acesso em junho de 2013.
- CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. *Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf. Acesso em junho de 2013.
- MINISTÉRIO DA JUSTIÇA – Plano Nacional de Direitos Humanos III. Disponível em:
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em junho de 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, 2010. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_LGBT.pdf. Acesso em junho de 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf. Acesso em junho de 2013.
- PELÚCIO, Larissa. "Eu me cuido, mona" – saúde, gênero e corporalidade entre travestis que se prostituem. Disponível em: http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/travestis_clam.pdf Acesso em dezembro de 2012.