



Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista
Latinoamericana

E-ISSN: 1984-6487

mariaglugones@gmail.com

Centro Latino-Americano em Sexualidade
e Direitos Humanos
Brasil

Lima, Fátima; da Cruz, Kathleen Tereza

Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade
masculina

Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, núm. 23, agosto, 2016, pp. 162-
186

Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos
Río de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293346767007>

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

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 23 - ago. / ago. / aug. 2016 - pp.162-186 / Lima, F. & Cruz, K. / www.sexualidadesaludysociedad.org

Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina

Fátima Lima

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

> fatimalima4@gmail.com

Kathleen Tereza da Cruz

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

> keke.kathleen@gmail.com

Copyright © 2016 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumo: O texto tem como proposta refletir sobre os usos do hormônio testosterona entre os homens transexuais, tendo como ponto central a relação com o cuidado em saúde. O objetivo é entender, a partir do uso de fármacos a base de testosterona, como eles transversalizam, interagem e reiteram os processos de construção do que se designa transsexual masculino, suas diferentes experiências e narrativas e a relação com o cuidado em saúde, seja no âmbito do serviço de referência no atendimento aos transexuais, seja nas experiências em outros serviços privados, e/ou nas vivências cotidianas experimentadas pelos homens transexuais em diferentes espaços sociais. As discussões são baseadas em seis relatos de homens transexuais na cidade do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: transexuais masculinos, hormônios, dispositivo, processo de subjetivação, cuidado em saúde.

The hormonization process and the production of health care in male transexuality

Abstract: This paper discusses the uses of testosterone among transsexual men and its relation to healthcare. It addresses how the use of testosterone-based drugs crisscross, interact and reiterate the processes of construction of the subjects designated as transsexual men. It analyses trans men's experiences and narratives, as well as their view of healthcare, both in trans-specific healthcare clinics and in everyday experiences in other social realms. The discussion is based on interviews with six transsexual men in the city of Rio de Janeiro.

Keywords: transsexual men, hormones, apparatus, subjectivation process, healthcare.

Los procesos de hormonización y la producción del cuidado sanitario en la transexualidad masculina

Resumen: Este artículo se propone reflexionar sobre el uso de la hormona testosterona entre hombres transexuales, teniendo como punto central la relación con el cuidado sanitario. Tiene como objetivo entender, a partir del uso de fármacos a base de testosterona, cómo éstos transversalizan, interactúan y reiteran los procesos de construcción de lo que se designa como transsexual masculino, sus diversas experiencias y narrativas, así como su relación con el cuidado sanitario, sea en el ámbito del servicio específico de referencia de atención a transexuales, sea en las experiencias en otros servicios privados, y /o en las vivencias cotidianas experimentadas por hombres transexuales en diferentes espacios sociales. Las discusiones se basan en seis relatos de hombres transexuales en la ciudad de Río de Janeiro.

Palabras clave: transexual masculino; hormonas; dispositivo; proceso de subjetivación; cuidado sanitario

Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transexualidade masculina

Apresentação

O presente texto se propõe a refletir sobre os processos de hormonização e a construção do cuidado em saúde nas experiências vivenciadas por homens transexuais¹ no município do Rio de Janeiro. Sua preocupação reside em entender, a partir do uso de fármacos à base de testosterona,² como eles interagem, transversalizam e reiteram o processo de construção do que se designa transexual masculino e suas diferentes experiências e narrativas nos processos de cuidado, seja no âmbito do serviço de referência no atendimento à transexuais,³ seja nas experiências em outros serviços, e/ou nas vivências cotidianas experimentadas pelos homens transexuais em diferentes espaços.

Foram realizadas durante o ano de 2013 e no primeiro semestre de 2014 seis entrevistas abertas com homens transexuais na cidade do Rio de Janeiro, em que o ponto central nas conversas foi o processo de hormonização que, naquele momento, vivenciavam. Na multiplicidade das experiências de transexualidades masculinas, nosso recorte caracteriza-se por homens transexuais que se encontram envol-

¹ Adotamos neste texto termos como homens transexuais e/ou transexuais masculinos para caracterizar os sujeitos designados biologicamente como “fêmeas”, mas que se veem e se percebem enquanto homens. Esta decisão consistiu em reafirmar os modos de subjetivação e os processos singulares que são expressos a partir da fala dos diferentes sujeitos. Tal escolha denota uma posição de gênero, cujos termos homens e masculino assinalam um devir que perfaz as discussões sobre os homens transexuais. Outro fato que necessita ser ressaltado refere-se ao uso do termo transexual independente de os sujeitos terem realizado ou não vários procedimentos médicos e/ou a cirurgia de transgenitalização. Nesse sentido, a noção do que vem a ser a transexualidade parte das próprias narrativas dos sujeitos e da autodeterminação das performatividades de gênero (Butler, 2002, 2003).

² No caso do Brasil e através da pesquisa de campo, pode-se perceber que os medicamentos à base de testosterona mais usados pelos homens transexuais são injetáveis: Deposteron (cipionato de testosterona 200 mg); Durateston, fármaco que coaduna vários tipos de testosterona (Propionato de testosterona 30 mg; Fenilpropionato de testosterona 60 mg; Isocaproato de testosterona 60 mg; Decanoato de testosterona 100 mg) e, em alguns casos, Nebido [1.000 mg de Undecanoato de testosterona em solução oleosa injetável de 4 ml (250 mg de Undecanoato de testosterona/ml)].

³ Aqui a referência é o ambulatório de cirurgia reconstrutora genital do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ.

vidos com serviços de saúde (públicos e/ou privados) e que fazem uso do hormônio testosterona.⁴ Utilizou-se o termo de livre consentimento, e tanto os nomes ou quaisquer referências que possam identificar os entrevistados foram modificadas e/ou suprimidas com a finalidade de preservar os interlocutores.

A questão da hormonização tem sido um dos nós críticos vivenciados pelos/as transexuais quando acessam e começam um processo de cuidado em saúde em algum serviço especializado onde é possível perceber a falta de regulamentação e cuidado com a prescrição, o uso de hormônios e seu acompanhamento. Em relação aos transexuais masculinos, estas questões aumentam, haja vista a dificuldade de acesso à testosterona, molécula altamente regulada⁵ naquilo que Preciado (2008) vai designar de farmacopornografia, ou seja, o controle cada vez maior dos corpos e dos órgãos sexuais. Ressalta-se que a falta de regulamentação e a ausência do cuidado com a prescrição, o uso e o acompanhamento da testosterona se dão especificamente em relação à transexualidade masculina.⁶ Fora dessa arena, seus usos e prescrição têm acompanhamento de outras indicações do uso do hormônio.

Assim, tendo como preocupação central o cuidado em saúde, salientamos que o hormônio testosterona não faz parte da Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, e nem da Remume – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais. Este fato se constitui em uma questão que precisa ser olhada de forma mais singular e que tem gerado intensos debates entre usuários, gestores e serviços de saúde acerca da necessidade ou não da ampliação do acesso aos hormônios, inclusive provovendo discussões sobre o atendimento à população transexual nas unidades básicas e/ou estratégias de saúde da família, ampliando a discussão do cuidado para além dos serviços especializados e/ou ambulatoriais.

Neste contexto, o cuidado em saúde que deveria ter como princípio organizador a universalidade, a equidade e a integralidade vê-se fragmentado e, muitas vezes, ausente. A dimensão cuidadora, que é marcada pelo reconhecimento das diferenças e pelo encontro com elas, é substituída por lógicas tecnicistas e pela pre-

⁴ Muitos dos entrevistados, mesmo fazendo parte de um serviço público de atendimento a transexuais, acionavam de alguma maneira outras ofertas privadas, principalmente no que se refere ao acompanhamento da endocrinologia no processo de hormonização.

⁵ O uso corrente deste fármaco no Brasil está indicado na prática clínica para hipogonadismo secundário e para hipopituitarismo.

⁶ No Brasil, este fármaco é classificado como medicamento controlado. A prescrição, o comércio e a dispensação de substâncias e medicamentos controlados são regulamentados pela Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, cuja lista foi atualizada pela Resolução – RDC Nº 65, de março de 2016, que dispõe sobre a atualização do Anexo I, Listas de Substâncias Entorpecentes, Psicotrópicas, Precursoras e Outras sob Controle Especial.

dominância das tecnologias duras e leve-duras⁷ (Merhy, 2013a), isto é, o processo transexualizador acaba focado em procedimentos cirúrgicos e farmacológicos, e perde de vista o impacto das transformações no vivido, deixando em segundo plano esta dimensão de cuidado (tecnologia leve) que deveria ser na verdade o eixo condutor de todas as decisões terapêuticas. No caso das transexualidades, isto se torna evidente, pois os serviços que prestam assistência a essa população encontram-se no âmbito da lógica dos hospitais universitários e centrados nos procedimentos cirúrgicos.

Paralelo a este contexto, o processo de hormonização é uma das ações de maior investimento por parte de transexuais, visto que, ao alterar os caracteres sexuais secundários, produz uma maior adequação do corpo ao gênero desejado, mesmo antes das cirurgias. Tanto transexuais femininos quanto masculinos têm feito uso, prescrito pelos médicos ou não, de hormônios sexuais. As páginas nas redes virtuais que têm como foco a descrição e a interação com o uso de hormônios são inúmeras. Este artigo tem como preocupação refletir sobre este contexto, tendo como pressupostos os processos de subjetivação de transexuais masculinos, sua relação com o uso da testosterona e com a produção do cuidado em saúde.

As transexualidades masculinas

As discussões, as pesquisas e os estudos sobre as transexualidades masculinas ainda é recente no contexto acadêmico brasileiro. A maioria das reflexões, dissertações, teses e dos artigos tem se debruçado sobre as “travestilidades” (Pelúcio, 2009; Borba, 2011) e, principalmente, sobre as mulheres transexuais (Arán, 2005, 2006; Bento, 2006; Teixeira, 2013; Lima, 2010, 2014; Borba, 2016), cujas visibilidades em diferentes contextos foram, em certos momentos, mais visíveis. Destaca-se, porém, que nos últimos anos tem crescido a participação dos homens transexuais em diferentes espaços, que vão dos serviços de saúde especializados⁸ até as

⁷ Para Merhy (2013b), os trabalhadores de saúde possuem uma valise tecnológica utilizada no encontro e no trabalho ao vivo. Compõe a valise um conjunto de tecnologias materiais e não materiais: as duras são caracterizadas pelas ferramentas (estetoscópio, caneta, aparelhos de exames etc.); a outra, a leve-dura, marcada pelo raciocínio clínico e a tecnologia leve, caracterizada pelo relacional entre usuários/as e trabalhadores e que se distingue pela dimensão subjetiva do encontro com o outro e as diferenças.

⁸ O Brasil conta com quatro serviços públicos credenciados no Ministério da Saúde para realizar o processo transexualizador, inclusive os processos cirúrgicos: no Rio de Janeiro, o Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ; em São Paulo, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP; em Porto Alegre, o Hospital das Clínicas de

redes sociais e midiáticas.⁹ Considera-se também que tem aumentado o número de trabalhos científicos (dissertações e teses) e de pesquisas que têm como centro de análise as experiências dos transexuais masculinos (Almeida, 2012; Ávila, 1015).

As construções dos que se designam como transexuais masculinos devem ser entendidas segundo um conjunto de forças discursivas e práticas sociais que forjaram o que se convencionou chamar de transexualidade. Na transição do século XIX para o século XX, os corpos e as sexualidades sofreram processos intensos de disciplinarização e controle do corpo individual e coletivo, consequência do que Foucault (1997) designou de a “ciência sexual”. Sem dúvida, os diários de Herculine Barbin constituem a expressão de uma época na qual os corpos, as sexualidades e os desejos se constituíram em espaços de observação, verificação e produção de regimes de verdade.

Neste contexto, o poder disciplinar atuou, num primeiro momento, sobre os corpos individuais e coletivos. Posteriormente, um novo/outro acoplamento de poder foi forjado e teve no controle da população o elemento principal de exercício da governamentalidade ou da gestão e governo dos vivos. Este novo contexto, que Foucault (2008a, 2008b) chamou de biopolítica, teve no controle e na gestão da vida e da população seu elemento principal. Não apenas as expressões das sexualidades foram disciplinarizadas, mas também distintos modos de existência (loucos/as, mulheres, negros/as, entre outros/as) passaram a compor um conjunto de “desvios” e foram submetidos a discussões, verificações, classificações e diferentes terapêuticas. Nelas, “[...] a identidade forjada pela medicina – por se constituir contra a concepção propriamente criminal ou jurídica de atos passíveis de punição legal – não era de todo antipática aos sujeitos classificados como perversos” (Russso, 2009: 619); medicalizando, estabelecendo uma nosologia e uma nosografia para classificar diferentes modos de vida.

Neste conjunto de saberes e, consequentemente, de poderes, vários campos discursivos e práticos contribuíram para o delineamento do que viria a se concretizar na primeira metade do século XX como “transexualismo”. Diferentes domínios como a medicina, principalmente a psiquiatria, o direito, a pedagogia, a

Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; e em Goiânia, o Hospital das Clínicas. Aqui não estão registrados os ambulatórios de atendimento a transexuais, bem como outros serviços públicos e/ou privados que não pautam a tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde.

⁹ Sem dúvida, o livro autobiográfico de João W. Nery, *Viagem Solitária – memória de um transexual trinta anos depois* (2011), foi e é um divisor de águas nas experiências das transexualidades masculinas. Através da obra e, principalmente, da circulação das imagens e das falas de João Nery nos suportes midiáticos e nas redes sociais, o reconhecimento e a visibilidade dos homens transexuais ascenderam nos contextos culturais brasileiros e mundiais.

sociologia, a psicologia, a psicanálise, entre outros, tomaram as expressões corporais, a multiplicidade das sexualidades e as performatividades de gênero como “objeto” privilegiado de discursos e práticas.

O mecanismo exercido pela medicina e, principalmente, pela psiquiatria tornou-se, em aliança com outros domínios de saberes, espaços produtores de regimes de verdade. De uma forma geral, alguns elementos destacam-se na construção da transexualidade: 1. as discussões e as investigações em torno da intersexualidade: foi a partir de inúmeros casos e intervenções clínicas com indivíduos intersexuais que a clínica da transexualidade começou a ser definida e especificada; 2. a obra de Hirschfeld *Die travestiten*, publicada em 1910, na qual se encontra a primeira referência ao termo transexual; 3. a consolidação, a partir do final da 2^a Guerra Mundial, da definição e das explicações sobre a transexualidade: o termo “Transexualismo” foi cunhado, inicialmente, por Cauldwell, em 1949, no artigo “Psychopatia transexualis” (Castel, 2001; Arán, 2006); 4. a documentação e a publicização, em 1952, da primeira cirurgia para adequação do sexo na cidade de Copenhague, Dinamarca: o ex-soldado americano Georges Jorgensen passou a ser Cristine, o marco da transexualidade enquanto um fenômeno para além dos espaços medicalizados e dos meios científicos (Bento, 2006, 2008; Lima, 2011; Frignet, 2002; Ramsey, 1998; Vieira, 1996; Castel, 2001); e 5. as pesquisas e os trabalhos de Harry Benjamin, médico endocrinologista importante, que publicou em 1953 a obra *O Fenômeno Transexual*. John Money e Robert Stoller foram fundamentais no delineamento das transexualidades como um objeto com diagnóstico próprio – um transtorno e/ou uma disforia de gênero – e uma condução terapêutica que passava pelos processos de hormonização e intervenções cirúrgicas.

Estes acontecimentos, entre outros, foram de suma relevância para a transição e a consolidação da transexualidade durante a segunda metade do século XX, não como uma perversão, mas como uma “patologia” que demandava uma nosologia e uma nosografia específicas. Em 1983, a transexualidade (entendida como uma disforia de gênero) passou a fazer parte do Diagnóstico de Saúde Mental – DSM. A partir de então, as multiplicidades das experiências transexuais têm sido hegemonicamente escritas sob o signo do diagnóstico psiquiátrico – o F.64x, denominado transtorno de identidade de gênero. No atual DSM – a quinta versão – a transexualidade passou a ser entendida como uma disforia de gênero. Essa modificação provocou opiniões divergentes: de um lado, os que entendiam a mudança como um avanço na despatologização na medida em que retirava a transexualidade da categoria “transtorno”; do outro lado, os que percebiam que a patologização continuava a partir de outro descritor. O que é importante salientar é que esses movimentos – a persistência no caráter patológico, uma clínica diagnóstica e uma terapêutica – têm cada vez mais despotencializado as singularidades transexuais.

O uso de hormônio por transexuais e da testosterona por transexuais masculinos encontra-se no âmbito desta maquinaria, na qual a administração hormonal passou a ser uma condição *sine qua non* nos processos de construção das masculinidades transexuais, procedimento este que acaba por romper as fronteiras dos serviços de saúde especializados, transformando-se num potente dispositivo de medicalização, de farmacologização¹⁰ e de construção de processos de subjetivação.

Transexualidade e saúde pública no Brasil – Genealogia de uma inclusão/exclusão

Um conjunto de fatores – que alia sujeitos e instituições – coadunou-se na construção de uma modalidade de assistência pública a transexuais no Brasil. Nesse cenário, ressaltam-se: a) a atuação do Conselho Federal de Medicina, através de resoluções que normatizaram as cirurgias de transgenitalização; b) a participação dos movimentos sociais de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT), que tensionaram o campo da Saúde Pública para inclusão e regulamentação da atenção à saúde das populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; c) a atuação de grupos de profissionais e técnicos em diferentes unidades da federação que se propuseram a construir modalidades de assistência para os/as usuários/as; d) a participação da comunidade acadêmica nas discussões no campo da Saúde Coletiva, da Psicanálise, das Ciências Sociais e do Direito, e principalmente a crescente demanda de usuários/as transexuais por assistência que envolve transformação corporal.

Diferentes documentos conferiram às experiências transexuais nos contextos brasileiros um estatuto de “doença” e, consequentemente, desencadearam um processo de construção/implementação e regulamentação de serviços especializados no atendimento e no cuidado desta população. Em 1997, o Conselho Federal de Medicina – CFM publicou a resolução de nº 1.482/97 regulamentando as cirurgias em pacientes transexuais. Desde as décadas de 1970, em especial na década de 1980, o CFM começou a receber diversos processos cujo tema versava sobre a

¹⁰ Segundo Camargo Jr. (2013: 845), é necessário também pensar na “farmacologização” (“phar-maceuticalization”, no original), conceituada por eles como a tradução ou a transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções farmacológicas. Ainda que com larga superposição da medicalização, a farmacologização se distinguiria por não estar necessariamente ligada a algum tipo de diagnóstico médico, como se vê no fenômeno cada vez mais presente da utilização de medicamentos sem indicação terapêutica, mas sim voltada para atingir uma certa “supernormalidade” por meio do aperfeiçoamento farmacológico (*enhancement*).

questão da transexualidade. A maioria dos pedidos vinha de diferentes pessoas e/ou profissionais e instituições médicas focados na demanda e na necessidade de intervenção clínica para atender ao intenso sofrimento que a transexualidade provocava nos indivíduos. Partindo da ideia de que o/a transexual era portador/a de um “desvio psicológico permanente de identidade sexual”, colocando muitas vezes em risco a própria vida a partir de automutilações, o CFM resolveu autorizar, em caráter experimental e a título de pesquisa, as cirurgias de transgenitalização. Sediamentados no pressuposto de que as cirurgias constituíam um processo terapêutico, o caráter de crime penal por mutilações de órgãos perdeu o sentido; legitimando como ato médico as práticas cirúrgicas no processo de transgenitalização.

Em relação aos aspectos técnico-cirúrgicos, a Resolução nº 1.492/97 autorizava as neocolpovulvoplastias (construção de uma nova vagina), neofaloplastia (construção de um novo falo), além de garantir procedimentos complementares quanto às gônadas e aos caracteres sexuais secundários. Normatizava também o acesso às cirurgias, estabelecendo que a seleção dos pacientes devia ser realizada por uma equipe multidisciplinar (médico-psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social), cujo laudo médico era condição essencial para integrar os programas de atendimentos aos/as transexuais. Essas medidas colocam a questão da transexualidade no domínio da Saúde Pública e Coletiva, ao mesmo tempo em que assinalam a entrada do Brasil nas discussões dos critérios de diagnóstico e nas condutas terapêuticas e intervenções cirúrgicas.

Para os sujeitos transexuais, estabelecia a idade mínima de 21 anos para a realização das cirurgias, além de acompanhamento multidisciplinar por no mínimo dois anos. Mesmo percebendo que a resolução nº 1.492 tinha uma forte conotação psiquiátrica, pois estabelecia o diagnóstico psiquiátrico como condição de acesso ao tratamento, é impossível deixar de reconhecer que ela significou um avanço considerável no quadro da assistência aos/as transexuais no Brasil. A partir dela, a efetivação, a visibilidade e a procura dos serviços de atendimento aumentaram consideravelmente, podendo-se considerá-la um divisor de águas na relação transexualidade e saúde pública. Apesar de conservar apenas a dimensão experimental, diversos transexuais conseguiram recorrer a alguns centros especializados na busca pelo direito à saúde física e mental.

Em 2002, o CFM publicou uma nova resolução em relação à questão da transexualidade no Brasil: a de nº 1.652/2002, que reafirmava que as cirurgias de transgenitalização constituíam um ato estritamente médico e configurava-se como desvio psicológico de identidade sexual. No entanto, as neocolpovulvoplastias foram autorizadas não apenas para os hospitais públicos, mas também para os hospitais privados, retirando o caráter experimental de pesquisa. Quanto às neofaloplastias, elas continuariam sendo realizadas somente em hospitais públicos e em

caráter experimental. Procedimentos como a mastectomia, a histerectomia, entre outros, relacionados aos homens transexuais não são mencionados em nenhuma das duas resoluções do CFM.

Outro marco fundamental para a inserção da transexualidade no âmbito da Saúde Pública parte de um movimento acadêmico, principalmente do Instituto de Medicina Social – IMS da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, através da linha de pesquisa “Gênero, subjetividade e biopolítica”. Nesse movimento, vale ressaltar a Jornada Nacional sobre Transexualidade e Saúde, realizada em setembro de 2005 na UERJ, promovida pelo IMS e pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com o apoio da Sociedade Brasileira de Urologia – SBU, do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia – IEDE e da Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ. A Jornada constituiu um evento significativo, pois conseguiu reunir profissionais do âmbito médico (urologistas, cirurgiões, psiquiatras e endocrinologistas), da psicologia, da assistência social e do direito, além da participação dos movimentos sociais. As discussões versaram desde as abordagens estritamente clínicas, envolvendo as diferentes técnicas cirúrgicas e seus resultados, as discussões endocrinológicas até as abordagens psiquiátricas, psicológicas, históricas e sociais, com o acréscimo das discussões que envolviam a dimensão ética e jurídica da transexualidade.

Como resultado, a Jornada Nacional sobre Transexualidade e Saúde: a Assistência Pública no Brasil produziu um documento que sintetizou pontos nodais abordados e reafirmou ser imprescindível a rápida regulamentação do cuidado e da atenção aos transexuais. Como recomendações, um grupo de profissionais ressaltou: a) a necessidade urgente de implantação de grupo de trabalho voltado para a construção de uma política de atenção aos grupos LGBTT como preconizava a Portaria nº 880, de 13 de maio de 2004, do Ministério da Saúde; b) a necessidade de levantar todos os Serviços de Assistência disponíveis aos transexuais (equipes, protocolos), bem como incentivar a articulação entre esses serviços; c) a necessidade de incluir os procedimentos cirúrgicos na tabela do SUS, criando Centros de Referências Interdisciplinares; d) alteração na resolução nº 1.652 no tocante à idade mínima para a realização da cirurgia de 21 anos para 18 anos; e) apoiar o desenvolvimento de pesquisas; f) incentivar e promover a capacitação dos profissionais que atuam nos Serviços; g) fomentar a assessoria jurídica em relação à construção da cidadania e à efetivação dos direitos dos transexuais. Este evento e os documentos produzidos a partir das discussões fortaleceram o debate sobre a assistência à saúde dos(as) transexuais que já estava em curso no Ministério da Saúde.

Destacam-se ainda como importantes na construção da assistência pública aos/as transexuais no Brasil os debates e as atividades promovidos pelos movimen-

tos sociais LGBTT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, articulados com os trabalhos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde no que se refere à inclusão dos grupos LGBTT no acesso à Saúde Pública. Neste aspecto, alguns movimentos foram significativos. Com certeza, pode-se apresentar como antecedente desse movimento a política de prevenção do Programa DST/AIDS que há cerca de duas décadas vem desenvolvendo uma política de acesso e cuidado das populações LGBTT. Além disso, desde 2007, o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da AIDS vem desenvolvendo um trabalho com as mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais.

Foi possível verificar nos últimos anos uma intensificação de ações relacionadas a esses grupos. Vale ressaltar que um conjunto de atividades começou a ganhar força no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em especial as questões ligadas aos direitos humanos. Nesse viés, instituições, atores e organizações não governamentais se articularam na tentativa de incluir grupos excluídos socialmente de participação e efetivação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.

O interessante é perceber que, mesmo demarcando uma diferenciação em relação ao movimento LGBT, a inserção da transexualidade no campo da Saúde Pública se deu a partir de um movimento que envolve diferentes atores sociais. Não se pode deixar de ressaltar a constituição e a importância do Coletivo Nacional de Transexuais – CNT, que teve, e tem, um papel decisivo na construção das políticas de saúde no SUS, através da reafirmação de suas particularidades. Carvalho e Carrara (2013: 339-340), sobre a criação do CNT, colocam que,

calcado num forte discurso de protagonismo político, é fundado o então Coletivo Nacional de Transexuais (CNT). A criação do CNT parece estar inserida num processo de construções de redes específicas de cada categoria identitária que compõe o movimento LGBT, com exceção dos gays, uma vez que não há organização específica para eles.

Isto evidencia o protagonismo Trans e sua importância na agenda do cuidado em saúde, passando a constituir um coletivo com atuação política nas demandas sociais, entre estas, a saúde, o acesso aos serviços e a qualidade da assistência foram centrais.

No bojo dos movimentos iniciados na sociedade civil e nas instituições sociais, faz-se necessário ressaltar a importância do campo jurídico através da ação civil movida pelo Ministério Público do Rio Grande do Sul, que apresentou diretamente para o Ministério da Saúde a urgência da inclusão da cirurgia na tabela de procedimentos do SUS. O Supremo Tribunal Federal – STF entendeu que a cirurgia, realizada dessa maneira, acabaria gerando problemas de financiamento

devido à capacidade limitada de recursos do Sistema Único de Saúde. No entanto, não deixou de levar em consideração a necessidade imprescindível de regulamentar a transexualidade como um problema de saúde pública. Por fim, vale citar o Seminário Nacional de Saúde da População GLBT na Construção do SUS, em agosto de 2007, que constituiu um marco decisivo na formulação de propostas de saúde pública capazes de garantir a equidade e a integralidade na oferta dos serviços, fato este fortalecido no âmbito macropolítico da 13^a Conferência Nacional de Saúde.

Nesse cenário, era condição *sine qua non* a regulamentação do atendimento. Em agosto de 2008, o Ministério da Saúde publicou a Portaria de nº 457, que instituía, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o processo transexualizador. Sob o código 153, os serviços foram incluídos na tabela de serviços do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, caracterizados como atenção especializada no processo transexualizador. A partir da definição da natureza do serviço, uma série de procedimentos e protocolos clínicos foi elaborada. O caráter multidisciplinar dos serviços foi ressaltado, estabelecendo o período mínimo de dois anos de acompanhamento pela equipe de profissionais; regulamentou a cirurgia de redesignação sexual (orquiecomia bilateral, a amputação peniana e a construção de uma neovagina a partir da bolsa escrotal); a cirurgia das vias aéreas superiores, da cabeça e do pescoço (alongamento das cordas vocais e tiroplastias); definiu normas de credenciamento e habilitação dos Serviços de Atenção Especializada aos Transexuais; estabeleceu as diretrizes de assistência (acolhimento, acompanhamento terapêutico, fluxos de encaminhamento, indicação de cirurgia de transgenitalização e atenção continuada); definiu diretrizes da anamnese, acompanhamento terapêutico e a abordagem psicossocial.

A portaria credenciou quatro serviços: Hospital de Clínicas de Porto Alegre / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS; Universidade Estadual do Rio de Janeiro / Hospital Pedro Ernesto/HUPE, Rio de Janeiro/RJ; Fundação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia/GO. Abria-se, nesse contexto, um novo capítulo da história da transexualidade e da saúde pública no Brasil. Os homens transexuais não foram contemplados nessa regulamentação, e continuaram fora do acesso e do cuidado, permanecendo apenas assistidos em hospitais universitários, sendo as intervenções realizadas em caráter experimental. Há a necessidade de se discutir a omissão da cirurgia de neofaloplastias e outros procedimentos cirúrgicos em homens transexuais tanto nas resoluções do CFM quanto na Portaria do Ministério da Saúde nº 457, de 12 de agosto de 2008, que regulamentou o processo transexualizador no SUS.

Em 2013 foi publicada outra portaria que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), a Portaria nº 2.803, de 19 de no-

vembro. Ela trouxe alguns elementos novos, como a ideia de rede de atenção à saúde – RAS e linhas do cuidado em saúde. Ainda menciona o nível de atenção básica como um espaço fundamental no cuidado à população de transexuais. Outro componente agregado à portaria foram os ambulatórios transexuais. Em relação à oferta de procedimentos, amplia o escopo da Atenção Especializada no Processo Transexualizador, criando duas modalidades: o “acompanhamento clínico, pré e pós-operatório e a hormonioterapia”, e também “cirurgia e acompanhamento pré e pós-operatório”. A partir desta portaria fica clara a inclusão dos homens trans.

Além do que já havia sido regulamentado anteriormente, outros procedimentos foram incluídos: acompanhamento do(a) usuário(a) no processo transexualizador exclusivo nas etapas do pré e pós-operatório; tratamento hormonal no processo transexualizador (estrógeno ou testosterona); tratamento hormonal preparatório para cirurgia de redesignação sexual no processo transexualizador (ciproterona); mastectomia simples bilateral em usuária em processo transexualizador; histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia em usuárias em processo transexualizador; cirurgias complementares de redesignação sexual; plástica mamária reconstrutiva bilateral, incluindo prótese mamária de silicone bilateral. Seus efeitos são *a posteriori*, não tendo sido possível recolhê-los nas entrevistas realizadas.

Os hormônios – moléculas comunicantes

Às vezes eu sinto vontade de chorar, mas não choro. Não sei se isso tem a ver com a testosterona, mas acho que deve ter. (Pedro)

No meu caso, me tirou muito a insegurança de eu ser homem na cabeça, mas não ser homem ao olhar dos outros, entendeu? Isso me incomodava muito. E eu pensava: o que adiantava eu ser homem pra mim se não me veem como homem? (Antônio)

A descoberta e o uso dos hormônios foram extremamente relevantes e decisivos na invenção da transexualidade. Apesar de o campo da endocrinologia se desenvolver tarde (apenas no final do século XIX e primeiras décadas do século XX), sua relevância foi grande, porque contribuiu para o desenvolvimento de uma visão da medicina que privilegiava um funcionamento idealizado (anátomo-fisiológico) do corpo humano regulado por secreções, relacionando-as às questões de composições subjetivas, como a personalidade e os comportamentos sociais. Rohden (2008), analisando nesse período a questão de construção do feminino e sua relação com os hormônios, coloca que

uma forma bastante eficaz de demonstrar essa preeminência de um modelo de corpo hormonal é a descrição do que ocorreu nas concepções médicas por volta de 1900. Em curto período, verifica-se uma mudança extremamente significativa no que se refere ao entendimento do corpo e do comportamento femininos.

Esse processo, sem dúvida, teria também uma força discursiva e prática sobre corpos e sexualidades consideradas ambíguas e anormais (Rohden, 2008: 135).

Em 1905 – ano em que Freud escreveu *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Preciado, 2008) – foi introduzido na literatura médica o termo hormônio, que passava a significar um conjunto de substâncias produzidas pelo corpo humano (secreções internas) de extrema importância para o desenvolvimento, com características particulares nos indivíduos. Inicialmente, as pesquisas utilizaram-se dos hormônios naturais (produzidos pelos corpos humanos) através de extratos retirados da tireoide, da pituitária, dos testículos e ovários. As primeiras investigações no campo da endocrinologia apontaram para a diferenciação entre machos e fêmeas: fêmeas com seu aparato glandular produzindo estrogênio e progesterona e machos com suas glândulas hormonais produzindo testosterona. Esse primeiro movimento reafirmou o dimorfismo sexual e, ainda, fundamentava-o com bases endocrinológicas.

Esse quadro começou a mudar a partir dos anos 1920 e, principalmente, 1930, com a sintetização de diferentes hormônios. Diversas teorias emergiram na tentativa de relacionar e explicar o fenômeno da transexualidade com sua origem na questão hormonal e no desenvolvimento cerebral. Hausman (1995) destaca que entre os anos de 1920 e 1950 uma série de artigos sobre a endocrinologia e sua relação com o comportamento humano foi escrita tanto por médicos como por jornalistas que se habilitavam nas incursões no campo médico. Nesse período, a publicação e a popularização de inúmeras teses garantiram o acesso a este aparato discursivo e médico. Os avanços nesse campo ganharam importância não só no âmbito médico, como ocuparam o tecido social através de revistas e publicidades que divulgavam as descobertas e as maravilhas do mundo dos hormônios. Esses discursos e investigações acabaram por desenvolver uma relação com as construções de gênero.

Na medida em que as pesquisas avançavam entre os anos de 1930 e 1950, a partir da sintetização cada vez maior dos hormônios, em particular os hormônios sexuais, desenvolveu-se uma crescente indústria química e biomolecular. “O estrogênio e a progesterona, bases moleculares da produção da pílula anticoncepcional” foram, “desde sua invenção em 1951, as substâncias mais fabricadas pela indústria farmacêutica mundial, convertendo-se, assim, nas moléculas sintéticas mais utilizadas de toda a história da medicina” (Preciado, 2008: 126). Em 1946,

foi inventada a primeira pílula à base de estrógenos sintéticos; em 1947, o laboratório Eli Lilly passou a comercializar a metadona; o *lifting* e diversas intervenções estéticas começaram a se tornar consumo de massas em 1953; em 1958, ocorreu a primeira faloplastia na Rússia; em 1960, foram produzidos os primeiros antidepressivos e drogas sedativas, anestésicas e hipnóticas, entre outros.

A importância dos hormônios sexuais em questões relativas a sexo e gênero já estava presente desde os anos 1920 e 1930, no entanto, no pós-guerra e a partir dos anos 1970, esse investimento capitalista e tecnológico sobre os corpos aumentou consideravelmente. Foi neste contexto que a descoberta e o uso de hormônios nas experiências de transexualidades tornaram-se um elemento importante. As discussões acerca dos hormônios embasam e reiteram um determinismo biológico, reforçando a relação dos hormônios com a sexualidade (Rohden, 2008).

Segundo o senso comum, a ideia de que as(os) transexuais possuem uma alteração hormonal é recorrente, mas o interessante é ressaltar que tais explicações ainda estão presentes no campo das produções discursivas e nos regimes de verdade sobre as transexualidade e os comportamentos sociais como um todo. Os fragmentos abaixo revelam, entre outras coisas, aspectos presentes na relação homens transexuais/testosterona:

“Me deu uma aparência mais masculina, porque minha voz era muito fina, fina mesmo, eu sentia uma vergonha imensa de falar, era terrível [...] mudou também a fisionomia” (Fábio)

“Tô me sentindo mais confiante... Quem não sabe meu nome de registro me vê como homem. (Fábio)

No contexto brasileiro, especificamente no processo transexualizador presente nos serviços de saúde credenciados para prestar assistência a transexuais, o uso de hormônios continua sendo um ponto polêmico. Não se encontra regulamentada de forma universal, integral e equânime a sua distribuição gratuita para as(os) usuárias(os) do SUS. Além deste fato, existe, de forma muito forte, uma automedicação e/ou uma medicação cujos acompanhamento e produção do cuidado compõem de forma bem fragilizada o plano terapêutico, no qual o uso dos hormônios pelos(as) transexuais é um dos elementos-chave. “A maioria dos(as) usuários(as) chega aos serviços já tendo feito uso anterior (automedicação) de algum tipo de hormônio por indicação de amigos ou através de informações coletadas na internet” (Arán & Murta, 2009: 19).

Paralela às discussões acerca da política de distribuição de medicamentos pela rede pública, a automedicação é a contraposição nesse movimento em que transexuais burlam, de diferentes maneiras, a burocracia, os protocolos, as difi-

culdades, automedicando-se e muitas vezes colocando em risco a própria saúde. Eduardo, transexual, descreveu os problemas de saúde que adquiriu em decorrência da automedicação de testosterona: “Tomei testosterona escondido, com receita falsificada, por muito tempo, mas tive dois AVCs¹¹ por conta disso, porque não tive um acompanhamento”.

Através das diferentes interlocuções com os homens transexuais, percebeu-se que os hormônios constituem um dos elementos imprescindíveis para a compreensão do dispositivo da transexualidade. A história da construção dos corpos transexuais durante os séculos XX e XXI só é possível de ser discutida levando em consideração a relação e a importância do uso de hormônios nas construções corporais e nos processos subjetivos. Além disso, a prescrição dos hormônios constitui uma condição relevante no processo transexualizador, no qual os medicamentos hormonais acompanharão os sujeitos após as cirurgias de transgenitalização, até a morte, haja vista a necessidade constante da manutenção das taxas hormonais do sexo e do gênero performativamente construídos, independente do processo cirúrgico.

O Dispositivo Testo

O hormônio “masculino”¹² conhecido como testosterona assume nas reflexões presentes a dimensão de dispositivo – o dispositivo “TESTO”. Retomando as discussões foucaultianas sobre os diferentes dispositivos de controle e resistências (Foucault, 2002; Deleuze, 1990), eles são entendidos como mecanismos complexos, compostos por discursos e/ou práticas (o dito e o não dito, elementos linguísticos e não linguísticos), heterogêneos, multilineares, historicamente produzidos e com uma função estratégica que coaduna saberes e poder. Produzem-se e funcionam como uma maquinaria que captura em suas engrenagens sujeitos e corpos de forma plural, heterogênea e difusa. Não se constituem como um elemento fechado, mas sim como um conjunto de diferentes linearidades que se articulam e se rearticulam constantemente, conservando no seu interior a característica das tensões. É, por excelência, contraditório, pois desvela o jogo paradoxal que se estabelece entre

¹¹ Acidente Vascular Cerebral.

¹² Apesar de a testosterona ser conhecida como um hormônio masculino, salienta-se que nas fêmeas da espécie humana é produzida em menor escala. As descobertas da presença de estrogênio nas glândulas sexuais masculinas e de hormônios masculinos (testosterona) nas glândulas femininas foram elementos importantes nas explicações mais plausíveis para a compreensão da intersexualidade e da transexualidade. Além disso, essa descoberta possibilitou, por exemplo, medicar hormônios que não eram produzidos preponderantemente por uma determinada glândula sexual (Gaudillière, 2003).

sujeitos e normas, revelando as “sedimentações” e as “fissuras” constituintes nos modos de subjetivação.

Assim, toma-se em consideração a ideia de que a testosterona foi e é produzida num âmbito de dispositivos maiores, como os processos de medicalização nos quais a descoberta e o uso dos hormônios têm papéis importantes. Os hormônios, de uma maneira geral, destacam-se pela capacidade de produzir discursos e práticas, revelando um mecanismo potente de controle dos corpos e das sexualidades. Esta dimensão tem sido experienciada pelos homens transexuais, e apresenta desde transformações físicas até processos subjetivos:

Fisicamente são várias mudanças [...] barba, a força muda [...] o padrão do corpo, a distribuição de gordura no corpo, tô ficando meio careca... (Pedro)

O principal é mais segurança [...] me sinto mais seguro [...] mais seguro no modo geral, na vida, mais confortável comigo mesmo [...]. (Pedro)

Mudou o meu relacionamento comigo. Passei a me aceitar com mais facilidade. Passei a não ter medo de sair e ficar “será que estão me olhando para saber quem eu sou?” (Antônio)

Rose, numa releitura da ideia de biopolítica, mesmo trazendo um debate sobre a biopolítica molecular, coloca que os hormônios habitam uma dimensão de molaridade refletida pela construção dos corpos

[na] escala de membros, órgãos, tecidos. Fluxos de sangue, hormônios, e assim por diante. Este é o corpo visível, tangível, tal como delineado na tela do cinema ou da TV, em propagandas de produtos para saúde e para a beleza, e semelhantes (Rose, 2013: 26).

Esse movimento que tem eco em diferentes modos de vida encontra na construção das transexualidades um lugar importante e que é muitas vezes determinante na produção dos corpos desejados e performatizados.

No entanto, vale destacar que no âmbito dos próprios dispositivos e das biopolíticas encontram-se as resistências. Estas não são produzidas fora dos mecanismos de poder e assujeitamentos, mas compõem um exterior constitutivo que reitera a todo instante a norma e são fundamentais nos processos de subjetivação. Ressalta-se, porém, que as performatividades de gênero nas transexualidades masculinas não têm uma relação direta e causal com o uso dos hormônios, no entanto, é possível perceber que seu uso consiste em um dispositivo potente nos diferentes modos de subjetivação que perfaz as experiências nos homens transexuais.

Neste contexto que podemos chamar da biopolítica e do biocapitalismo contemporâneo, encontra-se a vigorosa circulação de fármacos que acabam por produzir um conjunto de discursos e práticas que arrastam sujeitos e criam novas/outras formas de existência. Beatriz Preciado (2008) tem discutido esta nova governamentalidade a partir dos conceitos de sexopolítica¹³ e biocapitalismo, nos quais

[...] parece possível desenhar uma cronologia das transformações da produção industrial do último século do ponto de vista do que se converteu progressivamente no negócio do novo milênio: a gestão política e técnica do corpo, do sexo e da sexualidade. Dito de outro modo, faz-se pertinente hoje levar a cabo uma análise sexopolítica da economia mundial (Preciado, 2008: 26).

É possível fazer dialogarem as reflexões de Beatriz Preciado sobre a sexopolítica e a era farmacopornográfica com as análises que Deleuze desenvolve sobre as sociedades de controle, “que funcionam não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea” (Deleuze, 1992: 215). Essa governamentalidade age sobre a vida e o vivente, constituindo um dos elementos centrais da biopolítica contemporânea.

A produção do cuidado em saúde nos processos de hormonização

Para mim a testosterona é a melhoria da minha vida em 80% porque você tem um reconhecimento social depois que você passa a tomar. As pessoas não te veem mais como antes. (Fábio)

Abordaremos aqui duas questões que são relevantes nas discussões: a vivência do cuidado dos transexuais no serviço de referência e as questões relacionadas ao que nos interessa em termos de cuidado.

Os processos de hormonização e as cirurgias de redesignação têm sido centrais na construção do cuidado em saúde nas experiências vivenciadas pelos homens transexuais. As políticas implementadas até o momento no Rio de Janeiro têm produzido os seguintes efeitos em termos de produção de ofertas: a) credenciamento de serviços especializados de saúde já existentes, de natureza pública, como

¹³ Para Preciado (2004: 157), a sexopolítica se caracteriza como “[...] uma das formas dominantes de ação biopolítica no capitalismo contemporâneo. Com ela o sexo (os órgãos chamado sexuais, as práticas sexuais e os códigos de masculinidade e feminilidade, as identidades sexuais normais e desviante) faz parte dos cálculos do poder, fazendo dos discursos sobre o sexo e as tecnologias de normalização das identidades sexuais um agente de controle sobre a vida”.

referência ao SUS e aos responsáveis pelo “cuidado” desta população; b) oferta pelos serviços de referência de um conjunto de procedimentos julgados como os necessários ao “tratamento” da patologia em questão, baseados em duas condutas principais: cirurgias de redesignação e hormonioterapia; c) seleção dos pacientes para ingressarem no programa dos serviços públicos centrada no laudo médico, que é apoiado por uma equipe multidisciplinar (psicólogo e assistente social); d) autorização para que serviços privados organizem seu atendimento;

As narrativas trazem com riqueza de detalhes as experiências vivenciadas em serviços públicos e privados de saúde, tanto sobre a produção do cuidado em saúde com usuários dos serviços quanto sobre os efeitos neles destas terapêuticas. Identificamos ainda outros territórios que ultrapassam o universo das relações com os profissionais de saúde e que constituem, sem dúvida, o principal ponto de produção do cuidado.

Se você está em crise, o serviço público não vai te ajudar, porque a consulta é assim “como você está, em casa, no trabalho...”. As consultas são espaçadas. Na primeira vez me pediram os exames e me fizeram esperar seis meses para entregar os exames... Só após um ano e meio é que comecei o hormônio. Acabamos por procurar um médico particular, pois a minha mãe e eu tínhamos medo que eu tomasse sozinho e tivesse problemas de saúde. Não dá pra fazer isso sem acompanhamento. (Pedro)

Identificamos nesta fala, e também com outros entrevistados, que tanto os serviços públicos como os privados são utilizados por eles. Todos apontaram que têm buscado nos serviços privados o que não conseguem no público: garantia de assistência continuada; acesso aos procedimentos necessários, como exames complementares para acompanhamento, cirurgias e prescrições de hormônios, bem como outros medicamentos que atenuam os efeitos colaterais do uso da testosterona. Contudo, todos afirmam que os custos para isso são elevados, e que muitos não conseguem acessá-los, ficando submetidos aos trâmites do serviço de referência do SUS: “[...] em relação aos serviços públicos, a porta é fechada. Tem que tratar no privado, pois se se tem dinheiro, consegue fazer o que é preciso” (Pedro). Com estas dificuldades, muitos acabam por fazer uso de testosterona sem acompanhamento nenhum. Neste contexto, Merhy (2013a) coloca que

[...] do ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados (Merhy, 2013b: 71).

Ainda pudemos captar nos relatos uma sensação compartilhada entre eles de que o serviço público de referência não é acolhedor, não os acompanha ao longo do tempo necessário, e trabalha com protocolos fechados que não têm rotas alternativas para os pontos de estrangulamentos de oferta, como o acompanhamento pelo endocrinologista (não existe oferta), a grande fila de espera pelos procedimentos cirúrgicos, entre outros. Além destas dificuldades, não há um trabalho em rede, pois não existe uma pactuação com outros serviços do SUS, como a atenção básica para que o acompanhamento seja feito de forma descentralizada. O serviço é centrado nele mesmo. Não há ações intersetoriais que articulem um caminho facilitado para garantir o direito a uma nova identidade civil sem a perda da vida anterior. Tudo tem que ser feito pelo próprio paciente, com resultados variados, como, por exemplo, os processos de mudança da identidade civil, que podem cair em varas da Justiça que são desfavoráveis e atrasam o resultado, ou em varas favoráveis.

É importante perceber que a última portaria de 2013 faz referência ao cuidado, destacando a necessidade da integralidade da atenção, que deve superar o foco restrito, qual seja: “a meta terapêutica para as cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas”. Destaca ainda a necessidade de constituição de uma linha de cuidado

[em] integração com as ações e os serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção.

Contudo, mesmo depois de sua publicação, essa assistência segue marcada negativamente pelas características dos centros de referência hospitalares nos quais é prestada: pouca interação com os demais serviços do SUS; assistência centrada em procedimentos e fragmentada em especialidades médicas, gerando a divisão do cuidado e a desresponsabilização pela continuidade do atendimento em tempo oportuno; banalização do sofrimento e descompromisso com o tempo oportuno das intervenções – conforme os relatos coletados nas entrevistas. A falta de articulação com a atenção básica e a rede especializada tem dificultado o acesso ao tratamento ambulatorial, aumentando ainda mais as filas de espera nos centros de referência e alimentando o ciclo vicioso da iniquidade.

Merhy (2013) tem discutido que é a qualidade do encontro e as apostas que se fazem em relação a que tipo de vida se valoriza que definem o caminho “terapêutico” que será percorrido pelos usuários: se será um caminho compartilhado com

uma equipe de saúde que se responsabiliza ou se será um caminho solitário, como o descrito por João Nery (2011) em seu livro *Viagem Solitária*.

Os entrevistados, quando questionados sobre como chegaram ao diagnóstico e aos serviços, relataram terem encontrado na Internet seu principal meio de informações. Alguns participaram de uma Comunidade no Orkut denominada “Disforia de gênero”. As questões procuradas na web eram: O que é isso que eu sinto? Que serviço procurar? Existe que tipo de tratamento? Quem vai indicar as cirurgias e os hormônios? Sob que condições utilizá-los? Como tomar? Como acompanhar? Quais os efeitos para a saúde? Como são os efeitos físicos? A web, como em outras patologias, tem produzido conexões com outros trans e permitido a troca de experiências, apoio mútuo, dicas, constituindo-se no principal espaço cuidador e ampliando os encontros para além do virtual. Merhy et al. (2014) destacam que as(os) usuárias(os) criam suas próprias “Redes vivas”, isto é, fabricam o tempo todo os seus caminhos dentro e fora das redes de saúde, a partir daquilo que julgam que são as suas necessidades, ou seja, um movimento intenso e nômade de elaboração de saberes e de construção e compartilhamento de cuidados.

Os serviços de saúde organizados para cuidarem desta população operam suas práticas dentro de um regime de verdade, que é o regime da biomedicina baseado no saber científico que produz o diagnóstico, fazendo com que a intervenção esteja centrada nos procedimentos voltados para o diagnóstico: mudar uma genitália de feminina para masculina (cirurgia); mudar os caracteres secundários que informam o sexo de feminino para masculino (hormônio); checar se o doente em questão é mesmo transexual e não um psicótico (acompanhamento de dois anos). Esta é a forma com que opera a equipe de saúde em relação ao trans do lado de fora.

De outro transexual entrevistado pudemos recolher diferentes demandas:

Depois que comecei a tomar o hormônio, a minha vida mudou. A minha psiquiatra do plano de saúde que me acompanha desde 2009, ela viu o meu progresso. Depois que comecei a usar o hormônio, eu mudei muito para melhor; parece que o hormônio fazia falta ao meu corpo, porque, depois que eu comecei com o hormônio, a minha vida passou a andar, porque parece que ela ia e voltava, ia e voltava, ficava dando voltas [...] Eu acho que o hormônio me ajudou não só nos caracteres secundários, mas também a motivar para viver o que eu quero. Querer viver, me libertou, agora eu sou eu.

O encontro com o outro põe em cena novas teorias e verdades sobre a vida.

Eu era muito fechado [...] meu eu mudou pro meu eu social poder mudar; meu eu social só ia mudar se eu não me sentisse mais inseguro comigo. Sentir seguro comigo para poder me relacionar com os outros [...] A “testo” foi

fundamental. Mesmo tendo uma aparência com mais masculinidade antes do hormônio, parece que precisava disso para falar: agora vai, agora você pode ir. É aquele empurrãozinho pra ir. (Antônio)

É perceptível nestes relatos que a questão central em relação ao cuidado destes usuários é o apoio à construção de uma nova vida. Como promover isto na conexão com os serviços? Como garantir que a geração de um “novo corpo” seja acompanhada da criação de uma nova vida? Este nos parece ser o grande desafio em relação à produção do cuidado em saúde. Ela precisa apostar no fato de que toda vida vale a pena e que as diferenças, seu reconhecimento e sua acolhida são fundamentais para a construção e a garantia do cuidado em saúde.

Recebido: 26/06/2014
Aceito para publicação: 18/05/2016

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Guilherme. 2012. “‘Homens Trans’: novos matizes na aquarela das masculinidades?”. *Revista de Estudos Feministas*. N° 20 (2), p. 513-523.
- ARÁN, Márcia. 2006. “A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexogênero”. *Ágora*. Jan./jun. 2006. Vol. IX, n. 1, p. 49-63.
- ARÁN, Márcia. 2005. “Transexualismo e cirurgia de transgenitalização: biopoder/biopolítica”. Série Anis, 39, p. 1-4.
- ARAN, Márcia & MURTA, Daniela. 2009. “Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde”. *Physis*, Rio de Janeiro. Vol. 19, p. 15-41.
- ÁVILA, Simone. 2015. *TransmASCULinidades: a emergência de novas identidades políticas e sociais*. Rio de Janeiro: Multifoco.
- BENJAMIN, Harry. 1966. *The transsexual phenomenon*. New York: Julian.
- BENTO, Berenice. 2006. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero. 1^a ed. Rio de Janeiro: Garamond.
- BENTO, Berenice. 2008. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense.
- 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. 2.803 de novembro de 2013. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 19 nov. 2013. N° 225. Seção 1. Redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde.
- BUTLER, Judith. 2002. *Cuerpos que importan – sobre los límites materiales y discursos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- BUTLER, Judith. 2003. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: C. Brasileira.
- BORBA, Rodrigo. 2011. “Travestis, (trans)masculinidades e narrativas orais: reconstituições de travestilidade”. *Bagoas: Revista de Estudos Gays*. N° 6, p. 181-210.
- BORBA, Rodrigo. 2016. *O (Des)Aprendizado de si: transexualidades, interação e o cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. 2013. “Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário”. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. N° 29 (5), p. 844-846.
- CARVALHO, Mário & CARRARA, Sérgio. 2013. “Em direção a um futuro trans? Contribuições para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil”. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*. N. 15, p. 319-351.
- CASTEL, Pierre. 2001. “Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do fenômeno transexual (1910-1995)”. *Revista Brasileira de História*, São Paulo. Vol. 21, n°. 41.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 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 neocolpovuloplastia, 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.

DELEUZE, Gilles. 1990. ¿Que és un dispositivo? In: *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.

DELEUZE, Gilles. 1992. *Conversações*. São Paulo: Editora 34.

FOUCAULT, M. 2002. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

FOUCAULT, M. 1997. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Graal.

FOUCAULT, M. 2008. *Segurança, Território e População*. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

FOUCAULT, M. 2008b. *Nascimento da Biopolítica*. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

FRIGNET, Henry. 2002. O transexualismo. Rio de Janeiro: C. de Freud.

GAUDILLIÈRE, Jean-Paul. 2003. “La fabrique moléculaire du genre: hormones sexuelles, industrie et médecine avant la pilule”. *Cahiers Du Genre*, Paris, Harmattan. N° 34, p. 57-80.

HAUSMAN, Bernice. 1995. *Changing sex: transsexualism, thechnology and the idea of gender*. Durham: D. U. Press.

LIMA, Fátima. 2010. *A Construção do Dispositivo da Transexualidade: saberes, tessituras e singularidades nas experiências trans*. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social/IMS/UERJ.

LIMA, Fátima. 2014. *Corpos, Gêneros, Sexualidades: políticas de subjetivação*. Porto Alegre: Rede Unida.

MERHY, Emerson Elias. 2013a. “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência”. In: FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec.

MERHY, Emerson Elias. 2013b. “O cuidado é um acontecimento e não um ato”. In: FRANCO, T. B. & MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec.

MERHY, Emerson Elias et al. 2014. “Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro. N° 52, p. 153-164.

- NERY, João W. 2011. *Viagem Solitária: memórias de um transexual trinta anos depois*. São Paulo: Leya Brasil.
- PELÚCIO, Larissa. 2009. *Abjeção e Desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de Aids*. São Paulo: Annablume.
- PRECIADO, Beatriz. 2008. *Testo yonki*. Madrid: Espasa.
- ROHDEN, Fabíola. 2008. “O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos”. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* [on-line]. Vol.15, suppl., p. 133-152. ISSN 0104-5970. Em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000500007>. Acesso em: 27/08/2016.
- ROSE, Nikolas. 2013. *A política da própria vida – biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus.
- RUSSO, Jane A. et al. 2009. “O campo da sexologia no Brasil: constituição e institucionalização”. *Physis* [on-line]. Vol. 19, nº 3, p. 617-636. ISSN 0103-7331. Em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300004>. Acesso em: 27/06/2016.
- STOLLER, Robert. 1969. *Sex and gender*. Vol. 1. New York: Science House.
- TEIXEIRA, Flávia. 2013. *Dispositivos de dor: saberes-poderes que (con)formam as transexualidades*. São Paulo: Annablume.
- VIEIRA, Tereza Rodrigues. 1996. *Mudança de sexo: aspectos médicos, psicológicos e jurídicos*. São Paulo: Santos.